



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONADIC
COMISIÓN NACIONAL CONTRA
LAS ADICCIONES



Centros de
Integración
Juvenil, A.C.



Problemáticas actuales del uso nocivo de alcohol

Volumen 1: Depresión y consumo de alcohol

SERIE TÉCNICA

Problemáticas actuales del uso nocivo de alcohol

**Volumen 1: Depresión
y consumo de alcohol**

SERIE TÉCNICA

Editores:

Dr. Juan Manuel Quijada Gaytán

Director General de los Servicios de Atención Psiquiátrica

Dr. Gady Zabicky Sirot

Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dra. Carmen Fernández Cáceres

Directora General de Centros de Integración Juvenil, A.C.

Comité Editorial:

Mtro. Juan Arturo Sabines Torres

Consultor para la Oficina Regional de la Organización Panamericana de la Salud

Dr. Ángel Prado García

Director Operativo y de Patronatos de Centros de Integración Juvenil, A.C.

Apoyo en la edición: Georgina Vargas Arreola. **Corrección de estilo:** Araceli García Domínguez, Angela Rosas Núñez.

Diseño editorial: Juan Orozco Alba, Víctor Gerardo Gutiérrez Campos, Ramón Octavio Fernández Elizalde.

Cómo citar esta obra:

Quijada Gaytán, J. M., Zabicky Sirot, G., y Fernández Cáceres, C. (Eds.). (2021). *Problemáticas actuales del uso nocivo de alcohol. Volumen 1: Depresión y consumo de alcohol*. Centros de Integración Juvenil, A.C.

D.R. © 2021 Centros de Integración Juvenil, A.C.

Avenida San Jerónimo 372

Col. Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón

C.P. 01900. Ciudad de México, México.

www.gob.mx/salud/cij

ISBN 978-607-7917-26-7 (rústico)

ISBN 978-607-7917-28-1 (electrónico-PDF)

El presente trabajo se distribuye bajo una licencia de Atribución-No Comercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0). Usted es libre de copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato y de remezclar, transformar y crear a partir del material siempre y cuando se cite la fuente original, y el material creado sea compartido bajo esta misma licencia. Queda prohibido el uso de este material para efectos comerciales.

COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

DIRECTORIO

Dr. Jorge Alcocer Varela
Secretario de Salud

Dr. Hugo López-Gatell Ramírez
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Gady Zabicky Sirot
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Jorge Julio González Olvera
Director General de la Comisión Nacional contra las Adicciones

Dra. Carmen Torres Mata
Directora de Vinculación y Coordinación Operativa

Dr. José Javier Mendoza Velásquez
Director de Coordinación de Estrategias

Mtra. Nadia Robles Soto
Directora de Coordinación de Programas Nacionales

Mtra. Alejandra Rubio Patiño
Directora de Cooperación Internacional

Lic. Aristides Bautista Bautista
Director de Comunicación Educativa

Dra. Evalinda Barrón Velázquez
Directora de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco

Lic. Evangelina Tapia Contreras
Directora de Estrategia y Procesos

Lic. Daniela Videgaray Arias
Directora de Coordinación y Vinculación

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C.
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

Dr. David Bruno Díaz Negrete
Director Normativo

Dr. Ángel Prado García
Director Operativo y de Patronatos

Lic. Iván Rétiz Márquez
Director Administrativo

ÍNDICE DE CONTENIDO

Prólogo.....	1
Capítulo 1. Alcoholismo en mujeres..... Dra. Carmen Fernández Cáceres, Mtro. José Luis Benítez Villa.	4
Capítulo 2. Tendencias en el consumo de alcohol en adolescentes..... Dr. Víctor Manuel Guisa Sánchez.	26
Capítulo 3. Depresión y consumo de alcohol en personas mayores en México..... Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Dra. Rosa Estela García Chanes, Mtra. Sara Torres Castro.	38
Capítulo 4. Mecanismos neurobiológicos de la depresión y el consumo de alcohol..... Dra. Elizabeth Palomares Castillo.	58
Capítulo 5. Depresión: diferencias entre hombres y mujeres..... Dra. Shoshana Berenzon Gorn, Dra. Sarahí Alanís Navarro.	78
Capítulo 6. Intervención Breve para familiares de personas que consumen sustancias psicoactivas: retos de la pandemia..... Dra. Lydia Barragán Torres, Lic. Laura Marcial Tlamintzi, Dra. Silvia Morales Chainé.	93
Capítulo 7. Tratamiento residencial para usuarios con trastornos por consumo de alcohol en México..... Mtra. Irais Mariana Reyes Martínez.	114

Capítulo 8. Grupos de ayuda mutua	129
Dra. Sara Infante Murillo.	
Capítulo 9. El Juramento como medida de tratamiento para consumidores de alcohol en México	143
Lic. Luis Alonso Robledo Carmona.	
Capítulo 10. Consumo de alcohol en México durante la pandemia de COVID-19	162
Dra. Marcela Alejandra Tiburcio Sainz, Mtra. Nora Angélica Martínez Vélez, Dra. Guillermina Natera Rey, Mtro. Morise Fernández Torres, Mtra. Graciela Yazmín Sánchez Hernández, Mtra. Miriam Arroyo Belmonte.	
Capítulo 11. Políticas públicas para la atención de la salud mental y las adicciones en México	183
Mtro. José Martín Mosqueda Ventura, Mtro. Francisco Javier Fernández Clamont.	

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Capítulo 1. Alcoholismo en mujeres

Tabla 1.	Prevalencias de consumo de alcohol en población mexicana por grupo de edad y sexo.....	8
Tabla 2.	Patrón de consumo de alcohol en usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en CIJ en el primer semestre de 2020, por categoría de edad y sexo.....	10
Tabla 3.	Muertes atribuibles al consumo de alcohol en todo el mundo, por categoría general de enfermedad y sexo, 2016.....	14
Tabla 4.	Carga mundial de morbilidad atribuible al alcohol en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), por categoría general de enfermedad y sexo, 2016.....	15
Tabla 5.	Principales drogas utilizadas el mismo día que se consumió alcohol durante los últimos 12 meses según sexo. Usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en CIJ en el primer semestre de 2020.....	16
Tabla 6.	Relación hombres-mujeres usuarios de alcohol que solicitaron tratamiento en CIJ durante el primer semestre de 2020, por patrón de consumo y categoría de edad.....	17
Tabla 7.	Calificaciones promedio del índice de Severidad por Área (ISA) de acuerdo al <i>Drug Use Screening Inventory (DUSI)</i> , entre mujeres que reportaron consumo de alcohol frente a no consumidoras, en los últimos 12 meses.....	20

Capítulo 3. Depresión y consumo de alcohol en personas mayores en México

Tabla 1. Consumo del alcohol en personas de 60 años y más por características sociodemográficas, México 2018.....	47
Tabla 2. Distribución de los síntomas depresivos en personas de 60 años y más por características sociodemográficas, México 2018.....	49
Tabla 3. Relación entre consumo de alcohol, cognición, depresión y otras variables de los aspectos psicológicos en personas de 60 años y más, México 2018.....	50
Tabla 4. Condiciones de salud en personas de 60 años y más con (CD) o sin (SD) depresión según consumo del alcohol, México 2018.....	52

Capítulo 6. Intervención breve para familiares de personas que consumen sustancias psicoactivas: retos de la pandemia

Figura 1. Estrategias de buenas prácticas en comportamiento adictivo reconocidas por instancias internacionales.....	101
Figura 2. Niveles de depresión de los familiares antes y después de la intervención.....	104
Figura 3. Niveles de ansiedad de los familiares antes y después de la intervención.....	105
Figura 4. Apoyo de los familiares antes y después de la intervención.....	106
Figura 5. Satisfacción del familiar antes y después de la intervención.....	106
Figura 6. Áreas de satisfacción del familiar antes y después de la intervención.....	107
Figura 7. Ambiente familiar antes y después de la intervención.....	108
Figura 8. Satisfacción del familiar con la intervención recibida.....	108

Capítulo 7. Tratamiento residencial para usuarios con trastornos por consumo de alcohol en México

Figura 1. Distribución de establecimientos residenciales censados en México por modelos de atención.....	122
Figura 2. Distribución de establecimientos residenciales censados en México por población atendida de acuerdo al sexo.....	123
Figura 3. Distribución de establecimientos residenciales reconocidos por modelos de atención.....	123
Figura 4. Números de establecimientos residenciales reconocidos por modelos de tratamiento.....	124

Capítulo 10. Consumo de alcohol en México durante la pandemia de COVID-19

Tabla 1. Características demográficas por regiones.....	172
Tabla 2. Consumo de alcohol por regiones.....	173
Tabla 3. Relación entre consumo de alcohol, estrés, sintomatología depresiva e impacto del coronavirus por regiones.....	174
Tabla 4. Búsqueda de ayuda por regiones en consumidores de alcohol.....	175

Capítulo 11. Políticas públicas para la atención de la salud mental y las adicciones en México

Figura 1. Reglamentos que forman parte de la base legal de la atención a la salud mental y las adicciones.....	188
Figura 2. Estructuras gubernamentales para la atención al consumo de sustancias psicoactivas.....	190
Figura 3. Características de los hospitales psiquiátricos.....	197
Tabla 1. Principales padecimientos atendidos en el país.....	197

PRÓLOGO

Al igual que otros problemas de salud pública, los trastornos mentales representan altos costos para el país y repercusiones en los individuos, las familias y la sociedad en su conjunto. Esto se presenta en un contexto cada vez más complejo, caracterizado por una transición epidemiológica y una transición demográfica donde los trastornos asociados con la juventud y la vida adulta mayor son cada vez más prevalentes. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, en 2016 murieron más de tres millones de personas debido al uso nocivo del etanol, de las cuales más de tres cuartas partes corresponden a hombres. En términos generales se puede afirmar que este tipo de consumo de alcohol se asocia a más del 5 por ciento de la carga mundial de morbilidad.

Son los accidentes de vehículos automotores, las autolesiones, la violencia interpersonal, así como los trastornos gastrointestinales, los cánceres y otros trastornos mentales asociados, las principales causas de estas muertes.

Las proyecciones realizadas por expertos indican un aumento en el consumo de alcohol en los próximos diez años, particularmente en Asia Sudoriental, Pacífico Occidental y las Américas.

A pesar de que nuestro país no se caracteriza por el consumo de grandes cantidades de alcohol per cápita, el patrón de consumo se define como excesivo, es decir, se consumen grandes cantidades de alcohol en periodos cortos de tiempo, particularmente los fines de semana, lo cual representa un riesgo muy alto para las lesiones y las muertes asociadas.

Se observa con preocupación un aumento en el consumo de alcohol entre menores de edad y particularmente entre mujeres adolescentes se presenta un mayor incremento en el uso nocivo de esta sustancia.

Desafortunadamente, los jóvenes han construido representaciones sociales de baja percepción de riesgo del consumo de alcohol y otras sustancias, lo cual actúa

como un obstáculo para alcanzar los 14 Objetivos de Desarrollo Sostenible presentados por la Organización de las Naciones Unidas.

Como resultado de un intenso proceso de colaboración entre los países miembros y el Secretariado de la Organización Mundial de la Salud, en 2010 se presentó la Estrategia global para reducir el uso dañino o nocivo de alcohol, en la cual se formulan acciones concretas para alcanzar buenos resultados.

Entre las áreas prioritarias de acciones globales y consideradas de mayor impacto se plasman las siguientes:

- Apoyo técnico y construcción de capacidades
- Producción y diseminación del conocimiento
- Movilización de recursos
- Restricción de disponibilidad de alcohol
- Reducción de la demanda a través de los impuestos
- Establecimiento de políticas relacionadas con el consumo de alcohol y el manejo de vehículos
- Aumento en presupuestos dirigidos a la prevención y el tratamiento

“Todos los países pueden hacer mucho más para reducir los costos sanitarios y sociales del consumo nocivo de alcohol”, declaró el doctor Vladimir Poznyak, coordinador de la Unidad de Gestión del Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud.

Como respuesta en los últimos años, el Gobierno de México ha realizado importantes esfuerzos para contener desde sus orígenes el consumo abusivo del alcohol, a través de la implementación de estrategias y programas tendientes a mejorar la situación, particularmente entre la población joven y la de menores recursos.

Si bien se han obtenido algunos logros, es preciso redoblar el trabajo en materia de prevención, tratamiento, rehabilitación, investigación y diseminación del conocimiento. Es por ello que la Comisión Nacional contra las Adicciones en conjunto con los Centros de Integración Juvenil presentan esta serie técnica llamada “Problemáticas actuales del uso nocivo de alcohol. Volumen 1: Depresión y consumo de alcohol”, documento de actualización dirigido a profesionales de la salud —personal médico, de

psicología, enfermería, trabajo social, entre otros—, sobre los problemas actuales derivados del uso nocivo del alcohol.

Con el abordaje de temas de actualidad e importancia, entre ellos: el alcoholismo entre las mujeres, la depresión y el consumo, los mecanismos neurobiológicos asociados con los trastornos por dependencia, etc., esperamos que esta publicación complemente sus conocimientos y apoye las acciones para reducir los trastornos derivados del consumo del alcohol, particularmente entre menores de edad.

Dr. Gady Zabicky Sirot

Comisionado Nacional contra las Adicciones



CAPÍTULO 1

ALCOHOLISMO EN MUJERES

Semblanzas de los autores



Dra. Carmen Fernández Cáceres

Licenciada en Psicología, con Maestría en Terapia Familiar, con Doctorado en Terapia Familiar y de Pareja, y doctoranda en Psicoanálisis.

Es directora general de Centros de Integración Juvenil, A.C., autora y compiladora de diversos artículos científicos y libros. Es miembro del Comité Editorial de la revista científica *Journal of Substance Use* y editora ejecutiva de la *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*.

Es cofundadora del Colegio de Especialistas para la Atención de las Adicciones. Es coordinadora general de la Cátedra en Adicciones "Dr. Jesús Kumate Rodríguez" y coordinadora académica de la Maestría en Gestión de Adicciones, ambas de la Universidad Anáhuac. Es presidenta de la Sociedad Internacional de Profesionales para la Atención del Consumo de Drogas del Capítulo México (ISSUP México).

Recibió la *Medalla al Liderazgo Anáhuac en Psicología 2009*; el *Premio Reina Sofía* en 2010 y el *Premio Mexicano de Psicología* en 2019.



Mtro. José Luis Benítez Villa

Licenciado en Nutrición por la Universidad Autónoma Metropolitana, maestro en Ciencias de la Salud por la Universidad Nacional Autónoma de México y doctorante en Epidemiología en la misma institución. Ha sido profesor invitado a los seminarios de bioestadística, metodología de la investigación y epidemiología en la UAM y diferentes programas de Centros de Integración Juvenil, A.C.

Cuenta con publicaciones en diversas revistas científicas, sus principales líneas de investigación son: epidemiología del uso de drogas, riesgo cardiovascular en personas con trastornos mentales, ritmos circadianos y estilos de vida.

Actualmente funge como jefe del Departamento de Relaciones Internacionales de Centros de Integración Juvenil, A.C.

ALCOHOLISMO EN MUJERES

*Dra. Carmen Fernández Cáceres, Mtro. José Luis Benítez Villa
Centros de Integración Juvenil, A.C.*

*Correspondencia: Dra. Carmen Fernández Cáceres
Correo electrónico: cfernandez@cij.gob.mx*

Resumen

Tradicionalmente, el consumo y abuso de alcohol han sido prácticas de hombres. Los varones consumen más alcohol y son responsables de la mayoría de los daños relacionados con su uso, en comparación con las mujeres. Sin embargo, en los últimos años se aprecia que las mujeres tienden a igualar la cantidad y frecuencia de consumo de sus pares hombres, sobre todo las más jóvenes. Las investigaciones sugieren que las diferencias biológicas asociadas al sexo y los factores socioculturales relacionados al género son fundamentales para configurar los patrones de inicio del consumo, el uso excesivo y la dependencia al alcohol, así como el desarrollo de consecuencias para la salud física, emocional y social.

La respuesta fisiológica diferenciada y los efectos en el cerebro son resultado de la forma de metabolizar el alcohol, la composición corporal y los aspectos hormonales, factores distintos en hombres y mujeres. Ellas son más propensas a desarrollar problemas médicos tras periodos cortos de iniciar el consumo y con dosis más bajas que los hombres. También el estado de ánimo influencia en el consumo. Las motivaciones emocionales que llevan a hombres y mujeres a incurrir en esta conducta son distintas. Asimismo, las variaciones en el consumo se determinan por factores socioculturales. Las normas sociales y la percepción tradicional de los roles de género han restringido y castigado el consumo de alcohol en las mujeres, en tanto promueven esta conducta en los varones. Sin embargo, las diferencias de género del consumo de alcohol han disminuido, lo que refleja un cambio en el entorno sociocultural que afecta los hábitos

relacionados con la bebida. Este panorama plantea nuevos retos para el desarrollo de estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento que sean sensibles a las circunstancias potencialmente únicas de las mujeres.

Palabras clave: consumo de alcohol, alcoholismo, mujeres, sexo, género.

Alcoholismo en mujeres

El alcohol es la droga que causa más daños en el mundo. Es la preferida en las Américas y nuestro país no es la excepción: 71 por ciento de la población ha consumido bebidas alcohólicas; desgraciadamente, esto incluye 40 por ciento de jóvenes de secundaria y 17 por ciento de los niños de 5° y 6° de primaria [1]. Además, un tercio de las personas con depresión beben alcohol. El trastorno depresivo puede preceder al consumo y también exacerbar síntomas preexistentes, lo que desencadena episodios frecuentes y graves, capaces de llevar a la ideación suicida o la consumación del acto [2]. La ocurrencia simultánea de estos problemas lleva al diagnóstico de patología dual y es necesario tratarla como tal. La emergencia por COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la salud mental y ha aumentado el uso de alcohol y otras drogas. En varios países se reporta un mayor consumo, ya sea por aumento en el número de copas o mayor frecuencia de ingesta. Las investigaciones indican un incremento de 14 por ciento del consumo de alcohol entre marzo y abril del 2020, con respecto al mismo periodo del año anterior [3]. El Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" reportó que, durante la contingencia, el consumo diario se duplicó en hombres y se triplicó en mujeres [4]. En investigaciones realizadas durante la pandemia, Centros de Integración Juvenil (CIJ) observó un incremento de 22.9 por ciento en pacientes: 33.3 por ciento señaló beber de la misma forma y 41.8 por ciento disminuyó el consumo como resultado del tratamiento [5].

Tradicionalmente, el consumo de alcohol y su abuso han sido prácticas de hombres. Sin embargo, en los últimos años se observa un incremento de las mujeres, sobre todo adolescentes, que tienden a igualar la cantidad y frecuencia de consumo de sus pares hombres. A nivel global, los varones consumen más alcohol y son responsables de la mayoría de los daños relacionados con su uso, en comparación con las mujeres. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, 53.6 por ciento de los hombres (1.46 mil millones) y 32.3 por ciento de las mujeres (0.88 mil millones) mayores de 15 años consumieron alcohol en 2016. De la misma forma, las prevalencias de trastornos por uso de alcohol mostraron variaciones entre los sexos, lo que afectó

a 237 millones de hombres (8.6 por ciento) y 46 millones de mujeres (1.7 por ciento). Ese año, el uso nocivo de alcohol causó aproximadamente tres millones de muertes (5.3 por ciento de todas las defunciones) y la pérdida de 132.6 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Los hombres contabilizaron 2.3 millones de estas muertes y 106 millones de AVAD atribuibles al consumo de alcohol, mientras que las mujeres experimentaron 0.7 millones de defunciones y 26.1 millones de AVAD imputables a esta sustancia [6].

En México, las encuestas nacionales y datos de sistemas de información epidemiológica indican que el consumo de alcohol es alto y las tendencias de los últimos años denotan que la brecha entre hombres y mujeres se está igualando. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 da cuenta de la magnitud del problema y señala que el consumo caracterizado por la ingestión excesiva de alcohol en periodos cortos es de particular interés (Tabla 1).

Tabla 1. Prevalencias de consumo de alcohol en población mexicana por grupo de edad y sexo

	Población de 12 a 65 años			Población de 12 a 17 años		
	Total %	Hombres %	Mujeres %	Total %	Hombres %	Mujeres %
Alguna vez	71.0	80.1	62.6	39.8	41.7	37.9
Último año	49.1	59.8	39.0	28.0	28.8	27.2
Último mes	35.9	48.1	24.4	16.1	16.8	15.4
Consumo excesivo último año	33.6	45.5	22.6	15.2	15.5	14.9
Consumo excesivo último mes	19.8	29.9	10.3	8.3	8.9	7.7

Fuente: Villatoro-Velázquez JA, Resendiz Escobar E, Mujica Salazar A, Bretón-Cirett M, Cañas-Martínez V, Soto-Hernández I, et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud; 2017.

Este patrón fue reportado por 33.6 por ciento de los mexicanos en el último año. Si bien la prevalencia en varones (45.5 por ciento) supera a la de las mujeres (22.6 por ciento), el incremento porcentual con relación a estimaciones de la encuesta inmediata anterior refleja diferencias entre hombres (4.2 por ciento) y mujeres (7.1 por ciento). Además, dicho consumo se presenta en menores de edad y es en las mujeres adolescentes donde ha ocurrido el mayor crecimiento proporcional, hasta llegar a prevalencias similares a las de los hombres [7]. Los servicios especializados de atención para usuarios de drogas reflejan un escenario semejante. En el primer semestre del 2020, CIJ detectó que 89 por ciento de los pacientes consumieron alcohol en algún momento de su vida. Las prevalencias fueron comparables entre hombres (89.1 por ciento) y mujeres (88.5 por ciento). El 13.2 por ciento de las personas mencionaron el alcohol como la droga de mayor impacto, es decir, la sustancia que motivó la búsqueda de tratamiento debido a los problemas generados en las esferas de sus vidas. Las mujeres refieren al alcohol como la droga de mayor impacto con más frecuencia que los hombres (12.7 por ciento y 14.9 por ciento, respectivamente) y la tendencia es similar entre categorías de edad (Tabla 2) [8].

Tabla 2. Patrón de consumo de alcohol en usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en CIJ en el primer semestre de 2020, por categoría de edad y sexo

	Consumo de alcohol				
	Alguna vez en la vida %	Últimos 12 meses %	Últimos 30 días %	Como droga de mayor impacto %	Como droga de preferencia %
General	89.0	81.1	55.8	13.2	15.3
Rango de edad					
< 18 años	80.9	73.3	42.5	7.3	10.8
18 años y más	92.7	84.7	62.0	15.8	17.4
Sexo					
Hombres	89.1	81.6	57.1	12.7	14.6
< 18 años	79.9	72.0	42.0	6.7	9.3
18 años y más	93.2	85.9	63.9	15.4	16.9
Mujeres	88.5	79.1	50.7	14.9	18.3
< 18 años	84.7	78.0	44.3	9.6	16.3
18 años y más	90.5	79.7	54.1	17.6	19.3

Fuente: Centros de Integración Juvenil. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Sistemas de información Epidemiológica del Consumo de Drogas. México; 2020.

Las variaciones sugieren que las diferencias biológicas asociadas al sexo y los factores socioculturales relacionados al género son fundamentales para configurar los patrones de inicio de consumo y dependencia, al mismo tiempo que muestran un panorama complejo y nuevos desafíos relacionados al fenómeno. Las investigaciones de distintas áreas del conocimiento han generado literatura científica sobre las diferencias en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres.

Los estudios sobre distinciones biológicas indican que las mujeres metabolizan más lentamente el alcohol, lo que evidencia una respuesta fisiológica distinta en función del sexo. Después de beber alcohol, las mujeres tienen concentraciones en sangre (alcoholemia) más altas que los hombres y, en su caso, los efectos inmediatos ocurren más rápido y se prolongan más tiempo [9]. Lo anterior se fundamenta en diferencias en la composición corporal de hombres y mujeres. El mayor contenido promedio de grasa y menor de agua, en el cuerpo de las mujeres, conduce a mayor alcoholemia tras beber dosis similares de alcohol a las de los hombres, en el mismo periodo de tiempo [10]. El metabolismo del etanol y los efectos diferenciados en el cerebro también se proponen como componentes biológicos de mayor vulnerabilidad en las mujeres [11].

Los efectos para la salud que se relacionan al consumo de alcohol también son diferentes en función del sexo. Las mujeres son más susceptibles a desarrollar problemas médicos tras periodos cortos de haber iniciado el consumo, aun si ingieren cantidades más bajas de alcohol, y a experimentar consecuencias de larga evolución [12]. Tienen mayor probabilidad de sufrir condiciones hepáticas graves relacionadas al consumo de alcohol en comparación con los hombres. Asimismo, las mujeres necesitan menos años y dosis más bajas para desarrollar cardiomiopatía alcohólica y neuropatía periférica, con relación a los varones [13]. Para las mujeres, el alcohol representa un factor de riesgo de cáncer de mama, debido a que la ingestión de bebidas alcohólicas induce niveles altos de estrógeno y testosterona [14]. El abuso de esta sustancia también se relaciona con ciclos menstruales irregulares, reserva ovárica disminuida, infertilidad y efectos secundarios en la menopausia [14,16]. Asimismo, la tasa de aborto espontáneo incrementa casi tres veces por cada día que se consuma alcohol a la semana, en comparación con mujeres abstemias durante el embarazo [17].

Otros análisis señalan que las mujeres son más vulnerables a los efectos neurotóxicos del alcohol. En ellas, la pérdida de volumen cerebral y disfunción cognitiva

progresan de manera más acelerada que en hombres, lo que se relaciona con mecanismos vasculares y metabólicos diferenciados [18]. Además, un creciente cuerpo de evidencia muestra que el alcohol altera el desarrollo normal del cerebro durante la adolescencia e impacta de manera distinta a las y los jóvenes. Las adolescentes que consumen alcohol en exceso tienen mayor reducción del tamaño de áreas del cerebro involucradas con la memoria y la toma de decisiones, mientras que mujeres de cualquier edad son más susceptibles que los varones a *blackouts* o lagunas mentales posteriores a la intoxicación alcohólica [19,20]. También son más sensibles que los hombres a los efectos neuroconductuales, incluyendo la destreza para manejar [21].

El consumo de alcohol de hombres y mujeres está influenciado por el estado de ánimo y las emociones. Es más probable que las mujeres beban en respuesta a sentimientos negativos, cuando experimentan malestar emocional, estrés psicológico, conflictos con otros, o para aliviar la tensión. El afecto negativo (estado de angustia emocional caracterizado por sentimientos abrumadores como ansiedad, miedo, ira, irritabilidad y tristeza) predice el abuso de alcohol y el aumento de las tasas de trastornos por consumo de esta sustancia en las mujeres. Además de las experiencias de trauma, abuso y aislamiento social, el estrés juega en ellas un rol significativo en la iniciación y mantenimiento del uso de alcohol [22]. Un estudio encontró que las mujeres con dos o más eventos de vida estresantes durante el último año tuvieron cuatro veces mayor probabilidad de desarrollar trastornos asociados a esta sustancia, en comparación con los hombres, en donde el riesgo aumentó 2.5 veces [23]. Asimismo, los síntomas depresivos son mediadores del consumo en las mujeres [24]. En cambio, los hombres reportan usar alcohol para experimentar emociones placenteras, mejorar sentimientos positivos y por presión social [25].

Por otro lado, las investigaciones señalan que las variaciones en el consumo están influenciadas por factores socioculturales. En todo el mundo, las normas sociales y la percepción tradicional de los roles de género han restringido el consumo de alcohol para las mujeres y determinado las razones de su abstinencia, mientras que las experiencias ligadas a la ingestión de alcohol son más importantes para los hombres y promueven esta conducta como muestra de masculinidad [26]. De igual manera, como sucede con otras drogas, las mujeres son objeto de mayor estigma y sanciones sociales por consumir alcohol. El alcoholismo es una condición opuesta a las características femeninas

deseables [27]. Los estudios sociales también han señalado diferencias de género en el control del consumo. Algunos indican que los hombres en edad productiva piensan que el autocontrol al beber no forma parte de su naturaleza y considerarlo así limitaría su libertad. Por su parte, las mujeres tienen mecanismos más internalizados de control del consumo de alcohol y es menos probable que se den “el gusto” de tomar en exceso [28].

También se ha estudiado el papel del guardián o moderador del consumo de bebidas en la pareja, un rol frecuentemente atribuido a las mujeres, mientras que los hombres figuran como incitadores del consumo. La dirección predominante de los esfuerzos para controlar la ingesta de alcohol en la familia es de mujeres a hombres, y de generaciones de mayor edad a las más jóvenes [29]. Pese a lo anterior, es importante destacar que las diferencias de género del consumo de alcohol han disminuido en las últimas décadas, lo cual refleja un cambio en el entorno sociocultural que afecta los hábitos relacionados con la bebida. En muchas regiones del mundo, hombres y mujeres muestran un inicio más temprano del consumo de esta sustancia, así como de trastornos relacionados. Sin embargo, las exigencias sociales de género dan lugar a experiencias estigmatizantes entre las mujeres consumidoras, especialmente si se trata de madres o cuidadoras, y en un momento dado, dificultan su llegada a servicios de atención y tratamiento [30].

Las causas de muerte y AVAD atribuibles al consumo de alcohol también varían por sexo. Los varones experimentan mayor número de defunciones en las principales categorías de enfermedad y lesiones, pero hay diferencias en los daños a la salud que afectan a hombres y mujeres (tablas 3 y 4). Aunque se aprecia que ellos tienen tasas de mortalidad relacionadas con el alcohol más altas, las mujeres con trastornos asociados mueren a edades más tempranas [31]. El promedio de edad al momento de la muerte por causas atribuibles al alcohol es 24 años menor que la esperanza de vida de las mujeres y 15 años menor que la expectativa de vida de los varones [32]. Un metanálisis que evaluó la relación entre consumo de alcohol y causas de mortalidad encontró que el riesgo de morir incrementa significativamente en mujeres que consumen más de dos porciones estándar de alcohol al día. Mientras que, en hombres, el riesgo aumentó después de superar cuatro porciones diarias [33].

Tabla 3. Muertes atribuibles al consumo de alcohol en todo el mundo, por categoría general de enfermedad y sexo, 2016

Causa	Muertes atribuibles al alcohol (miles)			Distribución de todas las muertes atribuibles al consumo de alcohol entre categorías de enfermedad (%)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Todas las causas	2988.3	2307.3	681.0	100.0	100.0	100.0
Condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	385.9	336.0	49.9	12.9	14.6	7.3
Enfermedades no transmisibles	1744.4	1246.7	497.6	58.4	54.0	73.1
Neoplasias malignas	376.2	297.6	78.6	12.6	12.9	11.5
Diabetes mellitus	376.2	297.6	78.6	12.6	12.9	11.5
Trastornos por consumo de alcohol	145.6	121.6	24.0	4.9	5.3	3.5
Epilepsia	17.4	14.7	2.6	0.6	0.6	0.4
Enfermedades cardiovasculares	593.1	310.0	283.2	19.8	13.4	41.6
Enfermedades digestivas	636.6	487.0	149.6	21.3	21.1	22.0
Lesiones	858.1	724.6	133.5	28.7	31.4	19.6
Lesiones no intencionadas	624.1	518.7	10.5	20.9	22.5	15.5
Lesiones intencionadas	233.9	205.9	28.1	7.8	8.9	4.1

Fuente: World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018.

Tabla 4. Carga mundial de morbilidad atribuible al alcohol en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), por categoría general de enfermedad y sexo, 2016

Causa	AVAD atribuibles al alcohol (millones)			Distribución de todos los AVAD atribuibles al consumo de alcohol entre categorías de enfermedad (%)		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Todas las causas	132.6	106.5	26.1	100.0	100.0	100.0
Condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	14.8	13.0	1.8	11.2	12.2	7.0
Enfermedades no transmisibles	65.5	50.0	15.4	49.4	46.9	59.2
Neoplasias malignas	10.3	8.2	2.1	7.7	7.7	8.1
Diabetes mellitus	-1.1	0.7	-1.8	-0.8	0.7	-6.9
Trastornos por consumo de alcohol	18.5	13.6	4.8	13.9	12.8	18.5
Epilepsia	1.5	1.3	0.3	1.1	1.2	1.0
Enfermedades cardiovasculares	13.0	8.1	5.0	9.8	7.6	19.0
Enfermedades digestivas	23.3	18.2	5.1	17.6	17.1	19.5
Lesiones	52.4	43.5	8.8	39.5	40.9	33.8
Lesiones no intencionadas	39.7	32.4	7.3	30.0	30.4	28.1
Lesiones intencionadas	12.6	11.1	1.5	9.5	10.4	5.7

Fuente: World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018.

El escenario de la morbilidad es más complejo al considerar que, en muchas ocasiones, las y los usuarios de alcohol combinan la bebida con otras drogas. En Centros de Integración Juvenil, un tercio de los solicitantes de tratamiento reportan uso combinado de alcohol con otras drogas, con proporciones equiparables entre hombres (33.6 por ciento) y mujeres (28.4 por ciento). Las personas que declaran el uso de otras sustancias con alcohol refieren la marihuana, las metanfetaminas y la cocaína entre las más frecuentes (Tabla 5) [5].

Se debe comentar que el inicio del consumo de alcohol es a edades tempranas. En México, la edad promedio en que la población general inicia su uso es 17.9 años (16.7 en hombres, 19.2 en mujeres) [7]. En tanto que otros sistemas de información sugieren que la edad de inicio podría ser menor. Datos de CIJ indican que los solicitantes de tratamiento refieren haber comenzado el uso de alcohol a los 14.9 años (14.7 en hombres, 15.3 en mujeres) [34].

Tabla 5. Principales drogas utilizadas el mismo día que se consumió alcohol durante los últimos 12 meses según sexo. Usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en CIJ en el primer semestre de 2020

	Total %	Hombres %	Mujeres %
Mariguana	49.5	48.9	51.9
Metanfetaminas	33.7	33.7	33.7
Cocaína en polvo	21.5	22.4	17.1

Fuente: Centros de Integración Juvenil. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Sistemas de información Epidemiológica del Consumo de Drogas. México; 2020.

Si bien las mujeres inician el consumo a mayor edad, su progresión a trastornos relacionados es más acelerada que en los hombres; este efecto es denominado *telescoping* [35]. Sin embargo, las mujeres suelen ser más reticentes a buscar ayuda o solicitar tratamiento. Los datos reflejan que 2.2 por ciento de los usuarios con dependencia y 4 por ciento de los usuarios que abusan del alcohol requieren ayuda por el consumo. No obstante, los servicios institucionales evidencian que la búsqueda de

atención es mayor en hombres que en mujeres, incluyendo todos los patrones de consumo y categorías de edad (Tabla 6) [29]. Las diferencias de género juegan un papel crucial. Las sociedades fomentan sesgos costosos en las formas para controlar o reducir problemas relacionados al consumo de alcohol.

Tabla 6. Relación hombres-mujeres usuarios de alcohol que solicitaron tratamiento en CIJ durante el primer semestre de 2020, por patrón de consumo y categoría de edad

	Consumo			Como droga de	
	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Mayor impacto	Preferencia
	Hombres por cada mujer				
General	4.1	4.2	4.5	3.5	3.2
< 18 años	3.4	3.4	3.5	2.5	2.1
18 años y más	4.4	4.6	5.0	3.7	3.7

Fuente: Centros de Integración Juvenil. Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Sistemas de información Epidemiológica del Consumo de Drogas. México; 2020.

Por un lado, la asociación de uso excesivo con manifestaciones de virilidad alienta a los hombres consumidores a negar o minimizar los problemas y riesgos derivados de sus conductas frente a la bebida. En algunos sectores, beber en exceso es normal o permisible, incluso cuando conlleva actitudes agresivas o violentas [36]. Por otra parte, los preceptos de que las mujeres no toman mucho conducen a menospreciar e ignorar los problemas que ellas tienen con la bebida. Sin embargo, cuando el abuso o dependencia del alcohol son notorios, la reacción social cambia de la indiferencia a la indignación, acompañada de esfuerzos por castigar a las mujeres que beben de formas socialmente inaceptables [37]. Lo anterior puede explicar, al menos en parte, por qué las mujeres tienen menor probabilidad que los hombres de acceder a servicios de tratamiento por el uso del alcohol y los motivos que las orillan a utilizar

entornos de atención médica no especializados que vulneran su integridad física y mental [30]. Aunque el tiempo que transcurre para que personas con trastornos por consumo de alcohol tengan recaídas es semejante en hombres y mujeres, los motivos para reincidir en la conducta difieren entre los sexos [38]. Las recaídas posteriores al tratamiento se relacionan con afecto negativo en las mujeres, mientras que los varones tienen más probabilidad de recaer por presión social [39].

Es notorio que existen diferencias basadas en el sexo y género respecto al consumo de alcohol y condiciones relacionadas a su abuso. Si bien los aspectos biológicos que distinguen a los sexos son más constantes, las diferencias de género asociadas a factores socioculturales están cambiando. Una explicación es que, a medida que las generaciones experimentan mayor homogeneización de las características sociales, económicas y culturales, la brecha de género en los comportamientos relacionados a la bebida se vuelve menos significativa. Cuando las mujeres comenzaron a trabajar fuera del hogar, adoptaron valores y conductas típicamente masculinas, lo que aumentó su libertad como consumidoras individuales. Además, el estrés provocado por los nuevos roles en la vida de las mujeres ha sido establecido como mecanismo subyacente al aumento del consumo de alcohol, pues simultáneamente se crean expectativas y demandas de viejos y nuevos roles femeninos. Lo anterior incrementa el sentimiento de estrés en las mujeres y su carga de trabajo, lo que resulta en la búsqueda de "soluciones rápidas", que son proporcionadas por el alcohol y otras drogas [40,41]. Otras hipótesis sugieren la medida en que la cultura de beber de una sociedad apoya y fomenta contextos de bebida conjunta para hombres y mujeres; así como la posible necesidad de las mujeres de copiar estilos de vida de personas de estatus más alto que ellas, posición históricamente reservada para los varones [42].

Ante el panorama descrito, encontramos severas consecuencias y un reflejo de los retos para la prevención y el tratamiento. En principio, deben considerarse tanto los factores de riesgo para iniciar el consumo, como sus consecuencias.

Entre los riesgos de mayor peso predictivo para iniciar esta conducta están [43]:

- Amigos consumidores.
- Tolerancia social y baja percepción del riesgo de consumo; particularmente cuando hay consumo excesivo en la familia.

- Expectativas positivas del consumo, como el precopeo, que facilita la socialización, desinhibe y favorece la expresión verbal. Los estudios de riesgo en CIJ proponen que generar expectativas positivas en redes o en publicidades asociadas al consumo de alcohol es un riesgo para los jóvenes.
- Trastornos mentales. La depresión es un importante factor de riesgo.
- En menor medida, fracaso escolar o laboral.
- En las mujeres, el estigma, la crítica y la pérdida de seres queridos, sea por muerte, divorcio o separación. Si la pareja consume, la mujer tiene mayor riesgo de sufrir violencia y consumir alcohol.

Además de las ya señaladas causas de morbimortalidad, entre las consecuencias del consumo excesivo están:

- Accidentes de tránsito. Más de 33 mil al año (33 por ciento asociados al alcohol).
- Violencia en el noviazgo, la pareja o la familia, con sus respectivas secuelas emocionales.
- Sexualidad de riesgo. No sólo enfermedades de transmisión sexual o embarazo adolescente, también la asociación entre alcohol y sexo, que aumenta el riesgo de dependencia, e incluso en su interjuego con redes sociales ha llevado a jóvenes al suicidio.
- Trastornos emocionales más severos. El Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó que 26 por ciento de los jóvenes de 15 a 29 años han presentado sentimientos de depresión [44].

En otro estudio donde participaron jóvenes, se aprecian factores donde deben enfocarse las intervenciones psicosociales para incrementar su efectividad y contribuir de esta forma a mantener la abstinencia del consumo de alcohol (y otras drogas). De acuerdo con el análisis que evaluó la severidad en el desajuste psicosocial en la vida de los adolescentes, se encontraron diferencias en todos los dominios evaluados en mujeres que reportaron consumo de alcohol. Los problemas de inadaptabilidad afectan más a las mujeres consumidoras, especialmente en la vida familiar, escolar y emocional, al mismo tiempo que fomentan su vinculación con pares disfuncionales (Tabla 7) [43].

Tabla 7. Calificaciones promedio del índice de Severidad por Área (ISA) de acuerdo al Drug Use Screening Inventory (DUSI), entre mujeres que reportaron consumo de alcohol frente a no consumidoras, en los últimos 12 meses

Áreas del DUSI	Consumo de alcohol n=150		Sin consumo de alcohol n=30		t de Student
	ISA	DT	ISA	DT	
Uso/abuso de sustancias	3.7	2.9	1.9	2.3	5.656**
Problemas de conducta	4.8	2.3	3.2	1.8	5.255**
Problemas de salud física	3.9	2.2	3.0	2.2	3.210*
Problemas emocionales	4.9	2.3	3.1	2.1	5.352**
Baja competencia social	3.8	2.4	2.9	2.3	2.198*
Problemas familiares	4.8	3.0	2.2	1.8	8.533**
Problemas en la escuela	4.1	2.5	2.1	1.9	7.957**
Problemas en la vida laboral	2.9	2.7	0.80	1.6	4.525**
Vinculación con pares disfuncionales	5.6	2.5	3.6	1.9	5.891**
Uso inadecuado del tiempo libre	5.0	2.5	3.3	2.6	3.547**

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

A la fecha, se han logrado grandes avances en la producción de evidencias que respalden que existen diferencias en el consumo de alcohol y sus consecuencias en hombres y mujeres. Sin embargo, se requiere mejor comprensión de la compleja interacción entre los factores vinculados al sexo y el género que intervienen en esta asociación. En mujeres y hombres, se debe tomar en cuenta el estado de salud física y mental de los afectados, pero en las mujeres se deben considerar circunstancias potencialmente únicas y cuestiones relacionadas con experiencias de abuso y violencia, roles de género, vulnerabilidad económica, independencia financiera, cuidado de la familia y embarazo. Sólo de esta forma será posible desarrollar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento más eficientes.

Declaraciones de los autores

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Referencias

1. Villatoro-Velázquez JA, Fregoso Ito D, Oliva Robles NM, Mujica Salazar A, Martín del Campo Sánchez R, Nanni Alvarado R, et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Alcohol. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud; 2015.
2. McHugh RK, Weiss RD. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Res.* 2019 Jan 1;40(1):arcr.v40.1.01. doi: 10.35946/arcr.v40.1.01.
3. Pollard MS, Tucker JS, Green HD Jr. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Netw Open.* 2020 Sep 1;3(9):e2022942. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.22942.
4. Tiburcio-Sainz M, Martínez N, Fernández M, Sánchez Y, Arroyo M, Natera-Rey G. Consumo de alcohol, estrés y depresión durante la contingencia por COVID-19 en México [Internet]. 2020 [consultado 7 ene 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alcohol-depresion-marcela-tiburcio-sainz>
5. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación. Sistema de información Epidemiológica del Consumo de Drogas. México; 2020.
6. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. 2018 [consultado 3 ene 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
7. Villatoro-Velázquez, JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud; 2017.
8. Gutiérrez-López, AD. Droga de mayor impacto reportada por usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil, del 2º semestre de 2004 al 1er semestre de 2020 (Nivel Nacional y Entidades Federativas). Informe de Investigación 20-09g. Centros de Integración Juvenil. Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas [Internet]. 2020 [consultado 4 ene 2021]. Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/programas/Investigacion/pdf/20-09g.pdf>
9. Centros de Integración Juvenil. Los jóvenes y el alcohol en México. Un problema emergente en las mujeres. 3º edición. Ciudad de México: CIJ; 2010.
10. Baraona E, Abittan CS, Dohmen K, Moretti M, Pozzato G, Chayes ZW, et al. Gender differences in pharmacokinetics of alcohol. *Alcohol Clin Exp Res* 2001; 25(4):502-7.

11. Parlesak A, Ulrich-Billinger MH, Bode C, Bode JC. Gastric alcohol dehydrogenase activity in man: influence of gender, age, alcohol consumption and smoking in a Caucasian population. *Alcohol and Alcoholism* 2002; 37(4):388-93. doi: 10.1093/alcalc/37.4.388.
12. Polen MR, Green CA, Perrin NA, Anderson BM, Weisner CM. Drinking Patterns, Gender and Health I: Attitudes and Health Practices. *Addict Res Theory*. 2010 Apr 1; 18(2):122-142. doi: 10.3109/16066350903398486.
13. Fernández-Solá J, Nicolás-Arfelis J. Gender differences in alcoholic cardiomyopathy. *J Gend Specif Med* 2002; 5(1):41-7.
14. Brooks P, Zakhari S. Moderate alcohol consumption and breast cancer in women: from epidemiology to mechanisms and interventions. *Alcohol Clin Exp Res* 2015; 37(1):23-30. doi: 10.1111/j.1530-0277.2012.01888.x.
15. Pettersson P, Ellsinger BM, Sjober C, Bjorntorp P. Fat distribution and steroid hormones in women with alcohol abuse. *J Intern Med* 1990; 228(4):311-6. doi: 10.1111/j.1365-2796.1990.tb00238.x.
16. Egert J, Theobald H, Engfeldt P. Effects of alcohol consumption on female fertility during an 18-year period. *Fertility and sterility* 2004; 81(2). doi: 10.1016/j.fertnstert.2003.06.018.
17. Chiodo LM, Bailey B, Sokol R, Janisse J, Delaney-Black V, Hannigan JH. Recognized spontaneous abortion in mid-pregnancy and patterns of pregnancy alcohol use. *Alcohol* 2012; 46(3):261-267. doi: 10.1016/j.alcohol.2011.11.006.
18. Lyu J, Lee SH. Alcohol consumption and cognitive impairment among Korean older adults: does gender matter? *Int Psychogeriatr* 2014; 26(2):335-40. doi: 10.1017/S1041610213001919.
19. Jones SA, Lueras JM, Nagel BJ. Effects of binge drinking on the developing brain. *Alcohol Res* 2018; 39(1):87-97.
20. Hingson R, Zha W, Simons-Morton B, White A. Alcohol-induced blackouts as predictors of other drinking related harms among emerging young adults. *Alcohol Clin Exp Res* 2016; 40(4):776-84. doi: 10.1111/acer.13010.
21. Miller M, Weafer J, Fillmore MT. Gender differences in alcohol impairment of simulated driving performance and driving-related skills. *Alcohol and alcoholism* 2009; 44(6) 586-593. doi: 10.1093/alcalc/agg051.
22. Choi NG, DiNitto DM. Psychological distress, binge/heavy drinking, and gender differences among older adults. *Am J Addict* 2011; 20(5): 420-8. doi: 10.1111/j.1521-0391.2011.00149.x.
23. Peltier MR, Verplaetse TL, Mineur YS, Petrakis I, Cosgrove KP, Picciotto MR, et al. Sex differences in stress-related alcohol use. *Neurobiol Stress*. 2019 Feb 8; 10:100149. doi: 10.1016/j.ynstr.2019.100149.

24. Abulseoud OA, Karpayk VM, Schneekloth T, Hall-Flavin DK, Loukianova LL, Geske JR, et al. A retrospective study of gender differences in depressive symptoms and risk of relapse in patients with alcohol dependence. *Am J Addict* 2013; 22(5):437-42. doi: 10.1111/j.1521-0391.2013.12021.x.
25. Lemke S, Schutte KK, Brennan PL, Moss RH. Gender differences in social influences and stressors linked to increased drinking. *J Stud Alcohol Drugs* 2008; 69(5): 695-702. doi: 10.15288/jsad.2008.69.695.
26. Bernards S, Graham K, Kuendig H, Hettige S, Obot I. I have no interest in drinking: a cross-national comparison of reasons why men and women abstain from alcohol use. *Addiction* 2009; 104(10):1658-68. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02667.x.
27. Nolen-Hoeksema S, Hilt L. Possible Contributors to the gender differences in alcohol use and problems. *J Gen Psychol* 2006; 133(4):357-74. doi: 10.3200/GENP.133.4.357-374.
28. Alasutari P. Desire and craving. Studies in a cultural theory of alcoholism. *Acta Universitatis Tampereensis, Series A*, 288. Tampere: University of Tampere; 1990.
29. Room R, Greenfield TK, Weisner C. People who might have liked you to drink less: changing responses to drinking by U.S. family members and friends, 1979-90. *Contemporary Drug Problems*, 18, 573-595; 1991.
30. Alvanzo AA, Storr CL, Mojtabai R, Green KM, Pacek LR, La Flair LN. Gender and race/ethnicity differences for initiation of alcohol-related service use among persons with alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend* 2014; 140:48-55. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.03.010.
31. Haberman PW, Natarajan G. Premature mortality and chronic alcoholism: medical examiner cases, New Jersey. *Soc Sci Med* 1989; 29(6): 729-32. doi: 10.1016/0277-9536(89)90152-4.
32. Ulrich J, Hanke M. Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country-Germany. *Alcohol and alcoholism* 2002; 37(6) 581-85. doi: 10.1093/alcalc/37.6.581
33. Holman CD, English DR, Milne E, Winter MG. Meta-analysis of alcohol and all-cause mortality: a validation of NHMRC recommendations. *MJA* 1996; 164, 141-5. doi: 10.5694/j.1326-5377.1996.tb122011.x.
34. Gutiérrez-López AD. Consumo de drogas en solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil. Tabaco y alcohol. Primer semestre del 2020 [Internet]. Informe de investigación Epidemiológica del Consumo de Drogas. 2020 [consultado 5 ene 2020]. Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/programas/Investigacion/pdf/20-09d.pdf>
35. Diehl A, Croissant B, Batra A, Mundle G, Nakovics H, Mann K. Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 257, 344-351. doi: 10.1007/s00406-007-0737-z.

36. Graham K, Wells S. Somebody's gonna get their head kicked in tonight! Aggression among young males in bars- a question of values? *British Journal of Criminology* 2003; 43, 546-567.
37. Brienza RS, Stein M. Alcohol use disorders in primary care: do gender-specific differences exist? *J Gen Intern Med* 2002; 17(5): 387-97. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10617.x.
38. Greenfield SF, Pettinati HM, O'Malley S, Randall PK, Randall CL. Gender differences in alcohol treatment: an analysis of outcome from the COMBINE study. *Alcohol Clin Exp Res* 2010; 34(10):1803-12. doi: 10.1111/j.1530-0277.2010.01267.x.
39. Zywiak WH, Stout RL, Trefry WB, Glasser I, Connors G, Maiston S, et al. Alcohol relapse repetition, gender, and predictive validity. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30(4):349-53. doi: 10.1016/j.jsat.2006.03.004.
40. Holmila M, Raitasalo K. Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction* 2004; 100, 1763-1769. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01249.x.
41. Fillmore K. When angels fall: women's drinking as cultural preoccupation and as reality. In Wilsnack, SC & Beckman LJ. *Alcohol Problems in women: antecedents, consequences and intervention*, pp. 7-36. New York: Guilford Press.
42. Haavio-Mannila E. Impact of co-workers on female alcohol use. *Contemporary Drug Problems* 1991; 18,597-627.
43. Fernández-Cáceres MC. Factores psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. Implicaciones para el diseño de programas de atención (tesis doctoral). Instituto Regional de Estudios de la Familia. Chihuahua, México; 2020.
44. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Población con sentimientos de depresión según grandes grupos de edad [Internet]. [Consultado 7 ene 2021]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/#Tabulados>



CAPÍTULO 2

TENDENCIAS EN
EL CONSUMO DE ALCOHOL
EN ADOLESCENTES

Semblanza del autor



Dr. Víctor Manuel Guisa Sánchez

Originario del Estado de México, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac Norte, especialista en Psiquiatría por la Universidad Nacional Autónoma de México en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Actualmente se desempeña como jefe del Departamento de Hospitalización y Proyectos Clínicos de Centros de Integración Juvenil, A.C.

TENDENCIAS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

*Dr. Víctor Manuel Guisa Sánchez
Centros de Integración Juvenil, A.C.
Correo electrónico: hospitalizacion@cij.gob.mx*

Resumen

La adolescencia es una etapa caracterizada por cambios progresivos en el desarrollo neuronal, psicológico, cognitivo y hormonal del individuo, además de una activa búsqueda de la identidad propia; se deja así la dependencia de otros y se trata de alcanzar la independencia del adulto. La adecuada maduración del sistema neurológico individual, el establecimiento de relaciones interpersonales y afectivas favorables, y la apropiada capacidad de adaptación a los cambios naturales durante esta etapa determinarán muchos de los resultados que se tengan en la adultez. La conducta de los jóvenes se caracteriza por el deseo de experimentar emociones que, en ocasiones, los lleva a situaciones de alto riesgo para su salud, como el consumo de sustancias. Se ha demostrado la utilidad del estudio de la variabilidad interindividual entre adolescentes para identificar objetivos de tratamiento primario y secundario, y así mejorar los resultados de estas conductas. Los avances de neuroimagen en años recientes, los estudios con resonancia magnética funcional y la tomografía por emisión de positrones, entre otros métodos, han permitido un entendimiento más amplio del desarrollo neurológico del ser humano, así como el estudio de la conducta en diferentes etapas

del desarrollo. Esto abre una nueva gama de oportunidades para estudiar los fenómenos conductuales y no limitarnos únicamente a la observación clínica, que por muchos años fue el método predominante. Se ha confirmado que el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes aumenta los niveles de agresividad general y física en comparación con aquellos adolescentes que no han sido expuestos al alcohol. De igual manera, el consumo de bebidas alcohólicas se ha relacionado con alteraciones del desarrollo a largo plazo. Más allá de estas consecuencias, el consumo de alcohol, especialmente si se inicia a edades tempranas, repercute en toda la población al generar pérdidas sociales y económicas.

Palabras clave: alcohol, adolescencia, dopamina, GABA, impulsividad, telemedicina.

Tendencias en el consumo de alcohol en adolescentes

La adolescencia es una etapa caracterizada por cambios progresivos en el desarrollo neuronal, psicológico, cognitivo y hormonal del individuo, además de una activa búsqueda de la identidad propia; se deja así la dependencia de otros y se trata de alcanzar la independencia del adulto. La adecuada maduración del sistema neurológico individual, el establecimiento de relaciones interpersonales y afectivas favorables, y la apropiada capacidad de adaptación a los cambios naturales de esta etapa determinarán muchos de los resultados que se tengan en la adultez. La conducta de los jóvenes se caracteriza por el deseo de experimentar emociones que, en ocasiones, los lleva a situaciones de alto riesgo para su salud, como el consumo de sustancias. Esta etapa de ontogenia parece estar bastante conservada genéticamente entre los mamíferos, especialmente en los primates no humanos, lo que ha permitido realizar estudios experimentales en ellos, los cuales han aportado datos imprescindibles para el estudio de la conducta en los cerebros en desarrollo, como los de los adolescentes [1].

De esta manera, derivado de cambios conductuales y afectivos, tales como el aumento en la toma de riesgos, la búsqueda de emociones, y la disforia que provoca el opositorismo a las reglas familiares y sociales establecidas, los adolescentes pueden verse involucrados en conductas de riesgo como el consumo de bebidas

alcohólicas, con lo cual, paradójicamente, se incrementa la conducta hostil de los demás hacia ellos.

Las características conductuales típicas de la adolescencia que causan mayor inquietud en el contexto clínico son: impulsividad cognitiva, intensidad emocional y labilidad, las cuales se relacionan estrechamente con las conductas de riesgo. Se ha demostrado la utilidad del estudio de la variabilidad interindividual entre adolescentes para identificar objetivos de tratamiento primario y secundario y así mejorar los resultados de estas conductas [2]. Los avances de neuroimagen en años recientes, los estudios con resonancia magnética funcional y la tomografía por emisión de positrones, entre otros métodos, han permitido un entendimiento más amplio del desarrollo neurológico del ser humano, así como el estudio de la conducta en diferentes etapas del desarrollo. Esto abre una nueva gama de oportunidades para estudiar los fenómenos conductuales y no limitarnos únicamente a la observación clínica, que por muchos años fue el método predominante.

En el caso de los adolescentes, se ha demostrado que la maduración funcional de las distintas redes neuronales sigue al desarrollo de estructuras y circuitos neuroquímicos múltiples, donde la dopamina (DA) ocupa un lugar privilegiado como el neurotransmisor central en la codificación de la conducta motivada y el procesamiento de los estímulos de recompensa, tanto los naturales como aquellos derivados del consumo de sustancias [2]. Se ha obtenido evidencia de que la activación mesolímbica del sistema de DA, con proyecciones al estriado dorsal, el núcleo accumbens, la amígdala y la corteza mesocortical, se desarrolla durante la adolescencia, y se ha demostrado que la actividad tanto mesolímbica como mesocortical DA es más activa en estas áreas en respuesta a la recompensa comparada con la de los adultos [3]. Estos datos nos permiten, como sociedad y como personal de salud, tomar decisiones con base en evidencia para argumentar las disposiciones legales que deben ser consideradas para limitar y sancionar la venta de sustancias psicoactivas, especialmente en esta población vulnerable.

En estudios prospectivos se han encontrado alteraciones en circuitos neuronales relacionados con el control ejecutivo y la motivación; por ejemplo, la disminución en el desarrollo del control de los impulsos entre los 14 y los 16 años de edad se asocia con el inicio de consumo de alcohol en la adolescencia. Además, se ha identificado,

mediante estudios de neuroimagen como la resonancia magnética funcional, que la disminución en la activación de la corteza prefrontal medial, durante estímulos que activan el sistema de recompensa de forma importante, puede ser un biomarcador neuronal potencial que predice el desarrollo de una consumición de alcohol más severa en adolescentes sanos dos años después [4].

Si bien, la mayoría de los adolescentes que consumen alcohol no desarrollan un trastorno, el abuso en su consumo se correlaciona con peligros inmediatos, tales como accidentes, actos violentos y deserción escolar. Se ha demostrado que el consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes aumenta los niveles de agresividad general y física en comparación con aquellos que no han sido expuestos al alcohol [5]. De igual manera, el consumo de bebidas alcohólicas se ha relacionado con alteraciones del desarrollo a largo plazo. Más allá de estas consecuencias, el consumo de alcohol, sobre todo si se inicia a edades tempranas, repercute en toda la población al generar pérdidas sociales y económicas. El consumo de sustancias, específicamente el consumo de bebidas alcohólicas tiene características diferentes en los adolescentes en comparación con los adultos. Se ha descrito que, si bien el consumo de bebidas alcohólicas es más frecuente en los adultos, los adolescentes consumen en mayor cantidad por ocasión.

El consumo de alcohol se encuentra relacionado directamente con más de 200 enfermedades y trastornos, tales como los trastornos mentales y de la conducta, padecimientos hepáticos, distintos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, traumatismos secundarios a las conductas violentas y accidentes vehiculares. También están las consecuencias de las conductas de riesgo relacionadas a la intoxicación etílica, como el consumo de otro tipo de sustancias psicoactivas y las conductas sexuales que aumentan el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual [6].

Considerando lo antes mencionado, uno de los sistemas más afectados por el consumo de alcohol es el sistema nervioso central, donde consistentemente se ha demostrado que el consumo moderado o grave de alcohol en la población adolescente tiene como consecuencia la reducción del volumen de la sustancia gris, relacionado con el retraso en el aumento y la maduración de la sustancia blanca. Las regiones corticales más afectadas incluyen áreas relacionadas con la función ejecutiva, el control cognitivo, la atención, la integración sensorial y el procesamiento del lenguaje, como

el giro frontal medial, el giro temporal izquierdo y medial, y la corteza temporal frontal y laterofrontal [3].

Se ha descrito también un estado o fenotipo persistente *adolescent-like* en la adultez, posterior a la exposición al alcohol durante la adolescencia, caracterizado por pérdida de flexibilidad conductual, desinhibición conductual, predisposición a tomar decisiones riesgosas, aumento de conductas similares a la depresión y aumento en el consumo de alcohol por ocasión. Esto es reflejo de múltiples alteraciones en diversos sistemas monoaminérgicos como consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas en etapas de desarrollo, tales como menores niveles de receptores GABA en el hipocampo y en neuronas piramidales de la región prelímbica de la corteza prefrontal, en comparación con adultos sanos [3]. Estas alteraciones se relacionan con la disminución del tono inhibitorio, por lo que se observa un mayor potencial excitatorio en contraste con el potencial inhibitorio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2018, en todo el mundo, más de un cuarto (26.5 por ciento) de los jóvenes de entre 15 y 19 años de edad consumieron alcohol en ese año, lo que representa aproximadamente 155 millones de adolescentes. Las prevalencias más altas se reportan en la región de Europa, seguida de las Américas, donde se ha demostrado que el consumo de alcohol inicia antes de los 15 años de edad [7].

En México, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, cuatro de cada diez adolescentes habían consumido alcohol alguna vez en su vida, y 8.3 por ciento (casi uno de cada diez) consumieron cinco copas o más en el último mes [8]. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019 presenta datos muy similares a la ENCODAT, ya que la prevalencia anual del consumo de bebidas alcohólicas en adolescentes es de 38.3 por ciento. Cabe destacar que el consumo de bebidas alcohólicas en hombres adolescentes es menor (33.3 por ciento), en comparación con el de las mujeres adolescentes (44.7 por ciento), con una razón hombre:mujer de 0.74; sin embargo, cuando se observan las diferencias en patrones de consumo (diario o mensual), los hombres adolescentes presentan patrones más graves [9].

El aumento en la ingesta de alcohol por parte de las mujeres adolescentes es un fenómeno multifactorial, que va desde cambios socioculturales hasta psicológicos

derivados de la transformación de las normas sociales y los roles de género; la accesibilidad de las bebidas alcohólicas, además de su legalidad; la disminuida percepción del riesgo por parte de la sociedad mexicana; y mayor exposición a conductas de riesgo, como el consumo de sustancias. En México, la evidencia más extensa disponible proviene de estudios transversales y encuestas en hogares y escuelas, lo cual nos otorga evidencia limitada, por lo que resulta necesario realizar ensayos clínicos controlados para tener un mejor entendimiento de este fenómeno [10, 11].

Algunos estudios que aportan a la explicación de estos patrones de consumo en los adolescentes mencionan que, dentro del sistema de recompensa, las características de la actividad neuronal que apoyan a la predicción del consumo de alcohol muestran diferencias individuales en la respuesta del estriado ventral y la corteza prefrontal medial a la recompensa, las cuales se ven relacionadas con un patrón de consumo problemático de alcohol [12, 13]. Un estudio realizado con participantes adolescentes de origen mexicano reporta que, en el caso de las mujeres adolescentes, mayor actividad en la corteza prefrontal dorsal y actividad baja del estriado ventral como respuesta a la recompensa anticipada predicen un aumento en el consumo de alcohol entre los 16 y 18 años. En el caso de varones adolescentes, mayor actividad del estriado ventral durante la recompensa anticipada y actividad promedio de la corteza prefrontal medial durante la actividad de recompensa predice también un aumento en el consumo de alcohol en el mismo rango de edad [14].

Estos hallazgos pueden conducir al desarrollo de indicadores y a detectar características individuales que predisponen al consumo de alcohol, lo cual nos proporciona múltiples áreas de oportunidad para la investigación sobre tratamientos más específicos y que se determinen cuáles fenotipos responderían de manera más o menos favorable a éstos, además de ser un apoyo para lograr establecer un pronóstico de forma más precisa e individualizada.

Sin dejarlo atrás, desde hace mucho tiempo se ha demostrado el papel fundamental que juegan el ambiente y el contexto social en el consumo de sustancias a todas las edades. Ambos factores han sido sujetos de estudio frecuente, así como objetivos de tratamiento psicoterapéutico indispensables para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. En este sentido, se han presentado fenómenos particulares de acuerdo al contexto social de muchos sectores de la población, como

el caso de los migrantes, donde se ha demostrado que, por ejemplo, en los Estados Unidos de América, los adolescentes de origen mexicano, los cuales son considerados una población vulnerable, generalmente comienzan a consumir bebidas alcohólicas a edades más tempranas en relación con otros grupos étnicos [11].

Por ejemplos como éste, es necesario que no pase desapercibida la interacción que existe entre los sistemas ambientales, sociales, genéticos, de desarrollo e individuales en la génesis de los trastornos por consumo de sustancias, especialmente en el contexto de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Dichos problemas cuentan con una carga social muy importante en el contexto cultural de nuestro país, donde el consumo de alcohol se asocia tanto a eventos de celebración como a momentos desafortunados o dolorosos. Es el hogar, principalmente, donde se inicia el consumo de alcohol en los adolescentes mexicanos, en muchos casos al ser invitados por los propios familiares al consumo, como una especie de ritual de iniciación a la etapa de la adultez. Cuando se analizan las características de las personas que acuden a solicitar tratamiento especializado, se encuentra una mayoría de hombres que buscan tratamiento para el consumo específico de alcohol (64.2 por ciento), y se reporta un promedio de inicio de consumo de bebidas alcohólicas a los 16.2 años de edad [15], lo cual confirma lo que menciona la evidencia: a menor edad de inicio de consumo, mayor probabilidad de desarrollar trastornos relacionados.

Actualmente, el país enfrenta un reto muy importante en cuanto a la atención de la salud mental y los trastornos secundarios al consumo de sustancias derivado de la pandemia de COVID-19, las medidas de contingencia establecidas, y el trabajo de todo el sector salud para atender a las personas enfermas. Por ello, en múltiples instituciones se ha hecho un esfuerzo conjunto para adaptar los servicios de salud con el objetivo de atender a un mayor número de personas con trastornos mentales y del comportamiento; también se busca echar mano de tecnologías previamente subutilizadas, como los servicios de atención a distancia, los cuales han demostrado tener múltiples beneficios: lograr un mayor acceso a la salud mental en lugares donde previamente había poco personal de salud especializado, disminuir el estigma generado por acudir a una institución de salud mental, y evidenciar que la atención a distancia cuenta con una eficacia similar a la atención presencial [16].

Anteriormente, en Estados Unidos se había estimado que 50 por ciento de la atención a la salud en general iba a ser otorgada de forma electrónica para el año

2020, sin embargo, en el contexto mundial actual, es probable que esta estimación haya sido superada [16]. Será sumamente importante evaluar el cambio en la vía de atención (presencial o a distancia) en nuestro país y valorar la eficacia de los distintos tipos de servicios, lo que nos orientará como servidores públicos a replantearnos múltiples tomas de decisiones con el apoyo de evidencias sustanciales.

Otro de los temas prioritarios a considerar dentro de la atención a la salud mental en México es la evidente falta de especialistas de acuerdo a la distribución de psiquiatras por número de habitantes. Asimismo, habrá que analizar si el personal especializado en salud mental se encuentra distribuido de forma estratégica según el número de especialistas en psiquiatría y paidopsiquiatría disponibles a lo largo de la República mexicana, ya que es evidente la centralización de los especialistas en las ciudades más grandes, lo que provoca deficiencias en múltiples zonas estratégicas del país [17]. Por lo anterior, considero que debe ser prioritario el desarrollo de un mayor número de personal especializado en salud mental e impulsar la especialización en adicciones en el personal médico, para ofrecer tratamientos basados en evidencia, con rigor científico multidisciplinario en beneficio de los pacientes. Lo anterior aunado a mayor oferta de trabajo en distintos puntos del país para aumentar el acceso a servicios de este tipo, lo que evitaría perpetuar la necesidad de las familias de recurrir a servicios no especializados o clandestinos, que en muchas ocasiones empeoran el curso de la enfermedad y perpetúan el estigma que sufre esta población.

Declaraciones del autor

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Referencias

1. Arenas Rosas RV. Primates, evolución e identidad humana. Ontogenia de la socialización de los primates no Humanos. México: D.F.; 1999. p. 111-123.
2. Ernst M. The triadic model perspective for the study of adolescent motivated behavior. *Brain Cogn*. 2014; 89: 104–111. doi: 10.1016/j.bandc.2014.01.006.
3. Spear L. Effects of adolescent alcohol consumption on the brain and behaviour. *Nature Reviews*. 2018; 19: 197-214. doi: <https://doi.org/10.1038/nrn.2018.10>.
4. Ivanov I, Parvaz MA, Velthorst E, Shaik RB, Sandin S, Gan G et al. Substance Use Initiation, Particularly Alcohol, in Drug Naïve Adolescents: Possible Predictors and Consequences from a Large Cohort Naturalistic Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Oct 1:S0890-8567(20)31951-1. doi: 10.1016/j.jaac.2020.08.443.
5. Flores Garza PL, López García KS, Guzmán Facundo FR, Rodríguez Aguilar L, Jiménez Padilla BI. Consumo de alcohol y su relación con la agresividad en adolescentes de secundaria. *RIAD* 2019; 5: 31-38. doi: 10.28931/riiad.2019.1.05.
6. Organización Mundial de la Salud. Alcohol [Internet]. 21 de septiembre de 2018 [consultado 28 dic 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
7. Organización Mundial de la Salud. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva; 2018 [consultado 13 ene 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
8. Villatoro-Velázquez J, Resendiz-Escobar E, Mujica-Salazar A, Bretón-Cirett M, Cañas Martínez V, Soto-Hernández I, et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud; 2017.
9. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2020.
10. Fernández Cáceres C. Consumo de alcohol en mujeres adolescentes: un llamado a la acción para países de mediano y bajo ingreso. *RIAD* 2016; 2: 1-3. doi: 10.28931/riiad.2016.1.01
11. Patrick ME, Schulenberg JE. Prevalence and predictors of adolescent alcohol use and binge drinking in the United States. *Alcohol Res*. 2013;35(2):193-200.
12. Hasler BP, Sitnick SL, Shaw DS, Forbes EE. An altered neural response to reward may contribute to alcohol problems among late adolescents with an evening chronotype. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 2013; 214: 357-364.

13. Casement MD, Shaw DS, Sitnick SL, Musselman S, Forbes EE. Life stress in adolescence predicts early adult reward-related brain function and alcohol dependence. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2015 Mar;10(3):416-23. doi: 10.1093/scan/nsu061.
14. Swartz JR, Weissman DG, Ferrer E, Beard SJ, Fassbender C, Robins RW, et al. Reward-Related Brain Activity Prospectively Predicts Increases in Alcohol Use in Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Mar;59(3):391-400. doi: 10.1016/j.jaac.2019.05.022.
15. Gutiérrez López AD. Consumo de drogas en solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil . Tabaco y alcohol. Primer semestre del 2020 [Internet]. 2020 [Consultado el 23 dic 2020]. Disponible en: <http://www.cij.gob.mx/programas/Investigacion/pdf/20-09d.pdf>
16. Aboujaoude E, Salame W, Naim L. Telemental health: a status update. *World Psychiatry*. 2015;14:223-230. doi: 10.1002/wps.20218.
17. Heinze G, Bernard-Fuentes N, Carmona-Huerta J, Chapa GC, Guízar-Sánchez DP. Physicians specializing in psychiatry of Mexico: An update 2018. *Salud Ment*. 2019;42(1):13-23. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2019.003.



CAPÍTULO 3

DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL
EN PERSONAS MAYORES EN MÉXICO

Semblanzas de los autores



Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Estudió Medicina en la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad La Salle, en la Ciudad de México, y la especialidad en Medicina Interna, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”-Universidad Nacional Autónoma de México. Obtuvo la especialidad en Geriátría en la Universidad Grenoble Alpes, Francia, y un máster en Gerontología Social; cursó la maestría en Biología del Envejecimiento en la Universidad de París VII y es doctor en Ciencias Médicas (orientación salud pública-epidemiología) por la Universidad de Burdeos. Fundador y jefe del servicio de Geriátría en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” en la Ciudad de México por 20 años. Actualmente es director fundador del Instituto Nacional de Geriátría. Es asesor de la Organización Mundial de la Salud desde 1995 en temas relativos al envejecimiento, y ha participado en el grupo experto que desarrolló la estrategia y plan de acción globales sobre envejecimiento saludable en 2016. Tiene más de 200 publicaciones, la mayoría relacionadas con investigaciones en el área de la geriatría clínica, la enfermedad de Alzheimer y la epidemiología del envejecimiento. Ocupa el primer sitio de Geriátría en la Academia Nacional de Medicina de México, es miembro de la Academia Nacional de Medicina de Francia y fue distinguido con la condecoración de Chevalier de l’Ordre des Palmes Académiques por el gobierno Francés, en 2006.



Dra. Rosa Estela García Chanes

Licenciada en Antropología Física por la Escuela Nacional de Antropología e Historia; maestra en Demografía y doctora en Estudios de Población por el Colegio de México. Sus líneas de investigación se centran en envejecimiento y salud, mercado laboral, familia y género, y metodología mixta. Es profesora de asignatura de la

Escuela Nacional de Antropología e Historia. Ha colaborado en investigaciones interdisciplinarias en instituciones públicas y en asociaciones civiles, como experta en estadística aplicada a los estudios sociodemográficos y antropofísicos. Obtuvo el Premio a la mejor tesis de licenciatura de Antropología Física del Premio Anual INAH 2012 y logró el tercer lugar por la mejor tesis de maestría en el concurso "Tesis de Género Sor Juana Inés de la Cruz 2016" que anualmente lanza el Instituto Nacional de las Mujeres. Actualmente es investigadora en el Laboratorio de Política Pública del Instituto Nacional de Geriátría.



Mtra. Sara Torres Castro

Investigadora en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Geriátría; maestra en Ciencias en Sistemas de Salud, licenciada en Psicología por la Universidad de Guadalajara, cuenta con estudios de Bioética por la Clarkson University de Nueva York y entrenamiento en intervenciones psicosociales y atención centrada en la persona por la Universidad de Edimburgo. Su línea de investigación son las intervenciones psicosociales en cuidadores y personas con demencia en instituciones de larga estancia, sobrecarga en el cuidador, y maltrato en personas mayores. Colabora en el equipo de trabajo del Plan de Acción Alzheimer, México. Es co-coordinadora del movimiento Dementia Friends México a través de la Federación Mexicana de Alzheimer.

DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAS MAYORES EN MÉXICO¹

*Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Dra. Rosa Estela García Chanes, Mtra. Sara Torres Castro
Instituto Nacional de Geriátría*

*Correspondencia: Dr. Luis Miguel Gutiérrez-Robledo
Correo electrónico: lmgutierrez@inger.gob.mx*

Resumen

Dados los retos que implica el envejecimiento y las condiciones de salud que afectan a la población, es importante detectar cómo se manifiesta y relaciona la depresión con hábitos y condiciones de salud, con el fin de desarrollar estrategias de salud pública e intervenciones clínicas que contribuyan a mejorar su calidad de vida. El objetivo de este trabajo es presentar un panorama general del consumo del alcohol y de los síntomas depresivos y su asociación en personas de 60 años o más en México, así como analizar su relación con otras condiciones de salud, con base en la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2018). De acuerdo con los resultados, 23.6 por ciento de las personas de 60 años y más consumen alcohol actualmente y 2.7 por ciento lo hace de forma excesiva. Es más frecuente en hombres, en zonas menos urbanizadas, con escolaridad media y el consumo se reduce con la edad. En cuanto a los síntomas depresivos, se observa mayor presencia de síntomas depresivos en personas que residen en lugares menos urbanizados, entre las mujeres, y aumentan conforme avanza la edad.

¹Proyecto apoyado por un fondo de la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México. SECITI / 042/2018 "Red Colaborativa de Investigación Traslacional para el Envejecimiento Saludable de la Ciudad de México".

Al analizar la relación entre alcohol y diversos aspectos psicológicos, se muestra que conforme se incrementan los síntomas depresivos, crece el porcentaje de consumo excesivo en el pasado y en la actualidad. Se presenta un mayor deterioro de la memoria entre los que consumen tanto de forma excesiva como moderada con depresión. Con la presencia de hipertensión y diabetes, se muestra una relación clara con los síntomas depresivos, pero no con el consumo excesivo. Si bien existe relación entre el consumo de alcohol y la depresión, se discute la relación bidireccional e inclusive se considera que estos fenómenos se refuerzan mutuamente. En este sentido, es inminente desarrollar estrategias relacionadas con la promoción de hábitos saludables e intervenciones que atiendan la salud mental de las personas mayores.

Palabras clave: personas mayores, síntomas depresivos, consumo de alcohol.

Introducción

México atraviesa un acelerado proceso de envejecimiento poblacional debido al descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida [1]. De acuerdo con las proyecciones de población, la proporción de las personas de 60 años y más seguirá en aumento, de constituir 4.8 por ciento (1,301,233 personas) en 1950, se espera que para el año 2050 represente 22.5 por ciento (33,362,705 personas). Al desagregar la población de 60 años y más, se muestra que si bien en 1950 el porcentaje de población de 60 a 74 años era de 4.1, y de 75 años y más de 0.7 por ciento, se estima que para 2050 represente 14.7 y 7.8 por ciento, respectivamente [1]. Esto significa que la población de 60 a 74 años crecerá 3.6 veces durante el período, en tanto que la población más envejecida aumentará 5.5 veces su proporción en el mismo lapso. Además, este escenario se caracteriza por ser desigual en ritmo y magnitud a lo largo del territorio nacional [2]. Las condiciones de salud funcional en las que está llegando la población a edades avanzadas se ve afectada por la carga de las enfermedades crónicas [3]. El aumento continuo que ha tenido la esperanza de vida (EV) gracias al descenso de la mortalidad en los últimos decenios, tiene importantes consecuencias

sociales y de salud, como son el incremento relativo de las personas a edades más avanzadas y la incidencia creciente de las enfermedades crónicas; ello en virtud de que la EV no aumenta al mismo ritmo que la EV saludable [1]. En la medida en que las enfermedades crónicas son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud [4] resulta prioritario adaptarlo a las nuevas demandas para contribuir a un envejecimiento saludable y reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas [1].

Consumo de alcohol en personas mayores

Para 2016, el consumo excesivo de alcohol contribuyó a 5.8 por ciento de las muertes y aportó 5.1 por ciento de los años de vida perdidos ajustados por discapacidad, valores que probablemente aumenten a medida que el consumo de alcohol sea más frecuente [5]. A pesar de que el consumo de alcohol generalmente disminuye con la edad debido a la prevalencia de enfermedades crónicas y las contraindicaciones de los medicamentos [6,7], el consumo se está incrementando en las generaciones más recientes de personas mayores, aunado al inicio de la ingesta a edades más tempranas y con ello mayor tiempo de consumo a lo largo de la vida [7]. Las consecuencias del consumo de alcohol son mayores debido a los cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento que potencializan el daño de las condiciones crónicas, propician una mayor fragilidad, y riesgo de caídas y de muerte, de modo que los efectos nocivos del alcohol pueden manifestarse, incluso a niveles bajos de consumo [8]. En general, las encuestas y las investigaciones sobre abuso de alcohol no se centran en las personas mayores y rara vez se utilizan para diferenciar por edad, pues se centran en los más jóvenes [7]. En México, los estudios que se enfocan en el uso, abuso y dependencia del alcohol en las personas mayores son escasos [7,9-10].

Depresión en personas mayores

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud [11], en el año 2015, 4.4 por ciento de la población mundial presentaba trastorno depresivo y 3.6 por ciento trastorno de ansiedad. Los trastornos depresivos se caracterizan por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteración del sueño o del

apetito, sensación de cansancio y falta de concentración [11]. En este sentido, la depresión constituye un problema importante de salud pública, ya que los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales, y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Además, puede afectar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, lo que causa un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida [11]. Pese al impacto que tiene este trastorno, una gran proporción de personas no acude a tratamiento, retrasa mucho la búsqueda de ayuda o no recibe la asistencia adecuada [11].

La depresión, en todas las edades, es un problema de salud pública de primera magnitud; entre los adultos mayores, los trastornos afectivos adquieren relevancia por sus implicaciones en la familia, en la sociedad y en los servicios públicos de salud [13-16]. En particular, la depresión en las personas mayores se relaciona con el deterioro del estado de salud, y en alguna medida con cambios en la estructura familiar y relaciones sociales [17]. Respecto a la población más joven, las personas mayores son más propensas a mostrar cambios cognitivos, manifestar síntomas somáticos, alteraciones del sueño, fatiga, retraso psicomotor, pérdida de interés en la vida y desesperanza acerca del futuro [18-19].

En México, las investigaciones sobre depresión, específicamente en personas mayores, son limitadas y los estudios clínicos que se han realizado no permiten estimar las prevalencias a nivel nacional [15]. Análisis previos han mostrado gran diversidad en la prevalencia de trastornos depresivos en adultos mayores, que van desde 4 a 5 por ciento a más de 30 por ciento, que se puede explicar por el tipo de población analizada y a los instrumentos de evaluación utilizados [14]. No obstante, se ha mostrado que la depresión está subestimada, ya que se suele confundir con síntomas de enfermedades crónicas o con deterioro cognitivo que evitan que se perciba como una necesidad de atención [14].

Depresión y consumo de alcohol

La relación entre el consumo de alcohol y los episodios de depresión ha sido ampliamente estudiada en poblaciones jóvenes, y entre los adultos la evidencia indica una relación bidireccional y recíproca entre el consumo excesivo de alcohol y los episodios

depresivos [20]; sin embargo, la investigación sobre dicha relación entre los adultos mayores es limitada. En estudios longitudinales se ha respaldado la proposición de que el consumo excesivo de alcohol es una causa de nuevos episodios depresivos [21], aunque la asociación entre cualquier historial de uso de sustancias (alcohol o drogas) y el desarrollo de síntomas depresivos en la vejez sigue sin estar clara [16]. No obstante, se ha encontrado asociación con una tendencia creciente hacia la sintomatología depresiva con cualquier historial de uso de sustancias ilegales [16].

Dado que el consumo de alcohol está aumentando entre los adultos mayores de las cohortes recientes y los niveles de estrés son más elevados en el contexto actual [22-23], es fundamental para la salud pública que se siga indagando sobre el nivel y el alcance del consumo de alcohol y su relación con síntomas depresivos. En este sentido, el objetivo de este trabajo es presentar un panorama general del consumo del alcohol y de los síntomas depresivos y su asociación en personas de 60 años y más en México, además de analizar su relación con otras condiciones de salud.

Método

Para este análisis, se utilizaron los datos disponibles del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Es una encuesta longitudinal para los adultos de 60 años y más en México que se realiza desde 2001. La ENASEM tiene representatividad a nivel nacional, urbano y rural. La encuesta contempla información acerca del estado funcional, hábitos personales como el tabaquismo y alcoholismo, acceso a los servicios de salud, depresión, dolor, desempeño cognoscitivo y mediciones antropométricas [24]. Para este estudio se utilizó la última ronda, correspondiente al 2018. Para medir el consumo de alcohol, en la ENASEM se pregunta sobre los antecedentes en el consumo de alcohol, consumo actual, número de días de ingesta y cantidad de bebidas por día en los últimos tres meses. A partir de la frecuencia y cantidad, se estimó el promedio de bebidas diarias por semana y se definieron tres grupos para analizar el nivel de consumo actual: ocasional (no tomó en al menos tres meses), moderado (de una a tres bebidas en promedio al día) y excesivo (más de tres bebidas en promedio al día) [7]. Para medir la otra variable de interés, se utilizó la batería de depresión (CES-D), con los puntos de corte definido: con síntomas depresivos (≥ 5)

[25]. En cuanto a la evaluación de la cognición, se utilizaron dos dominios incluidos en el Examen Cognoscitivo Transcultural [26]: memoria diferida (recuerdo de ocho palabras) y orientación (día, mes y año). Para determinar el deterioro en los dominios, se utilizó la propuesta de normalización por edad y escolaridad [26]. También se consideraron las siguientes variables sobre los aspectos: psicológico (locus de control externo e interno) [27]; satisfacción con la vida (mayor satisfacción, menor satisfacción) [28] y alteraciones del sueño (0-2=leve, 3-5=moderada y 6-8=severa). Se utilizaron las siguientes características sociodemográficas para analizar el consumo de alcohol y los síntomas de depresión: tamaño de localidad (urbano $\geq 15,000$ hab. y menos urbano $< 15,000$ hab.), sexo, grupo de edad, situación conyugal y nivel de escolaridad. Respecto a las condiciones de salud se incorporaron: percepción de salud, dolor físico, consumo de tabaco (nunca ha fumado, fumaba y consume actualmente), presencia de hipertensión y diabetes, comorbilidad, incluyendo a las anteriores enfermedades: 0, 1-2 y 3+ (hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar, ataque al corazón, derrame cerebral, artritis).

Para tener un panorama general, se realizó un análisis descriptivo sobre las prevalencias de consumo de alcohol y de síntomas depresivos por características de las personas de 60 años y más. Posteriormente, se analizó la asociación entre el consumo de alcohol, síntomas depresivos y otras variables de los aspectos psicológicos. Finalmente, se presenta la relación de las condiciones de salud por presencia o no de síntomas depresivos, según el consumo y grados de alcohol que beben.

Resultados

De acuerdo con los datos de ENASEM (2018), 23.6 por ciento de las personas de 60 años y más consumen alcohol actualmente (Figura 1); 2.7 por ciento lo hace de forma excesiva (datos no presentados). Cabe resaltar que la mayoría de las personas mayores (60.6 por ciento) ya no toma, aunque la fuente no permite saber los hábitos del pasado. Por sexo, se observa que el consumo de alcohol es más frecuente entre los hombres (36.1 por ciento), como sucede en población más joven. Conforme aumenta la edad, el consumo actual disminuye. En cuanto a los niveles actuales, sobresale que tomar de forma excesiva es mayor en las zonas menos urbanizadas, entre solteros(as) y con escolaridad media (Tabla 1).

Tabla 1. Consumo del alcohol en personas de 60 años y más por características sociodemográficas, México 2018

Características sociodemográficas	Consumo de alcohol			Consumo actual		
	Nunca ha consumido	Consumía	Consumo actual	Consumo ocasional (no tomó en al menos 3 meses)	Consumo moderado (1-3 bebidas por día)	Consumo excesivo (>3 bebidas por día)
Total	12.37	64.0	23.6	46.3	42.1	11.6
Tamaño de localidad						
Urbano	10.11	65.3	24.5	47.5	41.4	11.1
Menos Urbano	15.79	61.9	22.3	44.4	43.1	12.5
Sexo						
Hombre	3.0	60.9	36.1	38.5	47.0	14.6
Mujere	20..4	66.6	13.1	65.0	30.5	4.6
Grupos de edad						
60-69	11.0	60.9	28.1	41.7	47.0	11.3
70-79	13.4	66.7	19.9	49.6	36.0	14.5
80+	15.4	69.7	14.9	68.5	25.7	5.9
Estado Civil						
Soltero(a)	12.4	70.2	17.4	49.8	34.5	15.7
Unido(a)	10.9	62.4	26.7	42.5	44.9	12.6
Separado(as) o Divorciado(as)	8.5	65.5	26.0	58.6	31.2	10.3
Viudo(as)	17.4	66.4	16.3	56.8	36.4	6.8
Escolaridad						
0 años	17.7	66.7	15.7	55.1	36.0	8.9
1-6 años	12.4	64.0	23.6	49.8	38.7	11.5
7-12 años	11.0	62.3	26.8	40.0	46.2	13.8
13+	3.1	60.2	36.6	34.0	53.7	12.4

Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM, 2018
Datos ponderados.

En cuanto a los síntomas depresivos, al analizar la batería de CED-S, se observa mayor frecuencia en los siguientes síntomas: no tienen energía (57.3 por ciento), presentan cansancio (56.3 por ciento) y sueño intranquilo (43.6 por ciento). Por tamaño de localidad, las principales diferencias entre hombres y mujeres se advierten en sentir que todo lo realizan con esfuerzo (40.6 por ciento y 27.5 por ciento). Si bien, en todos los síntomas, la frecuencia es mayor entre las mujeres, las mayores diferencias con los síntomas que declaran los hombres se observan en sentirse tristes (29.9 contra 46.3 por ciento) y solos (23.1 comparado con 38.2 por ciento). Respecto a las personas entre 60 y 69 años (27.7 por ciento), quienes tienen entre 70 a 79 años, y 80 años y más se sienten más deprimidos (36.6 por ciento contra 42.9 por ciento). En particular, para los de mayor edad sobresale la falta de energía (71.7 y 52.2 por ciento), no disfrutan la vida (35.6 comparado con 20.2 por ciento) y se sienten solos (41.8 y 28.2 por ciento), en relación con los de 60 a 69 años. De acuerdo con los puntos de corte, el porcentaje de personas de 60 años y más con depresión (cinco o más síntomas) es de 30.4 por ciento. En general, se observa mayor presencia de síntomas depresivos en personas que residen en lugares menos urbanizados (35.9 por ciento) y entre las mujeres (37.3 por ciento). Conforme aumenta la edad, se incrementa la presencia de síntomas depresivos asociados al deterioro de las condiciones de salud. En cuanto a la escolaridad, se muestra una relación inversa con el porcentaje de personas con síntomas depresivos (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los síntomas depresivos en personas de 60 años y más por características sociodemográficas, México 2018

Características sociodemográficas	Batería de preguntas (CES-D). La mayor parte del tiempo se ha sentido...									
	Deprimido	Todo lo que hacía era un esfuerzo	Sueño intranquilo	Feliz (No)*	Solo	Disfruta la vida (No)*	Triste	Cansado	Con mucha energía (No)*	Con síntomas depresivos
Total	32.4	32.5	43.6	20.5	31.3	23.71	38.8	56.3	57.3	30.4
Tamaño de localidad										
Urbano	30.09	27.5	40.7	18.1	27.8	20.7	37.8	53.1	54.4	27.1
Menos Urbano	36	40.6	48.3	20.5	36.8	28.6	40.4	61.5	61.9	35.9
Sexo										
Hombres	26.1	28.6	36.8	13.8	23.1	18.8	29.9	51.5	53.7	22.3
Mujeres	37.7	35.8	49.3	23.5	38.2	27.9	46.3	60.4	60.2	37.3
Grupos de edad										
60-69	27.7	29.7	43.2	18.4	28.2	20.0	36.2	53.8	52.2	26.8
70-79	36.6	35.7	44.5	18.5	32.4	25.6	42.5	60.5	60.6	33.3
80+	42.9	37.4	43.3	23.1	41.8	35.6	41.6	57.8	71.7	39.6
Escolaridad										
0 años	42.7	44.7	53.8	25.1	41.9	31.7	45.1	63.3	61.0	40.1
1-6 años	35.7	36.4	46.0	20.4	33.2	25.3	41.0	59.2	60.1	34.2
7-12 años	20.9	18.7	33.4	12.8	23.8	16.3	31.8	49.7	49.3	19.4
13+	16.0	14.5	28.3	12.2	13.0	13.0	28.2	41.5	49.1	13.1

Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM, 2018.

Datos ponderados.

Nota: *En el caso de las preguntas sobre si se ha sentido feliz, disfruta la vida y con mucha energía, se presenta el porcentaje inverso para su comparación.

Al analizar la relación entre alcohol y cognición, en el dominio de orientación se muestra mayor porcentaje de consumo actual entre las personas que no tiene deterioro (25 por ciento), aunque en las personas con deterioro tomar de forma excesiva es más frecuente (14.8 por ciento). Entre las personas de 60 años y más con mayor número de síntomas depresivos, el porcentaje de consumo en el pasado es mayor (70.9 por ciento). No obstante, se muestra que conforme se incrementan los síntomas depresivos, los porcentajes de consumo excesivo aumentan (17.7 por ciento). En cuanto a otros aspectos psicológicos, se observa asociación entre mayores alteraciones del sueño con el consumo actual de alcohol (excesivo). En relación con la percepción de no poder incidir en lo que les sucede (*locus* de control externo) aumenta en quienes consumen alcohol de forma excesiva. En cuanto a la satisfacción con la vida, se muestra que es mayor el porcentaje de personas que consumía alcohol entre quienes tienen menor satisfacción, (65.4 por ciento). En el caso del consumo actual, se observa mayor porcentaje de uso excesivo (14.4 por ciento) entre las personas mayores con menor satisfacción (Tabla 3).

Tabla 3. Relación entre consumo de alcohol, cognición, depresión y otras variables de los aspectos psicológicos en personas de 60 años y más, México 2018

Ámbito psicológico	Consumo de alcohol			Consumo actual		
	Nunca ha consumido	Consumía	Consumo actual	Consumo ocasional (no tomó en al menos 3 meses)	Consumo Moderado (>1 día por semana pero <= 3 bebidas por día)	Consumo excesivo (> 3 bebidas por día)
Memoria						
Con deterioro	13.3	63.5	23.2	46.3	40.8	13.0
Sin deterioro	11.7	64.2	24.2	46.3	42.0	11.7
Orientación						
Con deterioro	17.1	62.7	20.2	43.0	42.2	14.8
Sin deterioro	11.5	63.5	25.0	47.0	42.0	11.0

Síntomas depresivos						
0-4	10.1	62.1	27.9	45.7	43.3	11.0
5-7	16.0	65.4	18.6	44.3	42.4	13.3
8+	15.2	70.9	13.9	53.5	29.4	17.1
Problemas de sueño						
Pocos	14.6	61.6	23.9	47.8	43.4	8.9
Algunos	10.2	64.5	25.3	45.5	41.8	12.7
Muchos	12.3	63.9	23.8	45.7	40.8	13.5
Locus de control						
Interno	9.3	63.0	27.7	47.9	41.0	11.2
Externo	13.8	64.9	21.3	42.4	44.2	13.4
Satisfacción con la vida						
Mayor Satisfacción	11.1	63.0	26.0	46.5	42.7	10.8
Menor Satisfacción	12.0	65.4	22.6	47.9	37.8	14.4

*Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM, 2018.
Datos ponderados.*

Al comparar las condiciones de salud entre los grupos definidos a partir del consumo y la presencia o no de síntomas depresivos, se observó mayor porcentaje de mala percepción de salud entre las personas de 60 años y más que tienen depresión y en quienes tomaban alcohol y nunca han tomado alcohol. En el caso del deterioro de la memoria, se presentó en mayor medida entre los que consumen de forma excesiva y moderada y que padecen depresión. Respecto al dolor físico, se mostró un mayor porcentaje entre todos los grupos con depresión, independientemente del consumo de alcohol; en cuanto a los hábitos con el tabaco, se observó una clara asociación entre el consumo excesivo y fumar actualmente, incluso al comparar con síntomas depresivos. En relación con la presencia de hipertensión y diabetes, se manifestó una relación

clara con los síntomas depresivos, pero no con el consumo excesivo de alcohol. Al analizar las comorbilidades, el mayor porcentaje se presentó entre las personas de 60 años y más que nunca han bebido alcohol y bebían, ambas con síntomas depresivos (Tabla 4).

Tabla 4. Condiciones de salud en personas de 60 años y más con (CD) o sin (SD) depresión según consumo del alcohol, México 2018

Condiciones de salud	Consumo				Consumo actual					
	Nunca ha consumido		Consumía		Consumo ocasional (no tomó en al menos 3 meses)		Consumo moderado (>1 día por semana pero <= 3 bebidas por día)		Consumo excesivo (> 3 bebidas por día)	
Total	SD	CD	SD	CD	SD	CD	SD	CD	SD	CD
Percepción de salud										
Excelente, Muy buena, Buena	42.2	13.8	39.2	15.1	35.5	13.1	49.3	18.3	40.1	31.8
Regular	49.8	61.8	53.8	59.7	60.5	67.7	48.0	70.6	58.4	51.1
Mala	8.0	24.4	7.1	25.2	4.0	19.2	2.7	11.0	1.5	17.2
Memoria										
Deterioro	11.1	13.5	10.4	11.9	10.4	7.0	6.7	24.4	10.4	23.0
Dolor físico										
Sí	27.5	63.0	30.7	60.6	31.4	59.8	31.9	50.3	41.6	56.0
Consumo de tabaco										
Nunca ha fumado	89.7	89.9	63.7	64.3	45.7	53.3	41.9	37.7	33.2	42.5
Fumaba	8.0	7.7	26.6	26.4	41.1	39.0	38.1	46.4	36.9	27.6
Fuma actualmente	2.3	2.4	9.7	9.2	13.3	7.7	19.9	15.18	29.9	29.9

Hipertensión											
Sí	41.2	62.8	44.6	57.3	35.9	53.6	38.7	41.9	33.3	32.2	
Diabetes											
Sí	26.9	33.1	24.2	0.2	19.0	21.8	15.7	21.8	19.0	15.0	
Comorbilidades											
0	42.4	25.6	40.3	25.2	45.6	27.3	45.9	33.5	44.7	55.0	
1-2	51.7	60.2	53.8	63.0	50.1	65.4	51.2	53.1	50.3	39.8	
3+	5.9	14.2	5.9	11.8	4.3	7.3	3.0	13.5	5.0	5.2	

Fuente: Elaboración propia con base en ENASEM, 2018.

Datos Ponderados.

Nota : Sin síntomas depresivos (SD), Con síntomas depresivos (CD).

Discusión

Este trabajo presenta un panorama general del consumo de alcohol y de síntomas depresivos en personas de 60 años y más en México, y un análisis de su asociación con condiciones de salud como cognición, enfermedades crónicas y consumo de tabaco. El estudio documenta que alrededor de una cuarta parte de las personas mayores consumen alcohol y 3 por ciento lo hace de manera excesiva, resultados congruentes con estudios previos [10]. No obstante, de manera general, conforme la edad avanza el consumo actual disminuye [6-7]. Similar a otras investigaciones, las mujeres mayores se abstienen en mayor medida que los hombres de consumir alcohol (7, 29). Respecto a las características asociadas con el consumo excesivo, se observa una mayor presencia en las zonas menos urbanizadas, entre personas mayores solteras y con escolaridad media.

Por otro lado, para el análisis de la depresión, la evidencia distingue dos tipos de evaluaciones en las investigaciones, aquella correspondiente a estudios clínicos en los que se realiza un diagnóstico por un especialista en salud mental, basado en el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-IV)* [10]; y la relacionada con estudios de base poblacional como encuestas, que a partir de instrumentos de tamizaje se identifican síntomas depresivos por entrevistadores previamente estandarizados [14]. También, se observa mayor presencia de síntomas depresivos en mujeres, en

personas mayores que residen en lugares menos urbanizados, a edades más avanzadas y con menor nivel educativo [15].

Al analizar los síntomas depresivos, los niveles de consumo excesivo y ocasional aumentan. Se han documentado asociaciones similares que apuntan que el consumo excesivo de alcohol puede ser una causa de nuevos episodios depresivos [21]. No obstante, se discute sobre su relación bidireccional e inclusive como fenómenos que se refuerzan mutuamente [30]. Por ello, se hace necesario el análisis longitudinal que permita profundizar en este vínculo. Al diferenciar entre presencia o no de síntomas depresivos según el consumo de alcohol, se puede observar la fuerte asociación entre tabaquismo y el uso excesivo; estos resultados concuerdan con la evidencia de que los comportamientos no saludables tienden a agruparse [31]. También se mostró que la presencia de comorbilidades inhibe el consumo de alcohol, pero la relación con la depresión se mantiene [6-7]. Sin embargo, en otras investigaciones se ha observado que el consumo moderado de alcohol reduce el riesgo de deterioro de la salud [32].

Conclusiones

Se confirmó una asociación entre el consumo excesivo de alcohol y los síntomas depresivos en personas mayores de 60 años. Al tratarse de un panorama general se puede perder de vista la heterogeneidad al interior del país y la relación del alcohol con la depresión, las condiciones de vida y la salud de las personas mayores podría ser distinta. En este sentido, se hace necesario el desarrollo de estrategias diferenciadas para la promoción de hábitos saludables y para prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas a lo largo del curso de vida y acciones integrales que incluyan la salud mental con perspectiva para un envejecimiento saludable [1,33]. A este respecto, es importante subrayar que los patrones de consumo se suelen establecer en la juventud o en la edad adulta y las consecuencias de ello se pueden observar en edades avanzadas o en la muerte prematura, por ello es relevante el análisis de las trayectorias de consumo de alcohol y su relación con la presencia de síntomas depresivos en las personas mayores que permita entender las formas en que se entrelazan estos fenómenos y sus implicaciones a la salud.

Declaraciones de los autores

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Referencias

- [1] Gutiérrez L, Méndez M, García R, Giraldo L. Envejecimiento población y salud en México: líneas estratégicas de política pública para un envejecimiento saludable. *Revista Co-factor*. 2020; (17): 77-34.
- [2] González KD. Envejecimiento demográfico en México: análisis comparativo entre las entidades federativas. *La Situación Demográfica en México 2015*. Consejo Nacional de Población. México; 2015. p.113-129.
- [3] Organización Mundial de la Salud. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. Ginebra. OMS; 2005.
- [4] Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*. 2008;50(5):419-427.
- [5] Organización Mundial de la Salud. *Global status report on alcohol and health 2018*. Ginebra. OMS. 2018
- [6] Stockwell, T., Zhao, J., Panwar, S., Roemer, A., Naimi, T., Chikritzhs, T. (2016). Do "Moderate" Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(2), 185-198. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.185>
- [7] Calvo E, Medina J, Ornstein K, Staudinger U, Fried L, Keyes K. Cross-country and historical variation in alcohol consumption among older men and women: Leveraging recently harmonized survey data in 21 countries. *Drug and Alcohol Dependence*. 2020; 215. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108219>.
- [8] Kelly S, Olanrewaju O, Cowan A, Brayne C, Lafortune L. Alcohol and older people: A systematic review of barriers, facilitators and context of drinking in older people and implications for intervention design. *PLoS One*. 2018 Jan 25;13(1):e0191189. DOI: 10.1371/journal.pone.0191189. PMID: 29370214; PMCID: PMC5784942
- [9] Solís L, Vélez A, Berumen D. Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México *Salud Mental*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. 2000;23(3):38-45.

- [10] Aguilar-Navarro SG, Reyes-Guerrero J, Borgues G. Cognitive impairment and alcohol and cigarette consumption in Mexican adults older than 65 years. *Salud Pública de México*. 2007;49(Suppl 4):467-474
- [11] World Health Organization. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Génova. WHO. 2017.
- [12] Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*. 2013;55(1):74-80.
- [13] Rivera-Navarro J, Benito-León J, Pazzi-Olazarán KA. La depresión en la vejez: un importante problema de salud en México. *América Latina Hoy*. 2015; 71:103-118. DOI: <https://doi.org/10.14201/alh201571103118>
- [14] Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Gallo J, Wagner F, García-Peña C. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2012. 35 (1):71-77.
- [15] García-Peña C, Wagner F, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, Espinel-Bermúdez C, García-González JJ, et. al. Depressive Symptoms Among Older Adults in Mexico City. *J Gen Intern Med*. 2008; 23(12): 1973-1780.
- [16] García-Peña C, Wagner F, Sánchez-García S, Espinel-Bermúdez C, Juárez-Cedillo T, Pérez-Zepeda M, et. al. Late-life depressive symptoms: prediction models of change. *Journal of affective disorders*. 2013; 150 (3): 886-894.
- [17] Hernández C. Depression in old age and its impact on public health in Mexico. *Mexican Journal of Medical Research ICSA*. 2020;8(15):16-22. DOI: <https://doi.org/10.29057/mjmr.v8i15.3925>
- [18] Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Rev Panam Salud Pública*. 2006 may; 19(5): 321-330. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000500005
- [19] Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-89. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621. PMID: 19327033; PMCID: PMC2852580.
- [20] Keyes, K. M., Allel, K., Staudinger, U. M., Ornstein, K. A., & Calvo, E. (2019). Alcohol consumption predicts incidence of depressive episodes across 10 years among older adults in 19 countries. *International review of neurobiology*, 148, 1–38. <https://doi.org/10.1016/bs.im.2019.09.001>
- [21] Fergusson DM, Boden JM, & Horwood LJ (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 260–266. Disponible en <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/483005>
- [22] Brilman EI, Ormel J. Life events, difficulties and onset of depressive episodes in later life. *Psychological Medicine*. 2001;31(5):859–869. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291701004019>.

- [23] Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, et. al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2012 Feb; 136(3):212-21. DOI: 10.1016/j.jad.2010.11.033. Epud 2010 Dec 30. PMID: 21194754.
- [24] Wong R, Michaels-Obregon A, Palloni A. Cohort Profile: The Mexican Health and Aging Study (MHAS). *Int J Epidemiol.* 2017;46(2):e2.
- [25] Aguilar-Navarro SG, Fuentes-Cantú A, Ávila-Funes J, García-Mayo E. Validez y confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública de México.* 2007; 49(4):256-262. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000400005
- [26] Mejía-Arango S, Wong R, Michaels-Obregón, A. Normative and standardized data for cognitive measures in the Mexican Health and Aging Study. *Salud Pública de México.* 2015; 57(Supl.1): s90-s96. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000700013&lng=es&tlng= [24 de noviembre de 2020].
- [27] Angel RJ, Angel, JL, Hill, TD. Subjective control and health among Mexican-origin elders in Mexico and the United States: structural considerations in comparative research. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009;64(3):390-401.
- [28] López-Ortega M, Torres-Castro S, Rosas-Carrasco O. Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS): análisis secundario del Estudio Mexicano de Salud y Envejecimiento. *Resultados de salud y calidad de vida.* 2016; 14(170). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0573-9>
- [29] Choi NG, Dinitto DM. Heavy/binge drinking and depressive symptoms in older adults: gender differences. *International journal of geriatric psychiatry.* 2011; 26(8): 860-868. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.2616>
- [30] Flensburg-Madsen T, Mortensen EL, Knop J, Becker U, Sher L, Gronbaek M. Comorbidity and temporal ordering of alcohol use disorders and other psychiatric disorders: Results from a Danish register-based study. *Comprehensive Psychiatry.* 2009; 50(4): 307-314. DOI: doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.09.003
- [31] Conry MC, Morgan K, Curry P, McGee H, Harrington J, Ward M, et. al. The clustering of health behaviours in Ireland and their relationship with mental health, self-rated health and quality of life. *BMC Public Health.* 2011; 11(692). DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-692>
- [32] Daskalopoulou C, Koukounari A, Wu YT, Terrera GM, Caballero FF, de la Fuente J, et. al. Healthy ageing trajectories and lifestyle behaviour: the Mexican Health and Aging Study. *Sci Rep.* 2019 Jul 30; 9(1):11041. DOI: 10.1038/s41598-019-47238-w. PMID: 31363117; PMCID: PMC6667468
- [33] Organización Mundial de Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América. OMS. 2015. 32 p. Número de referencia OMS: WHO/FWC/ALC/15.01



CAPÍTULO 4

MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS
DE LA DEPRESIÓN Y EL CONSUMO DE ALCOHOL

Semblanza de la autora



Dra. Elizabeth Palomares Castillo

Licenciada en Psicología y doctora en Neurociencias por la Universidad Nacional Autónoma de México. Realizó una investigación posdoctoral en la Facultad de Medicina de la misma universidad.

Se ha desempeñado como asesor en investigación y coordinador de proyectos para el Instituto Nacional de Cancerología, la Comisión Nacional contra las Adicciones, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México, y la industria farmacéutica.

Responsable de liderar la implementación de soluciones en materia científica, en estudios clínicos, de economía de la salud, de investigación de resultados y de evidencia del mundo real. Asesor en publicación de artículos científicos y en revisiones sistemáticas. Realizó el diseño e implementación de estudios por imagenología tendientes a evaluar las alteraciones estructurales y funcionales por el consumo de inhalables.

En la Conadic se desempeñó como asesora técnica en materia de alcohol, encargada de integrar información actualizada y sustentada en evidencia científica acerca del uso nocivo del alcohol y del trastorno por consumo de alcohol.

También ha sido profesor del diplomado de monitoreo de ensayos clínicos en la Facultad de Química de la UNAM.

Cuenta con varios artículos publicados en revistas científicas de alto impacto. Ha realizado varias presentaciones en congresos nacionales e internacionales. Revisora por invitación para varias revistas científicas. Miembro de varias sociedades científicas.

Actualmente se encuentra laborando en la Facultad de Ciencias de la UNAM y como monitor clínico, escritor médico y asesor científico para la industria farmacéutica.

MECANISMOS NEUROBIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN Y EL CONSUMO DE ALCOHOL

Dra. Elizabeth Palomares Castillo
Universidad Nacional Autónoma de México
Correo electrónico: palomareselizabeth@gmail.com

Resumen

El trastorno por consumo de alcohol (TCA) y el trastorno depresivo mayor (TDM) son dos de los trastornos psiquiátricos más prevalentes y con frecuencia co-ocurren. Dicha co-ocurrencia se asocia con una mayor severidad y un peor pronóstico. En este artículo se resumen los principales mecanismos neurobiológicos del TCA, desde los efectos que produce el alcohol en el SNC hasta los cambios neuroadaptativos que se presentan con el consumo crónico del alcohol, y que subyacen al desarrollo del TCA. Posteriormente, se presentan los fundamentos neurobiológicos de la depresión, entre las hipótesis de su etiología se incluyen: anomalías en la neurotransmisión monoaminérgica, hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HPA), neuroplasticidad reducida, y disfunción de la conectividad cerebral. Finalmente, se presentan los mecanismos neurobiológicos que pueden explicar la co-ocurrencia TDM-TCA. El TDM puede inducir el TCA, el TCA puede contribuir al desarrollo del TDM, o las vulnerabilidades subyacentes y los mecanismos neurobiológicos comunes pueden conducir al desarrollo de ambas condiciones. Dado que en éstas se encuentra alterado el circuito del procesamiento de la recompensa y del procesamiento afectivo, se propone como un mecanismo común. Además, un factor de riesgo habitual es un eje HHA hiperfuncionante, así como vulnerabilidades genéticas ligadas a una menor neuroplasticidad. Se destaca la importancia

de realizar mayores investigaciones sobre la etiología de la co-ocurrencia TDM-TCA que lleven al desarrollo de nuevos tratamientos y a incidir sobre la prevención de dichos trastornos.

Palabras clave: trastorno por consumo de alcohol, dependencia al alcohol, depresión, patología dual, neurobiología, sistema de recompensa.

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) y el trastorno por consumo de alcohol (TCA) son dos de los trastornos de salud mental más prevalentes en la población en general y representan una importante carga de enfermedad en todo el mundo [1, 2]. Diversos estudios clínicos y epidemiológicos muestran que la depresión y el TCA con frecuencia co-ocurren [3-14]. La presencia de cualquiera de los dos trastornos duplica el riesgo de padecer el otro; es decir, los pacientes con depresión tienen el doble de probabilidades de desarrollar TCA y viceversa [15]. Aunque, con base en la evidencia derivada de estudios longitudinales, se sugiere que esta relación podría ser debida a un vínculo causal entre el TCA y el TDM [16, 17].

Las personas con patología dual por TCA-TDM presentan peores perfiles clínicos y resultados de tratamiento menos favorables [18-21]. No obstante, a pesar de las graves consecuencias, los mecanismos cerebrales subyacentes a esta co-ocurrencia han sido poco estudiados. Más aún, el mecanismo preciso de cada trastorno no se conoce con exactitud. Por lo tanto, en la actual revisión narrativa, se presenta una síntesis de la neurobiología del TCA, posteriormente se resumen los principales fundamentos neurobiológicos de la depresión, y finalmente se exponen los posibles mecanismos que explican la co-ocurrencia entre ellos.

Mecanismos neurobiológicos del trastorno por consumo de alcohol

Los mecanismos neurobiológicos que conducen a desarrollar un TCA son complejos y multidimensionales. El alcohol ejerce sus efectos a través de interacciones con múltiples sistemas de neurotransmisores, por lo que se presentan diferentes cambios en el sistema nervioso central (SNC), dependiendo si se trata de un consumo inicial o

esporádico (consumo agudo), o un consumo excesivo que se perpetua por un largo tiempo (consumo crónico).

Consumo agudo

El consumo agudo de alcohol facilita la transmisión inhibitoria al estimular los receptores GABAA de las células nerviosas que reaccionan al ácido gamma-aminobutírico (GABA), e inhibir los efectos excitadores bloqueando los receptores NMDA, que reaccionan al glutamato [22]. El GABA es el principal neurotransmisor inhibitorio y el glutamato el principal neurotransmisor excitador, por lo que el alcohol interfiere en el equilibrio entre las entradas sinápticas excitadoras e inhibitorias. Específicamente, el alcohol activa los receptores GABAA en el área tegmental ventral (ATV), el núcleo NAc (NAc) y la amígdala, estructuras que forman parte del circuito del placer y la recompensa, y del circuito del procesamiento emocional. Varios de los efectos recompensantes del alcohol, como la relajación y disminución de la ansiedad, se deben a que actúa sobre estos receptores.

Además, el consumo agudo aumenta la liberación de dopamina (DA) del ATV al NAc, que desempeña un papel clave en la mediación de las propiedades eufóricas/reforzantes del alcohol. También activa los receptores opioides (especialmente el receptor δ y μ), lo que estimula la liberación de péptidos opioides, como las endorfinas, en el ATV, NAc y amígdala. Esto desencadena una sensación de bienestar y un reforzamiento positivo que estimula al paciente a seguir bebiendo [23, 24]. A su vez, la activación de receptores μ en el núcleo arcuato del hipotálamo facilita la liberación de DA en el NAc. Por último, el consumo de alcohol estimula la liberación de serotonina, lo que produce una sensación de bienestar y, a su vez, estimula indirectamente la liberación de dopamina.

Consumo crónico

Cuando el consumo es crónico, para restablecer el equilibrio, el organismo produce cambios neuroadaptativos que se activan inicialmente para compensar y mitigar los efectos de la presencia continua de alcohol en el cerebro, y posteriormente para equilibrar

el efecto de la falta del alcohol, lo cual provoca los síntomas de abstinencia (el cerebro se ha acostumbrado a la droga).

Para equilibrar el efecto inhibitor del alcohol, disminuye la actividad GABAérgica y aumenta la actividad glutamatérgica. Por un lado, la exposición prolongada al alcohol induce alteraciones en las subunidades del receptor GABAA, lo cual modifica las propiedades funcionales de estos receptores; por otro lado, para compensar la falta de excitación, el cerebro forma más receptores NMDA e incrementa la sensibilidad de éstos al glutamato. De este modo, el cerebro trata de establecer un nuevo equilibrio, el cual funciona sólo si se mantiene el consumo continuado del alcohol. Cuando se interrumpe el suministro de alcohol (incluso unas horas), los receptores NMDA siguen manteniendo su alta sensibilidad, y como consecuencia, las neuronas reaccionan con hiperexcitación al glutamato, lo que provoca algunos de los síntomas de abstinencia como ansiedad, ataques espasmódicos, convulsiones e incluso excitotoxicidad [23, 25, 26]. Por otro lado, el glutamato también induce una plasticidad sináptica alterada.

Asimismo, disminuye la capacidad natural del cerebro para producir DA como un mecanismo de compensación a su permanente liberación por el consumo continuado de alcohol. Además, el consumo crónico de alcohol provoca la disminución en el número de receptores D2 en las estructuras del circuito de la recompensa. Esta reducción en la expresión de receptores D2 se mantiene en sujetos adictos incluso después de casi un año de dejar de consumir, lo que explica las altas tasas de recaída. Se hipotetiza que la disminución del número de receptores de dopamina D2, junto con la disminución de la actividad dopaminérgica, produce un decremento en la sensibilidad de los circuitos de recompensa a la estimulación por reforzadores naturales. Además, la disminución de receptores D2 explica, en parte, la disminución de los efectos placenteros del alcohol, el síndrome de falta de energía y la anhedonia, asociados a la abstinencia, lo que motiva al individuo al continuar consumiendo alcohol [27-30].

Otra estructura clave en el TCA es la corteza prefrontal medial (CPF). Su funcionamiento y estructura neuronal es alterada al ser modulada por DA y glutamato. En las regiones prefrontales residen las capacidades ejecutivas. Por medio de técnicas de neuroimagen, se ha mostrado la disminución de la capacidad funcional de las regiones prefrontales durante la abstinencia, lo cual sugiere que los individuos presentan déficits en la toma de decisiones riesgo/beneficio [31].

Por otro lado, tanto la alteración en la vía dopaminérgica nigroestriada (sustancia nigra – estriado dorsal [núcleo caudado, putamen]), como la disfunción de la CPF (hipofrontalidad) subyacen a que, con el tiempo, el consumo de alcohol pase a ser un hábito automático. Por ejemplo, cuando se les muestra a personas con TCA imágenes relacionadas con el consumo de alcohol, se activan, al contrario que en personas sin el trastorno, regiones cerebrales que participan en la atención, como el cíngulo y la CPF, lo que explica el porqué les cuesta mucho fijar su atención en otros estímulos. Además, se observó un aumento de la liberación de DA en el cuerpo estriado (implicado en el aprendizaje de hábitos), lo cual indica que, con el tiempo, el consumo pasa a ser un hábito automático controlado por mecanismos de estímulo-respuesta, lo que lleva a la búsqueda compulsiva y al consumo continuado de alcohol a pesar de las consecuencias negativas [32-34].

El sistema opioide es de crucial importancia en la génesis y mantenimiento de la dependencia al alcohol. Se ha propuesto que la disfunción de los receptores opioides subyace al craving y a las recaídas. También se ha mostrado que las personas con TCA tienen un número más alto de receptores μ , los cuales responden a las endorfinas liberadas por el consumo de alcohol. En consecuencia, si estas personas consumen alcohol, pueden unirse más endorfinas a los receptores, por lo que el alcohol actúa de forma especialmente gratificante para ellos [35].

La exposición crónica al alcohol induce alteraciones en los receptores opioides kappa, que responden a las dinorfinas, lo que contribuye significativamente a los aspectos emocionales disfóricos y negativos de la abstinencia. Se ha mostrado que un polimorfismo en el gen que codifica para el receptor opioide kappa (OPRK1) está asociado con la dependencia al alcohol [36]. Se necesitan más estudios para comprender cómo el sistema opioide está involucrado en la dependencia al alcohol, sin embargo, numerosos estudios han demostrado que los antagonistas opiáceos (que se dirigen principalmente a los receptores μ) reducen el deseo y el consumo de alcohol [37], aprobándose su uso como tratamiento para el TCA.

El sistema serotoninérgico también se ve afectado tras el consumo crónico, esto provoca tolerancia al aumento de la liberación de serotonina, lo que contribuye a la disforia relacionada con la abstinencia. La administración de fármacos con actividad serotoninérgica es el blanco de varias investigaciones para el tratamiento del TCA.

Como se ha visto, las acciones de estos diversos sistemas de neurotransmisores están entrelazadas, lo que complica aún más nuestra comprensión del impacto del alcohol en el cerebro.

Mecanismos neurobiológicos del trastorno depresivo mayor

La etiología del TDM continúa sin estar clara. La investigación ha implicado diversos mecanismos que se describen a continuación.

Alteración en la neurotransmisión monoaminérgica

La hipótesis monoaminérgica postula que la depresión es causada por un déficit en los niveles de una o más de las monoaminas, incluyendo serotonina (5-HT), norepinefrina y DA. Se desarrolló en respuesta al descubrimiento clínico de que los fármacos que aumentan los niveles de las monoaminas, como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores de la recaptura de serotonina-norepinefrina (IRSN), entre otros, reducen los síntomas depresivos. Además, ciertos polimorfismos genéticos ligados a la transmisión serotoninérgica se han relacionado con una mayor vulnerabilidad a la depresión [38, 39].

Desregulación de eje hipotálamo-hipofisario-adrenal

El TDM está asociado con anomalías de la actividad del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), el cual está implicado en la respuesta al estrés, lo que induce la liberación de cortisol. Los pacientes con TDM a menudo exhiben hiperactividad constante del eje HHA, con el consecuente incremento de cortisol.

El cortisol ejerce efectos deletéreos sobre el cerebro. Se ha demostrado que daña la CPF medial (mPFC), el hipocampo y la amígdala, incluso provoca la disminución del volumen del hipocampo y de la CPFm [40]. Como la CPFm está implicada en el procesamiento cognitivo de las emociones generadas por regiones subcorticales como la amígdala, la actividad reducida en esta área conduce a un procesamiento inadecuado

del afecto negativo. Además, el daño en el hipocampo conduce a una incapacidad para adaptarse a un entorno cambiante y a un aprendizaje deficiente.

El estrés temprano (abuso, negligencia) induce la hiperactivación del eje HHA, lo que predispone a una reacción desadaptativa al estrés, así como a cambios estructurales y funcionales de los circuitos de procesamiento del afecto. Esto crea una predisposición biológica a la depresión en la edad adulta [41].

Por otro lado, en individuos que son genéticamente más vulnerables al estrés, los factores estresantes repetidos pueden hacer que se manifieste esa vulnerabilidad preexistente. Por ejemplo, en un estudio longitudinal se vio que en aquellos individuos que presentaban una variante genética (s/s) que reduce la función serotoninérgica, asociada al gen del transportador de serotonina (5HTT-PR), la probabilidad de que sufran TDM se incrementa entre más eventos estresantes experimenten [38, 39, 42].

Neurogénesis y neuroplasticidad reducida

El cerebro posee una plasticidad notable, capaz de crear y eliminar sinapsis rápidamente, así como de alterar los circuitos funcionales para la adaptación y el aprendizaje. Uno de los factores moleculares necesarios para que haya neuroplasticidad es el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF). El BDNF es una neurotrofina que promueve la supervivencia de neuronas existentes y estimula el crecimiento y la diferenciación de nuevas neuronas y sinapsis. Ante los hallazgos de que en pacientes con TDM se disminuyen los niveles séricos de BDNF [43], se ha propuesto un posible papel del BDNF en la fisiopatología de la depresión.

Adicionalmente, se ha demostrado que la fluoxetina, un ISRS, incrementa el BDNF en la circunvolución dentada del hipocampo, el VTA y el NAc [44], y que los efectos antidepresivos están asociados con un aumento de la neurogénesis del hipocampo [45]. Estos hallazgos sugieren que los ISRS y otros antidepresivos, en lugar de mejorar el estado de ánimo directamente al aumentar los niveles de monoaminas, potencian la neurogénesis y la neuroplasticidad en los circuitos límbicos y corticales disfuncionales, lo que permite la adaptación a un entorno cambiante [46].

Con base en estos hallazgos, se propone que los pacientes deprimidos carecen de la capacidad normal de adaptarse a través de la neuroplasticidad. Además, como

vimos anteriormente, los factores estresantes a través del cortisol modifican algunas estructuras cerebrales, lo cual podría ser mediado a través del BDNF. Algunas estructuras, como el hipocampo, son muy densas en receptores para el cortisol, por lo que son muy sensibles al efecto del estrés.

Sistema glutamatérgico

Se ha relacionado al glutamato con la regulación del estado de ánimo, posiblemente a través del mantenimiento de la neuroplasticidad. En estudios clínicos se ha demostrado que la ketamina, un antagonista del receptor de NMDA, produce un efecto antidepresivo potente; esto sucede en horas en lugar de semanas, como es el caso de los antidepresivos tradicionales [47]. Al bloquear los receptores NMDA de las interneuronas gabaérgicas, se desinhiben las neuronas glutamatérgicas, lo que conduce a la liberación de glutamato y la activación de los receptores AMPA. La activación de los receptores AMPA desencadena la estimulación de varias cascadas de segundos mensajeros, lo cual lleva a una mayor neuroplasticidad. También se ha demostrado que la ketamina aumenta la liberación de BDNF en las neuronas del hipocampo e incrementa la formación de nuevas sinapsis en la CPF, lo que conduce a una mayor neuroplasticidad y una reconexión funcional neuronal [48, 49].

Inflamación / citocinas

En las últimas décadas se ha puesto de manifiesto un vínculo entre depresión e inflamación. Las citocinas orquestan los procesos inflamatorios ante la detección de un agente extraño. Se han encontrado niveles elevados de citocinas: interleucina (IL) -1 β , IL-2, IL-6, TNF- α , CRP y PGE2 en pacientes con depresión [50]. A la vez, se ha demostrado que la inflamación causa depresión relacionada con el incremento de IL-2, IL-6 y TNF- α [51, 52]. Además, el estrés psicológico aumenta la producción de citocinas como IL-1 β , IL-6 y TNF- α [53]. Por lo tanto, se ha propuesto que las citocinas podrían contribuir a la depresión, aunado a que agentes antiinflamatorios han sido utilizados con éxito como complementos de los antidepresivos.

Cabe señalar que el incremento de citocinas, como IL-6, activa el eje HHA, lo que conduce a un incremento de cortisol, con la consecuente reducción de neuroplasticidad.

Además, se ha demostrado que las citocinas inflamatorias reducen los niveles de serotonina a través del aumento del metabolismo del triptófano, y que los niveles bajos de serotonina reducen la neurogénesis del hipocampo. De forma que todos estos mecanismos están interrelacionados y pueden influir en el desarrollo del TDM [42].

Alteraciones en la conectividad de los circuitos neuronales

En las últimas décadas se ha concebido a la depresión como un trastorno de la conectividad cerebral [26]. Se han descrito alteraciones en la conectividad funcional de los circuitos implicados en la regulación afectiva (circuito afectivo para procesar amenazas, circuito afectivo para procesar recompensas), la atención, el control cognitivo, y la saliencia; así como en la red neuronal de modo predeterminado (para una revisión [54]).

El circuito neuronal de la regulación afectiva incluye los centros límbicos que están interconectados recíprocamente con regiones corticales superiores. Las áreas límbicas, como la amígdala, el hipocampo, los ganglios basales y el NAC, median la emoción cruda sin procesar; mientras que las áreas corticales superiores, como la CPF medial (CPFm), la corteza del cíngulo anterior subgenual (CCAs) y la CPF dorsolateral (CPFd), median el procesamiento cognitivo de las emociones e inhiben la actividad del sistema límbico. De forma que, cuando se genera una emoción fuerte en el sistema límbico, la corteza inhibe la actividad límbica y procesa la emoción de una manera adecuada [42].

La depresión surge cuando se presenta una alteración en el neurocircuito de la regulación del afecto, provocada por: (1) una hiperactivación crónica de los centros límbicos y del tronco cerebral que sobrepasa la capacidad de la CPF de mantener bajo control la actividad de las áreas límbicas; (2) una hipoactividad o hipoconectividad de la CPF que impide la inhibición necesaria de la actividad límbica normal. Ambos estados conducen a una alteración de la regulación afectiva, por lo que se desencadenan mecanismos de compensación [42].

Al respecto, se ha encontrado un volumen reducido en la CPFm, la CCAs, la amígdala, los ganglios basales y el hipocampo. Estas pérdidas de volumen pueden deberse a hipercortisolemia crónica inducida por hiperactividad del eje HHA, que conduce a neurotoxicidad, como vimos anteriormente. Además del volumen reducido, se ha

mostrado hipoactividad funcional de la CCAs, que está interconectada con los ganglios basales, la amígdala, el hipotálamo lateral y los núcleos serotoninérgicos, noradrenérgicos, y dopaminérgicos del tallo cerebral. Basados en estos hallazgos, se ha sugerido que la hipoactividad de la CPF conduce a un afecto depresivo acompañado de apatía, retraso psicomotor y funcionamiento ejecutivo reducido. Por otro lado, puesto que, en una subpoblación de pacientes con depresión se ha encontrado hiperactividad de la CPF, se ha sugerido que ésta conduce a agitación psicomotora y rumiación. Ante estos hallazgos aparentemente contradictorios, lo que posiblemente se revela es la existencia de dos perfiles clínicos distintos [42].

A su vez, se ha mostrado que el circuito de procesamiento de recompensas se encuentra alterado, observándose hipoactivación del NAc ante estímulos recompensantes de valencia positiva, lo cual se ha relacionado con el estado anhedónico [54].

Mecanismos neurobiológicos de la co-ocurrencia entre el trastorno depresivo mayor y el trastorno por consumo de alcohol

Comprender el perfil único de la co-ocurrencia entre TDM y TCA, en comparación con cada trastorno individualmente, es fundamental para el diagnóstico y tratamiento adecuados. Se han propuesto tres hipótesis que explican la alta tasa de co-ocurrencia entre estos trastornos: (1) los trastornos depresivos aumentan el riesgo de TCA, (2) el TCA aumenta el riesgo de trastornos depresivos, y (3) ambas condiciones comparten una fisiopatología única o tienen factores de riesgo en común. Aunque la evidencia respalda estas tres vías, aún se necesita mucha investigación para comprender el porqué de esta co-ocurrencia.

Para explicar el aumento del riesgo de padecer un TCA si se padece TDM, se propuso la hipótesis de la automedicación, que establece que el consumo de alcohol se emplea como un intento de aliviar los síntomas del estado de ánimo. El alcohol proporciona a los individuos un estado placentero de euforia y tranquilidad que normalmente les falta [55]. Las alteraciones neurobiológicas asociadas con el TDM, predisponen a las personas a ser más reactivas a los efectos del alcohol [56]. Al respecto, varios estudios reportan sistemáticamente hipoactividad del NAc [57-60], lo que refleja un estado anhedónico y una menor susceptibilidad a las recompensas naturales, por lo que

el consumo de alcohol, que en un inicio estimula el circuito del placer, crea un fuerte efecto reforzante [61].

La segunda alternativa que propone que el TCA aumenta el riesgo de TDM se fundamenta en que la administración repetida de alcohol induce cambios cerebrales que vulneran a un TDM [61]. Asimismo, los síntomas depresivos pueden ser un efecto secundario de la abstinencia al alcohol y del deterioro de la vida asociado con el TCA [56]. El consumo de alcohol induce alteraciones importantes dentro del circuito de la recompensa, lo que provoca una hipoactivación del NAc y de la CPF; estas mismas alteraciones subyacen al TDM. Además, la abstinencia al alcohol provoca una desregulación del complejo VTA-NAc-amígdala y de los circuitos costicoestriato-talámico, que subyacen a los estados anhedónicos [23], lo que puede conducir a un TDM.

La tercera alternativa es que existen factores de riesgo compartidos que contribuyen a ambos trastornos, dentro de los cuales se incluyen predisposiciones genéticas o del desarrollo. El factor de vulnerabilidad común posiblemente está relacionado con un eje HHA hiperfuncionante, el cual puede dar lugar a niveles elevados de cortisol en respuesta al estrés. Los niveles elevados de cortisol provocan disminución del hipocampo, como se observa en los pacientes con depresión, lo que induce a una menor capacidad de adaptación. A su vez, el estrés puede alterar la tasa de disparo de las neuronas de DA del VTA y aumentar las concentraciones de DA extracelular en el NAc y CPF, lo que podría inducir plasticidad en estas regiones y conducir a una mayor sensibilización y un circuito de retroalimentación positivo para la susceptibilidad a la adicción al alcohol [62-64].

Además, un posible mecanismo diana compartido entre el TCA y el TDM es la disfunción del circuito de recompensa, donde el NAc es el nodo principal. Al respecto, tanto el TDM como el TCA son el resultado de cambios neuroplásticos que alteran el funcionamiento del circuito del procesamiento de recompensas y el de la regulación del afecto. Por lo tanto, se sugiere que estos mecanismos caracterizan el sustento neurobiológico de su comorbilidad [61].

Al respecto, se identificó que el alelo A del polimorfismo de nucleótido único (SNP) del gen del BDNF (rs6265) está asociado a la co-ocurrencia TDM-TCA, en comparación con aquellos que sólo muestran dependencia al alcohol y controles sanos. Este polimorfismo afecta negativamente el funcionamiento y la estructura del hipocampo

dependiente de la actividad de BDNF. Adicionalmente, los pacientes que presentaban este polimorfismo, tuvieron mejores tasas de remisión posterior al tratamiento con sertralina, un ISRS [65].

Por otra parte, se ha identificado que los individuos con la variante del alelo TaqI A1+ del gen DRD2 están asociados con abuso de alcohol comórbido con depresión/ansiedad, en comparación con individuos que sólo presentan dependencia al alcohol [66]. Asimismo, SNP de genes de receptores de glutamato se han relacionado con la co-ocurrencia TDM-TCA [67].

Conclusión

Aunque ha habido muchos estudios enfocados en determinar los mecanismos neurobiológicos que inducen la depresión y la transición del uso ocasional de consumo de alcohol al desarrollo de un TCA, muy pocos se han dirigido específicamente a la co-ocurrencia entre ambos trastornos. El entendimiento de los mecanismos específicos subyacentes a esta co-ocurrencia debería conducir a formular tratamientos más efectivos, e incluso personalizados, ante diferentes perfiles clínicos que reflejan fisiopatologías distintas. Asimismo, el identificar las vulnerabilidades genéticas, psicológicas o sociales del desarrollo, que pueden conducir a esta co-ocurrencia, sería útil para diseñar intervenciones preventivas que incidan sobre aquellos factores que pueden ser modificables o atenuantes de la expresión del trastorno.

Declaraciones de la autora

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Referencias

1. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization; 2018.
2. WHO. Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates; 2017.
3. Chou SP, Lee HK, Cho MJ, Park JI, Dawson DA, Grant BF. Alcohol use disorders, nicotine dependence, and co-occurring mood and anxiety disorders in the United States and South Korea—a cross-national comparison. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012 Apr;36(4):654-62. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01639.x.
4. Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2006 Feb;67(2):247-57. doi: 10.4088/jcp.v67n0211.
5. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Oct;62(10):1097-106. doi: 10.1001/archpsyc.62.10.1097.
6. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*. 2018 Apr 1;75(4):336-346. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4602.
7. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Jul;64(7):830-42. doi: 10.1001/archpsyc.64.7.830. PMID: 17606817.
8. Davis L, Uezato A, Newell JM, Frazier E. Major depression and comorbid substance use disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Jan;21(1):14-8. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f32408.
9. Karpyak VM, Geske JR, Hall-Flavin DK, Loukianova LL, Schneekloth TD, Skime MK, et al. Sex-specific association of depressive disorder and transient emotional states with alcohol consumption in male and female alcoholics. *Drug Alcohol Depend*. 2019 Mar 1;196:31-39. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.010>
10. Boschloo L, Vogelzangs N, Smit JH, van den Brink W, Veltman DJ, Beekman AT, et al. Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord*. 2011 Jun;131(1-3):233-42. doi: 10.1016/j.jad.2010.12.014. Epub 2011 Jan 19. PMID: 21247636.
11. McHugh RK, Weiss RD. Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Res*. 2019 Jan 1;40(1):arcr.v40.1.01. doi: 10.35946/arcr.v40.1.01.

12. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 2004 Nov 15;56(10):730-7. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.06.034.
13. Conner KR, Pinquart M, Gamble SA. Meta-analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2009 Sep;37(2):127-37. doi: 10.1016/j.jsat.2008.11.007.
14. Ehlers CL, Gilder DA, Gizer IR, Wilhelmsen KC. Indexing the 'dark side of addiction': substance-induced affective symptoms and alcohol use disorders. *Addiction*. 2019 Jan;114(1):139-149. doi: 10.1111/add.14431.
15. Lai HM, Cleary M, Sitharthan T, Hunt GE. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2015 Sep 1;154:1-13. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031.
16. Li J, Wang H, Li M, Shen Q, Li X, Zhang Y, et al. Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 2020 Jul;115(7):1224-1243. doi: 10.1111/add.14935.
17. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Mar;66(3):260-6. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.543.
18. Carton L, Pignon B, Baguet A, Benradia I, Roelandt JL, Vaiva G, Thomas P, Amad A, De Timary P, Naassila M, Geoffroy PA, Rolland B. Influence of comorbid alcohol use disorders on the clinical patterns of major depressive disorder: A general population-based study. *Drug Alcohol Depend*. 2018 Jun 1;187:40-47. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.02.009. Epub 2018 Mar 23. PMID: 29626745.
19. Hawton K, Casañas I, Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013 May;147(1-3):17-28. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.004. Epub 2013 Feb 12. PMID: 23411024.
20. Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR, Vagge LM, Kelly JF, Bello LR, et al. The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998 Mar;55(3):259-65. doi: 10.1001/archpsyc.55.3.259. PMID: 9510220.
21. Suter M, Strik W, Moggi F. Depressive symptoms as a predictor of alcohol relapse after residential treatment programs for alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2011 Oct;41(3):225-32. doi: 10.1016/j.jsat.2011.03.005. Epub 2011 May 5. PMID: 21546204.
22. Mukherjee S, Das, SK, Vaidyanathan, K, Vasudevan, DM. Consequences of alcohol consumption on neurotransmitters -an overview. *Curr Neurovasc Res*, 2008. 5(4): p. 266-72.
23. Koob, GF. Alcohol and the Nervous System. En: Aminoff MJ, Boller F, Swaan, DF, editores. *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier; 2014.

24. Gilpin NW, Koob GF. Neurobiology of alcohol dependence: focus on motivational mechanisms. *Alcohol Res Health*. 2008;31(3):185-95.
25. Buck KJ. New insight into the mechanisms of ethanol effects on GABAA receptor function and expression, and their relevance to behavior. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996 Nov;20(8 Suppl):198A-202A. doi: 10.1111/j.1530-0277.1996.tb01776.x.
26. Becker, HC, Mulholland PJ. Neurochemical mechanisms of alcohol withdrawal. En: Aminoff MJ, Boller F, Swaan DF, editores. *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier; 2014.
27. Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ. Role of dopamine in drug reinforcement and addiction in humans: results from imaging studies. *Behav Pharmacol*. 2002 Sep;13(5-6):355-66. doi: 10.1097/00008877-200209000-00008.
28. Volkow ND, Wang GJ, Telang F, Fowler JS, Logan J, Jayne M, et al. Profound decreases in dopamine release in striatum in detoxified alcoholics: possible orbitofrontal involvement. *J Neurosci*. 2007 Nov 14;27(46):12700-6. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3371-07.2007.
29. Weiss F, Parsons LH, Schulteis G, Hyttiä P, Lorang MT, Bloom FE, et al. Ethanol self-administration restores withdrawal-associated deficiencies in accumbal dopamine and 5-hydroxytryptamine release in dependent rats. *J Neurosci*. 1996 May 15;16(10):3474-85. doi: 10.1523/JNEUROSCI.16-10-03474.1996.
30. Volkow ND, Fowler JS. Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex*. 2000 Mar;10(3):318-25. doi: 10.1093/cercor/10.3.318.
31. Trantham-Davidson H, Chandler LJ. Alcohol-induced alterations in dopamine modulation of prefrontal activity. *Alcohol*. 2015 Dec;49(8):773-9. doi: 10.1016/j.alcohol.2015.09.001.
32. O'Tousa D, Grahame N. Habit formation: implications for alcoholism research. *Alcohol*. 2014 Jun;48(4):327-35. doi: 10.1016/j.alcohol.2014.02.004.
33. Grüsser SM, Wrase J, Klein S, Hermann D, Smolka MN, Ruf M, Weber-Fahr W, et al. Cue-induced activation of the striatum and medial prefrontal cortex is associated with subsequent relapse in abstinent alcoholics. *Psychopharmacology (Berl)*. 2004 Sep;175(3):296-302. doi: 10.1007/s00213-004-1828-4.
34. Jasinska AJ, Stein EA, Kaiser J, Naumer MJ, Yalachkov Y. Factors modulating neural reactivity to drug cues in addiction: a survey of human neuroimaging studies. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014 Jan;38:1-16. doi: 10.1016/j.neubiorev.2013.10.013.
35. Heinz A, Reimold M, Wrase J, Hermann D, Croissant B, Mundle G, et al. Correlation of stable elevations in striatal mu-opioid receptor availability in detoxified alcoholic patients with alcohol craving: a positron emission tomography study using carbon 11-labeled carfentanil. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jan;62(1):57-64. doi: 10.1001/archpsyc.62.1.57. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Sep;62(9):983.

36. Edenberg HJ, Wang J, Tian H, Pochareddy S, Xuei X, Wetherill L, et al. A regulatory variation in OPRK1, the gene encoding the kappa-opioid receptor, is associated with alcohol dependence. *Hum Mol Genet.* 2008 Jun 15;17(12):1783-9. doi: 10.1093/hmg/ddn068.
37. Michalak A, Biała G. Alcohol dependence--neurobiology and treatment. *Acta Pol Pharm.* 2016 Jan-Feb;73(1):3-12.
38. Caspi A, Hariri AR, Holmes A, Uher R, Moffitt TE. Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *Am J Psychiatry.* 2010 May;167(5):509-27. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09101452.
39. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science.* 2003 Jul 18;301(5631):386-9. doi: 10.1126/science.1083968.
40. Cerqueira JJ, Pêgo JM, Taipa R, Bessa JM, Almeida OF, Sousa N. Morphological correlates of corticosteroid-induced changes in prefrontal cortex-dependent behaviors. *J Neurosci.* 2005 Aug 24;25(34):7792-800. doi: 10.1523/JNEUROSCI.1598-05.2005
41. Pechtel P, Pizzagalli DA. Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology (Berl).* 2011 Mar;214(1):55-70. doi: 10.1007/s00213-010-2009-2.
42. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian J Psychiatr.* 2017 Jun;27:101-111. doi: 10.1016/j.ajp.2017.01.025.
43. Monteleone P, Serritella C, Martiadis V, Maj M. Decreased levels of serum brain-derived neurotrophic factor in both depressed and euthymic patients with unipolar depression and in euthymic patients with bipolar I and II disorders. *Bipolar Disord.* 2008 Feb;10(1):95-100. doi: 10.1111/j.1399-5618.2008.00459.x.
44. Molteni, R, Calabrese F, Bedogni F, Tongiorgi E, Fumagalli F, Racagni G, et al. Chronic treatment with fluoxetine up-regulates cellular BDNF mRNA expression in rat dopaminergic regions. *Int J Neuropsychopharmacol*, 2006. 9(3): p. 307-17. doi: 10.1017/S1461145705005766
45. Santarelli L, Saxe M, Gross C, Surget A, Battaglia F, Dulawa S, Weisstaub N, Lee J, Duman R, Arancio O, Belzung C, Hen R. Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. *Science.* 2003 Aug 8;301(5634):805-9. doi: 10.1126/science.1083328.
46. Castrén E, Rantamäki T. The role of BDNF and its receptors in depression and antidepressant drug action: Reactivation of developmental plasticity. *Dev Neurobiol.* 2010 Apr;70(5):289-97. doi: 10.1002/dneu.20758.
47. Machado-Vieira R, Salvatore G, Diaz Granados N, Ibrahim L, Latov D, Wheeler-Castillo C, et al. New therapeutic targets for mood disorders. *ScientificWorldJournal.* 2010 Apr 13;10:713-26. doi: 10.1100/tsw.2010.65.

48. Duman RS, Li N, Liu RJ, Duric V, Aghajanian G. Signaling pathways underlying the rapid antidepressant actions of ketamine. *Neuropharmacology*. 2012 Jan;62(1):35-41. doi: 10.1016/j.neuropharm.2011.08.044.
49. Ladarola ND, Niciu MJ, Richards EM, Vande Voort JL, Ballard ED, Lundin NB, et al. Ketamine and other N-methyl-D-aspartate receptor antagonists in the treatment of depression: a perspective review. *Ther Adv Chronic Dis*. 2015 May;6(3):97-114. doi: 10.1177/2040622315579059. Erratum in: *Ther Adv Chronic Dis*. 2016 May;7(3):184.
50. Wright CE, Strike PC, Brydon L, Steptoe A. Acute inflammation and negative mood: mediation by cytokine activation. *Brain Behav Immun*. 2005 Jul;19(4):345-50. doi: 10.1016/j.bbi.2004.10.003.
51. Felger JC, Lotrich FE. Inflammatory cytokines in depression: neurobiological mechanisms and therapeutic implications. *Neuroscience*. 2013 Aug 29;246:199-229. doi: 10.1016/j.neuroscience.2013.04.060.
52. Wichers MC, Kenis G, Koek GH, Robaey G, Nicolson NA, Maes M. Interferon-alpha-induced depressive symptoms are related to changes in the cytokine network but not to cortisol. *J Psychosom Res*. 2007 Feb;62(2):207-14. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.09.007.
53. Steptoe A, Hamer M, Chida Y. The effects of acute psychological stress on circulating inflammatory factors in humans: a review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2007 Oct;21(7):901-12. doi: 10.1016/j.bbi.2007.03.011.
54. Goldstein-Piekarski, AN, Williams LM. A Neural Circuit-Based Model for Depression Anchored in a Synthesis of Insights From Functional Neuroimaging. En: Quevedo J, Carvalho AF, Zarate CA, editores. Academic Press; 2019.
55. Volkow ND. The reality of comorbidity: depression and drug abuse. *Biol Psychiatry*. 2004 Nov 15;56(10):714-7. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.07.007.
56. Gómez-Coronado N, Sethi R, Bortolasci CC, Arancini L, Berk M, Dodd S. A review of the neurobiological underpinning of comorbid substance use and mood disorders. *J Affect Disord*. 2018 Dec 1;241:388-401. doi: 10.1016/j.jad.2018.08.041.
57. Der-Avakian A, Markou A. The neurobiology of anhedonia and other reward-related deficits. *Trends Neurosci*. 2012 Jan;35(1):68-77. doi: 10.1016/j.tins.2011.11.005.
58. Uhl B, Kuehner C, Kirsch P, Ruttorf M, Diener C, Flor H. Altered neural reward and loss processing and prediction error signalling in depression. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2015 Aug;10(8):1102-12. doi: 10.1093/scan/nsu158.
59. Epstein J, Pan H, Kocsis JH, Yang Y, Butler T, Chusid J, Hochberg H, Murrough J, Strohmayer E, Stern E, Silbersweig DA. Lack of ventral striatal response to positive stimuli in depres-

- sed versus normal subjects. *Am J Psychiatry*. 2006 Oct;163(10):1784-90. doi: 10.1176/ajp.2006.163.10.1784.
60. Keedwell PA, Andrew C, Williams SC, Brammer MJ, Phillips ML. The neural correlates of anhedonia in major depressive disorder. *Biol Psychiatry*. 2005 Dec 1;58(11):843-53. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.05.019.
61. Becker A, Ehret AM, Kirsch P. From the neurobiological basis of comorbid alcohol dependence and depression to psychological treatment strategies: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2017 Apr 28;17(1):153. doi: 10.1186/s12888-017-1324-0.
62. Koob G, Kreek MJ. Stress, dysregulation of drug reward pathways, and the transition to drug dependence. *Am J Psychiatry*. 2007 Aug;164(8):1149-59. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.05030503.
63. Mukhara D, Banks ML, Neigh GN. Stress as a Risk Factor for Substance Use Disorders: A Mini-Review of Molecular Mediators. *Front Behav Neurosci*. 2018 Dec 21;12:309. doi: 10.3389/fnbeh.2018.00309.
64. Calarco CA, Lobo MK. Depression and substance use disorders: Clinical comorbidity and shared neurobiology. *Int Rev Neurobiol*. 2021;157:245-309. doi: 10.1016/bs.irm.2020.09.004.
65. Su N, Zhang L, Fei F, Hu H, Wang K, Hui H, et al. The brain-derived neurotrophic factor is associated with alcohol dependence-related depression and antidepressant response. *Brain Res*. 2011 Sep 30;1415:119-26. doi: 10.1016/j.brainres.2011.08.005.
66. Lin SC, Wu PL, Ko HC, Wu JY, Huang SY, Lin WW, Lu RB. Specific personality traits and dopamine, serotonin genes in anxiety-depressive alcoholism among Han Chinese in Taiwan. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2007 Oct 1;31(7):1526-34. doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.07.012.
67. Edwards AC, Aliev F, Bierut LJ, Bucholz KK, Edenberg H, Hesselbrock V, et al. Genome-wide association study of comorbid depressive syndrome and alcohol dependence. *Psychiatr Genet*. 2012 Feb;22(1):31-41. doi: 10.1097/YPG.0b013e32834acd07.



CAPÍTULO 5

DEPRESIÓN: DIFERENCIAS ENTRE
HOMBRES Y MUJERES

Semblanzas de las autoras



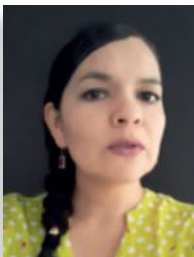
Dra. Shoshana Berenzon Gorn

Estudió la licenciatura, la maestría y el doctorado en Psicología Social en la Universidad Nacional Autónoma de México. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores desde el 2006 y actualmente es investigadora nivel II.

Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

Cuenta con el nombramiento de Investigadora en Ciencias Médicas "E" por la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Es profesora en los programas de posgrado de la Facultad de Psicología y Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Realiza investigaciones dirigidas a la evaluación de los servicios de salud mental, donde utiliza metodologías tanto cualitativas como cuantitativas; el estudio de recursos alternativos e informales utilizados por la población para abordar problemas de salud mental; las barreras y fortalezas para la integración de la salud mental en el primer nivel de atención; y temas de migración y salud mental.



Dra. Sarahí Alanís Navarro

Estudió la licenciatura en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y cursó la maestría y el doctorado en la Universidad Nacional Autónoma de México. Es psicóloga clínica en el campo de las adicciones desde hace dos décadas. Se ha desempeñado como docente a nivel licenciatura y posgrado, en donde ha dirigido algunos trabajos de tesis. Es colaboradora en proyectos de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" y la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha capacitado a profesionales de la salud en la atención y prevención del uso y abuso de sustancias.

DEPRESIÓN: DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

*Dra. Shoshana Berenzon Gorn, Dra. Sarahí Alanís Navarro
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"*

*Correspondencia: Dra. Shoshana Berenzon Gorn
Correo electrónico: berenz@imp.edu.mx*

Resumen

La prevalencia de depresión en las mujeres es mayor, en comparación con los hombres, en una proporción promedio de 2:1; esta diferencia representa una disparidad en salud. El objetivo del presente trabajo es brindar información relevante para visibilizar la complejidad de este fenómeno y enfatizar la urgencia de fortalecer la prevención y atención oportuna del trastorno. En el documento se describen las principales manifestaciones de los síntomas depresivos en hombres y mujeres, algunos factores asociados con la presencia del trastorno en ambos sexos, así como el uso de servicios de salud mental reportado por quienes cursan esta enfermedad. Debido a la elevada comorbilidad de los trastornos depresivos y por consumo de alcohol, se resalta la importancia de detectar el uso de esta sustancia en las personas con depresión. La información señala la importancia de integrar los síntomas alternativos asociados con la depresión en hombres y mujeres en los tamizajes y evaluaciones clínicas, así como la adopción, por parte de los profesionales de la salud, de una perspectiva sensible a los estereotipos de género. La alfabetización en salud mental puede ser una estrategia efectiva para incrementar la búsqueda de ayuda al brindar información sobre el estigma hacia la salud mental, los estereotipos de género y la disponibilidad de tratamientos para la depresión. La meta en la atención de los trastornos en la población mexicana es tener un sistema integral, articulado y escalonado, donde la mayoría de las personas reciban atención en el primer nivel y solamente los casos más complejos se atiendan en el segundo y tercer nivel. Esto sólo

puede lograrse por medio de la vinculación entre las diversas instancias gubernamentales y sociales.

Palabras clave: depresión, sexo, género, síntomas, factores, uso de servicios, alcohol.

Introducción

Uno de los hallazgos más consistentes en los estudios epidemiológicos sobre depresión es la mayor prevalencia del trastorno entre las mujeres, en comparación con los hombres, en una proporción promedio de 2:1 [1]. En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental, 4.5 por ciento de las mujeres y 2.0 por ciento de los hombres cursaron con un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida [2]. Esta discrepancia se refleja en la carga de enfermedad, que recae de manera desproporcionada en las mujeres: la depresión constituye la primera causa de años de vida asociados con discapacidad en ellas (8.3 por ciento) y la segunda en los hombres (5.5 por ciento), y es responsable de 3.8 por ciento y de 1.7 por ciento del total de años de vida saludable perdidos, respectivamente [3].

La diferencia entre los sexos, en el índice de depresión, representa una disparidad en salud, especialmente en la adolescencia [4]; por lo que, comprender su etiología es de gran relevancia para reducir esta brecha. Las investigaciones en este campo se han enmarcado en tres modelos: biomédico, psicológico y sociocultural; sin embargo, los resultados no son concluyentes [5,6]. La generalización, la simplificación o la exageración de la evidencia figuran entre los riesgos derivados de explicar esta díada tan compleja a partir de un factor determinante [7]. Este problema debe abordarse desde una perspectiva multifactorial.

Estamos lejos de ofrecer aquí un marco para comprender las causas de esta discrepancia; sin embargo, la información que presentamos puede ser de gran utilidad para visibilizar su complejidad y enfatizar la urgencia de fortalecer la prevención y atención oportuna del trastorno. En los siguientes párrafos se describen las principales manifestaciones de los síntomas depresivos en hombres y mujeres, algunos factores asociados con la presencia del trastorno en ambos sexos, así como el uso de servicios de salud mental reportado por quienes cursan esta enfermedad. Debido a la elevada comorbilidad de

los trastornos depresivos y por consumo de alcohol, señalaremos la importancia de detectar el uso de esta sustancia en las personas con depresión.

Manifestaciones depresivas en hombres y mujeres

Se ha cuestionado si la proporción 2:1 en las prevalencias de depresión entre los sexos es "real" o se debe a la manera en que hombres y mujeres experimentan y enfrentan el trastorno. Desde este enfoque se plantea que las mujeres perciben, reconocen, informan y buscan ayuda para los síntomas depresivos con mayor frecuencia que los hombres [5,8]; en contraste, se sugiere que en los hombres este padecimiento ha sido subdiagnosticado y, en consecuencia, desatendido debido a la adopción de las normas masculinas tradicionales [9].

Con relación al efecto de las normas de género que pretenden explicar el menor índice de depresión en los hombres, se identifican tres factores: 1) la presencia de síntomas alternativos que no se incluyen en los sistemas diagnósticos, 2) una menor probabilidad de que los hombres informen sintomatología que resulta disonante con los ideales sociales de masculinidad, y 3) el ocultamiento del trastorno por otras conductas, como el abuso de sustancias o la agresividad, congruentes con la masculinidad tradicional [9,10].

Si bien, los factores descritos ocasionan un pequeño sesgo que puede influir en el diagnóstico de depresión –lo que implica que el tamaño estimado de la diferencia entre los sexos pueda ser menor– permanece una diferencia "real", clínicamente significativa [9]. En general, las mujeres informan con mayor frecuencia e intensidad síntomas estandarizados para el diagnóstico de depresión (con excepción de la ideación suicida); mientras que en los hombres es más común la manifestación de síntomas alternativos [5,11,12]. Sin embargo, en ambos grupos son comunes diversos síntomas estandarizados y alternativos, así como algunas experiencias subjetivas del trastorno. También se ha observado que, una vez que se presenta el primer episodio depresivo, no hay diferencias en el número o duración de los episodios entre los sexos [13].

Algunos síntomas estandarizados y experiencias subjetivas de depresión reportados con frecuencia por los hombres son la pérdida de interés en el trabajo o pasatiempos, fatiga, sentimientos de fracaso, alteraciones de sueño, cambios en el apetito, ideación

suicida, desesperanza, permanecer en cama y descuido en el arreglo personal [11,12,14]. Los resultados de diversos estudios resaltan tres síntomas alternativos en los hombres con depresión: abuso de alcohol u otras sustancias, toma de riesgo/pobre control de impulsos y enojo/agresión/irritabilidad [5,10]. Entre los adolescentes, además de un estado de ánimo deprimido, se han detectado problemas para concentrarse, retardo o agitación psicomotora, fatiga matutina y anhedonia [15].

En un par de investigaciones de corte cualitativo donde se entrevistó a hombres mexicanos, se observó que, aunque ellos manifiestan síntomas estandarizados para el diagnóstico de depresión, tienen dificultad para expresarlos o reconocerlos, como la tristeza o los sentimientos de culpa e inutilidad; o bien, éstos suelen acompañarse de expresiones de coraje, ira y deseos de venganza [16]. Otro hallazgo relevante, debido a su escasa referencia al abordar la depresión en la población masculina, es la detección de algunos malestares o quejas, como problemas de salud y dolores musculares [17].

Las mujeres con depresión presentan principalmente síntomas estandarizados, los más frecuentes son un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés en las cosas que normalmente disfrutaban, alteración del apetito/peso, alteraciones del sueño, pérdida de energía/fatiga, sentimientos de culpa, dificultad para tomar decisiones, tristeza, llanto, autocrítica, dificultades para dormir, y en el trabajo sobresalen manifestaciones subjetivas de los síntomas depresivos [5,11,12].

También en las mujeres figuran síntomas alternativos como alteraciones sexuales/disminución de la libido, aislamiento social, sentimiento de soledad, cambios en la autoimagen, estrés e irritabilidad [5,10-12]. Aunque este último es un síntoma frecuente, es poco reconocido como una manifestación de depresión en las mujeres. Las adolescentes, además, refieren insatisfacción con la imagen corporal, sentimientos de fracaso, dificultades para concentrarse, desilusión y preocupaciones de salud [18].

En México, las mujeres que acuden a los servicios de salud con frecuencia reportan diversos malestares emocionales, como dolor persistente, cansancio físico y mental, dolores de cabeza, "bochornos", fallas en la memoria, insomnio, temblor en las manos y presión alta [19]. Si bien, el malestar emocional no es sinónimo de enfermedad mental, su presencia en personas con vulnerabilidades biológicas y psicosociales aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno.

La detección, en ambos sexos, de los malestares físicos y emocionales, los síntomas alternativos y aquellos clínicamente relevantes que no cumplen los criterios diagnósticos de depresión, es clave para la prevención y detección oportuna del trastorno. Se ha observado que la depresión subclínica, en particular en adolescentes, se asocia con comorbilidades psiquiátricas, un funcionamiento deficiente en los dominios sociales y familiares, aumento de las tendencias suicidas y el uso frecuente de servicios de salud mental [21,21]. En las mujeres, estas acciones son urgentes dada la mayor prevalencia y cronicidad del padecimiento; en los hombres, el elevado índice de suicidio y la comorbilidad con los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias son indicadores de alarma.

Es relevante señalar que la comorbilidad entre alcohol y depresión es frecuente en ambos sexos. Esta relación cobra gran importancia debido a que el consumo de alcohol incrementa la severidad del trastorno depresivo, reduce la probabilidad de buscar atención, interfiere con el tratamiento e incrementa el riesgo de suicidio. Se ha estimado que uno de cada cinco sujetos con depresión mayor tiene riesgo de presentar trastorno por consumo de alcohol [22]. Sin embargo, debido a que los trastornos por el consumo de esta sustancia son más prevalentes en los hombres, éstos tienen un mayor riesgo de comorbilidad: uno de cada tres hombres con depresión puede presentar trastorno por consumo de alcohol [22]. En las mujeres, es importante resaltar su mayor vulnerabilidad para desarrollar síntomas depresivos derivados del consumo excesivo de alcohol, por ejemplo, el aislamiento y la depresión pueden surgir como consecuencias del consumo de esta sustancia [23].

Factores asociados con la depresión en hombres y mujeres

En la población mexicana se han identificado diversos factores sociodemográficos y psicosociales asociados con la depresión, con un efecto diferenciado entre los sexos. En las mujeres, el riesgo de ser diagnosticadas con este trastorno es mayor en las jefas de familia y en las mujeres divorciadas. Otras variables que las afectan es dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y la responsabilidad de cuidar a algún enfermo [24]. Entre los adolescentes, el abuso sexual se identificó como el predictor más fuerte de incidencia de depresión y, debido a que es experimentado con mayor frecuencia por las mujeres, podría representar un riesgo más alto para ellas [25].

En los hombres, estar desempleado, ser viudo, el abuso o dependencia del alcohol u otras sustancias psicoactivas son factores que incrementan el riesgo de un trastorno depresivo [24,26]. Los problemas legales y la migración también se asocian con esta enfermedad psiquiátrica y, al ser más frecuentes en la población masculina, su impacto puede ser mayor en este grupo. El bajo nivel socioeconómico, un menor nivel educativo, la exposición a la violencia y percibir el lugar de residencia como inseguro son factores vinculados con la depresión en ambos sexos [24,26].

Las variables descritas también han sido reconocidas ampliamente en la literatura internacional. Hay evidencia robusta acerca de la mayor vulnerabilidad de las mujeres para desarrollar depresión ante la exposición a eventos estresantes, en particular el abuso físico y sexual [27,28]. Se ha observado, además, que la probabilidad de presentar este padecimiento incrementa en función del número de eventos y de su severidad [29,30]. En los hombres, la pérdida del empleo y los problemas legales representan un riesgo mayor para desarrollar el trastorno [31,27]. La identificación de estos factores sugiere que, en ambos sexos, el riesgo de depresión es mayor en los sectores con menos posibilidades de abandonar los roles tradicionales de género.

La pobreza es posiblemente el factor más estrechamente asociado con la depresión; sin embargo, este vínculo es más pronunciado entre las mujeres [32,33], en particular en aquellas ubicadas en la parte inferior de la distribución del ingreso. Algunos factores que pueden ayudar a explicar el mayor impacto de la pobreza entre las mujeres es que éstas realizan múltiples roles sin remuneración económica o mal remunerados, tienen un mayor índice de desempleo, ocupan con más frecuencia trabajos de baja cualificación, están más expuestas a sucesos vitales graves (especialmente cuando tienen hijos) y tienen un menor acceso a la alimentación, salud, vivienda y educación [28,32]. En contraste, una variable que reduce el riesgo de depresión es el empleo y, entre los hombres, además disminuye el índice de suicidio. La educación también es un factor que minimiza la relación entre pobreza y depresión [32].

La relación entre sexo y depresión es compleja, aquí describimos sólo algunos factores identificados en la población mexicana, consistentes con la evidencia internacional. Sin embargo, es importante resaltar que el abordaje del fenómeno debe hacerse desde un marco multifactorial, con énfasis en los factores que han mostrado un efecto diferenciado entre los sexos. Es indudable que, para mejorar la salud mental

de la población, es necesario favorecer las condiciones de vida de los sectores más vulnerables, proporcionando un mayor acceso a la seguridad, vivienda, educación y empleo bien remunerado, y garantizando la protección de los menores. En particular, es urgente reducir las brechas que mantienen a las mujeres más pobres en una clara desventaja económica y social.

Uso de servicios de salud en hombres y mujeres con depresión

En el país, una proporción reducida de las personas que cursaron con un episodio de depresión en el último año (22 por ciento) buscaron atención con un profesional de la salud [34]. Aunado al bajo uso de servicios de salud, las personas acuden a tratamiento cuando el padecimiento es más severo [35,36]. Ambos indicadores, un menor uso de servicios y la relación positiva entre la asistencia a tratamiento y la cronicidad del trastorno, son más frecuentes entre los hombres.

Se ha observado que los hombres participan en el tratamiento sólo cuando sus recursos internos se agotan y la severidad de los síntomas les dificulta realizar sus actividades cotidianas [16,37]. Esta conducta se ha relacionado con la adopción de las normas masculinas tradicionales como el estoicismo, la autosuficiencia y la emocionalidad restrictiva [9,38]. Los hombres con depresión pueden percibir que la búsqueda de ayuda amenaza a su masculinidad, implica pérdida de control y autonomía, incompetencia y dependencia [38,39]. En consecuencia, recurren a estrategias de afrontamiento desadaptativas para enfrentar u ocultar su malestar emocional, como el abuso del alcohol, la agresividad o la pérdida de control, conductas que resultan consonantes con las normas de masculinidad hegemónica [40].

En las mujeres, una barrera importante es la falta de recursos económicos para acudir a tratamiento, específicamente esta carencia representa un obstáculo para desplazarse a los servicios de salud, comprar medicamentos o conseguir apoyo para el cuidado de los hijos. En contraste, algunos factores que incrementan la búsqueda de atención en las mujeres es el reconocimiento de la necesidad de ayuda, la apertura emocional y el apoyo social [39,41]. En las adolescentes, un factor que favorece la asistencia a tratamiento es la actitud positiva de los padres hacia la búsqueda de

ayuda para la depresión [41,42]. La identificación de esta variable es particularmente relevante, debido a que los jóvenes con depresión tienden a no recibir tratamiento para su primer episodio; en consecuencia, la duración y cronicidad del episodio es mayor [43].

En general, los hombres y las mujeres enfrentan barreras comunes para el uso de servicios de salud mental, como la falta de recursos económicos, la creencia de que “el problema no es grave” y “con el tiempo se va a quitar”, el estigma hacia la enfermedad mental, el desconocimiento sobre los tratamientos, la disponibilidad del servicio, su estructura y organización, entre otras. En México, debido a que el eje de atención de los trastornos sigue siendo el hospital psiquiátrico, una elevada proporción de personas, independientemente de la gravedad del padecimiento, reciben atención en unidades especializadas. Esta condición aumenta los costos del tratamiento, aleja las posibilidades de acceso a la mayoría de la población y evita fortalecer los servicios comunitarios de salud mental y la atención primaria [24].

Consideraciones finales

Es incuestionable que la diferencia en la prevalencia de depresión entre los sexos representa una disparidad en la salud, con un índice superior de discapacidad para las mujeres; no obstante, la presencia de este padecimiento en los hombres no debe subestimarse. La menor prevalencia de depresión en ellos no significa que pocos hombres se depriman, ni que el sufrimiento y la discapacidad asociada tengan un impacto menor. Algunas variables que alertan sobre el riesgo de minimizar el efecto de esta enfermedad en los hombres, es el elevado índice de trastornos por consumo de alcohol, la mayor incidencia de suicidio y el menor uso de servicios de salud.

Con base en la información descrita en este trabajo, se advierte la importancia de integrar en los tamizajes y evaluaciones clínicas los síntomas alternativos asociados con la depresión en hombres y mujeres, así como la adopción por parte de los profesionales de la salud de una perspectiva sensible a los estereotipos de género. Es también necesario reconocer la relevancia de la depresión subclínica, en particular en los adolescentes, debido a la comorbilidad asociada. La implementación de estas acciones en el primer nivel de atención puede tener un impacto favorable en la prevención,

detección temprana y tratamiento oportuno del trastorno y de otras conductas de riesgo como el uso de alcohol y el suicidio. Debido a la comorbilidad entre los trastornos depresivos y por consumo de alcohol, una prioridad en la atención de la depresión es el tratamiento simultáneo de ambos padecimientos.

Las estrategias dirigidas a incrementar el uso de servicios de salud mental deben considerar las barreras estructurales, como la falta de recursos económicos para acudir a tratamiento, el esquema de atención que prioriza el tercer nivel, el estigma hacia la enfermedad mental y las normas de género. Con relación a este último aspecto, si bien estas normas tienen un mayor impacto en los hombres, es importante destacar algunos estereotipos, por ejemplo, la creencia de que las mujeres verbalizan la angustia emocional fácilmente. Se ha encontrado que para ambos géneros es difícil reconocer y expresar los problemas de salud mental [44]. Los profesionales de la salud deben ser sensibles a las dificultades que pueden manifestar tanto hombres como mujeres para expresar su angustia emocional y ser críticos ante los estereotipos de género.

La alfabetización en salud mental puede ser una estrategia efectiva para incrementar la búsqueda de ayuda, al brindar información sobre el estigma hacia la salud mental, los estereotipos de género y la disponibilidad de tratamientos para la depresión. Específicamente, con el fin de incrementar el uso de servicios de salud en la población adolescente, la alfabetización debe integrar información para que los padres y docentes identifiquen cuándo es necesario buscar atención para sus hijos o alumnos [43].

Para lograr un uso más eficiente de los recursos, debe fomentarse una integración de la atención. Esta eficiencia depende de un equilibrio entre las acciones realizadas en el primer nivel (para no sobrecargarlo más de lo que ya está), las que se llevan a cabo en el tercer nivel y las que pueden transferirse al ámbito comunitario, como la promoción de la salud y el autocuidado. Igualmente, se requiere reformar el cuidado a la salud mental y establecer un sistema de navegación sensible entre los distintos niveles de atención y, sobre todo, tratar las comorbilidades.

Es importante formar equipos interdisciplinarios que incluyan, por ejemplo, profesionales en enfermería, psicología y trabajo social. Esta estrategia, conocida como "cambio de roles", ha mostrado ser eficiente para expandir el alcance de tratamientos útiles para trastornos mentales y evitar la sobrecarga de trabajo en lugares donde hay escasez de recursos humanos especializados. Estos grupos pueden aplicar modelos

de atención con evidencia probada, dependiendo de las necesidades psicosociales de las personas, su gravedad y el grado de especialización requerido en cada intervención [45].

La meta en la atención de los trastornos en la población mexicana es tener un sistema integral, articulado y escalonado, donde la mayoría de las personas reciban atención en el primer nivel y solamente los casos más complejos se atiendan en el segundo y tercer nivel. Esta labor debe ir emparejada con el desarrollo de investigación de calidad, dirigida al diseño de tratamientos que consideren las dimensiones biopsicosociales de la enfermedad, con enfoque de género, adecuados a la edad del paciente, que respondan a las necesidades sentidas por la población, y que tomen en cuenta las tradiciones y valores culturales. Esto sólo puede lograrse por medio de la vinculación entre las diversas instancias gubernamentales y sociales.

Declaraciones de las autoras

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Referencias

1. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos R, Whiteford HA. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*. 2013;43(3):471-481.
2. Medina-Mora, ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco JJ, Fleiz, C, et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.
3. Lozano R, Gómez H, Garrido F, Jiménez A, Campuzano JC., Franco, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública Méx*. 2013;55(6):580-594.
4. Salk RH, Hyde JS, Abramson, LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 2017;143(8):783-822.
5. Cavanagh A, Wilson CJ, Kavanagh DJ, Caputi P. Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: a systematic review and meta-analysis. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(1):29-38.
6. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: critical review. *Br J Psychiatry*. 2000;177:486-492.

7. Hammarström A, Lehti A, Danielsson U, Bengs C, Johansson EE. Gender-related explanatory models of depression: a critical evaluation of medical articles. *Public Health*. 2009;123(10):689-693.
8. Hyde JS, Mezulis AH. Gender differences in depression: biological, affective, cognitive, and socio-cultural factors. *Harv Rev Psychiatry*. 2020;28(1):4-13.
9. Addis ME. Gender and depression in men. *Clin Psychol Sci Pract*. 2008;15(3):153-168.
10. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(10):1100-1106.
11. Haroz EE, Ritchey M, Bass JK, Kohrt BA, Augustinavicius J, Michalopoulos L, Burkey MD, Bolton P. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Soc Sci Med*. 2017;183, 151-162.
12. López Molina, MA, Jansen K, Drews C, Pinheiro R, Silva R, Souza L. Major depressive disorder symptoms in male and female young adults. *Psychol Health Med*. 2014;19(2):136-145.
13. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet, C, Orozco, R. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *J Affect Disord*. 2012;138(1):165-169.
14. Flaskerud JH. Depression in men: issues for practice and research. *Issues in Mental Health Nursing*. 2014;35(8):635-639.
15. Crockett MA, Martínez V, Jiménez A. Subthreshold depression in adolescence: gender differences in prevalence, clinical features, and associated factors. *J Affect Disord*. 2020;272:269-276.
16. Fleiz C, Domínguez M, Arguiñaga A. Las manifestaciones del malestar masculino. *Género y Salud en Cifras*. 2014;12(3):3-12.
17. Fleiz C, Ito ME, Medina-Mora ME, Ramos L. Los malestares masculinos: narraciones de un grupo de varones adultos de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 2008;31(5):381-390.
18. Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, Metz C, Rabinovich H. Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls? *J Affect Disord*. 2005;89(1-3):35-44.
19. Berenzon S, Galván J, Saavedra N, Bernal P, Mellor-Crummey L, Tiburcio M. Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México: un estudio cualitativo. *Salud Mental*. 2014;37(4):313-9.
20. Balazs J, Miklosi M, Keresztesy A, Hoven CW, Carli V, Wasserman, C. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54:670-677.
21. Carrellas NW, Biederman J, Uchida M. How prevalent and morbid are subthreshold manifestations of major depression in adolescents? A literature review. *J Affect Disord*. 2017;210:166-173.

22. Hunt GE, Malhi GS, Lai HMX, Cleary M. Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990-2019: Systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2020;266;288-304.
23. Berenzon S, Robles R, Reed GM, Medina-Mora ME. Gender-related issues in the diagnosis and classification of alcohol use disorders among Mexican patients seeking specialized services. *Braz J Psychiatry.* 2011;33:s109-s116.
24. Berenzon S, Lara MA Robles R, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz, C, et al. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Mex.* 2013;55:74-80.
25. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental.* 2009;32(2):155-163.
26. Fleiz C, Villatoro J, Medina-Mora ME, Moreno M, Gutiérrez ML, Oliva N. Sociodemographic and personal factors related to depressive symptomatology in the Mexican population aged 12 to 65. *Braz J Psychiatry.* 2012;34:395-404.
27. Keita GP. Psychosocial and cultural contributions to depression in women: considerations for women midlife and beyond. *JMCP.* 2007;13(S9a):12-15.
28. Abate KH. (2013). Gender disparity in prevalence of depression among patient population: a systematic review. *Ethiop J Health Sci.* 2013;23(3);283-288.
29. Askeland KG, Bøe T, Breivik K, La Greca AM, Sivertsen B, Hysing M. Life events and adolescent depressive symptoms: protective factors associated with resilience. *PLoS One.* 2020;15(6)
30. Veytia M, González NI, Andrade P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental.* 2012;35(1):37-43.
31. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora, ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Méx.* 2005;47(1):S4-S11.
32. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P. Social determinants of mental disorders and the sustainable development goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry.* 2018;5;357-369.
33. Anand P, Esposito L, Villaseñor A. Depression and economic status: evidence for non-linear patterns in women from Mexico. *J Ment Health.* 2018;27(6):529-551.
34. Borges G, Medina-Mora ME, Wang PS, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry.* 2006;163(8):1371-1378.
35. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health.* 2007;97(9):1638-1643.

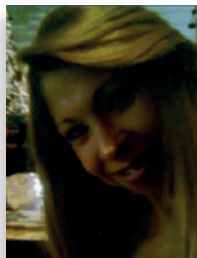
36. Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, Benjet C, Blanco J, Fleiz, C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* 2005;35:1-11.
37. Seidler ZE, Dawes AJ, Rice SM, Oliffe JL, Dhillon HM. The role of masculinity in men's help-seeking for depression: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2016;49:106-18.
38. Möller-Leimkuhler AM. Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disord.* 2002;71: 1-9.
39. Magaard JL, Seeralan T, Schulz H, Brütt AL. Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: a systematic review. *PLoS One.* 2017;12(5):e0176730.
40. Möller-Leimkuhler, A. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2003;253:1-8.
41. Ando S, Nishida A, Usami S, Koike S, Yamasaki S, Kanata S, et al. Help-seeking intention for depression in early adolescents: Associated factors and sex differences. *J Affect Disord.* 2018;238:359-365.
42. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Wang PS. Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bull World Health Organ.* 2008; 86(10):757-764.
43. Benjet C, Borges G, Medina-Mora, ME, Fleiz, C, Zambrano J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Méx.* 2004;46(5):417-424.
44. Emslie C, Ridge D, Ziebland S, Hunt, K. Exploring men's and women's experiences of depression and engagement with health professionals: more similarities than differences? A qualitative interview study. *BMC Fam Pract.* 2007;8:43.
45. Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson F, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities. *Lancet.* 2016;387(10028): 1672-1685.



CAPÍTULO 6

INTERVENCIÓN BREVE PARA FAMILIARES
DE PERSONAS QUE CONSUMEN
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:
RETOS DE LA PANDEMIA

Semblanza de las autoras



Dra. Lydia Barragán Torres

Doctorado en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México; jefatura del Centro de Prevención en Adicciones "Dr. Héctor Ayala Velázquez". Reconocimiento del Centro como "Espacio 100% Libre de Humo de Tabaco"; autora de los manuales: *Programa de Satisfactores Cotidianos para personas con dependencia en el consumo*, *Programa de Prevención de Recaídas* y *Taller para familiares de personas que consumen sustancias psicoactivas*; tutora y supervisora del Programa de Residencia en Psicología de las Adicciones; elaboración de programas de especialidad y diplomado a distancia para capacitar a profesionales en el Programa de Satisfactores Cotidianos; capacitadora de evaluadores de Establecimientos Residenciales; terapeuta de personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.



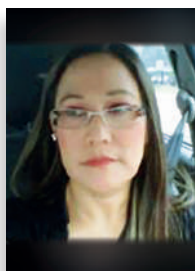
Lic. Laura Marcial Tlamintzi

Licenciada en Psicología y egresada de la maestría en Neuropsicología Clínica por la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente es supervisora de Programas de Servicios Psicológicos a través de la formación supervisada de pregrado en el Centro de Prevención en Adicciones "Dr. Héctor Ayala Velázquez" y el Programa de Atención Psicológica a Distancia UNAM. También colabora en proyectos de investigación de salud mental, como "Héroes Universitarios" en el Centro de Prevención en Adicciones "Dr. Héctor Ayala Velázquez" y la Comisión Fronteriza.

Dentro de su quehacer clínico se ha desempeñado en distintas instituciones de salud: el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", donde trabajó con personas con padecimientos neurológicos como epilepsia; el Centro Médico Nacional La Raza, en el que realizó labores de evaluación y seguimiento neuropsicológico en el área de

neurocirugía pediátrica y neurología; el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez", en el cual colaboró en la atención de población adulta con alteración neurológica y psiquiátrica; el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores; y la Universidad de la Tercera Edad, con la elaboración de protocolos de investigación relacionados con deterioro cognitivo y actividad física en adultos mayores.

Cuenta con participaciones en diferentes congresos nacionales e internacionales con temáticas relacionadas con la neuropsicología del trastorno del espectro autista, la neurobiología del síndrome de Down, la actividad física y el envejecimiento, la evaluación neuropsicológica en el traumatismo craneoencefálico, y el entrenamiento cognitivo en personas con consumo de sustancias psicoactivas. Además, colaboró en un capítulo sobre lenguaje y cognición en el libro *Generalidades sobre el síndrome de Down*.



Dra. Silvia Morales Chainé

Estancia en Desarrollo Infantil en el May Institute, en Chatham Massachusetts. Maestra en Psicología Profesional con residencia en Psicología de las Adicciones y doctora en Análisis Experimental del Comportamiento. Miembro nivel I del Sistema Nacional de Investigadores desde el 2010. Profesora titular "C" de tiempo completo definitiva de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Pertenece al Programa de Primas al Desempeño del Personal Académico de Tiempo Completo nivel "D". Responsable académica de la Maestría en Psicología de las Adicciones (2006-2020); coordinadora de Centros de Formación y Servicios Psicológicos (2016- 2020); representante ante el subcomité de la Especialización en Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo (2010-2020). Fue integrante del Comité Académico del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM 2010-2016, como representante de los profesores de maestría. Es miembro de la Comisión Dictaminadora de la División de Investigación y Posgrado del Área de las Ciencias Sociales en la FES Iztacala (2017-2020), y fue consejera técnica suplente por el Programa Único de Especializaciones en Psicología (2013- 2016).

Líneas de investigación: transferencia de las Intervenciones Breves en adicciones; crianza positiva para la reducción de conducta problemática severa en niños en la

prevención de las adicciones; descuento temporal, probabilístico y por esfuerzo en niños, adolescentes y adultos con problemas de conducta; y supervisión de profesionales de la salud en la evaluación, manejo y seguimiento de condiciones de salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas. Cuenta con más de 30 artículos científicos en revistas arbitradas e indexadas, 20 capítulos en libros, 10 libros impresos y electrónicos especializados, 10 desarrollos tecnológicos en plataforma Moodle. Se ha presentado en eventos de difusión nacional e internacional en más de 100 ocasiones. Es parte del grupo de asesores para la reducción de la demanda de drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso Drogas de la Organización de Estados Americanos; de la Organización Panamericana de la Salud para la atención en primer nivel de trastornos mentales, por consumo de sustancias y neurológicos; y del Comité de Adicciones de las fundaciones Gonzalo Río Arronte, I.A.P. y Rostro Humano de la Contaduría Pública, A.C.

INTERVENCIÓN BREVE PARA FAMILIARES DE PERSONAS QUE CONSUMEN SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: RETOS DE LA PANDEMIA

*Dra. Lydia Barragán Torres, Lic. Laura Marcial Tlamintzi
Centro de Prevención en Adicciones "Dr. Héctor Ayala Velázquez"*

*Dra. Silvia Morales Chainé
Universidad Nacional Autónoma de México*

*Correspondencia: Dra. Lydia Barragán Torres
Correo electrónico: lbarragantorres@gmail.com*

Resumen

El profesional de la salud requiere garantizar intervenciones en comportamiento adictivo basadas en lineamientos terapéuticos, reconocidos como buenas prácticas para favorecer la recuperación del individuo. Entre el tipo de estrategias prescritas están las motivacionales, la evaluación de la problemática, la detección de riesgos, ejercitar planes de acción con modelamiento y el ensayo conductual e incluir atención al familiar para que su impacto cambie de factor de riesgo al de protección. Se impartió un taller grupal de 13 sesiones a siete familiares de quienes consumen sustancias psicoactivas para comprender la problemática y su involucramiento a través de psicoeducación, regulación emocional, solución de problemas y convivencia interpersonal. Resultados: los familiares detectaron experimentar menos malestar emocional, proporcionar más apoyo a quien consume, sentir

mayor bienestar y mejorías en áreas de su vida y construir un ambiente familiar de menos conflicto, más expresión de emociones e independencia.

Palabras clave: intervención breve, familiares, consumo sustancias psicoactivas, factores protectores, ambiente familiar.

Introducción

La problemática a nivel mundial y nacional por el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y sus repercusiones tienen cada vez mayor impacto: disminuye la edad de inicio para consumir, se duplica el uso de alcohol consuetudinario en adolescentes y se triplica en mujeres, aumenta el consumo de marihuana, se recurre al uso de dispositivos electrónicos y de cigarrillos con cápsulas de sabor, aumenta la cantidad de cigarrillos que se fuman al día, por lo que parece más imperiosa la necesidad de acompañar las experiencias de vida con consumo de SPA [1-2].

El consumo de SPA es multifactorial, entre los aspectos de mayor riesgo para su ocurrencia, severidad y mantenimiento se encuentran: el inicio temprano en el consumo; exposición a ambientes de consumo y a modelos de personas cercanas que refieren efectos agradables; conflictos recurrentes; falta de redes de apoyo y comunicación con personas cercanas y significativas [3-4]. En este sentido, los familiares tienen una participación importante en propiciar o no algunos de estos factores de riesgo; adicionalmente, su impacto es prioritario, ya que constituye un vínculo que proporciona sentido de pertenencia y del cual, en los primeros años de vida, se depende para satisfacer necesidades básicas, como techo y alimentación, por lo que su influencia en el consumo tiene un peso importante [5-10].

¿De qué manera se recurre al consumo ante los riesgos o mecanismos que subyacen a esta conducta?

El impacto del uso de sustancias en el sistema nervioso central es extenso, sin embargo, se puede resumir en la estimulación del sistema de recompensa que produce un efecto placentero y contribuye a que la persona repita la conducta mediante la autoadministración para volver a experimentar esta sensación placentera [11]. Las conductas de sobrevivencia, como comer o hidratarse, de igual manera estimulan el circuito de

recompensa, por lo que la estimulación repetitiva del circuito derivada del consumo se equipara a una necesidad básica del organismo.

Adicionalmente, la elección de consumir reiteradamente ante cierto tipo de eventos propicia un aprendizaje asociativo, en el que tales eventos anticipan la ingesta de la sustancia, por lo que provocan la respuesta de apetencia o necesidad fisiológica y psicológica, que incluye síntomas como taquicardia, hiperhidrosis, intranquilidad, salivación, temblor y pensamientos recurrentes de la necesidad de consumir [12-13].

Los efectos agradables e inmediatos del consumo (sentirse relajado, animado, desinhibido, aumento de la seguridad en uno mismo, facilidad para convivir, disminuir la importancia u olvidarse de problemas, minimizar la percepción de riesgos, desahogarse de emociones desfavorables) fortalecen la necesidad de recurrir en mayor cantidad y con más frecuencia a la(s) SPA [13].

Factores de riesgo y protectores para consumo de sustancias psicoactivas

Entre el tipo de riesgos que precipitan episodios de sobredosis por consumo se tienen condiciones de estrés elevado, exposición a pérdidas laborales, de salud física, económicas, de pareja, la muerte de seres queridos y conflictos con familiares [14]. Estos riesgos pueden experimentarse como serias amenazas y ocasionar momentos de crisis en los que se rebasan los recursos adaptativos con los que cuenta la persona. La pandemia de COVID-19 que se vive hoy en día es un ejemplo de riesgo a padecimientos y alteraciones mentales, como crisis severas por ansiedad, depresión, consumo de sustancias, episodios de violencia, autolesión o suicidio, ya que la persona, sus familiares o amigos, pueden enfermar severamente o morir; además, se está expuesto a pérdidas laborales, económicas, de personas cercanas, a cambios de rutinas y, aunado a ello, se presentan dificultades para mantener las relaciones interpersonales.

Asimismo, existen diversidad de factores que influyen en el individuo para evitar, disminuir, interrumpir o cesar el consumo de sustancias, con lo que obtiene ganancias placenteras con otras actividades adaptativas que se disfruten, como practicar ejercicio o actividades recreativas, disfrutar platillos de su agrado, favorecer la convivencia social y familiar, cumplir y promover la obtención de logros, y superar retos en el desempeño

escolar y académico. Hay otra serie de condiciones que contribuyen a evitar el consumo de SPA y al bienestar, por ejemplo, las habilidades que tenga el individuo para enfrentar problemas y tomar decisiones para resolverlos, comunicarse de manera eficaz, superarse académica y laboralmente [15-18].

Consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas

Es necesario detectar y evaluar los daños que ocasiona el consumo de SPA, como malestares físicos o daños severos a la salud; accidentes; pérdidas económicas y laborales; ruptura en las relaciones de pareja; crisis emocionales, familiares o sociales; comportamiento agresivo, abuso sexual, ruptura de reglas, conducta antisocial o problemas legales, entre otros [3].

Elementos de la Intervención Breve

La solicitud de atención es una conducta inicial importante que posibilita obtener apoyo para generar cambios en el consumo. Adicionalmente, existen lineamientos que son eficaces de acuerdo con las contribuciones científicas nacionales e instancias con reconocimiento internacional en la intervención breve en comportamiento adictivo.

Entre los elementos que se sugiere integrar en la intervención breve están: 1) Detección oportuna antes de que la problemática evolucione hacia mayor severidad, en ese sentido resulta muy conveniente favorecer la inmediatez en la detección del inicio de la problemática en términos de disminuir la cantidad e intensidad de afectaciones, y por tanto minimizar el tiempo de la intervención; 2) Incluir elementos o herramientas terapéuticas motivacionales, lo que contribuye a incrementar el interés y la adopción de estrategias, así como mayor egreso e impacto en el cambio; 3) Identificar factores de riesgo e implementar estrategias de enfrentamiento que incluyan conductas o actividades alternativas que aumenten el autocontrol, para que la persona sustituya la conducta problemática que habitualmente utiliza ante dichos eventos y se empleen conductas favorables que contribuyan al bienestar y mejor calidad de vida [19-20, 3, 21-22, 4].

A continuación, se incluyen algunas estrategias ante el comportamiento adictivo que sugieren instancias reconocidas internacionalmente [23-25] (Figura 1).

Figura 1. Estrategias de buenas prácticas en comportamiento adictivo reconocidas por instancias internacionales

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA) [2006]	Mental Health GAP (mhGAP) [2016]	Currículum Universal de Tratamiento (CUT) [2016]
Evaluación Funcional de la Conducta	Evaluación	Evaluación
Control de Estímulos	Psicoeducación	Psicoeducación
Manejo del Deseo/Craving	Control de Estrés: Relajación y Solución de Problemas	Motivación al Cambio y Balance Decisional
Solución de Problemas	Establecimiento de Conducta Meta	Manejo de Relaciones Interpersonales
Planeación de Actividades	Hábitos Saludables	Manejo de Emociones Desfavorables de Consumo
	Plan de Acción	Solución de Problemas
	Apego al Apoyo Farmacológico	Control de Estímulos
	Referencia	Contra-condicionamiento
	Seguimiento	Apoyo Social
		Aplicación de Contingencias

Es importante que como parte de la intervención aplicada hacia el usuario de SPA también se incluya intervención a sus familiares, de tal manera que se favorezca en mayor medida el cambio y su mantenimiento para evitar el consumo de sustancias. Así lo prescribe la NOM-028-SSA-2009, Para el control, tratamiento y prevención de las adicciones [26], a fin de fortalecer la intervención del individuo a partir de la atención a la familia; la Guía mhGAP [24] también enfatiza el apoyo a los familiares para contribuir al cambio.

Los estudios indican que las características de las familias que cuentan con un miembro que padece problemas de consumo incluyen menor comunicación, afecto y apoyo; o bien, excesivo control y dependencia [4]. Dichas características influyen disminuyendo las posibilidades de que la persona se desarrolle en un ámbito familiar que le proporcione seguridad, sensación de pertenencia, percepción de competencia para enfrentar dificultades, tranquilidad y negociación de diferencias. Por tanto, es importante verificar que la intervención a la familia favorezca los factores protectores referentes al apoyo, comunicación, convivencia positiva y disminución de conflictos.

Método

En el Centro de Prevención en Adicciones Dr. Héctor Ayala Velázquez, con apego a esta normativa y lineamientos de buenas prácticas, se imparte un taller grupal para familiares de personas que consumen SPA. Entre los componentes en los que se trabaja con las personas cercanas se encuentran (Ver Imagen 1):



Imagen 1. Componentes del Taller grupal para familiares de personas que consumen sustancias psicoactivas.

Este taller tiene el objetivo de favorecer el bienestar personal, así como las características de convivencia con la persona que consume sustancias psicoactivas.

Se aplicaron como instrumentos de evaluación del cambio [4]:

1) Para medir el Bienestar Personal

Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck: tienen 21 reactivos que proporcionan una medida de la frecuencia y severidad de sintomatologías de depresión y ansiedad.

2) Escala de Satisfacción General: incluye 10 reactivos que evalúan el nivel de satisfacción del individuo en nueve áreas de vida cotidiana y en el nivel general de satisfacción.

Para medir las características de la convivencia familiar:

1) Percepción de Apoyo del Familiar: se trata de 15 reactivos que miden la frecuencia con la que el familiar considera que ofrece apoyo ante situaciones de riesgo de consumo.

2) Escala de Clima Social Familiar: se conforma de 63 reactivos que miden la percepción del familiar sobre interacción positiva, expresión emocional, organización, énfasis religioso, expresión negativa del conflicto, independencia familiar, control, tiempo libre, actividades culturales/intelectuales y negociación.

3) Satisfacción con el Taller: 10 reactivos que valoran el nivel de satisfacción del familiar con los contenidos y la utilidad de los ejercicios del taller.

Procedimiento

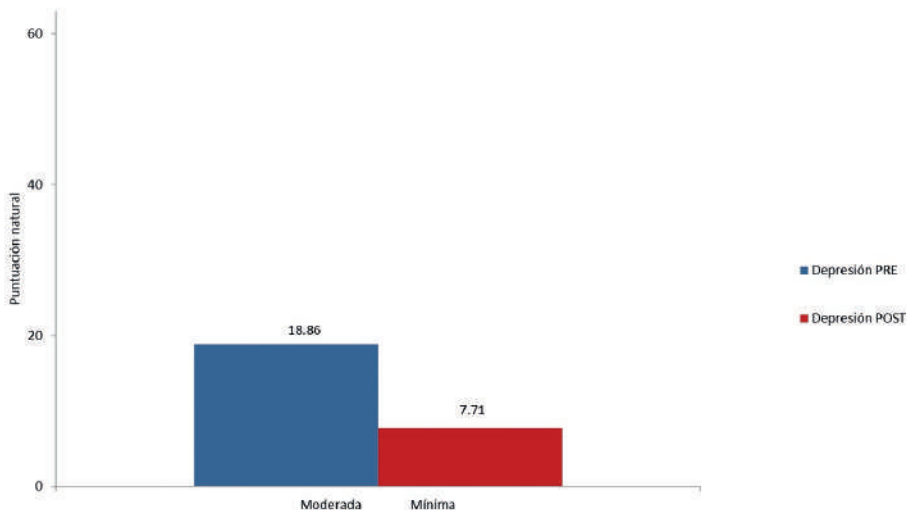
Se impartieron 13 sesiones grupales una vez a la semana, de dos horas cada sesión, a siete familiares de personas que consumen SPA, seis de ellas madres y un padre. Los ponentes fueron profesionales de la salud con grado de licenciatura y en formación a nivel de maestría en el Programa de Residencia en Psicología de las Adicciones. Se expusieron, mediante instrucción verbal, las estrategias de cada uno de los componentes, ejemplificando su aplicación y recurriendo a ejercicios de modelamiento y ensayos conductuales para practicar su aplicación.

Resultados

El nivel de depresión promedio grupal en los familiares antes de la intervención fue de 18.86 puntos, correspondiente a "Depresión moderada", después de participar en la intervención disminuyó significativamente a 7.71 puntos, que corresponde a "Depresión mínima" ($t= 3.52, p=.013$).

Los síntomas depresivos más frecuentes de los familiares antes de la intervención fueron: sentirse tristes, dificultad para disfrutar de las cosas, estar decepcionados de sí mismos, criticarse por sus errores; y los que menos presentaron después de participar en la intervención fueron: sentirse tristes, sentir que necesitan ser castigados, dificultad para motivarse (Ver Figura 2).

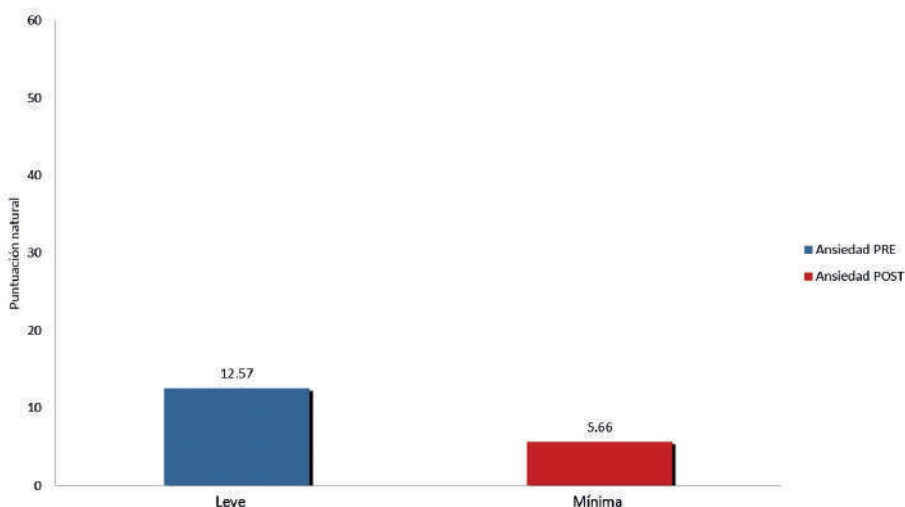
Figura 2. Niveles de depresión de los familiares antes y después de la intervención



El nivel grupal promedio de Ansiedad Pre-test en familiares fue de 12.57 puntos "Ansiedad leve"; y después de la intervención se redujo a 5.66 puntos, correspondientes a "Ansiedad mínima" ($t=2.22; p=.068$).

Los síntomas de ansiedad que con más frecuencia presentaron los familiares antes de la intervención fueron: miedo a que pase lo peor, sentir mareo, inseguridad y nerviosismo; posterior a la intervención fueron: dificultad para relajarse, miedo a que pase lo peor, inseguridad, indigestión (Ver Figura 3).

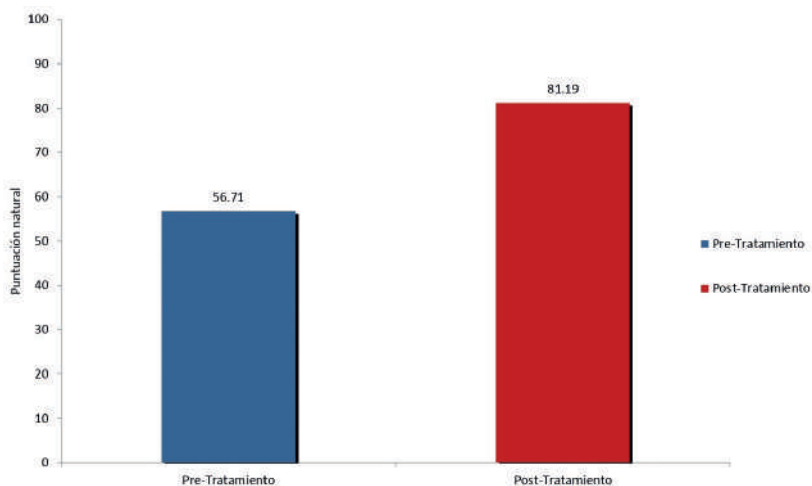
Figura 3. Niveles de ansiedad de los familiares antes y después de la intervención



En cuanto a la ocurrencia de las conductas de apoyo que el familiar proporcionó antes de la intervención fueron de 56.71 por ciento; después de participar en el taller grupal el nivel incrementó significativamente a 81.19 por ciento ($t = -2.77, p = .032$).

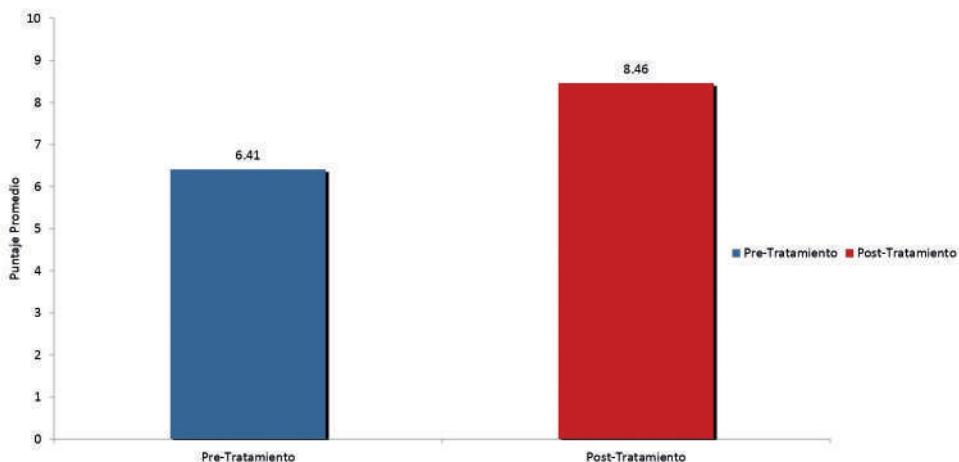
El tipo de conducta de apoyo que ofreció el familiar con menor frecuencia a la persona cercana antes de la intervención fue: expresarle sus capacidades, darle reconocimiento, motivarlo, realizar actividades recreativas con él; asimismo, posterior a la intervención grupal, el apoyo que con mayor frecuencia le ofreció fue: expresarle sus capacidades, realizar actividades recreativas conjuntas, identificar formas de apoyarlo, sugerirle actividades alternativas al consumo (Ver Figura 4).

Figura 4. Apoyo de los familiares antes y después de la intervención



El nivel de satisfacción del familiar en diferentes áreas de su vida antes de la intervención, fue de 6.41 puntos y después de la intervención aumentó significativamente a 8.46 ($t=-2.63$; $p=.039$) (Ver Figura 5).

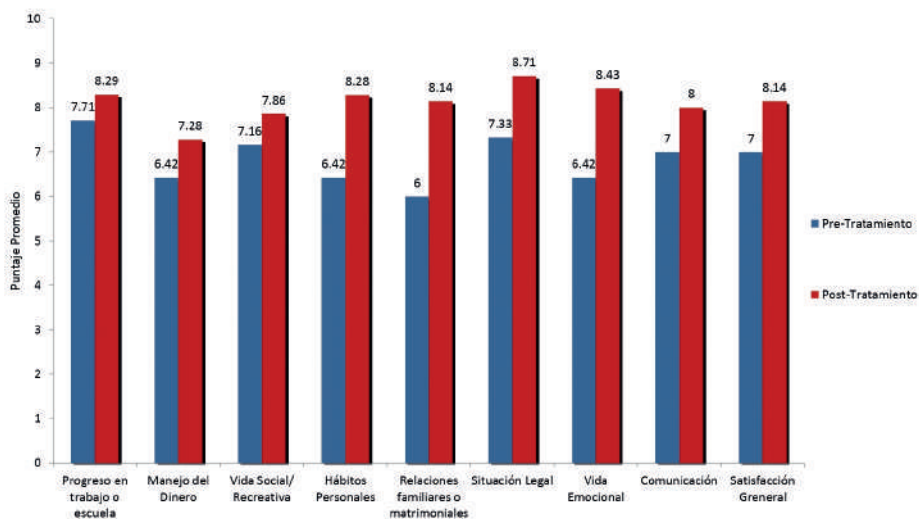
Figura 5. Satisfacción del familiar antes y después de la intervención



El nivel de satisfacción antes de la intervención del familiar en áreas de vida fue de seis en relaciones familiares, y de 6.42 en hábitos personales, vida emocional y manejo del dinero; después de la intervención aumentó a 8.43 en vida emocional, a 8.28 en hábitos personales y a 8.14 en relaciones familiares.

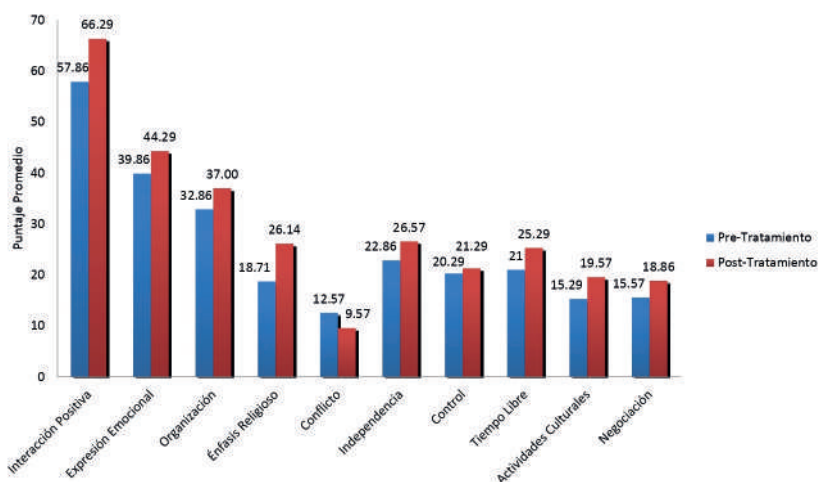
Antes de la intervención, se mostró menos satisfecho en sus relaciones familiares, en su vida emocional y en cuanto a la comunicación; después de la intervención, se indicó más satisfacción con su vida emocional, progreso en el trabajo y relaciones familiares (Ver Figura 6).

Figura 6. Áreas de satisfacción del familiar antes y después de la intervención



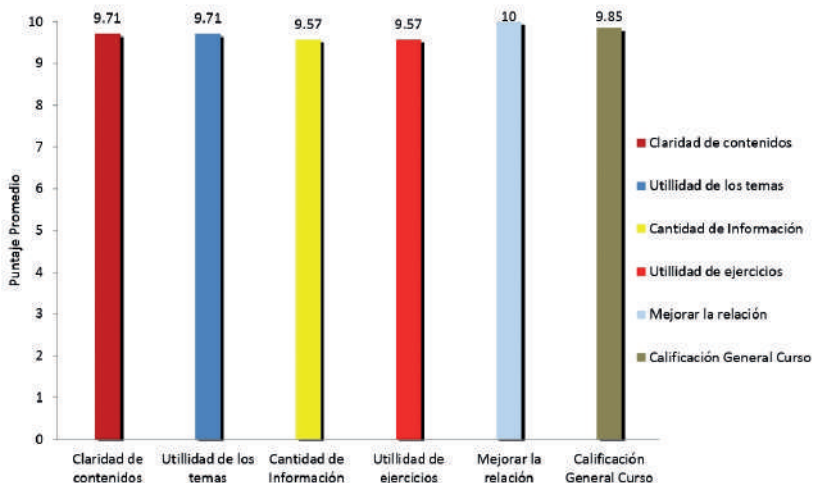
El ambiente familiar grupal promedio mostró puntajes con cambios significativos después de la intervención al incrementar la interacción positiva (de 57.86 puntos pasó a 66.29); expresión emocional (de 39.86 aumentó a 44.29), organización (de 32.86 pasó a 37); énfasis religioso (de 18.71 incrementó a 26.14), independencia (de 22.86 mejoró a 26.57), control (de 20.29 subió a 21.29), tiempo libre (de 21 aumentó a 25.29), actividades culturales (de 15.29 pasó a 19.57) negociación (de 15.57 a 18.86) y disminución de conflictos (de 12.57 bajó a 9.57) [$t=-3.801$; $p=.004$] (Ver Figura 7).

Figura 7. Ambiente familiar antes y después de la intervención



La evaluación promedio de la satisfacción de los familiares con los contenidos y la exposición por parte de los ponentes al finalizar el taller fue de 9.73 puntos (Ver Figura 8).

Figura 8. Satisfacción del familiar con la intervención recibida



Discusión y conclusiones

La intervención permitió que los familiares disminuyeran sus síntomas depresivos y se sintieran menos tristes, con menos sensación de ser castigados y más motivados, lo que considera la importancia de responsabilizarse para mejorar su estado de ánimo, aprender a entender sus dificultades, ser más tolerantes consigo mismos y comprensivos con otros y considerar opciones para resolver las dificultades; lo que podría asociarse a una mejoría en la autoeficacia para enfrentar problemas. Dichos hallazgos corresponden con otros estudios en donde se ha visto que familiares de personas con consumo de sustancias, tras recibir intervención, disminuyen sus síntomas de depresión y mejoran su estilo de enfrentamiento para solucionar problemas, lo que genera más alternativas [27].

A pesar de que los familiares no mostraron niveles clínicamente significativos de ansiedad antes de la intervención, sí disminuyeron los síntomas, de manera que después de participar en el taller grupal presentaron menos dificultad para relajarse y menos temor a que pase lo peor. También les fueron de utilidad los ejercicios para tranquilizarse, regular su funcionamiento corporal mediante relajación y cambiar ideas negativas para sustituirlas por otras enfocadas a procurar mejorías en sí mismos y generar opciones para mejorar las situaciones.

Se favoreció su bienestar al sentirse más satisfechos consigo mismos en diferentes ámbitos de su vida, sobre todo en su equilibrio emocional, en su contribución laboral y en la participación familiar, por lo que el trabajo de las sesiones en metas de vida contribuyó en enfocarse al tipo de logros a conseguir y a las conductas útiles para obtenerlos, con lo que se pudo verificar sus alcances y mejorías.

Los familiares actuaron en forma más proactiva mostrando a la persona cercana más conductas de apoyo al expresarle reconocimiento; proponerle, invitarlo y compartir actividades recreativas; ofrecerle apoyo y comentar sobre la influencia de amistades de riesgo. Dichos hallazgos concuerdan con estudios que se han realizado evaluando el nivel de involucramiento de las figuras cercanas de adolescentes con consumo, donde se ha encontrado correlación negativa entre el nivel de participación de familiares y gravedad de los problemas conductuales de los menores; en este sentido, el incremento en las habilidades entrenadas de los participantes en intervención psicosociales predice una mejoría en la interacción de los miembros del grupo [27-28].

En el ambiente familiar, propiciaron cercanía, expresión, independencia en la toma de decisiones, así como organización y trabajo en equipo, con lo que mejoró la manera en que se ponen de acuerdo; por lo que aplicar los ejercicios de comunicación y mejorar el equilibrio de las emociones de enojo y tristeza fueron útiles para promover un ambiente familiar de más cercanía, apoyo, afecto y logros.

Se corroboró que la intervención al familiar propicia un entorno de mayor cercanía, convivencia favorable y enfrentamiento eficaz de diferencias que contribuyen en evitar conflictos entre sus participantes [29]. Las estrategias didácticas interactivas y basadas en el uso de ejercicios de modelamiento resultaron útiles para propiciar su aprendizaje y aplicación en ambientes naturales.

Se sugiere que, como resultado de la pandemia, se utilicen estrategias de telecomunicación referentes a la videoconferencia y se ajusten los ejemplos de impartición de los componentes a la situación de confinamiento, por ejemplo: organizar mejor los espacios; el uso de equipos de cómputo; establecer límites para respetar espacios y resguardar la confidencialidad favoreciendo la confianza y participación grupal; verificar tiempos para propiciar el descanso y respetar hábitos de sueño y horarios de alimentación; propiciar ejercicios de modelamiento y ensayos de los participantes; aprovechar la cercanía para aplicar las estrategias con mayor frecuencia y detectar las dificultades que pudieran tener en su implementación. De esta forma, la telepsicología contribuye a reducir riesgos de salud física, permite la impartición de estrategias de evaluación e intervención basadas en buenas prácticas, tiene ventajas económicas para los participantes y rompe las barreras geográficas [30].

Declaraciones de las autoras

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Referencias

1. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA, Medina-Mora, M.E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M.M., Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez z M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo, C., Alvear Sevilla, C. y Guisa-Cruz, V. México DF, México: INPRFM; 2012. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/encuesta-nacional-de-adicciones-ena-2011>
2. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017; Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA, Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME, Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza- Alvarado, L., Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
3. Barragán L, Flores A., Hernández L, Ramírez C, Ramírez N, Pérez NG. Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con dependencia a sustancias adictivas. Manual del Terapeuta. México: Secretaría de Salud: Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. 3era. Ed. Servicios Editoriales y de Impresión; 2014.
4. Barragán, L, Flores, A., Pérez, N. G., Escobedo, L. Taller para Familiares y Otros Significativos de Usuarios con Problemas de Consumo de Drogas. México: Secretaría de Salud. Servicios Editoriales y de Impresión; 2014.
5. Vaillant G. A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry* 1996; 53: 243-249.
6. Ross EM. Proteins and receptors in neuronal signaling. En *An introduction to molecular neurobiology*. M. A.: Sinauer Associates 1973; 181-206.
7. Coleman DH, Strauss MA. Alcohol Abuse and Family Violence. United States of America: University of New Hampshire; 1979.
8. Stanton D. The role of family and significant others in the engagement and retention of drug-dependent individuals. In Staton, D. and Todd, Th. *The Family therapy of drug abuse and Addiction*. N. York: Guilford Press; 1982.
9. Douglas L, Wattenmaker W, Hampson S. Family resemblance, conceptual cohesiveness, and category construction. *Cognitive Psychology* 1987; 19(2): 242-279.

10. Bekir P, McLellan Th, Childress, Gariti P. Role reversals in families of substance misusers: a trans-generational phenomenon. *Substance use and misuse* 1993; 28(7): 613-630.
11. Volkow N, Fowler J, Gatley J, Logan J, Wang G-J, Ding Y-S, Dewey L. Evaluation of the human brain dopamine system with PET. *J Nucl Med* 1996; 37: 1242-1256.
12. Drummond D. Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction* 2000; 96: 33-46.
13. Kazdin AE. *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. 2ª. Ed. México: El Manual Moderno; 2000.
14. Schweitzer RD, Lawton PA. Drug abusers' perceptions of their parents. *British Journal of Addiction* 1989; 84(3): 309-314.
15. Vuchinich R, Tucker J. Contributions from behavioral theories of choice as a framework to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology* 1988; 97: 181-195.
16. Higgins S, Silverman K. *Motivating behavior change among illicit-drug abusers; Research on contingency management interventions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
17. Robles R, Silverman K, Stitzer ML. Contingency management therapies. In Strain E, Stitzer M, ed. *Methadone treatment for opioid dependence*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1999. p. 196-222.
18. Smith J, Meyers R. The Community Reinforcement Approach. In Hester RK, Miller WR, ed. *Handbook of alcoholism treatment strategies* (2nd. Ed.). Boston: Allyn & Bacon; 1985. p. 251-266.
19. Prochaska J, Di Clemente C. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative modelo f change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982; 19: 276-288.
20. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change* (2. a ed.). New York: Guilford Press; 2002.
21. West R. Time for a change: putting the transtheoretical (stages of change) model to rest. *Addiction* 2005; 100(8): 1036-1039.
22. DeLeon I, Bullock Ch, Catania Ch. Arranging reinforcement contingencies in applied settings: Fundamentals and implications of recent basic and applied research. In Madden GJ ed. *APA Handbook of Behavior Analysis: Vol. 2. Translating Principles Into Practice*; 2013. p. 47-75.
23. Organización de los Estados Americanos. *El problema de drogas en las Américas: Estudios. Drogas y Salud Pública* Washington. In FAC 2006. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf
24. Organización Mundial de la Salud. *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Versión 2.0. In FAC 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071> [23.11.2020].

25. Vázquez JL, Morales S, Pérez MA, López A, Félix V, Roldán D, Rivera M, López F, Palomero C, Barragán L. Currículum Universal de Tratamiento. México: Coordinación de Universidad Abierta y Educación a distancia, UNAM; 2017.
26. Secretaría de Salud. NOM-028-SSA-2009 para el control, tratamiento y prevención de las adicciones. México: Impresora y Encuadernadora Progreso, S.A de C.V. (IEPSA); 2009. Natera G, Medina P, Callejas F, Juárez F, Tiburcio M. Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. *Salud Mental* 2011; 34(3): 195-201.
27. Natera G, Medina-Aguilar P, Callejas-Pérez F, Juárez-García F, Tiburcio-Sainz M. Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. *Salud Mental* 2011; 34(3): 195-201.
28. Negreiros J. Parental participation in preventive substance use family-based interventions: an empirical review. In: FAC 2013. Disponible en: <https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/140096/37065-116829-1-PB.pdf?sequence=1> [26.11.2020].
29. Moos, R. H., Bromet, E., Tsu, V., & Moos, B. Family characteristics and the outcome of treatment for alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol* 1979, 40(1), 78-88. Disponible en: <https://doi.org/10.15288/jsa.1979.40.78>
30. APA. Guidelines for the Practice of Telepsychology. In FAC 2013. Disponible en: <https://www.apa.org/practice/guidelines/telepsychology> [23.11.20].



CAPÍTULO 7

TRATAMIENTO RESIDENCIAL PARA
USUARIOS CON TRASTORNOS POR
CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO

Semblanza de la autora



Mtra. Irais Mariana Reyes Martínez

Maestra en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, con especialidad en Psicología de las Adicciones con enfoque cognitivo-conductual; realizó la residencia en el Centro de Integración Juvenil Iztapalapa Oriente, y en el Centro de Prevención y Atención a las Adicciones "Dr. Héctor Ayala Velázquez". Ha trabajado como asesora del módulo de Procesos Básicos de la Especialización en Promoción de la Salud y Prevención del Comportamiento Adictivo de la UNAM, además de haber sido supervisora del Programa Escolar de Prevención en Oceánica.

Asimismo, participó como ponente en el IV Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología y ha sido docente en el Instituto de Capacitación Penitenciaria en prevención de adicciones. Ha impartido diversos talleres sobre el tema de prevención de adicciones para padres, adolescentes y maestros. Ha laborado como profesora del Diplomado en Adicciones en la Facultad de Estudios Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente es subdirectora de área responsable de la supervisión de los Establecimientos Residenciales en Adicciones en la Comisión Nacional contra las Adicciones.

TRATAMIENTO RESIDENCIAL PARA USUARIOS CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO

*Mtra. Irais Mariana Reyes Martínez
Comisión Nacional contra las Adicciones,
Correo electrónico: irais.reyes@salud.gob.mx*

Resumen

El uso nocivo y la dependencia al alcohol tienen consecuencias adversas para los individuos, la familia y la sociedad en general. El 2.2 por ciento de la población de 12 a 65 años presenta indicadores de dependencia al alcohol [1]. Además, se ha visto que existe relación entre trastornos por consumo de alcohol y otros trastornos mentales, tales como el desorden de personalidad antisocial y el trastorno depresivo mayor [4]. Actualmente, en México existe una red de atención para las adicciones, integrada por centros con modalidad ambulatoria y residencial. El tratamiento residencial se caracteriza por contar con cuidados continuos 24 horas al día y la duración puede ser de 3, 6 o 12 meses o de 3 a 6 semanas. El objetivo es que los usuarios se mantengan en abstinencia y aprendan hábitos saludables incompatibles con el consumo, así como reducir la actividad delictiva [12], y su ingreso es a partir de una evaluación integral para determinar el nivel de atención adecuado [10]. En México se tienen identificados 2,121 centros de tratamiento residencial: 83 por ciento son de ayuda mutua, 14 por ciento son mixtos y 3 por ciento son profesionales. El 97 por ciento son privados y 3 por ciento públicos [14]. De este universo, 14 por ciento

(299) es reconocido por la Comisión Nacional contra las Adicciones [15] y 19 de ellos tienen protocolos para la desintoxicación por consumo de sustancias. Actualmente existe el reto de identificar los servicios de diagnóstico y tratamiento de la patología dual en dichos centros. Asimismo, es de suma importancia integrar la atención de otros trastornos mentales a los servicios de tratamiento residencial, además de favorecer la accesibilidad a los medicamentos para el tratamiento de trastornos por alcohol e incrementar la integración de especialistas en adicciones, así como el fortalecimiento del presupuesto para la supervisión y para la evaluación de los programas a largo plazo.

Palabras clave: tratamiento, sustancias, residencial, dependencia, alcohol.

Antecedentes epidemiológicos

En México, se ha observado que el uso nocivo y la dependencia al alcohol están relacionados con consecuencias adversas para los individuos, así como para la familia y la sociedad en general.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas 2016-2017 [1], 66.3 por ciento (56 493 741 personas) de la población de 12 a 65 años es abstemia o limita su consumo a menos de 4 o 5 copas por ocasión; 54.3 por ciento (22 362 877) de los hombres y 77.4 por ciento de las mujeres (34 130 864) presentan esta misma característica.

Por su parte, 27.6 por ciento presenta consumo excesivo de alcohol, lo que da un total de 23 501 196 personas, de las cuales 14 587 820 son varones (35.4 por ciento) y 8 913 376, mujeres (20.2 por ciento). Además, 4 por ciento de la población abusa del alcohol (3 382 520 personas): 2 600 933 hombres (6.3 por ciento) y 781 587, mujeres (1.8 por ciento).

Finalmente, 2.2 por ciento presenta un nivel de dependencia al alcohol (1 884 601), de los cuales 1 616 987 son hombres (3.9 por ciento) y 267 615, mujeres (0.6 por ciento). Por su parte, considerando al grupo de 18 a 65 años, 2.5 por ciento, es decir, 1 769 064 personas (1 551 620 hombres y 217 444 mujeres) presenta dicho nivel de consumo, lo cual representa 4.6 por ciento y 0.6 por ciento, respectivamente [1].

Tomando en consideración la información anterior y respecto a las necesidades de atención, el grupo susceptible de beneficiarse de los servicios de los centros de tratamiento residenciales especializados en adicciones es el integrado por las personas del último grupo, es decir, aquellos que presentan dependencia al alcohol.

De manera adicional, es importante señalar que los hombres son los que presentan las cifras más elevadas respecto a la dependencia (3.9 por ciento) [1], lo que nos permite identificar que las personas que más solicitan tratamiento son del sexo masculino [2].

Por otro lado, en el último informe publicado por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [2], se observa que la droga de impacto por la que los usuarios asistieron a centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales fue el alcohol (33 por ciento), seguida por los estimulantes de tipo anfetamínico (15.2 por ciento), esto en el periodo de 1994 a 2016.

Con base en lo anterior, es evidente que los usuarios de alcohol representan un grupo importante al considerar las necesidades de atención en nuestro país. Aunado a ello, se reconoce que dichas necesidades son complejas, particularmente si se toma en cuenta la coexistencia de padecimientos, es decir, la comorbilidad psiquiátrica de los usuarios al interior de los establecimientos.

Consumo de alcohol y comorbilidad

En un estudio realizado a través de encuestas en hogares de la Ciudad de México, con una muestra de 1,734 personas entre 18 y 54 años, se observó que, en su mayoría, el trastorno psiquiátrico precedió al consumo de sustancias, en específico los trastornos de ansiedad, que se presentaron con mayor frecuencia de manera previa al abuso y la dependencia de sustancias en comparación con los trastornos afectivos [3].

De manera adicional, en otro estudio realizado con 601 hombres y mujeres en Centros de Ayuda Mutua en cuatro estados de la República mexicana (Ciudad de México, Estado de México, Hidalgo y Puebla), se observó que, del total de la muestra de participantes, 62.6 por ciento presentó un trastorno psiquiátrico. Además, los usuarios con trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias de manera simultánea presentaron más trastornos co-ocurrentes que las personas que únicamente presentaban trastorno por uso de alcohol. Asimismo, de 160 personas con trastorno por uso de

alcohol, 23.8 por ciento presentaron desorden de personalidad antisocial, 22.5 por ciento trastorno depresivo mayor y el 4.4 por ciento distimia [4].

Lo anterior ha generado demanda para la atención de problemas de abuso de sustancias y trastornos concomitantes. En virtud de ello, se ha conformado, a través de los años, una red de atención para las adicciones, la cual se describirá brevemente a continuación.

Red de atención para el tratamiento de personas con dependencia al alcohol

En México existe una disponibilidad de servicios para la atención de personas con consumo nocivo y dependencia al alcohol. Entre ellos se encuentran los de modalidad ambulatoria y residencial, tanto del sector público como privado. En el sector público, a cargo de la Secretaría de Salud, se encuentran las 334 Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones [5], las 105 unidades ambulatorias y 11 unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil [6]. También existen servicios públicos de atención coordinados por las secretarías de Salud estatales y supervisados por las comisiones estatales contra las adicciones.

Con relación al sector privado, éste cuenta con servicios de tratamiento residencial, muchos de ellos creados por asociaciones civiles que se han dado a la tarea de proporcionar opciones de atención ante la problemática existente. Éstos se deben apegar a lo dispuesto en la NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Actualmente hay 299 establecimientos residenciales de atención a las adicciones reconocidos por la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic) [7].

A pesar de contar con estos servicios para la atención, algunos estudios realizados por Marín y Medina-Mora, en 2014 [8], refirieron que tan sólo el 1 por ciento de las personas con algún trastorno psiquiátrico o trastorno por consumo de sustancias buscaron atención en el mismo año de inicio del padecimiento; mientras que la mayoría de los que llegan a tratamiento especializado por dependencia suelen tardar entre 10 y 30 años. Adicionalmente, en nuestro país prevalece la tendencia a retrasar la búsqueda de atención especializada, debido a la negación del problema relacionado al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se implementan alternativas como la automedicación, estrategias religiosas (jurar) o bien apelar al autocontrol; esto facilita el aumento de la progresión y severidad del padecimiento [9].

De acuerdo con la American Society of Adicction Medicine (ASAM) [10], el tratamiento debe estar ajustado a las necesidades de los usuarios en función de la evaluación de seis dimensiones, las cuales son: 1) intoxicación o síndrome de abstinencia; 2) condiciones y complicaciones médicas; 3) condiciones emocionales, cognitivas y de conducta; 4) el nivel de motivación al cambio; 5) historia de recaídas; 6) medio ambiente y condiciones sociales para la recuperación. A partir de la evaluación de estas dimensiones, se ubica al usuario en un nivel de atención. Estos niveles, propuestos por la ASAM, son: consulta externa (ambulatoria), consulta externa intensiva (centros de día), residencial con monitoreo médico (30 a 90 días, 6 a 12 meses), y residencial sin monitoreo médico de corta y larga estancia (30 a 90 días, 6 a 12 meses) [10]. A continuación, se describirán con más detalle las características y los componentes del tratamiento residencial.

Tratamiento residencial

La definición de tratamiento, de acuerdo al Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA, por sus siglas en inglés), es: el conjunto de acciones que tienen por objetivo conseguir la abstinencia o, en su caso, la reducción del consumo de las 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 del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia [11]. Esta misma institución ofrece un modelo que integra los componentes que un tratamiento para el abuso de drogas debe ofrecer, los cuales son: servicios para la familia, para el cuidado de los niños, vocacionales, atención de la salud mental, servicios médicos, educativos, atención del VIH/SIDA, servicios legales, financieros, de vivienda y transporte [11]. Sin embargo, en la infraestructura de atención en Mexico, en específico los centros de tratamiento residenciales, no se ofertan todos estos componentes.

El tratamiento residencial se caracteriza, particularmente, por brindar cuidados las 24 horas del día, durante 6 o 12 meses (largo plazo) o de 3 a 6 semanas (corto plazo); puede aplicar una variedad de procesos terapéuticos y habitualmente se enfoca en lograr que los usuarios adopten un estilo de vida saludable y en abstinencia, y que

reduzcan la actividad delictiva después del tratamiento [12]. Cabe señalar que, en estos centros, los pacientes suelen ser atendidos por profesionales de la salud o personas rehabilitadas.

Este tipo de tratamiento es adecuado para aquellos que tienen dificultades para mantenerse en abstinencia en su ambiente y que requieren un tratamiento intensivo en virtud de los resultados identificados a través de una evaluación. Lo anterior, a fin de facilitar la transición hacia el proceso de recuperación, con la adquisición y el aprendizaje de habilidades para afrontar los factores de riesgo asociados al consumo, prevenir recaídas y mejorar las diferentes áreas de la vida, por ejemplo: en lo personal, al optimizar en la salud física y psicológica; en lo social, al favorecer la comunicación de las relaciones interpersonales; y en lo laboral, al regresar a trabajar.

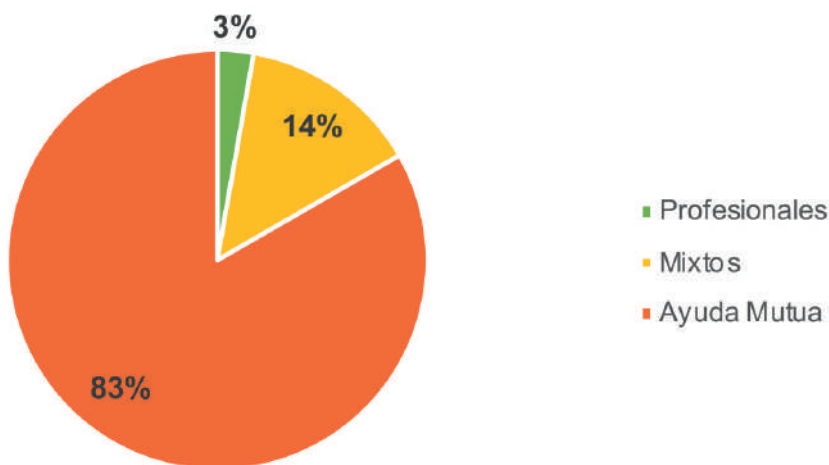
Es fundamental que cada programa de tratamiento en modalidad residencial cuente con políticas de admisión y exclusión por escrito, para asegurar que el ingreso sea voluntario y se cuente con el consentimiento informado firmado por los usuarios, en el cual se notifique acerca del tratamiento, objetivos, estrategias, metodología implementada, reglas, obligaciones, derechos, detalles de confidencialidad, no discriminación, privacidad, papel del personal, filosofía aplicada y reglas de convivencia entre los residentes, personal y visitantes; así como costos, tiempo de permanencia y consideraciones para el egreso [13].

En México, el tratamiento residencial para la atención de las adicciones se ofrece en su mayoría por asociaciones civiles, sin embargo, también existen centros gubernamentales públicos. De acuerdo a la NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, estos centros se clasifican de acuerdo a tres modelos de atención: profesional, mixto y ayuda mutua. El modelo profesional es el servicio de atención brindado por profesionales de la salud, puede ser a través de consulta externa, consulta de urgencias (servicio de urgencias) y hospitalización; el modelo mixto es el ofrecido por ayuda mutua y profesional; y el modelo de ayuda mutua es el servicio que se ofrece en las agrupaciones de personas rehabilitadas o en recuperación, donde se utilizan los programas de ayuda mutua [13].

De acuerdo con datos del Sistema del Directorio Nacional de Establecimientos Especializados en Adicciones [14] de la Conadic, se cuenta con un censo de 2,121 centros de tratamiento residenciales, de los cuales, 83 por ciento son de ayuda mutua,

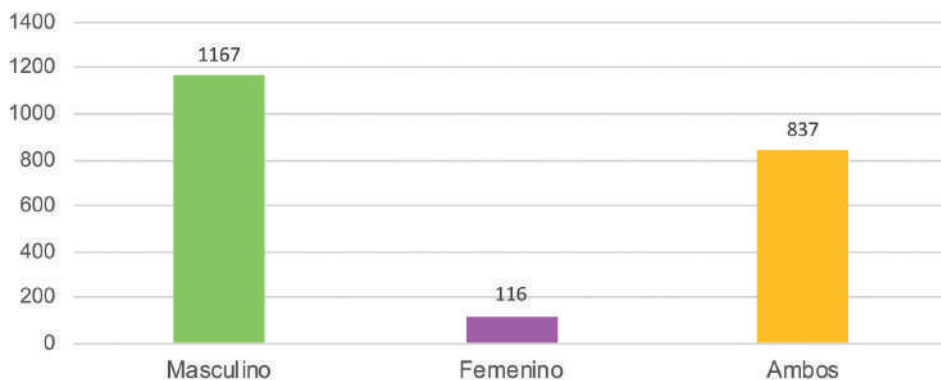
14 por ciento son mixtos y 3 por ciento son profesionales (Figura 1). Por tipo de sector, 97 por ciento (2,063) son del privado y 3 por ciento (58) del público.

Figura 1. Distribución de establecimientos residenciales censados en México por modelos de atención



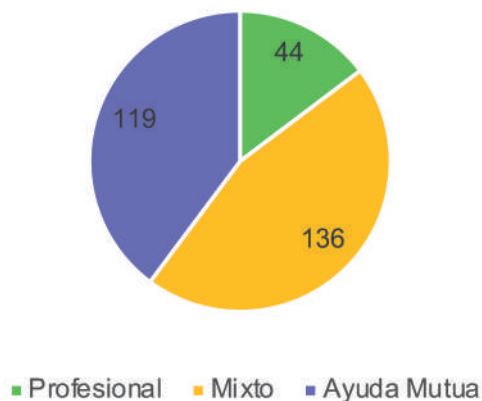
Asimismo, y con relación a la población que atienden por sexo, se observa que la mayoría de los establecimientos ofertan sus servicios a la población masculina, ya que, de los 2121 censados, 1167 (55 por ciento) atienden sólo a hombres, y 116 (5 por ciento) son exclusivamente para mujeres, mientras que los que atienden ambos sexos son 837 (40 por ciento) (Figura 2).

Figura 2. Distribución de establecimientos residenciales censados en México por población atendida de acuerdo al sexo



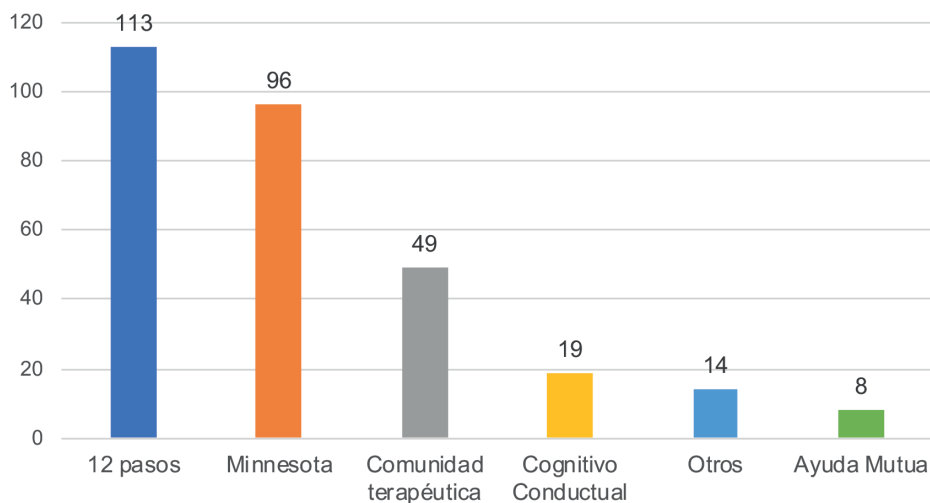
De este universo de centros, 299 están reconocidos por la Conadic [7], es decir, 14 por ciento; de los cuales, 44 centros son profesionales, 119 de ayuda mutua y 136 mixtos. A diferencia de los establecimientos censados, los reconocidos cuentan con un mayor número de centros con modelo de atención mixto (Figura 3).

Figura 3. Distribución de establecimientos residenciales reconocidos por modelos de atención



Por otro lado, todos los centros reconocidos ofertan en sus servicios la atención a personas con dependencia al consumo de alcohol, sin embargo, no todos cuentan con servicios profesionales para la atención de la intoxicación. Se tienen identificados 19 centros que proporcionan el servicio de desintoxicación (16 profesionales y 3 mixtos) [7]. Además, las principales estrategias terapéuticas que se implementan en los establecimientos residenciales reconocidos son: 12 Pasos, Minnesota, comunidad terapéutica y cognitivo conductual [7] (Figura 4).

Figura 4. Números de establecimientos residenciales reconocidos por modelos de tratamiento



Es importante señalar que la Conadic cuenta con lineamientos para el reconocimiento y ratificación de establecimientos residenciales [15], los cuales tienen como objetivo que el personal de los centros fortalezca la atención brindada, se apegue a la normatividad vigente y respete los derechos humanos de los usuarios, lo que brinda a la población una oferta de servicios de calidad. Igualmente, se cuenta con un procedimiento para la supervisión, el cual se describe en la *Guía para la supervisión*

de Establecimientos Especializados en el Tratamiento de las Adicciones en modalidad Residencial, 2020 [16], en la que se integran las cédulas para la evaluación de los centros según su modelo de atención. Sin embargo, en éstas no se incluye un área para identificar si los centros ofrecen diagnóstico y tratamiento de la patología dual. En este sentido, es importante fortalecer los instrumentos de recolección de datos con el fin de identificar aquellos establecimientos que cuentan con dichos servicios.

De acuerdo a Marín-Navarrete (2015), existen obstáculos que los usuarios enfrentan al no encontrar programas de tratamiento que integren la atención psiquiátrica y la adicción al mismo tiempo, ya que reciben tratamientos en diferentes instituciones, lo que disminuye su efectividad, incrementa los costos y es menos accesible [17]. Además de mejorar la información acerca de los servicios residenciales, otros factores que se requieren atender son las prácticas de rehabilitación que se proporcionan en los centros de ayuda mutua (anexos), porque, en su mayoría, no cuentan con un programa de tratamiento sustentado en evidencia científica, existen ingresos involuntarios sin protocolos para salvaguardar la vida de los individuos, y la de desintoxicación se resume en proporcionar vitaminas y bebidas hidratantes, además de que no se apegan a lo establecido en la NOM-028-SSA-2009 y en la normatividad aplicable [18].

Discusión

De acuerdo a lo revisado anteriormente, es importante fortalecer y ampliar la cobertura de los servicios de tratamiento residencial en los que se atiende el uso nocivo y la dependencia al alcohol, con un enfoque integral que ofrezca desde servicios de urgencias por intoxicación hasta acciones que integren al individuo a la sociedad, ya que a nivel nacional se cuenta con escasa infraestructura pública que ofrezca estos servicios [7]. Otro punto a considerar es que la oferta más amplia que existe actualmente se compone principalmente por centros de tratamiento operados por asociaciones civiles que, en su mayoría (el 86 por ciento de los establecimientos censados), no cumplen con la normatividad vigente [7] y presentan prácticas violatorias a los derechos humanos, además de no contar con protocolos adecuados para atender la intoxicación [18]. Asimismo, es de suma importancia que se integre a los servicios

de tratamiento residencial la atención de otros trastornos mentales, ya que, como lo han mostrado algunos estudios, existe una estrecha relación entre el trastorno por consumo de sustancias y los trastornos de ansiedad y afectivos [3]. Otro punto a considerar es la falta de accesibilidad a medicamentos para el tratamiento farmacológico en estos centros [11, 7] y la insuficiencia de especialistas en adicciones [18], así como la disminución del presupuesto para la supervisión y la falta de evaluación de los programas a largo plazo [4]. Sin embargo, a pesar de estas áreas de mejora identificadas, se han propuesto acciones desde la política pública actual para la integración de los servicios y el fortalecimiento de la atención de la salud mental, además de seguir fortaleciendo los procesos de supervisión de los servicios con la finalidad de mejorar la calidad para la población que asiste a ellos [19].

Declaraciones de la autora

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Referencias

1. Villatoro-Velázquez, JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud; 2017.
2. Secretaría de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones. Informe SISVEA 2016. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2016. https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2016.pdf
3. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: panorama epidemiológico. *Salud Mental*. 2005;25(2):9-15.
4. Marín-Navarrete R, Medina-Mora ME, Horigian VE, Salloum IM, Villalobos-Gallegos L, Fernández-Mondragón J. Co-Occurring Disorders: A Challenge for Mexican Community-Based Residential Care Facilities for Substance Use. *J Dual Diagn*. 2016 Jul-Dec;12(3-4):261-270. doi: 10.1080/15504263.2016.1220207. Epub 2016 Aug 5. PMID: 27494051; PMCID: PMC6929207.
5. Secretaría de Salud-Conadic. Directorio de Unidades de Especialización Médica - Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME CAPA) [Internet]. Datos abiertos; 2018 [consultado

- 23 nov 2020]. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/directorio-de-unidades-de-especializacion-medica--centros-de-atencion-primaria-en-adicciones-un>
6. Secretaría de Salud-Centros de Integración Juvenil. Directorio de centros de integración juvenil en la República Mexicana [Internet]. Red de Atención; 2020 [19 de nov de 2020]. Disponible en <http://www.cij.gob.mx/redatencion/RedatencionI.html>
 7. Secretaría de Salud-Conadic. Directorio Nacional de Establecimientos Residenciales de atención a las Adicciones [Internet]. Documentos. 2018 [20 de nov de 20]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/conadic-cuenta-con-un-directorio-nacional-de-establecimientos-residenciales-de-atencion-a-las-adicciones-reconocidos>
 8. Marín-Navarrete R, Medina-Mora ME, Tena-Suck, A. Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. TSOP: Orientación psicológica y adicciones. 2014; VIII: 1-7.
 9. Berenzon S, Medina-Mora ME, Lara, MA. Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. Salud Mental. 2003; 26(5): 61-72.
 10. American Society of Addiction Medicine. About the ASAM Criteria [Internet]. ASAM Criteria [consultado 20 nov 2020]. Disponible en: <https://www.asam.org/quality-practice/guidelines-and-consensus-documents/the-asam-criteria/about>
 11. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA]. Qué preguntar al buscar tratamiento para la drogadicción [Internet]. NIH. 2013; 13-7764 [consultado 18 nov 2020]. Disponible en: https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/seekingtreatment_sp.pdf
 12. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA]. Enfoques de tratamiento para la drogadicción-DrugFacts [Internet]. National Institute on Drug Abuse website; junio 2020 [consultado 24 nov 2020]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion>
 13. Secretaría de Salud-Conadic. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones [Internet]. 15 de septiembre de 2000 [consultado 19 nov 2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>
 14. Secretaría de Salud-Conadic (2020). Directorio Nacional de Establecimientos Residenciales Reconocidos por la Conadic. Aguascalientes-México [Internet]. CONADIC; 10 de noviembre de 2020. [Consultado 17 nov 2020]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/592675/Directorio_Ags-Mex_V_4.2_2020.pdf
 15. Secretaría de Salud-CONADIC. Lineamientos para el Reconocimiento y Ratificación de Establecimientos Residenciales de Tratamiento de las Adicciones 2019-2020 [Internet]. [Consultado 17 nov 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/lineamientos-para-el-reconocimiento-y-ratificacion-de-establecimientos-residenciales-de-tratamiento-de-adicciones-2019-2020>

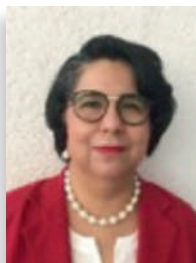
16. Secretaría de Salud-Conadic. Guía técnica de Apoyo para Establecimientos Residenciales de tratamiento de adicciones [Internet]. 3 de junio de 2019 [consultado 19 nov 2020]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/guia-tecnica-de-apoyo-para-establecimientos-residenciales-de-tratamiento-de-adicciones>
17. Marín-Navarrete R, Medina-Mora ME. Comorbilidades en los trastornos por consumo de sustancias: un desafío para los servicios de salud en México. En: Medina-Mora ME, editor. La depresión y otros trastornos psiquiátricos. México: Academia Nacional de Medicina de México A. C; 2015. p. 39-58.
18. Marín-Navarrete R, Eliosa-Hernández A, Lozano-Verduzco I, Fernández-De la Fuente C, Turnbull B, Tena-Suck A. Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. Salud Mental. 2013; 36:393-402.
19. Secretaría de Salud. Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 [Internet]. Diario Oficial de la Federación; 2020 [consultado 16 nov 2020]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020



CAPÍTULO 8

GRUPOS DE
AYUDA MUTUA

Semblanza de la autora



Dra. Sara Infante Murillo

Médica cirujana, especialista en Psiquiatría y maestra en Ciencias por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Concluyó la Especialidad en Tratamiento de las Adicciones por Centros de Integración Juvenil, A.C. Diplomada en Adicciones por la Universidad Autónoma Metropolitana. Asistente al taller de Práctica en Adicciones en el Instituto Albert Ellis, Nueva York.

Psiquiatra del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (actualmente Centro de Salud Mental y Adicciones en la Comunidad), del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (2000-2007). Coordinadora de proyecto y ayudante de investigación en el Centro para las Adicciones y Salud Mental en Toronto, Canadá (2008-2009). Jefa del Centro de Salud Mental y Adicciones en la Comunidad (2013-2020). Psiquiatra de este centro desde abril de 2020.

Conferencista en distintos foros académicos y participante en programas de televisión sobre salud mental, alcoholismo y el impacto que causa en la familia. Recertificada por el Consejo Mexicano de Psiquiatría y miembro activo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Es custodia Clase A de la Junta de Servicios Generales de la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos, A.C.

GRUPOS DE AYUDA MUTUA

Dra. Sara Infante Murillo

Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.

Correo electrónico: sara-infante@aamexico.org.mx

Resumen

Alcohólicos Anónimos (AA) es un exponente a nivel mundial de grupos de ayuda mutua, surgió en Estados Unidos en 1935 y actualmente cuenta con presencia en más de 180 países y con una membresía mundial de aproximadamente dos millones de personas. En México existen alrededor de 14 mil grupos y 110 mil miembros. El único requisito para pertenecer a un grupo de AA es el deseo de dejar de beber y el objetivo primordial es mantener su sobriedad y ayudar a quien aún no lo ha logrado, por medio del programa de los Doce Pasos. AA no tiene un carácter profesional, pero colabora con profesionales de la salud y es un complemento al tratamiento proporcionado.

El programa tiene un componente espiritual importante, así como cambios individuales para la modificación de conductas o actitudes negativas. El grupo se convierte en una red de apoyo dentro de los lineamientos del programa mismo; además de acudir a las juntas de hora y media, los miembros de AA tienen actividades de servicio, tanto al interior de la misma comunidad de AA como al exterior (con la comunidad profesional o en información pública, por ejemplo). Uno de los pasos más importantes del programa es el de "llevar el mensaje" a quien aún no ha dejado de beber. AA tiene alcance nacional y anualmente se realizan campañas dirigidas al público en general, jóvenes u otros sectores.

Palabras clave: ayuda mutua, alcoholismo, Alcohólicos Anónimos.

Introducción

El alcoholismo o la dependencia del alcohol es un problema que no sólo afecta la salud mental y física de una persona sino también a su familia, impacta en su entorno laboral, escolar e inclusive en el social. Es un problema que tiene múltiples aristas y por tal motivo el abordaje profesional debe ser multidisciplinario, por ello otra opción que complementa a los tratamientos profesionales es la de los grupos de ayuda mutua.

La ayuda mutua y la autoayuda son conceptos distintos, la diferencia radica en la interacción de pares, aplicable en el primero. Los grupos de ayuda mutua implican organizaciones estructuradas, de tipo voluntario, con propósitos específicos, que se logran a través de cambios personales o del ámbito social con énfasis en las "interacciones sociales cara a cara" [1].

Actualmente, el programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos (AA) existe en más de 180 países y su literatura se ha traducido a múltiples idiomas. Implica lograr la sobriedad y ayudar a otros a alcanzarla para recuperarse del alcoholismo, que va más allá de dejar de beber. Conlleva un cambio interno individual, así como el seguimiento de una serie de "pasos" e integración a una red de apoyo social en reuniones y actividades grupales [2].

Este programa tiene un componente espiritual importante, por lo que se hace énfasis en la oración, la meditación y la creencia en un Poder Superior, como cada quien lo conciba [3]. El no practicar los Doce Pasos o espaciar su ejercicio podría deberse a una baja espiritualidad, lo que puede derivar en recaídas [4].

El objetivo de este documento es proporcionar una breve semblanza de lo que es Alcohólicos Anónimos, su programa, organización y colaboración (sin afiliación) con otras instituciones.

Surgimiento de Alcohólicos Anónimos en Estados Unidos

Los cofundadores de Alcohólicos Anónimos fueron William Griffith Wilson (Bill W.), un corredor de bolsa de Nueva York, y el doctor Robert Holbrook Smith (Dr. Bob), un cirujano de Akron, Ohio. Cuando ambos se reunieron por primera vez, Bill W. ya había logrado dejar de beber (luego de múltiples intentos a lo largo de varios años), pero el Dr. Bob, no [5, 6, 8].

Bill W. se había percatado de que sus “deseos de beber disminuían cuando trataba de ayudar a otros alcohólicos a permanecer sobrios” [7; p. 168]. Luego de la reunión con Bill W., el Dr. Bob dejó de beber el 10 de junio de 1935, por tal motivo se considera esa fecha la fundación de Alcohólicos Anónimos en Akron, Ohio. Bill W. escribió el libro homónimo (donde se describen los Doce Pasos) en 1939 y de ahí se acuñó la denominación de esta organización [8]. A partir de entonces, de manera paulatina comenzó el crecimiento de los grupos en los Estados Unidos y posteriormente en otros países. “El éxito de este resultado se basa en la idea de que un alcohólico puede ayudar a otro alcohólico a través de un puente de comprensión” [8].

Llegada de Alcohólicos Anónimos a México

A principios de la década de los años cuarenta, hubo esfuerzos aislados por varios pioneros que intentaron abrir grupos de AA en la Ciudad de México, Monterrey, Culiacán, Guadalajara y Mérida [7, 9]. No fue fácil, prácticamente no existía literatura de AA en español; además, “las peculiaridades históricas de la sociedad mexicana en aquellos años no eran precisamente las más adecuadas para aceptar el surgimiento de un extraño movimiento, sospechosamente gringo y seguramente protestante, llamado Alcoholics Anonymous. La gente desconfía de lo que no comprende o desconoce” [9; p. 3]. La primera junta pública se llevó a cabo en el Teatro del Pueblo (adyacente al Mercado Abelardo L. Rodríguez, en la calle República de Venezuela) en el Centro Histórico de la Ciudad de México, el 18 de septiembre de 1946, por Ricardo P., cónsul honorario de México en Cleveland, Ohio, evento reseñado por el periódico “El Universal”. Fue Ricardo P., junto con su esposa, quienes hicieron una de las primeras traducciones al español del libro *Alcohólicos Anónimos* [9]. El primer grupo formal de AA en nuestro país fue el Mexico City Group, fundado en 1946, y 10 años después surgió el primer grupo institucional, el grupo Hospital Central Militar [7].

Inicialmente, la expansión a otros estados de la República fue lenta, pero posteriormente el crecimiento fue notorio [10]. Para 1970 se creó la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C., asociación civil sin fines de lucro, representante de los grupos de AA en nuestro país, única reconocida por Alcoholics Anonymous World Services Inc., de Nueva York, y que además tiene la autorización para la publicación y distribución de la literatura oficial de AA en México [10].

¿Qué es Alcohólicos Anónimos?

“Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo” [11; p. 5].

¿Cuál es el objetivo primordial?

“Mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad” [11; p. 5].

El programa de los Doce Pasos

A través de este programa, la persona reconoce que no puede controlar su manera de beber y deposita en un “Poder Superior” (como se conciba) su cuidado y voluntad. Reconoce que ha ofendido y causado daños a terceros y está dispuesta a hacer las reparaciones que correspondan. Se tiene un componente espiritual, pues por medio de la oración y la meditación se busca mejorar su contacto con Dios para cumplir con su voluntad. A continuación, se transcriben los Doce Pasos:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos a creer que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer Su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos. [12; p. 15].

Las Doce Tradiciones

Los lineamientos generales del funcionamiento de los grupos se mencionan en las Doce Tradiciones, entre ellos se encuentran: que sus líderes son servidores y no gobiernan, la autonomía, el objetivo primordial (llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo), el automantenimiento (contribuciones de las y los miembros), que los grupos no tienen un carácter profesional, evitar controversias y polémicas, y mantener el anonimato ante los medios. Las Doce Tradiciones son:

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de AA.
2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso, tal como se expresa en la consciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.
3. El único requisito para ser miembro de AA es querer dejar de beber.
4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos de AA o a AA considerado como un todo.
5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. Un grupo de AA nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de AA a

- ninguna entidad allegada o empresa ajena para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7. Todo grupo de AA debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
 8. AA nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
 9. AA como tal nunca debe ser organizada, pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos que sirven.
 10. AA no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades, por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
 11. Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
 12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades [13; p.11-13].

¿Qué es lo que AA no hace?

1. No da a los alcohólicos la motivación inicial para recuperarse.
2. No trata de persuadir a los alcohólicos para que se hagan miembros.
3. No patrocina ni participa en investigaciones.
4. No guarda registros de asistencia ni historiales.
5. No está afiliada a "consejos" ni a agencias sociales.
6. No vigila ni trata de controlar a sus miembros.
7. No hace pronósticos ni diagnósticos médicos ni psicológicos.
8. No provee servicios de desintoxicación ni de enfermería, hospitalización, medicinas o cualquier tratamiento médico o psicológico.
9. No ofrece servicios religiosos ni organiza ni patrocina retiros.
10. No participa en la educación acerca del alcohol.
11. No proporciona servicios de vivienda, alimentación, ropa, dinero, trabajo, ni demás servicios de asistencia social.
12. No ofrece servicios de consulta doméstica ni profesional.

- 13.No acepta dinero por sus servicios, ni contribuciones de fuentes no AA.
- 14.No suministra cartas de recomendación a las juntas de libertad condicional, abogados, funcionarios de tribunales [12; p. 17].

Organización de los grupos de Alcohólicos Anónimos en México

Existen dos territorios: Norte y Sur; seis regiones: Norte Poniente (Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Sinaloa y parte de Durango), Norte Oriente (Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, parte de Durango, Zacatecas, San Luis Potosí y Aguascalientes), Centro Poniente (Nayarit, Jalisco, Colima, Guanajuato y Michoacán), Centro Oriente (Querétaro, Hidalgo, Estado de México, Tlaxcala y norte de Veracruz), Sur Poniente (Guerrero, Morelos, Puebla, Oaxaca y centro de Veracruz) y Sur Oriente (sur de Veracruz, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo)[16; p.133]. En ellas se distribuyen las 83 áreas que a su vez están integradas por distritos y cada uno de éstos por varios grupos. Al analizar la información recabada por la Oficina de Servicios Generales en 2020 [17], el número de miembros es el siguiente (considerándolos por regiones y en orden descendente): Centro Poniente (n = 25, 800); Sur Poniente (n = 22, 712); Sur Oriente (n = 20, 510); Centro Oriente (n = 16, 732); Norte Poniente (n = 14, 294) y Norte Oriente (n = 10,596). El número total de miembros es de 110 mil 644, distribuidos en 14 mil 9 grupos [17].

Los miembros de Alcohólicos Anónimos (AA) sesionan en juntas de 90 minutos con reuniones diarias. Cabe mencionar, como información complementaria, que para aquellos miembros de AA que no pueden acudir a las juntas por distintos motivos (residencia en lugares distantes, por la inexistencia de grupos AA donde viven, porque el idioma de la comunidad es diferente al español, enfermedad, trabajo, como marinos que se embarcan y permanecen mucho tiempo en altamar, o trabajadores en plataformas petroleras), la Oficina de Servicios Generales tiene el servicio denominado Reunión de Internacionales y Solitarios (RIS), para establecer comunicación escrita por medio de cartas o del Boletín RIS [14] con un "padrino o madrina" (definidos como "un individuo, que ha hecho algún progreso en su recuperación... que comparte con otro que acaba de comenzar su viaje")[15].

Aunque la esencia de Alcohólicos Anónimos es lograr y mantener la sobriedad por medio del programa de los Doce Pasos, una parte muy importante es el servicio. "En su grupo base, los AA asumen las responsabilidades de servicio y aprenden a cultivar

amistades. El grupo base ofrece al miembro individual el privilegio de votar sobre asuntos que afectan a la comunidad en su totalidad; es la base misma de la estructura de servicio... El servicio de grupo (desde el cafetero hasta el secretario, el tesorero o el coordinador, etcétera) suele ser el medio por el que los miembros conocen la alegría y el progreso que se puede obtener del servicio de A.A." [16; p.57-58]. Dentro de un grupo de Alcohólicos Anónimos existen diferentes funciones, como secretario, tesorero, coordinador, representante de comités como centros de tratamiento, cooperación con la comunidad profesional, información pública, instituciones correccionales, entre otros, así como un representante de servicios generales (RSG). Los niveles siguientes de servicio se ubicarían en los distritos, las áreas y la conferencia de servicios generales. Dicha conferencia se realiza una vez al año y "proporciona un vínculo entre los grupos de todo el territorio mexicano y los custodios que sirven como guardianes de las Tradiciones de AA, así como intérpretes de las políticas que afectan a la comunidad en su totalidad" [6; p. 6].

Junta de Servicios Generales

Los miembros de Alcohólicos Anónimos pueden llegar a ser representantes regionales o de los dos territorios, así como integrantes de la Junta de Servicios Generales, también conocida como Junta de Custodios. Dicha junta se compone por "18 hombres y mujeres, 12 alcohólicos (clase B) y seis no-alcohólicos (clase A), que aportan diferentes talentos y experiencia a sus responsabilidades de servicio. Siempre se procura mantener un equilibrio en la junta entre los custodios que son elegidos principalmente para aportar su experiencia en la estructura de AA regional y custodios seleccionados por su experiencia de negocios o profesional" [16; p.119]. Cabe mencionar que los custodios clase B son miembros alcohólicos recuperados. Entre las funciones de los custodios están las siguientes: 1) servir como custodios de las dos corporaciones afiliadas (Junta Directiva de la Oficina de Servicios Generales y Junta Directiva de la Oficina Plenitud AA) para asegurar que la comunicación entre estas corporaciones, la Oficina de Servicios Generales y la Junta de Servicios Generales sea la mejor posible; 2) supervisar y ajustar una política de relaciones públicas sólida y de amplio alcance, que incluye a todos los que puedan ayudar a sensibilizar sobre la existencia de la comunidad

a quienes puedan beneficiarse de ella; 3) mantener comunicación y relaciones con las estructuras de servicios generales de todas partes del mundo, al ofrecer apoyo que contribuya a asegurar el desarrollo y el bienestar de la comunidad a nivel mundial; 4) actuar como guardianes de los pasos, tradiciones y conceptos de AA, entre otras [16; p.118-119].

Revista *Plenitud AA* y Boletines de la Oficina de Servicios Generales

En el portal web de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. (www.aamexico.org.mx) se muestra información sobre los medios de comunicación que tiene AA con sus miembros (Revista *Plenitud AA* y Boletines de la Oficina de Servicios Generales), la comunidad profesional y la prensa [18].

Plenitud AA es la revista nacional de Alcohólicos Anónimos, escrita, editada, ilustrada y leída por miembros de Alcohólicos Anónimos y otros interesados en el programa de recuperación de AA, especialmente los que forman parte de la comunidad profesional. *Plenitud AA* es un eslabón entre Alcohólicos Anónimos y el alcohólico que está sufriendo [19].

La Oficina de Servicios Generales publica tres boletines:

- *Apartado 29-70*: es un instrumento informativo de noticias, acontecimientos, historias y demás asuntos relacionados con el servicio en AA [20].
- *Desde Adentro*: es un medio impreso que busca ser una junta escrita para las personas privadas de su libertad que se encuentran en centros penitenciarios y correccionales del país [20].
- *Ganar Aliados*: es un recurso impreso y digital que informa y sensibiliza a las comunidades profesionales sobre la alternativa de recuperación del programa de Alcohólicos Anónimos para la enfermedad del alcoholismo y busca la colaboración mutua [20].

Colaboración institucional

De acuerdo con el dossier de prensa, la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. colabora sin afiliarse con más de 30 instituciones públicas

a nivel nacional, con algunas de ellas se tienen firmados convenios de colaboración, como es el caso de la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic); el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y Centros de Integración Juvenil (CIJ), por mencionar algunas [21].

Por esta colaboración, existen grupos de AA en hospitales, clínicas (grupos institucionales que cumplen con los lineamientos de las instituciones) y en centros penitenciarios. Se realizan anualmente jornadas informativas a nivel nacional, como la Semana Nacional Compartiendo Esfuerzos, que este año se enfocó en el alcoholismo en las mujeres y cuya edición fue la número 25; la Semana Nacional de Información en la Radio; Semana Nacional de Alcohólicos Anónimos para los Jóvenes y Semana Nacional del Enfermo Alcohólico Encamado.

Conclusiones

1. El programa que ofrece Alcohólicos Anónimos es un excelente complemento al tratamiento que proporcione personal de salud en alguna clínica, centro de salud u hospital.
2. Existe un área de oportunidad para los profesionales de la salud para informar a sus pacientes de lo que AA sí hace y lo que no hace, para que la persona decida si quiere asistir, y bajo el sustento de que Alcohólicos Anónimos ni posee o patrocina y tampoco colabora con espacios conocidos como anexos, granjas o retiros espirituales en lugares como haciendas.
3. El programa de AA es voluntario, no tiene costo y sólo se requiere que la o el interesado quiera dejar de beber. Las juntas tienen una duración de 90 minutos y basta una llamada para obtener mayores informes.
4. AA ofrece un componente espiritual (como cada persona lo conciba) y se convierte en una red de apoyo para sus miembros dentro de los lineamientos del programa.
5. Tiene cobertura nacional y para quienes no puedan acudir a las juntas existe una opción de contacto escrito.

Declaraciones de la autora

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Referencias

1. Rosovsky H. Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. *Desacatos*, 2009; 29:13-30.
2. Rosovsky H. Alcohólicos Anónimos. En *FISAC, Beber de Tierra Generosa. Ciencias de las Bebidas Alcohólicas en México*, México, 1998; 221-233.
3. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. Una breve guía de Alcohólicos Anónimos, México, 2018, p.15.
4. Gutiérrez Reynaga R, Andrade Palos P, Jiménez Tapia A, Juárez García F. La espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos Anónimos (AA). *Salud Mental*, 2007; 30(4), 62-68.
5. Pelegrino Callis GL, Pérez Sánchez GP, Duconger Castellanos RD, Martínez Muñoz MN, Ramírez Álvarez G. Conocimientos generales sobre el Grupo de Alcohólicos Anónimos. Artículo de Revisión. *Medisan*, 2015; 19(8), 1007-1019.
6. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C. Información General de Alcohólicos Anónimos, México, 2017, p. 6, 21-22.
7. Nanni Alvarado, R. El papel de los Grupos de Ayuda Mutua en la Atención del Alcoholismo en los Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención. En: *Prevención y Tratamiento de las Adicciones en los Servicios de Salud*, Libro 2. Secretaría de Salud, México, 2012, p. 166-192.
8. Historia de AA. Disponible en <http://www.aamexico.org.mx> [27.11.2020].
9. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. Primeros pasos en la dirección-n correcta. En: *Alcohólicos Anónimos en México*, Ciudad de México, 2019, p. 1-19.
10. Dossier de Prensa, Posición Institucional. URL <https://aamexico.org.mx/medios/DOS-SIER%20AA%202021.pdf> [16.04.2021].
11. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. Esto es Alcohólicos Anónimos, Ciudad de México, 2019, p.5, 19
12. _____. Una breve guía de Alcohólicos Anónimos, Ciudad de México, 2018, p. 15, 17.
13. _____. Doce Pasos y Doce Tradiciones. Un cofundador de Alcohólicos Anónimos cuenta cómo se recuperan los miembros y cómo funciona la sociedad. Ciudad de México, 2018, p. 11-13.
14. Oficina de Servicios Generales (s/f). Reunión de Internacionales y Solitarios. Tríptico informativo, Ciudad de México.
Preguntas y respuestas sobre el apadrinamiento. URL https://www.aa.org/assets/es_es/aa-literature/p-15-questions-and-answers-on-sponsorship [16.04.2021].

15. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. El Manual de Servicio de AA combinado con Doce Conceptos para el Servicio Mundial, Ciudad de México, 2019, p.133.
16. Oficina de Servicios Generales de la Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos. Información sobre la membresía de los grupos de AA, Conferencia 53 a Conferencia 54. Documento Interno. Ciudad de México, 2020.
17. Información general sobre la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos. URL <https://www.aamexico.org/literatura.php> [27.11.2020].
18. Revista Plenitud. URL <https://plenituddigital.org/> [16.04.2021].
Boletines de la Oficina de Servicios Generales. URL https://www.aa.org/pages/es_ES/about-aa-newsletter-for-professionals [27.11.2020].
19. Dossier de prensa. Colaboración Institucional. URL <https://aamexico.org.mx/index.php#comunicacion> [27.11.2020].



CAPÍTULO 9

EL JURAMENTO COMO MEDIDA DE
TRATAMIENTO PARA CONSUMIDORES
DE ALCOHOL EN MÉXICO

Semblanza del autor



Lic. Luis Alonso Robledo Carmona

Licenciado en Sociología por la Universidad Nacional Autónoma de México, diplomado en Adicciones por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, diplomado en Salud Pública por Estudios de Posgrado de Excelencia A.C. y especialista en Problemas de Farmacodependencia por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Desde hace 20 años trabaja en el área de las adicciones. Ha sido consejero operativo en Fundación Casa Alianza I.A.P., normativo en los Centros de Integración Juvenil, A.C., y subdirector de Programas Sociales del Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México, así como secretario técnico del Comité de Normalización en Prevención del mismo del 2014 al 2018. Actualmente es coordinador de desarrollo institucional de Centros de Rehabilitación para Adicciones, Alcoholismo y Drogadicción Mahanaim, A.C., y miembro del comité del programa el Rostro Humano de la Contaduría Pública, A.C., del Colegio de Contadores Públicos de México.

EL JURAMENTO COMO MEDIDA DE TRATAMIENTO PARA CONSUMIDORES DE ALCOHOL EN MÉXICO

Lic. Luis Alonso Robledo Carmona

Centros de Rehabilitación para Adicciones, Alcoholismo y Drogadicción Mahanaim A.C.

Correo electrónico: lrobledocarmona@yahoo.com.mx

Resumen

En la actualidad, en el campo de estudio del tratamiento de las adicciones, hay quienes nos acercamos a este complejo problema desde una perspectiva más subjetiva, menos permeada de procesos cuantificables y objetivos. Esto nos permite ver y reconocer la importancia de describir, analizar y pensar aquellas estrategias culturales que utilizan las personas y comunidades para explicar y atender sus males y enfermedades.

La comprensión desde este escenario permite entender y abordar, con buenos resultados, aquellos problemas, al considerar necesidades, formas y, ¿por qué no?, "tentaciones". Bajo esta premisa, podemos analizar aquellas problemáticas que reflejan condiciones como el sufrimiento, la salud, la enfermedad y la muerte. Por ello, la incorporación de ciertas situaciones a un análisis de carácter más científico y metodológico abre la posibilidad de estudiar el Juramento y los efectos que éste tiene sobre los sujetos. Asimismo, permite entender que los procesos de salud y enfermedad se construyen a partir de experiencias y significados sociales atribuibles a escenarios más subjetivos.

Palabras clave: Juramento, enfermedad, espiritualidad, males, alcohol.

Introducción

El tema que nos ocupa hoy es clave por su afinidad con el proceso salud-enfermedad y su relación con las esferas sociales de los usuarios de diversas sustancias psicoactivas, en especial el alcohol. Actualmente, tenemos la oportunidad de establecer un diálogo que nos acerque a la realidad de una de las prácticas culturales que algunos individuos utilizan para atender, muchas veces con buen éxito, problemas y malestares específicos.

El objetivo es describir y analizar el caso del Juramento, el cual forma parte del vasto campo de prácticas culturales curativas a las que en ocasiones se recurre para recuperar la salud. Este intento por explicar tan complejo fenómeno es producto de una reflexión que realizamos desde hace algunos años. En tanto dicha práctica, aun sin ser la única, ha sido utilizada desde los años 50 como una estrategia coadyuvante para alcanzar la abstinencia del consumo de alcohol.

Nuestro interés es ubicar al Juramento como discurso y práctica espiritual al que algunos sujetos, por diferentes razones, recurren con la intención de lograr la abstinencia e identificar elementos que se involucran con la práctica misma y que son, desde nuestra experiencia, esenciales para alcanzar dicha meta en algunos bebedores. Sabemos, de acuerdo a la experiencia de los propios actores, que no se recurre a esta estrategia en búsqueda de una cura a la enfermedad, sino para atender y sobrellevar aquellos malestares presentes en cuerpo y alma.

Religión y espiritualidad: su papel en el proceso salud-enfermedad

No son pocas las comunidades y personas que achacan sus males a seres de otro plano, lo cual, por ejemplo, se comprueba al revisar la cantidad de sitios web existentes que versan sobre amarres, hechizos, trabajos, curas y limpiezas. También encontramos sujetos cuya convicción es más espiritual, misma que usan para mantener su salud y atender sus males y enfermedades.

Estos escenarios no son nuevos. Sabemos que, en prácticamente todas las culturas del mundo antiguo y actual, se cree que las enfermedades son provocadas por un ser supremo, por cocreadores que frustran los esfuerzos de los creadores divinos o

por la desobediencia de seres creados a partir de algún ente sobrenatural. Todos estos hechos producen padecimientos como el “mal de ojo” o los “sustos”.

Al aceptar la existencia de las creencias religiosas y su relación con el proceso salud-enfermedad, también debemos considerar la efectividad de las mismas y darle la importancia que merecen. Existen estudios con los que se puede argumentar que dichas creencias se relacionan con una menor probabilidad de consumir drogas y sufrir depresión, así como la reducción de los efectos negativos del desempleo y el alivio de los trastornos de ansiedad.

Levin y Vanderpool (1992) reconocen la existencia de una relación positiva entre religión y salud, y formulan una serie de posibles explicaciones o mecanismos a través de los cuales se producen dichos efectos. Entre ellas se encuentran las siguientes: a) la religión promueve conductas que pueden promocionar la salud; b) la religión puede contribuir a efectos psicológicos, tales como sentido de cohesión, participación, apoyo social y sentido de pertenencia; c) los ritos religiosos amortiguan el estrés y alivian la culpa, la aflicción, el temor y promueven el empowerment (confianza en sí mismo); d) la fe funge como fuente de expectativa de liberación, curación y mejor salud; y e) la consideración de las posibles influencias sobrenaturales sobre la salud (p. 48).

Ospina (2004) señala que los ritos religiosos se encuentran atravesados por diversas concepciones culturales sobre el cuerpo, la emoción, el intelecto y el afecto que soportan y nutren sus dogmas y prácticas primordiales. La autora desarrolla un estudio sobre fenómenos y prácticas rituales referidas al cuerpo, y describe el tratamiento antropológico de la alabanza espiritual: un proceso de recuperación de la salud por medio del pensamiento religioso, recobrado a través de la experiencia de los fieles en un diálogo permanente con lo carismático.

Además, asegura que debemos partir, en principio, de la idea de que toda experiencia sensorial en el ser humano trasciende los límites meramente biológicos para adquirir distintos sentidos otorgados por la cultura. Es decir que lo biológico en lo humano ya no es meramente natural, sino que se encuentra indisolublemente ligado con la cultura, la cual lo significa y lo resignifica.

Gutiérrez (2007), a su vez, muestra la influencia de la espiritualidad en la salud de los sujetos. En el caso de Alcohólicos Anónimos, el ejercicio de al menos siete de los doce pasos del programa (6 al 12) se relaciona moderadamente con la mejoría del

alcohólico. Asimismo, muestra que el número de pasos completados (los tres primeros) predice el tiempo de abstinencia (un año o más) y las conductas encaminadas a la recuperación, y que la práctica del paso 12 (ayudar a otros alcohólicos, ser padrino y el despertar espiritual) reduce la probabilidad de recaída a un año de seguimiento.

Los resultados de este trabajo sugieren que un mayor involucramiento con los 12 pasos, específicamente los de acción y mantenimiento (4 al 12), aumenta la probabilidad de lograr un “despertar espiritual”, y que tal experiencia es un aspecto más relevante en los AA no recaídos que en los recaídos.

Demera (2007) describe que, en el proceso de transformación de la religiosidad y la ritualidad guambiana, es evidente la permanente búsqueda de nuevos y renovados referentes que respondan a los diversos afanes y propósitos de sus actores. Ejemplo de ello son las concepciones de salud/enfermedad. Éstas responden a una idea que funde la enfermedad con causas físicas y morales que actúan simultáneamente, a través de seres contra los cuales un especialista tiene que entablar una lucha espiritual. Para esto, el creyente renueva el papel de las varas de poder, utilizadas por los miembros de los cabildos indígenas como símbolo de poder y autoridad política.

La influencia que la espiritualidad y la religión tienen en el proceso salud-enfermedad es innegable. Esta diada nos indica que los sujetos, al recurrir a ellas, suponen que encontrarán ayuda en un Dios o, como dirían los integrantes de Alcohólicos Anónimos, en un Ser superior. Así, no es tan difícil suponer que el poder divino ejerce cierta influencia sobre la salud y enfermedad de los sujetos que recurren a él. Pensar en dicha influencia nos obliga a identificar las herramientas, necesidades y creencias de los sujetos, sus medios y comunidades.

El Juramento

Las adicciones son un mundo complejo y maravilloso. Complejo por su multicausalidad y maravilloso por la vasta gama de estrategias que se han desarrollado para atender esa problemática. En México, existen diferentes tácticas que pueden contar con sustento científico o cimentarse en escenarios más etnográficos, sociales y antropológicos –los cuales representan mejor el sentir inmediato de las personas y sus comunidades–, y que son usadas para la atención y el tratamiento de consumidores de alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Los escenarios mencionados deben verse desde lo que Berger y Luckmann (2001) consideran esencial: “la vida cotidiana”, en la que, por ser “elemental”, se generan y dan por establecidos los fenómenos, los conflictos y muy probablemente las respuestas. Estudiar la vida cotidiana posibilita observar conductas y fenómenos sociales alejados del determinismo biológico y disminuir la concepción patológica de todas las expresiones de comportamiento.

Lo anterior permite atender y explicar, con otro tipo de conocimiento, “enfermedades” como el trastorno oposicionista desafiante (TOD) o la existencia de estados y funcionamientos del cuerpo que se curan con “sobadas” o “tronando los empachos”, y concebir que los “sustos” son hechos y realidades que aquejan a miles de personas y que suelen “curarse” acudiendo a intervenciones no alopáticas. Este principio posibilita entender el tema que hoy abordamos, el cual, desde hace muchos años, se ha colocado como una medida cuya importancia merece particular análisis, en tanto es una práctica muy extendida en vastos consumidores de sustancias, en especial el alcohol.

Para iniciar, debo decir que el Juramento es una práctica en la que, a través de un contrato o convenio escrito, un individuo acude a un lugar del culto católico –en general la Basílica de Guadalupe– para comprometerse con Jesucristo y la Virgen de Guadalupe a dejar de consumir (principal pero no exclusivamente) alcohol durante un tiempo determinado, con su ayuda y en su nombre. Esta medida se integra al vasto andamiaje con el cual los sujetos pretenden atender aquellos problemas derivados de su consumo de alcohol. Es decir, se complementa con otros espacios importantes, como anexos, centros de tratamiento y rehabilitación, comunidades terapéuticas, casas de medio camino y unidades de desintoxicación.

Así, en pleno siglo XXI, los sujetos continúan recurriendo a escenarios subjetivos y sagrados para recuperar su salud y bienestar. Sabemos que, quienes recurren a jurar a la Basílica de Guadalupe, son personas que no necesariamente pueden ser diagnosticadas como alcohólicas, y en muchas ocasiones ni siquiera como abusadoras. También sabemos que, en un proceso de extensión, la práctica es utilizada por aquellos que quieren dejar de ser infieles; dejar de comer pan, tortilla o refresco; o que no quieren tener sexo sino hasta casarse.

¿Pero cómo se lleva a cabo el Juramento? La Basílica de Santa María de Guadalupe se encuentra ubicada al Norte de la Ciudad de México, en Plaza de las Américas

número 1, colonia Villa de Guadalupe, alcaldía Gustavo A. Madero. Se ubica a corta distancia a pie de las estaciones de metro Deportivo 18 de Marzo (Línea 3, Universidad-Indios Verdes) y La Villa-Basílica (Línea 6, Martín Carrera-El Rosario). Para llegar a la Basílica de Guadalupe, desde las estaciones del metro, es necesario caminar sobre la Calzada de Guadalupe. También se puede llegar por Calzada de los Misterios, atravesando Paseo de Zumarraga.

Entrando al complejo de frente se encuentra el edificio que fue construido en el siglo XVI (Ver Anexo 2), ahora conocido como la vieja Basílica. Aquí encontramos letreros para guiar a los fieles a los diferentes templos. Viendo de frente la fachada de la Parroquia de Santa María de Guadalupe, Las Capuchinas, encontramos el primer señalamiento: un letrero, con fondo color café y tres flechas amarillas, que indica hacia donde se deben dirigir aquellas personas que van a jurar (Ver Anexo 3). En esa dirección, hacia mano derecha, como a 20 metros, se encuentra un pequeño declive en donde lo primero que se ve es una escultura que representa a Juan Diego. Adelante, a la altura de esa escultura, a mano izquierda, encontramos uno de los accesos a la Parroquia de Santa María de Guadalupe (Ver Anexo 4), con la fachada pintada de amarillo, una pequeña puerta de metal y un letrero encima de la misma que indica el lugar exacto en donde se lleva a cabo el Juramento.

En el letrero, con fondo negro y letras blancas, se lee lo siguiente: "JURAMENTOS'... te invoco de todo corazón ¡RESPONDEME SEÑOR!... Horario: LUN. AVIE. 9:30 A 12:30- 16:00 A 18:00, SAB. Y DOM. 9:30 A 15:00 [sic]" (Ver Anexo 5). En la entrada se encuentra una persona repartiendo unas papeletas (ver Anexo 1) en las que aparece una imagen (regularmente es de la Virgen de Guadalupe, o de Jesucristo) de un lado y del otro una breve oración y un contrato en donde el feligrés tiene que poner su nombre, el tiempo por el que va a jurar y la fecha de inicio del Juramento. La persona en la entrada puede variar, pero siempre pregunta a quienes entran quién va a jurar, sobre todo porque es inusual que una persona vaya sola. Este procedimiento se repite con todas las personas que llegan al lugar.

La Parroquia de Santa María de Guadalupe cuenta con una puerta de entrada y una de salida que sólo es visible desde adentro. Hay cuatro bloques de sillas: el primero, viendo de frente al altar a mano derecha, es de 35 sillas, el siguiente es de 56, el tercero es de 35 y el último es de 56, lo que da un total de 182 sillas acomodadas.

El templo cuenta con tres naves, una central y dos laterales, y en cada una de ellas se encuentra un Juramento (Ver Anexo 6) de aproximadamente un metro y medio de alto por un metro de ancho, en donde aparece todo lo que está impreso en la papeleta que les dan a las personas en la entrada. En la pared central, justo encima del altar, se encuentran una cruz y una imagen de la Virgen de Guadalupe, y en medio de esas dos imágenes un Juramento. Abajo, en la base del altar, podemos observar varias alcancías y pilas con agua bendita.

La práctica inicia con un video de aproximadamente 10 minutos, en cuyo inicio se escucha una voz emulando a la Virgen de Guadalupe, la cual dirige sus palabras hacia las personas que ahí se encuentran. Asimismo, se hace mención de tres elementos esenciales para dejar de consumir alcohol o drogas, los cuales son: 1) la gracia de Dios, 2) la intercesión de la Virgen de Guadalupe y 3) la decisión de la propia persona.

En este video se presenta a la adicción (pero sobre todo al alcoholismo) como una enfermedad incurable, progresiva y mortal, y además mencionan, haciendo uso de datos del Consejo Nacional Contra las Adicciones (Conadic), la cantidad de personas que son consumidoras de drogas legales e ilegales. Asimismo, mencionan los síntomas que, de acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*, deben estar presentes para diagnosticar a una persona alcohólica. Constantemente se reitera que la única manera de superar la adicción es con ayuda y gracia de Dios. Durante todo el video se hace alusión a la importancia del Juramento como la única forma de regresarle al sujeto su salud física y espiritual. La proyección termina con la siguiente frase: "No son los sanos los que necesitan de médico, sino los enfermos".

A continuación, el sacerdote toma la palabra y habla de los daños físicos, psicológicos y espirituales que provoca el consumo de alcohol. Entonces se da lectura a un pasaje bíblico, que puede ser la carta del apóstol San Pablo a los Efesios, y señala los tres elementos esenciales para lograr la recuperación de la salud física y espiritual. Además, deja en claro que el Juramento no es una terapia masiva, sino un acto de fe, un encuentro personal con Dios, con quien se asume un compromiso y alianza. También menciona que el alcohol es una droga que provoca pecados, que seduce a las personas.

Hacia el final de la práctica, el sacerdote les pide a los feligreses que se pongan de pie, levanten su imagen, lean en voz alta su Juramento y digan su nombre llegado el momento

oportuno. Al terminar, les señala por dónde es la salida del templo, les recuerda que al frente hay agua bendita y los invita a bendecir sus imágenes, así como aportar voluntariamente limosnas para poder seguir contando con imágenes que serán de utilidad para otras personas que vayan a jurar. Cabe mencionar que el procedimiento, salvo por diferencias de tiempo y estilo, es exactamente el mismo en todo momento.

El Juramento: elementos que lo integran y ayudan a su efectividad

¿Qué elementos se pueden identificar en el Juramento? Para empezar, consideremos la importancia que la religión y la espiritualidad tienen como los dos componentes más “intangibles” que se encuentran involucrados directamente con esta práctica. La religión, según Canda y Furman (1999), se entiende como una serie de símbolos y creencias motivacionalmente compartidas por un conjunto más o menos numeroso de personas. Símbolos y creencias que no sólo dan significado al universo en el cual se encuentra el ser humano, sino que también contribuyen a la cohesión social, generan un sentimiento de confianza individual y colectiva, y también facilitan una perspectiva de trascendencia a la vida terrenal. Además, producen consecuencias prácticas reales y concretas en la dinámica, estructura y conducta emitida por los individuos, solos o en grupos más o menos grandes, en condiciones sociomateriales específicas.

A diferencia de la espiritualidad, la religión por sí misma se refiere a las estructuras organizadas que se centran alrededor de creencias, rituales, comportamientos, ceremonias y tradiciones particulares. La espiritualidad, por su parte, se refiere generalmente a la capacidad que tienen las personas para darle sentido al comportamiento moral convenido entre los individuos, las familias, las comunidades, las culturas, y las religiones. Aunque se encuentra a menudo en un contexto religioso, la espiritualidad no está necesariamente inmersa en la religión. La espiritualidad está para responder a las preguntas más profundas planteadas por la existencia de un individuo.

De acuerdo a Larson et al. (1998): 1) La espiritualidad no se compara con la religión; es un motivo para comenzar a pensar en la religión, pero las religiones también tienen otras metas y propósitos no-espirituales. 2) La espiritualidad se entiende como característica de los individuos. Incluye la religión del individuo o la religiosidad, pero

no se refiere únicamente a la religión. 3) La espiritualidad no es una materia que está presente o ausente, o que se posea en cantidad. 4) La espiritualidad es multidimensional y se entiende mejor abarcando varios aspectos, como comportamientos, prácticas, creencias, motivaciones, valores y experiencias subjetivas. 5) Cada persona puede ser situada en alguna parte dentro del espacio multidimensional de la espiritualidad.

El siguiente elemento que se involucra en el Juramento es el cuerpo, entendido éste por Ramírez (2007) como "un campo de experiencia perceptual de interacciones afectivas y sensibles, por medio del cual los actores construyen su mundo e interactúan produciendo significados, metáforas, y negociando y renegociando sus situaciones en un proceso dinámico" (p. 401).

Señalamos su importancia en dos vertientes: la primera sería una connotación simbólica del efecto del poder divino en el cuerpo de los sujetos, con la que se asumen como objeto de acción divina –en el entendido que quienes juran saben que un poder superior (no un médico, un psicólogo o un psiquiatra) estará acompañándolos durante todo el tiempo que dure el contrato y el cual, de acuerdo a nuestra experiencia, les ayudará a evitar la tentación de consumir alcohol–. La segunda vertiente, una mucho más mundana, es que indiscutiblemente algunos meses sin consumir alcohol traerá beneficios físicos a los sujetos.

El siguiente elemento que se incorpora a este análisis es el apoyo social, el cual posibilita entender el Juramento como una práctica más extensa y formal, con elementos psicosociales que, junto a la fe y el componente religioso, son básicos para lograr el objetivo. Lin (1986), en su análisis de las distintas definiciones que se han ofrecido sobre el apoyo social, propone acotarlo conceptualmente como el conjunto de "provisiones expresivas o instrumentales –percibidas o recibidas– proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza", añadiendo que estas provisiones se pueden producir "tanto en situaciones cotidianas como de crisis" (p. 18-19).

Un último elemento es el del apoyo social percibido, el cual desde los años 70 se ha consolidado en la investigación científica como uno de los recursos más importantes con que cuenta el individuo para lograr el ajuste y mejorar su bienestar. El apoyo social es, en esencia, la percepción de que algunos recursos estarán disponibles llegado el caso, y su efecto descansa en el grado de satisfacción que se obtiene al tener ese respaldo.

Fernández (1997) asegura que este elemento es ampliamente reconocido porque la previsión de que se obtendrá apoyo llegado el momento ayuda a enfrentar

de forma ventajosa las situaciones difíciles, independientemente de que se acceda o no a los recursos disponibles. Saberse rodeado de personas que nos comprenden y a las que podemos contar nuestros problemas ayuda a superar crisis personales; en ocasiones, sin recabar siquiera la ayuda de esas personas.

Discusión

Hemos llegado al final del recorrido y tal vez quedamos cortos en el intento por explicar el Juramento, sus elementos y su eficacia. Sin embargo, no está por demás recordar que nunca nos propusimos más que describirlo y analizarlo, como parte del vasto campo de prácticas culturales curativas a las que algunos sujetos o grupos recurren para recuperar su salud.

Observamos, en primer lugar, que los dos elementos más importantes que dan soporte al Juramento son la religión y la espiritualidad. Acaso porque el Juramento está inmerso en una sociedad de tradición católica por excelencia y cuyo culto a la Virgen de Guadalupe es sumamente estrecho.

En segundo lugar, cuando enunciamos al cuerpo, es debido a que, históricamente, éste ha sido objeto de acción divina; en lo que se refiere a salud-enfermedad, estas esferas no han sido sino el resultado del comportamiento moral que los sujetos tienen. En este sentido, el cuerpo de los bebedores es objeto de influencia de un ser superior con sus respectivas consecuencias. Recordando un poco lo escrito al inicio de este trabajo, vemos la importancia que tiene el pensamiento religioso en la salud. Bajo este contexto, cuando hablamos de salud no nos referimos exclusivamente a la salud física, sino en buena medida a la espiritual.

Con relación al apoyo social y al percibido, sabemos de su importancia en el cumplimiento del contrato, debido a que son los espacios en los que el sujeto interactúa. Saberse apoyado, o por lo menos comprendido, por quienes son parte de la vida cotidiana de los individuos, puede repercutir de manera favorable.

En conclusión, el Juramento y su cumplimiento se encuentran matizados por un complejo mundo de elementos –reforzadores sociales unos, reforzadores religiosos otros, conductuales unos más– que pueden, en conjunto, ayudar a comprender su efectividad. En este sentido y no como generalidad, sabemos que el Juramento es

algo muy respetado: en muchas ocasiones, al invitar a alguien a tomar alcohol, si éste dice que se encuentra "jurado", la invitación se retira de manera inmediata.

Por último, debemos dejar claro que nuestra observación no pretende considerar el Juramento como una medida curativa. El hecho observable es que los sujetos recurren a él no para curar su enfermedad, sino para controlar, por lo menos por cierto tiempo, su manera de beber. La práctica entonces se presenta como un recurso con el cual el individuo, a través de la ayuda y el miedo a fallar a un ser superior, obtiene lo que no ha obtenido en otro lugar: una especie de contrato. De no cumplirlo, estará atendido a las posibles consecuencias que de ello deriven. Este contrato lo establece con un ser superior, en el cual está depositando toda su confianza para evitar las tentaciones que en su cuerpo pueda provocar la ansiedad por consumir alcohol.

Declaraciones del autor

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Anexo 1

TESTIMONIO DE MI JURAMENTO

"Señor, mi único Dios, tú sabes quien soy, tú conoces cuando me siento o me levanto. Todas mis sendas te son conocidas, pero en todo ello tu me proteges porque eres absolutamente justo y misericordioso..."

(Sal 139)

Por ello, Dios mío, sabiendo que eres todo bondad y si estoy arrepentido como el hijo pródigo, perdonas todo el daño que he hecho. Hoy he venido a esta tu casa, para hacer solemnemente mi "**Juramento**", que es Promesa y Alianza contigo, una decisión muy importante en mi vida. Así, ante ti, con humildad y lleno de arrepentimiento, elevo mi súplica diciéndote:

Yo
Consciente de lo que hago, mediante este "**Juramento**", prometo firmemente ante ti Dios todopoderoso y ante mi tierna madre Santa María de Guadalupe, reina de la paz:

**No ingerir bebidas embriagantes, no drogarme,
no fumar, no robar, no reñir, no maldecir, no creer en
supersticiones, no ser infiel, etc.**

Durante el tiempo de
Lo hago por mi bien, con el fin de recuperar mi salud física y espiritual, por procurar el bienestar de mi familia y para conservar la armonía en mi trabajo, escuela, o comunidad. Que Nuestro Señor Jesucristo, mi hermano y amigo, quien tanto me amó que se entregó a la muerte de cruz por mí, me acompañe siempre en el camino para cumplir fielmente mi "**Juramento**" y así, con la fuerza del Espíritu Santo, caminar seguro hacia la santidad, venciendo los vicios producto del pecado, para ser un buen cristiano católico. ¡Que así sea!

A de del 200

Parroquia de Santa María de Guadalupe
"Capuchinas"
Plaza de las Américas No 2, Villa de Guadalupe, D. F.

Anexo 2



Explanada principal de la Basílica de Guadalupe

Anexo 3



Letrero guía

Anexo 4



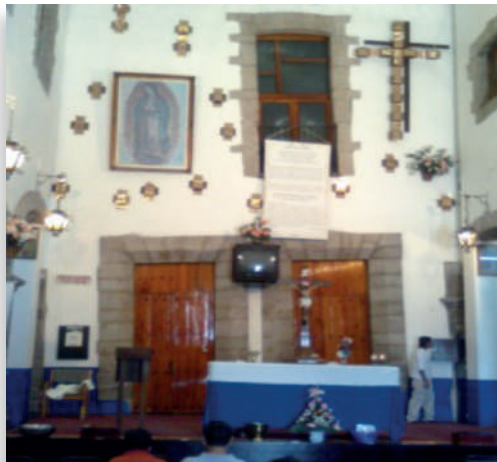
Parroquia de Santa María de Guadalupe

Anexo 5



Juramentos

Anexo 6



*Interior de la parroquia. Al fondo, la imagen de la Virgen de Guadalupe.
A la derecha se puede observar uno de los Juramentos "gigantes"*

Referencias

1. Berger, P., & Luckmann, T. (2001). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
2. Canda E.R., y Furman, L.D. (1999). *Spiritual Diversity in Social Work Practice*. The Free Press.
3. Demera Vargas, J.D. (2006). "Dios es amor" en Guambiano o la forma de crear una nueva religión: la circulación de las prácticas rituales y las pertenencias étnicas. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (2), 253-273. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81400214>
4. Fernández, L. (1997). *Psicología preventiva, avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Pirámide.
5. Gutiérrez R., Andrade P. & Jiménez A. espiritualidad y su relación con la recuperación del alcoholismo en integrantes de Alcohólicos Anónimos (AA). *Salud Mental*, 30(4),62-68. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230409>
6. Larson D.B., Sawyers J.P., McCullough M.E. (Eds.). (1998). *Scientific Research on Spirituality and Health: A Consensus Report*. National Institute for Healthcare Research.
7. Levin J. y Vanderpool, H. (1992). *Religious factors. Physical Health and the Prevention of Illnes*. En K. I. Pargament, K.I. Maton, y R.E. Hess (Eds.), *Religion and Prevention in Mental Health. Research, vision, and action*. Haworth Press.
8. Lin, N. (1986). *Conceptualizing Social Support*. En N. Lin, A. Dean, y W. Ensel (Eds.), *Social Support, Life Events and Depression*. Academic Press.
9. Ospina A. (2004). *Apuntes para el estudio antropológico de la alabanza carismática católica*. *Convergencia*, 11(36), 31-59.
10. Ramírez, J. (2009). *El reto de pensar la perspectiva cualitativa aplicada en Antropología Física*. *Estudios de antropología biológica*, 14(2), 393-409.



CAPÍTULO 10

CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO
DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

Semblanzas de los autores



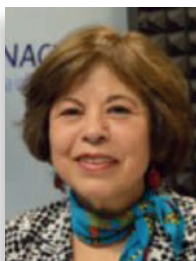
Dra. Marcela Alejandra Tiburcio Sainz

Jefa del Departamento de Ciencias Sociales en Salud del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Maestra y doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel II. Docente de la Residencia en Adicciones del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM. Ha participado en diversos proyectos de investigación relacionados con la salud mental de la familia y el abuso de sustancias en población urbana e indígena; desarrollo y evaluación de programas de prevención, detección temprana e intervención breve para reducir el abuso de alcohol y drogas, así como en el uso de la tecnología para la atención de problemas de consumo de sustancias. Representante de INEBRIA Latina.



Mtra. Nora Angélica Martínez Vélez

Licenciada en Psicología, con estudios de maestría y doctorado por la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigadora en Ciencias Médicas "B", autora de artículos nacionales e internacionales, participante en congresos nacionales e internacionales. Líneas de investigación: consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, intervenciones en línea, revisiones sistemáticas.



Dra. Guillermina Natera Rey

Licenciada y maestra en Psicología, doctora en Antropología. Investigadora nacional nivel III. Líneas de investigación: adicciones, familia y violencia. Docente del posgrado de la Facultad de Psicología y de Medicina, de la Universidad Nacional Autónoma de México. De 2008-2018, directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, en el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Investigadora en Ciencias Médicas "F" por la Coordinación de los Institutos Nacionales en Salud. Directora de proyectos de investigación nacionales e internacionales. Desde 2008, directora del Centro Colaborador OMS/OPS en Adicciones y Salud Mental en el INPRFM.



Mtro. Morise Fernández Torres

Licenciado y maestro en Psicología, especialista en adicciones. Asistente de investigación de 2012 a la fecha en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", en proyectos relacionados al desarrollo e implementación de programas por internet para brindar atención a personas con problemas por consumo de drogas. Coautor en diversos artículos científicos, capacitador y supervisor clínico de profesionales de la salud. Participó en el desarrollo de programas en línea referentes a la adquisición de habilidades sociales en adolescentes.



Mtra. Graciela Yazmín Sánchez Hernández

Maestra en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Especialista en trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Ha sido asesora técnica de la Comisión Nacional contra las Adicciones y Supervisora Federal de centros residenciales de tratamiento para adicciones. Asimismo, ha colaborado en diversos proyectos de investigación psicosocial y de transferencia tecnológica del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Actualmente, es coinvestigadora del Proyecto Internacional SCALA, en el cual coordina la campaña de comunicaciones dentro de los centros de salud participantes.



Mtra. Miriam Arroyo Belmonte

Maestra en Ciencias y candidata a doctor con especialización en Salud Mental Pública por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Ha colaborado en diversas investigaciones y evaluaciones de programas en el campo de la salud mental para organizaciones como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Universidad de California y la Unión Europea. Ha trabajado en proyectos sobre detección temprana del consumo de sustancias en Centros de Atención Primaria, así como en proyectos relacionados con la violencia y el consumo de alcohol. Ha participado en congresos nacionales e internacionales, así como publicaciones científicas de trabajos relacionados con la salud mental. Actualmente se encuentra adscrita a la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz".

CONSUMO DE ALCOHOL EN MÉXICO DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

*Dra. Marcela Alejandra Tiburcio Sainz, Mtra. Nora Angélica Martínez Vélez,
Dra. Guillermina Natera Rey, Mtro. Morise Fernández Torres,
Mtra. Graciela Yazmín Sánchez Hernández, Mtra. Miriam Arroyo Belmonte
Departamento de Ciencias Sociales en Salud*

*Correspondencia: Dra. Marcela Tiburcio Sainz
Correo electrónico: tibsam@imp.edu.mx, mtiburcio3@gmail.com*

Resumen

La pandemia de COVID-19 y las medidas para controlarla han impactado negativamente en la salud mental de la población, lo que puede conducir a cambios en el consumo de sustancias. Diversos estudios nacionales e internacionales reportan tanto aumentos como disminuciones del consumo de alcohol durante el periodo de confinamiento. Nuestro país tiene diferencias regionales que no se han explorado en investigaciones previas; por lo tanto, el objetivo de este trabajo es comparar el consumo de alcohol en diferentes regiones del país durante los primeros meses de confinamiento y su relación con el estrés, la sintomatología depresiva, el impacto y la amenaza percibida frente al coronavirus. Para ello se realizó una encuesta en línea con mayores de 18 años (N=4,127) y se integraron cuatro regiones según el lugar de residencia: Norte, Centro, Sur y CDMX. La mayor proporción de no consumidores se encuentra en el Norte. En la Ciudad de México se ubica un mayor porcentaje de personas que redujo la ingesta de alcohol durante la cuarentena (20.5 por ciento); la proporción que aumentó el consumo para la muestra total es

2.5 por ciento, el mayor porcentaje se ubica en la CDMX (16.3 por ciento). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas que indican mayor estrés y mayor amenaza percibidos en la CDMX, menor impacto del coronavirus y menor sintomatología depresiva en la Región Norte. El uso de servicios de atención a la salud mental y consumo de sustancias es bajo en general (3.1 por ciento), sin diferencias por región. El diseño del estudio tiene las limitaciones propias de las encuestas en línea, pero muestra la necesidad de fortalecer las políticas públicas existentes para informar a la población sobre los riesgos asociados al consumo de alcohol durante la crisis sanitaria y ampliar las fuentes de ayuda formal para atender la salud mental de la población.

Palabras clave: consumo de alcohol, estrés, depresión, amenaza percibida, COVID-19, México.

Introducción

De acuerdo con estudios recientes, la actual pandemia de COVID-19 y las medidas para evitar la propagación del virus, como el distanciamiento social y la restricción de la movilidad (1), tienen consecuencias negativas en la salud mental y han generado confusión y enojo en la población, lo que ha dado origen a diversos estresores debido, en parte, a la larga duración de la crisis sanitaria, el temor de infección, la frustración, el aburrimiento, la falta de recursos para cubrir las necesidades básicas, la información confusa o inadecuada, las pérdidas financieras y el estigma en caso de haber tenido COVID-19 (2-3). Todo ello ha contribuido a un incremento del estrés, la ansiedad y la depresión en la población (4).

Para algunos autores, este contexto caracterizado por la incertidumbre es similar a una situación de desastre, donde las personas afectadas experimentan consecuencias negativas en diversas áreas, como la salud psicológica, salud física, personal, familiar, social y económica, que a largo plazo modifican la percepción del futuro (5). En el contexto de la actual pandemia, diversos estudios han reportado que la ansiedad, el estrés y la depresión son factores de riesgo para el aumento del consumo de alcohol (6-7), este efecto se ha encontrado también en otras situaciones de crisis (8-10).

García, de la Fuente, Sáiz, García y Bobes (11) y Ramalho (12) consideran que, frente a la pandemia de SARS CoV-2, es esperable un incremento en el consumo de

alcohol en la población derivado tanto de la incertidumbre como de las medidas de confinamiento. A nivel internacional existe preocupación al respecto, no sólo por las consecuencias del consumo nocivo per se, sino también porque el consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas favorece la infección de SARS CoV-2 y se relaciona con un pronóstico negativo debido a que debilita el sistema inmunológico (13-14).

Por ello, algunas naciones tomaron la decisión de limitar o suspender la venta de alcohol para contribuir a la disminución de la movilidad, reducir el contacto social y prevenir problemas como violencia familiar, accidentes y otras consecuencias negativas (15).

Además de las medidas de control de la oferta, se han puesto en marcha estudios para verificar si los cambios previstos han ocurrido. En China, por ejemplo, se realizó una encuesta en línea entre el 24 y el 31 de marzo de 2020 con 6,416 personas, donde se encontró que 32 por ciento de los consumidores habituales de alcohol reportaron un mayor consumo en comparación con el periodo prepandemia, 19 por ciento informó una recaída en el abuso de alcohol durante la pandemia, 1.7 por ciento de personas inició el consumo y 1.6 por ciento pasó del consumo ocasional al uso regular (7).

Las estadísticas de Reino Unido indican que las ventas de alcohol incrementaron en un 31.4 por ciento durante marzo, en tanto que 1555 personas encuestadas informaron haber reducido la frecuencia de consumo o haber dejado de beber en las dos semanas posteriores al inicio del confinamiento. Una quinta parte reportó haber incrementado su consumo, 15 por ciento lo redujo, mientras que aproximadamente la mitad no reportó cambios (16).

Un estudio realizado en Alemania, en el que participaron 2,102 individuos, encontró que, desde el inicio de la pandemia, 8.2 por ciento no bebía alcohol, 37.7 por ciento refirió no haber cambiado su consumo, 19.4 por ciento consideró que bebía menos y 34.7 por ciento consideró que su consumo de alcohol había aumentado (17).

En una encuesta en línea realizada en Australia respondieron 13 829 personas: 10.2 por ciento aprecia que bebe menos desde el inicio de la pandemia, 43.9 por ciento no identifica cambios y 21 por ciento de los participantes indicó un mayor consumo; dicho incremento está asociado con síntomas de depresión y ansiedad sin diferencias de género. La asociación fue mayor conforme las medidas de control se hicieron más rígidas

y afectó de manera más importante a los grupos de edades medias en comparación con los jóvenes o los de mayor edad (18).

En México, la más reciente Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (19), realizada antes de la pandemia, reporta que la población mexicana inicia la ingesta de alcohol alrededor de los 18 años y se ingiere un promedio de 8.7 copas por ocasión. Este último dato sugiere que las personas que beben llegan a la intoxicación de manera regular. De esta forma, la prevalencia del consumo excesivo episódico una vez al mes es de 19.8 por ciento, 8.5 por ciento una vez a la semana y 2.9 por ciento diario o casi diario. Este mismo reporte informa que las entidades federativas donde se registran las prevalencias más altas de consumo excesivo episódico son Nuevo León (30.3 por ciento), Jalisco (27.7 por ciento), Coahuila (27.5 por ciento), Aguascalientes (26.3 por ciento), Baja California Sur (25.8 por ciento), Quintana Roo (25.4 por ciento), Sonora (24.8 por ciento), Chihuahua (23.8 por ciento) y Nayarit (23.7 por ciento).

La Jornada Nacional de Sana Distancia inició el 23 de marzo de 2020 y concluyó el 30 de mayo del mismo año, implicó el resguardo domiciliario y la suspensión de actividades no esenciales en los sectores público y privado, entre otras medidas (20). El 30 de marzo de 2020 se declaró emergencia sanitaria en el país (21), lo que afectó la producción y comercialización de cerveza (22).

Las entidades federativas implementaron ley seca parcial o total, pero se registró un incremento en el número de muertes por intoxicación debido a la ingesta de alcohol producido y comercializado clandestinamente (23), particularmente en Jalisco, Morelos, Puebla y Yucatán (24). El 1 de junio se reactivó la producción de cerveza (25) y se redujeron las restricciones a la venta de alcohol (26). Unas semanas después, la venta de cerveza aumentó y llegó a ser el segundo producto de mayor demanda en supermercados por debajo de la leche (27).

En nuestro país también se han llevado a cabo estudios para dar cuenta de las afecciones que la pandemia ha ocasionado en la salud mental de la población, incluyendo las posibles variaciones en el uso de sustancias psicoactivas. En una encuesta en línea realizada entre abril y mayo de 2020, 8348 personas que buscaban atención a distancia debido a problemas de salud mental durante la pandemia respondieron un cuestionario para la detección de riesgos a la salud mental. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de estrés agudo, distanciamiento/enojo, ansiedad

generalizada/tristeza, ansiedad por salud, somatización y evitación/tristeza en comparación con el consumo explosivo de alcohol en menos de dos horas (28).

También entre abril y mayo de 2020, Villaseñor y cols. (29) realizaron una encuesta en línea con el objetivo de evaluar aspectos de alimentación, bienestar y estilo de vida durante el confinamiento, sus hallazgos sugieren que 30.9 por ciento de los hombres y 18.9 por ciento de las mujeres habían disminuido el consumo de alcohol; 4.4 por ciento de los hombres y 12.6 por ciento de las mujeres habían incrementado el consumo, 28.1 por ciento y 23.7 por ciento respectivamente no reportaron cambios, y no consumieron alcohol 31.7 por ciento de los hombres y 44.8 por ciento de las mujeres.

Los resultados de la Encuesta Nacional de las características de la población durante la pandemia de COVID-19, realizada con 1073 personas, entre el 11 y el 30 de mayo, indican que, durante el confinamiento, 12 por ciento de los encuestados incrementó su consumo de alcohol, 39 por ciento disminuyó y 48 por ciento no cambió su consumo (30). Otro estudio encontró que 67.4 por ciento de las personas con problemas económicos habían consumido alcohol en exceso, en comparación con el 32.6 por ciento de los que no reportaron problemas económicos (31).

Estos datos muestran algunos esfuerzos para dar cuenta de los cambios en el patrón de consumo durante la pandemia, como posible consecuencia de las medidas de control que se han implantado. Dado que se emplearon distintas formas de evaluar el consumo, no se pueden comparar ni identificar diferencias entre las diversas regiones del país.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es comparar el consumo de alcohol durante los primeros meses de confinamiento y su relación con el nivel de estrés, la presencia de sintomatología depresiva, el impacto del coronavirus y la amenaza percibida, entre las diferentes regiones del país.

Método

El estudio consistió en una encuesta en línea del 1° de mayo al 30 de junio de 2020. El objetivo general de la encuesta fue evaluar el impacto del confinamiento en el estado emocional y el consumo de sustancias de la población mexicana antes y durante los primeros meses de la pandemia.

Participantes: personas mayores de 18 años, residentes de la República mexicana, que accedieran de forma voluntaria a responder el cuestionario.

Instrumentos. Se utilizó un cuestionario electrónico con diferentes secciones:

- a) Datos sociodemográficos: incluye 14 preguntas que indagan características como: sexo, edad, escolaridad, ocupación, lugar de residencia, estructura familiar. Se integraron cuatro regiones según el lugar de residencia: Región Norte (Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Sinaloa, Nayarit, Durango, Zacatecas, San Luis Potosí), Región Centro (Jalisco, Colima, Michoacán, Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Estado de México, Puebla, Tlaxcala, Aguascalientes), Región Sur (Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Campeche, Yucatán, Quintana Roo, Guerrero, Morelos y Veracruz) y la Ciudad de México (CDMX), que es considerada una megalópolis por el número de habitantes.
- b) Consumo de sustancias: se adaptaron preguntas de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST, por sus siglas en inglés) (32), que exploran la frecuencia de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas antes y durante la Jornada Nacional de Sana Distancia, así como la percepción de aumento o disminución del consumo durante este periodo y posibles razones para estos cambios. En este trabajo se presenta únicamente la información relacionada con el consumo de alcohol.
- c) Versión corta del cuestionario sobre percepción de amenaza con relación al coronavirus (33): tres preguntas con 7 opciones de respuesta tipo Likert que van de 1="no aplica mi caso" a 7="aplica totalmente en mi caso". Se tradujo al español para el estudio y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.894 para esta muestra.
- d) Versión corta del cuestionario sobre el impacto del coronavirus (33), conformado por tres subescalas con dos reactivos cada una: a) escala de finanzas, b) escala de recursos, c) escala psicológica. Tiene 7 opciones de respuesta tipo Likert que van de 1="no aplica en mi caso" a 7="aplica totalmente en mi caso". Se tradujo al español para el estudio y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.842 para esta muestra.
- e) Versión corta del cuestionario sobre experiencias con el coronavirus (33), consta de tres subescalas: a) escala personal de síntomas/diagnóstico (3 reactivos),

- b) escala de proximidad con otros (2 reactivos), c) escala de noticias (2 reactivos). Todas las preguntas tienen 7 opciones de respuesta tipo Likert que van de 1="no aplica en mi caso" a 7="aplica totalmente en mi caso". Se tradujo al español para el estudio y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.717 para esta muestra.
- f) Cuestionario sobre Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire 2 [PHQ-2]) (34): dos preguntas que identifican sintomatología depresiva en las dos semanas previas con 4 opciones de respuesta (0="nunca" a 3="casi todos los días"). El puntaje máximo que se puede obtener es 6, el punto de corte en la población mexicana es 3, con sensibilidad y especificidad superiores al 80 por ciento (35). El coeficiente de confiabilidad es 0.788 para esta muestra.
- g) Escala de estrés y adversidad: instrumento construido ex profeso para medir el nivel de estrés que el confinamiento por la pandemia genera en diferentes aspectos de la vida que se agrupan en dos dominios: "factores relacionales" y "factores contextuales". Está integrado por 11 reactivos con una escala Likert de 5 puntos que varía entre 0="nada o muy poco estresante" hasta 5="muy estresante". El coeficiente de confiabilidad es 0.86 para esta muestra.
- h) Búsqueda de ayuda: integrada por 5 preguntas de opción múltiple, explora la búsqueda de ayuda durante el confinamiento en relación con la salud mental y el consumo de sustancias.

Procedimiento: el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" revisó y aprobó el protocolo del estudio. Los participantes respondieron de forma voluntaria y anónima, el cuestionario se programó en Google Forms y estuvo disponible durante mayo y junio de 2020. La liga se difundió a través de redes sociales como Facebook, Twitter, WhatsApp e Instagram.

Análisis de datos: se realizaron análisis descriptivos para conocer la distribución de las variables de interés en cada región del país, y se evaluaron las diferencias con la prueba X². Para evaluar la relación entre el consumo de alcohol, el estrés, la sintomatología depresiva y las experiencias con el coronavirus se llevó a cabo un análisis de varianza de un factor. Los análisis se realizaron con el programa IBM SPSS® v.25.

Resultados

Características sociodemográficas

Un total de 4,127 personas respondieron el cuestionario, en la Tabla 1 se presentan las características demográficas de los participantes por región. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en algunas de estas variables, por ejemplo, hay una mayor proporción de hombres en la Región Sur en comparación con el Norte y la CDMX (35.1 por ciento, 27.8 por ciento y 26.1 por ciento, respectivamente, $X^2=12.972$, $p<.01$); en la CDMX respondieron personas de mayor edad que en el Norte y Centro (20.3 por ciento, 1.8 por ciento y 14.7 por ciento, respectivamente, $X^2=67.525$, $p<.01$), en tanto que hubo mayor participación de jóvenes en la Región Norte que en la CDMX (33.2 por ciento y 24.6 por ciento, $X^2=67.525$, $p<.01$).

En la CDMX, la proporción de personas que cuentan con estudios de posgrado es significativamente mayor en comparación con las regiones Norte y Centro (28.7 por ciento, 18.9 por ciento y 23.4 por ciento, respectivamente, $X^2=58.561$, $p<.01$), mientras que en la Región Norte hay más personas con estudios de licenciatura (60 por ciento) en contraste con la Región Centro (49.4 por ciento) y la CDMX (49.3 por ciento).

Tabla 1

	Características demográficas por regiones				Total (N=4,127) %	X^2	g ¹
	Norte (n=1,048) f (%)	Centro (n=1,026) f (%)	Sur (n=389) f (%)	CDMX (n=1,664) f (%)			
Sexo							
Masculino (n=1160)	291(27.8)	298(29.1)	136(35.1) ^{a, d}	435(26.1)	28.1	12.972*	3
Femenino (n=2962)	788(72.2) ^c	726(70.9)	252(64.9)	1229(73.9) ^c	71.9		
Edad							
18 a 20 años (n=324)	75(7.2)	100(9.7)	27(6.9)	122(7.3)	7.9	67.525*	12
21 a 30 años (n=1162)	348(33.2) ^d	296(28.8)	108(27.8)	410(24.6)	28.2		
31 a 40 años (n=1145)	313(29.9)	299(29.1)	104(26.7)	429(25.8)	27.7		
41 a 50 años (n=818)	188(17.9)	180(17.5)	84(21.6)	366(22.0) ^b	19.8		
51 o más años (n=678)	124(1.5)	151(14.7)	66(17.0)	337(20.3) ^{a, b}	16.4		
Estado Civil							
Sin pareja (n=2357)	575(54.9)	587(57.2)	199(51.2)	996(59.9) ^c	57.1	12.908*	3
Con pareja (n=1770)	473(45.1)	439(42.8)	190(48.8) ^d	668(40.1)	42.9		
Escolaridad							
Secundaria (n=124)	37(3.5)	37(3.6)	9(2.3)	41(2.5)	3.0	58.561*	9
Bachillerato (n=818)	184(17.6)	242(23.6) ^a	67(17.2)	325(19.5)	19.8		
Licenciatura (n=2173)	629(60.0) ^{b, d}	507(49.4)	216(55.5)	821(49.3)	52.7		
Posgrado (n=1012)	198(18.9)	240(23.4)	97(24.9)	477(28.7) ^{a, b}	24.5		
Ocupación							
Cuidado del Hogar (n=204)	35(3.3)	59(5.8) ^a	16(4.1)	94(5.6) ^a	4.9	75.453*	15
Desempleado a partir de cuarentena (n=170)	39(3.7)	39(3.8)	21(5.4)	71(4.3)	4.1		
Desempleado desde cuarentena (n=202)	44(4.2)	51(5.0)	16(4.1)	91(5.5)	4.9		
Empleado (n=2247)	658(62.8) ^{b, d}	523(51.0)	222(57.1)	844(50.7)	54.4		
Estudiante (n=703)	178(16.8)	204(19.9)	57(14.7)	266(16.0)	17.0		
Trabaja por su cuenta (n=601)	96(9.2)	150(14.6) ^a	57(14.7) ^a	298(17.9) ^a	14.6		

¹p<.01

a = Norte; b = Sur; c = Centro; d = CDMX

En comparación con la Región Norte, en el Centro y la CDMX hay un mayor porcentaje de participantes que se dedica al cuidado del hogar (3.3 por ciento, 5.8 por ciento y 5.6 por ciento, respectivamente). Otras diferencias significativas indican mayor proporción de respuestas de empleados en el Norte (62.8 por ciento) en relación con la Región Centro (51 por ciento) y la CDMX (50.7 por ciento); también en la Región Norte se registra la menor proporción de personas que trabajan por su cuenta (9.2 por ciento), en comparación con el resto de los grupos considerados ($X^2=75.453$, $p<.01$).

Consumo de alcohol

El mayor porcentaje de personas que refirió no consumir bebidas alcohólicas se encuentra en la región Norte (59.4 por ciento) con diferencias significativas al compararlo con el Centro (49.3 por ciento), Sur (50.9 por ciento) y CDMX (43.4 por ciento) ($X^2=86.587$, $p<.01$) (Tabla 2).

En comparación con la Región Norte (16.3 por ciento), la Región Centro (21.2 por ciento) y la CDMX (20.5 por ciento) tienen un mayor porcentaje de población que disminuyó la ingesta de alcohol durante la cuarentena. Asimismo, se observó que en la CDMX el porcentaje de personas que incrementó el consumo durante el periodo de estudio es significativamente mayor (16.3 por ciento) que en el resto de las regiones; para el total de la muestra, el porcentaje fue de 2.5 por ciento.

Tabla 2

	Consumo de alcohol por regiones				Total (N=4,127) %	X^2	gl
	Norte (n=1,048) f (%)	Centro (n=1,026) f (%)	Sur (n=389) f (%)	CDMX (n=1,664) f (%)			
Consumo de alcohol							
No consumo (n=2050)	623(59.4) ^{b,c,d}	506(49.3) ^d	198(50.9) ^d	723(43.4)	49.7	86.587*	9
No cambió (n=748)	167(15.9)	179(17.4)	73(18.8)	329(19.8)	18.1		
Disminuyó (n=814)	171(16.3)	217(21.2) ^a	85(21.9)	341(20.5) ^a	19.7		
Aumentó (n=515)	87(8.3)	124(12.1) ^a	33(8.5)	271(16.3) ^{a,b,c}	2.5		

* $p<.01$

a = Norte; b = Sur; c = Centro; d = CDMX

Relación entre el consumo de alcohol y variables psicológicas

El análisis de varianza muestra diferencias estadísticamente significativas por región respecto a las variables relacionadas con el malestar psicológico durante el periodo de confinamiento. La CDMX es la localidad con mayores puntajes de estrés relacional y contextual en comparación con las Regiones Norte y Sur. En cuanto al impacto del coronavirus, se encontraron diferencias estadísticamente significativas que indican menor impacto en la Región Norte que en el resto de las regiones. La CDMX ha tenido más experiencias con el coronavirus en comparación con la Región Norte; también en la CDMX se presenta mayor amenaza percibida que en el resto del país. Por último, la sintomatología depresiva resultó menor en la región Norte en comparación con la Región Centro y la CDMX (Tabla 3).

Tabla 3

Relación entre consumo de alcohol, estrés, sintomatología depresiva e impacto del coronavirus por regiones						
	Norte (n=1,048)	Centro (n=1,026)	Sur (n=389)	CDMX (n=1,664)	Total (N=4,127)	F
	Media(DS)	Media(DS)	Media(DS)	Media(DS)	Media(DS)	
Estrés¹						
Relacional	6.94(5.63) ^{b,d}	7.77(2.70) ^c	6.51(5.32) ^d	7.79(5.41)	7.45(5.55)	9.83*
Contextual	7.25(5.37) ^{b,d}	8.40(5.30)	7.82(5.16) ^d	8.92(5.05)	8.26(5.25)	23.38*
Sintomatología Depresiva¹	2.00(1.82) ^{b,d}	2.34(1.81)	2.14(1.81)	2.26(1.70)	2.20(1.77)	7.41*
Impacto de coronavirus¹	15.09(8.50) ^{b,c,d}	16.35(8.65)	16.51(9.01)	16.60(8.62)	16.15(8.65)	7.13*
Experiencias con el coronavirus¹	14.22(7.30) ^d	14.68(7.21)	15.00(7.47)	15.23(7.20)	14.81(7.26)	4.43*
Amenaza percibida por el coronavirus¹	8.88(5.32) ^d	9.34(5.49) ^d	9.35(5.34) ^d	10.25(5.59)	9.59(5.50)	14.92*

*p<=.01

¹ gl=3, 4123

a = Norte; b = Sur; c = Centro; d = CDMX

Búsqueda de ayuda

En la Tabla 4 se observa que 32.7 por ciento de quienes beben alcohol recibieron tratamiento para problemas de salud mental en los 12 meses previos y 4.2 por ciento para problemas asociados al consumo de sustancias; no se identificaron diferencias significativas entre regiones. El 13.6 por ciento de los participantes de la Región Sur ha pensado que requiere apoyo psicológico para reducir el consumo, pero no está seguro; este porcentaje es significativamente mayor en comparación con la Región Norte (6.1 por ciento). El 27.5 por ciento de los respondientes de la CDMX indicó

que no necesita ayuda, con diferencias estadísticamente significativas con la Región Centro (20.2 por ciento). No se observaron diferencias en cuanto al uso de servicios profesionales durante la cuarentena; el 3.1 por ciento del total de consumidores hizo uso de alguno de estos servicios.

Tabla 4

Búsqueda de ayuda por regiones en consumidores de alcohol							
	Norte (n=452) f (%)	Centro (n=520) f (%)	Sur (n=191) f (%)	CDMX (n=941) f (%)	Total (N=207) %	X ²	gl
En los últimos 12 meses ¿ha recibido tratamiento							
Para problemas de salud mental?							
No	295(69.4)	347(66.7)	135(70.7)	620(65.9)	67.3		
Si	130(30.6)	173(33.3)	56(29.3)	321(34.1)	32.7		
Para reducir el consumo de sustancias?							
No	406(95.5)	500(96.2)	180(94.2)	903(96.0)	95.8		
Si	19(4.5)	20(3.8)	11(5.8)	38(4.0)	4.2		
Desde el inicio de la cuarentena							
<i>Considera que necesita apoyo psicológico para reducir o eliminar su consumo de sustancias</i>							
Lo he pensado, pero no estoy seguro	26(6.1)	47(9.0)	26(13.6) ^a	94(10.0)	9.3		
No creo que sea necesario en este momento	61(14.4)	83(16.0)	28(14.7)	128(13.6)	14.4		
No es mi caso	213(50.1)	250(48.1)	87(45.5)	415(44.1)	46.5	24.98*	12
No la necesito	107(25.2)	105(20.2)	43(22.5)	259(27.5) ^b	24.7		
Si necesito ayuda	18(4.2)	35(6.7)	7(3.7)	45(4.8)	5.1		
<i>¿Ha habido algún cambio en su intención de buscar ayuda para reducir o abstenerse de consumir sustancias?</i>							
Ha aumentado mucho	13(3.1)	17(3.3)	5(2.6)	34(3.6)	3.3		
Ha aumentado poco	22(5.2)	46(8.8)	12(6.3)	48(5.1)	6.2		
Ha disminuido mucho	4(0.9)	7(1.3)	4(2.1)	5(0.5)	1.0		
Ha disminuido poco	3(0.7)	13(2.5)	1(0.5)	8(0.9)	1.2		
No es mi caso	331(77.9)	356(68.5)	137(71.7)	646(68.7)	70.8		
No hay cambios	52(2.2)	81(15.6)	32(16.8)	200(21.3)	17.6		
<i>¿Ha utilizado algún servicio de ayuda profesional para reducir o eliminar su consumo?</i>							
No	155(36.5)	216(41.5)	76(39.8)	372(39.5)	39.4		
No es mi caso	280(61.2)	291(56.0)	109(57.1)	533(56.6)	57.4		
Si	10(2.4)	13(2.5)	6(3.1)	36(3.8)	3.1		

*p<=.01

a = Norte; b = Sur; c = Centro; d = CDMX

Discusión

A través de este estudio se logró el objetivo de comparar el consumo de alcohol y su relación con variables asociadas al malestar psicológico en las diferentes regiones del país durante la Jornada Nacional de Sana Distancia por la pandemia de COVID-19.

Es importante destacar que el diseño del estudio no fue probabilístico, por lo tanto, los datos provienen de una muestra autoseleccionada, lo cual implica, por un lado, un sesgo en las características de quienes respondieron el cuestionario y, por otra parte, limitaciones para generalizar los resultados, por lo tanto, este análisis debe considerarse con cautela.

Los hallazgos indican que existen diferencias en las características de los participantes según la región. Por ejemplo, los residentes de la CDMX tienen mayor edad y escolaridad en comparación con los respondientes de otras regiones, los residentes del Norte con mayor frecuencia cuentan con un empleo remunerado, y en el Sur respondió una menor proporción de personas y participaron más los varones.

En cuanto al consumo de alcohol, el porcentaje de personas que informó no beber es superior a lo reportado en la Encuesta Nacional de Consumo de Alcohol, Drogas y Tabaco 2016-2017 (19), particularmente en el Norte, donde 59.4 por ciento de los respondientes se identifica como no consumidor. Esto puede deberse a que la mayoría de nuestros participantes fueron mujeres.

El análisis de variaciones en el consumo durante los primeros meses de confinamiento muestra que, en general, la proporción de personas que incrementó su consumo de alcohol diario es baja (2.5 por ciento), la comparación por regiones indica que este grupo se concentra en la CDMX (16.3 por ciento). Los participantes de esta localidad también obtuvieron puntajes significativamente más altos en las escalas que evalúan malestar psicológico en comparación con las otras tres regiones, lo que puede sugerir que las medidas para minimizar los contagios implican un mayor desafío psicológico en las grandes ciudades. Sin embargo, se requieren estudios más específicos que comparen las condiciones de salud mental de la población de las localidades urbanas con localidades de menor tamaño y complejidad (36-37).

En comparación con los resultados de otros países, la proporción de personas que redujo la ingesta de alcohol en México (19.7 por ciento) es muy similar a la reportada en Reino Unido (15 por ciento) y Alemania (19.4 por ciento), donde se empleó una metodología similar e incorporó a un sector de población con alta escolaridad, así como acceso a redes sociales e internet (16-17).

Los hallazgos del presente estudio difieren de otras estimaciones del incremento o decremento del consumo en la población mexicana durante la pandemia, esto puede deberse múltiples razones. En la mayoría de los estudios, los datos se recopilaban a través de encuestas en línea, se emplearon diferentes formas de evaluar este fenómeno y en algunos casos se usaron únicamente una o dos preguntas sobre la percepción del consumo durante la pandemia. Por su parte, en el presente estudio se exploró la frecuencia de consumo antes y durante la Jornada Nacional de Sana Distancia (dos

meses de duración) usando categorías de respuesta similares a las del ASSIST, lo que permitió determinar si hubo un incremento o decremento entre ambos periodos.

Otra fuente de discrepancia puede deberse al periodo de tiempo en el que se recolectó la información, esto es congruente con el planteamiento de Rehm y cols. (15) que proponen diferentes escenarios de consumo conforme avanza la pandemia, por lo que sería conveniente continuar el monitoreo de las prácticas de consumo en los próximos meses. Finalmente, la diseminación de los cuestionarios de otros estudios ocurrió por vías diversas y probablemente atrajo a distintos tipos de personas; el estudio de Morales y cols. (28), por ejemplo, es parte de una iniciativa interinstitucional que ofrece apoyo psicológico a las personas que lo solicitan y responden en un instrumento de tamizaje.

Los hallazgos sugieren que es necesario implementar diversas medidas de apoyo durante el confinamiento para atenuar el efecto psicológico que esta crisis sanitaria ocasiona en la población. La prohibición de la venta de alcohol se aplicó de diferente forma en cada región: al inicio hubo ley seca en todo el país, posteriormente la decisión de continuarla o no se tomó a nivel estatal; en la CDMX, la suspensión de la venta ocurre los fines de semana en ciertas alcaldías. Por otro lado, los periódicos informaron sobre aproximadamente 200 muertes (38) por consumo de alcohol adulterado, esto sugiere que la prohibición de la venta debe ir acompañada de otras políticas públicas con perspectiva de género. Asimismo, se requieren instrumentos de medición confiables y sensibles para hacer evaluaciones rápidas y dar seguimiento a quien lo requiera.

Es necesario señalar que no en todas las regiones hubo la misma disponibilidad para contestar la encuesta en línea; la CDMX registró un mayor número de participantes. Sin embargo, este trabajo muestra que un número importante de personas están dispuestas a responder temas relacionados con el consumo de alcohol y situaciones relacionadas con la salud mental asociados al COVID-19.

Sin embargo, el grupo aquí estudiado pudo tener mecanismos de afrontamiento para un mejor manejo del estrés y la ansiedad, debido en parte, tal vez, a su nivel educativo. Eso puede explicar sus niveles de consumo de alcohol, que fueron más bajos que en otras encuestas, y una relativa necesidad y búsqueda de apoyo psicológico.

La pandemia tomó por sorpresa a todos los países, cada uno lo enfrentó con los recursos disponibles, un fuerte desconocimiento de la potencialidad del virus, falta de

tratamiento y la esperanza de una vacuna lo más pronto posible. Desde luego fue un aprendizaje no sólo para el sector sanitario, sino para el económico y, sobre todo, para la población, cuya solidaridad en el periodo de confinamiento impidió una mayor catástrofe sanitaria.

Conclusiones

- En general, el consumo de alcohol disminuyó durante los primeros meses de la pandemia en México.
- El consumo diario de alcohol incrementó principalmente en la CDMX, en esta localidad se registraron puntajes más altos de estrés.
- La mayoría de los encuestados que beben alcohol no consideran que tienen problemas debido al consumo, son pocos los que dan el primer paso en la búsqueda de ayuda formal.
- Es necesario fortalecer las políticas públicas ya existentes para informar a la población sobre los riesgos asociados al uso de alcohol durante la crisis sanitaria y ampliar las fuentes de ayuda formal para hacer frente al malestar psicológico.

Declaraciones de los autores

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Referencias

1. Lazcano-Ponce E, Alpuche-Aranda C. Alfabetización en salud pública ante la emergencia de la pandemia por Covid-19. *Salud Publica Mex.* 2020;62(3):331-340. doi: 10.21149/11408
2. Brooks S, Webster R, Smith L, Woodland, L, Wessely S, Greenberg N. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet.* 2020;395(10227), 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
3. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr.* 2020;83(1): 51-56. doi: 10.20453/rnp.v83i1.3687.
4. Kumar A, Nayar KR. COVID 19 and its mental health consequences. *J Ment Health.* 2021 Feb;30(1):1-2. doi: 10.1080/09638237.2020.1757052
5. Labra Ó, Maltais D. Consecuencias de los desastres naturales en la vida de las personas: síntesis de la literatura y orientaciones para la intervención psicosocial. *Rev Trab Soc.* 2013; (85): 53-67. doi: 10.7764/rts.85.53-67
6. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian J Psychiatr.* 2020 Jun;51:102092. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102092.
7. Sun Y, Li Y, Bao Y, Meng S, Sun Y, Schumann G, et al. Brief Report: Increased Addictive Internet and Substance Use Behavior During the COVID-19 Pandemic in China. *Am J Addict.* 2020 Jul;29(4):268-270. doi: 10.1111/ajad.13066.
8. Lowe SR, Sampson L, Young MN, Galea S. Alcohol and Nonmedical Prescription Drug Use to Cope With Posttraumatic Stress Disorder Symptoms: An Analysis of Hurricane Sandy Survivors. *Subst Use Misuse.* 2017 Aug 24;52(10):1348-1356. doi: 10.1080/10826084.2017.1280832.
9. Orui M, Ueda Y, Suzuki Y, Maeda M, Ohira T, Yabe H, et al. The Relationship between Starting to Drink and Psychological Distress, Sleep Disturbance after the Great East Japan Earthquake and Nuclear Disaster: The Fukushima Health Management Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2017; 14(10):1281. doi: 10.3390/ijerph14101281.
10. Vetter S, Rossegger A, Rossler W, Bisson JI, Endrass J. Exposure to the tsunami disaster, PTSD symptoms and increased substance use - an Internet based survey of male and female residents of Switzerland. *BMC Public Health.* 2008 Mar 19;8:92. doi: 10.1186/1471-2458-8-92.
11. García L, de la Fuente L, Sáiz P, García MP, Bobes J. ¿Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19? *Adicciones.* 2020;32(2): 85-89. doi:10.20882/adicciones.1546.

12. Ramalho R. Alcohol consumption and alcohol-related problems during the COVID-19 pandemic: a narrative review. *Australas Psychiatry*. 2020 Oct;28(5):524-526. doi: 10.1177/1039856220943024.
13. Marsden J, Darke S, Hall W, Hickman M, Holmes J, Humphreys K, Neale J, Tucker J, West R. Mitigating and learning from the impact of COVID-19 infection on addictive disorders. *Addiction*. 2020 Jun;115(6):1007-1010. doi: 10.1111/add.15080.
14. Volkow ND. Collision of the COVID-19 and Addiction Epidemics. *Ann Intern Med*. 2020 Jul 7;173(1):61-62. doi: 10.7326/M20-1212.
15. Rehm J, Kilian C, Ferreira-Borges C, Jernigan D, Monteiro M, Parry CDH, et al. Alcohol use in times of the COVID 19: Implications for monitoring and policy. *Drug and Alcohol Review*. 2020 may 1;39(4). doi: 10.1111/dar.13074
16. The Lancet Gastroenterology Hepatology. Drinking alone: COVID-19, lockdown, and alcohol-related harm. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020 Jul;5(7):625. doi: 10.1016/S2468-1253(20)30159-X.
17. Koopmann A, Georgiadou E, Kiefer F, Hillemacher T. Did the General Population in Germany Drink More Alcohol during the COVID-19 Pandemic Lockdown? *Alcohol Alcohol*. 2020 Oct 20;55(6):698-699. doi: 10.1093/alcalc/agaa058.
18. Tran TD, Hammarberg K, Kirkman M, Nguyen HTM, Fisher J. Alcohol use and mental health status during the first months of COVID-19 pandemic in Australia. *J Affect Disord*. 2020 Dec 1;277:810-813. doi: 10.1016/j.jad.2020.09.012.
19. Villatoro-Velázquez J, Resendiz-Escobar E, Mujica-Salazar A, Bretón-Cirett M, Cañas Martínez V, Soto-Hernández I, et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud; 2017.
20. Gobierno de México-Secretaría de Salud. Jornada Nacional de Sana Distancia [Internet]. 23 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/541687/Jornada_Nacional_de_Sana_Distancia.pdf
21. Gobierno de México-Secretaría de Salud. Consejo de Salubridad General declara emergencia sanitaria nacional a epidemia por coronavirus COVID-19 [Internet]. 31 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/consejo-de-salubridad-general-declara-emergencia-sanitaria-nacional-a-epidemia-por-coronavirus-covid-19-239301>
22. Gutiérrez J. Grupo Modelo suspende operaciones por el coronavirus [Internet]. *La Jornada*; 3 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2020/04/03/economia/022n1eco>

23. San Juan A. La "Ley seca" por COVID-19 se extendió a 21 estados [Internet]. Infobae; 29 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/04/30/la-ley-seca-por-covid-19-se-extendio-a-21-estados/>
24. Sánchez-Olmos P. Más de un centenar de muertos en México por consumir alcohol adulterado [Internet]. El Mundo; 14 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.elmundo.es/internacional/2020/05/14/5ebd72b5fdddf8588b45e9.html>
25. Editorial Mediotiempo. ¡Regresa la cerveza! Inicia la distribución en México tras contingencia de coronavirus [Internet]. Mediotiempo; 01 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.mediotiempo.com/otros-mundos/cerveza-mexico-inicia-distribucion-contingencia-covid-19>
26. Hernández G. Ley seca en CDMX: ¿En qué alcaldías hay y en cuáles no? [Internet]. As México; 13 de junio de 2020. Disponible en: https://mexico.as.com/mexico/2020/06/13/actualidad/1592082636_576793.html []
27. Hernández A. Aumenta consumo de alcohol en confinamiento por Covid-19; cerveza, la favorita [Internet]. El Universal; 23 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/carera/aumenta-consumo-de-alcohol-en-confinamiento-por-covid-19-cerveza-la-favorita>
28. Morales Chainé S, López Montoya A, Bosch Maldonado A, Beristain Aguirre A, Robles García R, López Rosales F, Fernández Cáceres C. Condiciones de salud mental durante la pandemia por COVID-19. RIIAD. 8nov.2020;6(2):11-4. doi: 10.28931/riiad.2020.2.03.
29. Villaseñor K, Jiménez A, Ortega A, Islas L, Gonzáles O, Silva T. Cambios en el estilo de vida y nutrición durante el confinamiento por SARS-CoV-2 (COVID-19) en México: un estudio observacional. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. 2020;25(2), 1099. doi: 10.14306/renhyd.25.S2.1099
30. Levy T, Acosta L, Rosas V, Nasu L, Pineda E, Arcos M, et al. Resultados de la evaluación basal de la encuesta nacional de las características de la población durante la pandemia de covid-19 [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; junio 2020. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/5463-resultados-encuesta-ensars-coronavirus-ensanut.html>
31. Castro A. Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Desafíos de desarrollo ante la COVID-19 en México. Panorama Socioeconómico. [Internet]. UNDP; 2020. In URL : <https://www.mx.undp.org/content/mexico/es/home/library/poverty/desafios-de-desarrollo-ante-la-covid-19-en-mexico--panorama-soci.html>
32. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, de Lacerda RB, Ling W, Marsden J, Monteiro M, Nhwatiwa S, Pal H, Poznyak V, Simon S. Validation of the

- Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*. 2008 Jun;103(6):1039-47. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02114.x.
33. Conway LGI, Woodard SR, Zubrod A. Social Psychological Measurements of COVID-19: Coronavirus Perceived Threat, Government Response, Impacts, and Experiences Questionnaires [Internet]. *PsyArXiv*; 2020. Disponible en: psyarxiv.com/z2x9a.
 34. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*. 2003 Nov;41(11):1284-92. doi: 10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C.
 35. Arrieta J, Aguerrebere M, Raviola G, Flores H, Elliott P, Espinosa A, Reyes A, Ortiz-Panozo E, Rodriguez-Gutierrez EG, Mukherjee J, Palazuelos D, Franke MF. Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *J Clin Psychol*. 2017 Sep;73(9):1076-1090. doi: 10.1002/jclp.22390.
 36. Liu L, Xue P, Li SX, Zhang J, Zhou J, Zhang W. Urban-rural disparities in mental health problems related to COVID-19 in China. *Gen Hosp Psychiatry*. 2021 Mar-Apr;69:119-120. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2020.07.011.
 37. Summers-Gabr NM. Rural-urban mental health disparities in the United States during COVID-19. *Psychol Trauma*. 2020 Aug;12(S1):S222-S224. doi: 10.1037/tra0000871.
 38. Sánchez A. El absurdo de la Ley Seca: muertos, intoxicados y mercado negro [Internet]. *The Washington Post*; 7 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.washingtonpost.com/es/post-opinion/2020/06/07/el-absurdo-de-la-ley-seca-muertos-intoxicados-y-mercado-negro/>

The background features a soft, warm gradient from light yellow to white, with a large, faint sun in the center. Below the sun, there are two thick, wavy, horizontal bands in shades of brown and tan, creating a stylized horizon or landscape effect.

CAPÍTULO 11

POLÍTICAS PÚBLICAS
PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL
Y LAS ADICCIONES EN MÉXICO

Semblanzas de los autores



Mtro. José Martín Mosqueda Ventura

Licenciado en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, especialista en Adicciones por el Centro de Estudios Superiores Monte Fénix, especialista en Investigación en Ciencias de la Salud y Maestría en Ciencias Médicas por la Universidad Anáhuac. Laboró ocho años en la Comisión Nacional del Deporte, 14 en la Comisión Nacional contra las Adicciones, siete en el Instituto Mexiquense Contra las Adicciones, y un año en el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones, donde ocupó los puestos de subdirector y director de área. Ha participado en foros y congresos nacionales e internacionales, impartido cursos de capacitación y conferencias sobre las adicciones y colaborado en distintas publicaciones con tópicos relacionados. Fue invitado por la Oficina de la Política Nacional de Control de Drogas a participar en programas de intercambio en Miami, Dade y Washington. Es miembro de la Asociación Mexicana de Ex Becarios de los Estados Unidos, y participó en la Reunión Anual de Observatorios Nacionales de Drogas COPOLAD II, en Kingston, Jamaica, en 2016.



Mtro. Francisco Javier Fernández Clamont

Médico cirujano con Especialidad en Pediatría por la Universidad Nacional Autónoma de México, especialista en Salud y Bienestar y maestría en Dirección de Instituciones por la Universidad Anáhuac. Se ha desempeñado como docente de la asignatura de Pediatría. Trabajó como coordinador municipal de Derechos Humanos, director de Gobierno y director de Desarrollo Social en el municipio de Cuautitlán, Estado de México. Ocupó el cargo de presidente municipal en Cuautitlán, por el Partido Revolucionario Institucional, en el periodo 2009-2012. Posteriormente fungió

como diputado federal y local por el mismo partido. Es miembro de la Academia Mexicana de Pediatría, la Sociedad Mexicana de Peditras y la Asociación de Peditras del Estado de México. Presidente del Movimiento México Avanza. Fue director del Instituto Mexiquense Contra las Adicciones y actualmente es secretario de Salud del Estado de México y director general del Instituto de Salud del Estado de México.

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y LAS ADICCIONES EN MÉXICO

*Mtro. José Martín Mosqueda Ventura, Mtro. Francisco Javier Fernández Clamont
Secretaría de Salud del Estado de México*

*Correspondencia: Mtro. José Martín Mosqueda Ventura
Correo electrónico: marmos@gmail.com*

Resumen

Aquí se describen la base legal, la evolución de las estructuras de gobierno y las políticas públicas implantadas en México en los últimos años para atender el consumo nocivo de alcohol y los problemas de salud mental (trastornos afectivos), alineadas a documentos internacionales como la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol y el Plan de Acción sobre Salud Mental, ambos de la OMS. Se mencionan algunas transiciones que han influido en la aplicación de esas políticas, a partir de las cuales se han propuesto distintos programas sexenales en los que participan todos los sectores sociales dentro de la agenda pública, y se concluye que no han sido suficientes para lograr una cobertura de amplio alcance en la ciudadanía. Adicionalmente, se plantean recomendaciones para articular en un sólo organismo rector los planes y programas correspondientes, actualizar el marco legal, incrementar impuestos, limitar la disponibilidad y disminuir la comercialización de bebidas alcohólicas, evitar que se establezcan puntos

de venta de alcohol cerca de las escuelas, incorporar intervenciones en el primer nivel de atención a la salud en forma permanente para personas consumidoras de alcohol y para quienes presentan algún trastorno mental, diseñar y poner en marcha estrategias de promoción y prevención en salud mental, así como fortalecer la investigación científica.

Palabras clave: políticas públicas, consumo nocivo de alcohol, trastornos afectivos.

Introducción

Así como los problemas de salud mental y del consumo de sustancias psicoactivas, específicamente el uso nocivo del alcohol, han mostrado cambios a lo largo del tiempo a nivel global, también las políticas públicas [1] para su atención han variado conforme a las transiciones demográficas, epidemiológicas y gubernamentales de nuestro país. Desde 2010, año en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgó la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol (EMRUNA), se marcó un hito en el diseño de políticas públicas, al quedar claro el precepto de que el uso nocivo del alcohol y la carga sanitaria y social asociada son una prioridad de la salud pública [2]. En este apartado describiremos sucintamente la forma en que se han modificado esas políticas en México, las instituciones involucradas en su diseño y aplicación, y cómo se han integrado en la agenda pública en los últimos años.

I. Base legal

Para la atención a la salud mental (trastornos afectivos) y los trastornos por uso de alcohol, se cuenta con una sólida base legal que emana desde la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art. 4º, Art. 73 fracción XVI, inciso 4 y Art. 117 fracción IX) y diversas leyes, como la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Art. 39, fracción XVI) y la Ley General de Salud (Art. 3º fracción XXIII; Art. 13 apartado C; Art. 74; Art. 185, 185 Bis, 185 Bis 1-2; Art. 186, 186 Bis, Art. 187, 187 Bis, 187 Bis 1; Art. 191, párrafo segundo; Art. 192; 192 bis; Art. 192 Ter; Art. 192 Quáter; Art. 192 Quintus; Art. 192 Sextus; Art. 193 Bis; Art. 204, párrafo segundo; Arts. 217, 218, 234-256, 301 y 308; y Art. 474 del Capítulo VII: Delitos Contra la Salud en su modalidad de Narcomenudeo).

Se agregan la Ley General para el Control del Tabaco, la Ley General de Educación, la Ley Federal del Trabajo, la Ley General para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal, fundamentalmente.

Se consideran, además, algunas leyes propias de cada institución (IMSS, ISSSTE), que atribuyen responsabilidades relativas al desarrollo de actividades preventivas y de atención a las adicciones. Asimismo, se consideran varios reglamentos alusivos (Figura 1).

Figura 1. Reglamentos que forman parte de la base legal de la atención a la salud mental y las adicciones.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco.
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Publicidad.
Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios.
Capítulo VI Ter del Comisionado Nacional contra las Adicciones, Artículo 11 Ter.
Reglamento Interior del Consejo Nacional contra las Adicciones (D.O.F. 10 de enero de 2011).
Reglamento de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal

Otros ordenamientos

Hay diversas Normas Oficiales Mexicanas que complementan la base legal, como la NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones; la NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica; la NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica; y la Declaración de México para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica de 2006. Han de considerarse igualmente las convenciones y los tratados internacionales: la Convención Única sobre Estupefacientes (1961), la

Convención sobre Sustancias Psicotrópicas (1971), la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988), el Convenio Marco para el Control del Tabaco (2003), y la Estrategia Mundial para Reducir del Uso Nocivo del Alcohol (2010), éstos dos últimos propuestos por la OMS.

Igualmente encontramos la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), adoptada por la "Conferencia sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas de Locales Salud"; los principios de Brasilia, principios rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas (OPS/OMS, 2005); y el Consenso de Panamá, de la "Conferencia regional de salud mental" (OPS/OMS, 2010).

II. Instancias rectoras y políticas públicas para la atención de las adicciones en México

El Consejo Nacional contra el Alcoholismo se ubicó en la primera mitad de la década de los ochenta (1985) y su tarea principal fue integrar un programa de actividades a partir del proyecto propuesto e impulsado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, dependiente de la Secretaría de Salud. Más tarde se fusionó con el Consejo contra el Tabaquismo y el Consejo contra la Farmacodependencia, lo que resultó, el 8 de julio de 1986, en una sola entidad denominada Consejo Nacional contra las Adicciones, con el objetivo de "promover y apoyar las acciones de los sectores públicos, sociales y privados tendentes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como promover y evaluar los Programas contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia" [3].

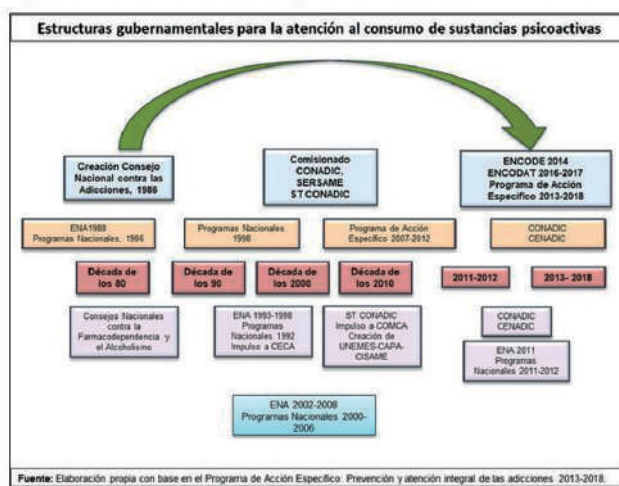
Los programas creados en 1986 se actualizaron en 1992, con la participación de varias instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil. En el periodo 1994-2000 ya se contaba con una estructura más amplia para cumplimentar los Acuerdos del Consejo Nacional contra las Adicciones (Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones) y se mantenía la creación de organismos homólogos en las entidades federativas, conocidos como Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA). Éstos existían desde 1986 y su función primordial era impulsar la coordinación entre representantes del sector público, social y privado para desarrollar acciones

enmarcadas en el Programa de Prevención y Control de Adicciones (PPyCA), de la Secretaría de Salud; también promovían la conformación de instancias espejo denominadas Comités Municipales contra las Adicciones.

Cambios en la estructura organizativa

A finales de 1999, al Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones se le otorgó el nivel de Subsecretaría de Estado con la figura de Comisionado Nacional contra las Adicciones, y se le confirió la responsabilidad de conducir la política en materia de salud mental. Esto prevaleció hasta agosto de 2003, ya que, en 2004, se retomó la figura de Secretariado Técnico con nivel de Dirección General, hecho que la desvinculó de la atención a la salud mental (Figura 2).

Figura 2



Objetivos de las políticas públicas

El *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018* [4] destaca que el uso nocivo del alcohol tiene repercusiones directas en numerosas metas concernientes a la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), como las enfermedades infecciosas

(hepatitis virales, tuberculosis, VIH), la salud materno-infantil, la salud mental, las enfermedades no transmisibles, las intoxicaciones y los traumatismos, además de que representa el principal factor de riesgo en la carga de morbilidad, lo que demuestra la necesidad de un enfoque amplio basado en la mejor evidencia disponible para reducir su impacto.

Las políticas domésticas han articulado siempre sus propósitos con las internacionales, entre las que se encuentran:

- Lograr un balance entre la reducción de la demanda y la reducción de la oferta.
- Sensibilizar a la ciudadanía y tomadores de decisiones acerca de los riesgos y daños a la salud individual y colectiva asociados al uso nocivo del alcohol.
- Retrasar la edad de inicio del consumo.
- Ampliar el acceso a servicios preventivos y de tratamiento, y mitigar el impacto en la salud individual y colectiva.

Servicios para la atención al consumo de alcohol en la agenda pública

A partir de la creación del Seguro Popular, en su Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) [5] se incluyeron actividades de detección temprana de adicciones (consejería), a saber:

- Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol.
- Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de drogas.
- Consulta para asesoría por abuso de tabaco.
- Examen de pesquisa especial para trastornos mentales y del comportamiento, y la atención a problemas relacionados con el uso de alcohol, tabaco y drogas.

Otros servicios de atención

A partir de 2007, con la Unidad de Especialidades Médicas en Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA), de los que actualmente hay 338 en México, se brinda tratamiento al uso nocivo del alcohol mediante dos programas específicos: el Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas, y el Programa para Bebedores Problema, dirigido a mayores de 18 años.

Por su parte, los Centros de Integración Juvenil (CIJ), fundados en 1969, con sus 116 unidades; el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF), del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz" (INPRFM); y varias clínicas especializadas de los Servicios Estatales de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) forman parte de una red nacional de servicios que se complementan con la participación de miles de grupos de ayuda mutua. Entre ellos descuellan: Alcohólicos Anónimos, Familias Anónimas, Al-Anón y Al-Ateen, y los 302 establecimientos residenciales reconocidos con base en los criterios de la NOM-028. En 2011 se creó el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (Cenadic), cuya función primordial consistió en consolidar el modelo de atención de la UNEME-CAPA, y en 2016 se fusionó con el Consejo Nacional contra las Adicciones, lo que dio origen a la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic).

Con las reformas a la Ley General de Salud en abril de 2015, el Programa Nacional contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas se convirtió en el Programa para la Prevención, Reducción y Tratamiento del uso nocivo del Alcohol, la Atención del Alcoholismo y la Prevención de Enfermedades derivadas del mismo, a fin de alinearlo con la EMRUNA, que a su vez se sintetiza en el Paquete Técnico SAFER (2018), cuyas cinco intervenciones clave, expuestas en sus siglas en inglés, son: fortalecer las restricciones sobre disponibilidad de alcohol; impulsar y hacer cumplir las medidas de lucha contra el consumo de alcohol; facilitar el acceso a tamizaje, intervenciones breves y tratamiento; hacer cumplir la prohibición y restricción de publicidad, patrocinio y promoción del alcohol; y aumentar los impuestos a través de vigorosas políticas de precios [12].

Su objetivo consiste en brindar apoyo para reducir el consumo nocivo de alcohol en los países miembros, fortalecer la aplicación de la EMRUNA y otros instrumentos, como el Plan de Acción Mundial para Prevenir y Controlar las Enfermedades No Transmisibles [6], y la meta 3.5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU, al fortalecer la prevención y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, además del consumo nocivo de alcohol [7].

Programa Nacional de Alcoholimetría

A través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes (STCONAPRA), se implementó en 2009 el Programa Nacional de Alcoholimetría, con el propósito de prevenir accidentes en carreteras asociados al consumo de alcohol en los municipios con mayor riesgo [8]. El alcoholímetro cumple dos objetivos: aumentar la percepción de la ciudadanía acerca del riesgo de ser sancionada y evitar que conduzcan luego de beber alcohol, ya que la evidencia demuestra que el riesgo relativo de que ocurra un accidente es significativamente mayor cuando los niveles de alcohol en sangre son de 0,04 por ciento a 0,05 por ciento [9, 10, 11].

Programa Conductor Designado

El Programa Conductor Designado se aplica desde hace 20 años en varias ciudades mexicanas con el concurso de empresas cerveceras y de la industria del entretenimiento, y los gobiernos locales en escenarios universitarios, locales de consumo y eventos masivos. Su finalidad es fomentar un estilo de vida saludable al enfatizar la discrepancia entre beber alcohol y manejar un automóvil. Aunque hay opiniones divididas acerca de su efectividad, forma parte de las medidas de reducción de riesgos y daños derivadas del paquete SAFER, que recomienda implantar políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol y acciones para mitigar las consecuencias de la intoxicación etílica [12].

Cambios en la legislación

Con las modificaciones respectivas a la Ley General de Salud, se incorporó por primera vez la definición de uso nocivo del alcohol, como el consumo de bebidas alcohólicas en cualquier cantidad por menores de edad; el consumo en exceso por mujeres embarazadas; la ingesta en cualquier cantidad por personas que manejen unidades de transporte público de pasajeros, al igual que automotores y maquinaria o que desempeñen tareas que requieren habilidades y destrezas, particularmente las asociadas al cuidado de la salud o la integridad de terceros; y el consumo en personas con enfermedades crónicas (Art. 185 Bis) [13].

Otro aspecto importante fue la inclusión de medidas para la protección de la salud de terceros y de la sociedad, como establecer límites de alcohol en sangre y aire espirado al manejar vehículos automotores y promover la participación de la sociedad civil en la ejecución del programa correspondiente. A lo anterior se agregó, en mayo de 2018, la publicación del decreto para conmemorar el Día Nacional contra el Uso Nocivo de Bebidas Alcohólicas, el 15 de noviembre de cada año, con miras a concientizar a la población acerca de los efectos negativos que provoca el consumo, especialmente en niños y adolescentes, y fomentar actividades deportivas, culturales y cívicas que contribuyan en la lucha contra el alcoholismo [14].

Impuestos a las bebidas con alcohol

Aunque se ha logrado un avance para captar recursos por esta vía, la recaudación no es suficiente para cubrir los costos de salud pública que el alcohol genera al sistema sanitario nacional ni reducir el consumo [15] que afecta a la población más vulnerable, como adolescentes y jóvenes. Se estima que, en 2017, el costo de atención a la cirrosis fue de 63 mil 733 millones de pesos, monto 1.8 veces superior a la recaudación del Impuesto Especial sobre Productos y Servicios (IEPS) a cervezas y bebidas alcohólicas en ese mismo año [16].

III. Instancias rectoras de las políticas públicas para la atención de la salud mental y trastornos afectivos en México

La atención a la salud mental se mantiene como la mayor demanda de salud insatisfecha en México, pese a los esfuerzos por disminuir la brecha entre los servicios disponibles y las necesidades de la población, ya que, actualmente, sólo 20 por ciento de las personas con un trastorno mental recibe tratamiento [17,26]. Asimismo, diversos estudios indican una clara asociación entre el consumo excesivo de alcohol y los trastornos afectivos [18,19].

En 1978 fue creado el Centro Mexicano de Salud Mental (CEMESAM), que realizaba investigación científica en el rubro de la salud mental y las adicciones; éste fue sustituido un año más tarde por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP, hoy INPRFM) [20]. Para

1986 ya existía la Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social, con la función de atender los trastornos mentales conjuntamente con el IMP y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. En 1995, el Programa de Reforma del Sector Salud resaltó la relevancia de atender los problemas de salud mental y promovió la participación familiar, social y de la comunidad en su conjunto, con el propósito de disminuir las repercusiones sociales asociadas, y el gobierno federal decidió unificar la Dirección de Normas de Salud Mental y la Conadic, conjunción que no perduró y al poco tiempo se volvió al esquema anterior [20].

Durante ese año, en el que también se publicó la NOM-025-SSA2-2014, se puso en marcha el subprograma para fortalecer la calidad de la atención en unidades hospitalarias especializadas al asignar recursos que permitieran procesos de mejora en beneficio de las y los pacientes. Para 1997 se creó la Coordinación de Salud Mental (COORSAME) a efecto de ejercer la rectoría en la materia, y en septiembre de 2000 fue publicado, en el Diario Oficial de la Federación, el surgimiento de los Servicios de Salud Mental (SERSAME), órgano desconcentrado que sustituyó a la COORSAME.

En ese entonces, al Comisionado Nacional contra las Adicciones se le confirió la atribución de conducir también los SERSAME y actuar como instancia máxima para proponer y evaluar las políticas en adicciones y salud mental. En el periodo 2001-2006 se actualizaron los programas específicos en los siguientes rubros: demencias y trastornos asociados, epilepsia, esquizofrenia, depresión, psicopatología infantil y de la adolescencia, enfermedad de Parkinson, trastorno por déficit de atención, y atención psicológica en casos de desastre.

En 2003 se crearon los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) para coordinar la prestación de servicios en las unidades operativas de su adscripción, al establecer vínculos con instituciones del sector salud y participar en la elaboración de normas oficiales mexicanas con el fin de regular los servicios.

En el 2004 se creó el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME), como órgano de consulta con objeto de apoyar la promoción de las acciones del sector público, social y privado en la prevención, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y reintegración social del individuo, en lo relativo a problemas de salud mental; proponer y coadyuvar en la evaluación de los programas; y difundir e implantar modelos innovadores de atención a la salud mental [21]. El Consejo tiene representación en la mayoría de las entidades federativas.

En 2007 inició la red nacional de Unidad de Especialidad Médica-Centro Integral de Salud Mental (UNEME-CISAME), instaurada bajo un modelo comunitario para proporcionar servicios preventivos, atención ambulatoria y referencia a unidades hospitalarias. En el Catálogo Universal de Servicios de Salud de 2010 se incorporaron servicios de ese tipo para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos afectivos y de ansiedad, y trastornos psicóticos y del desarrollo, como el autismo y la epilepsia.

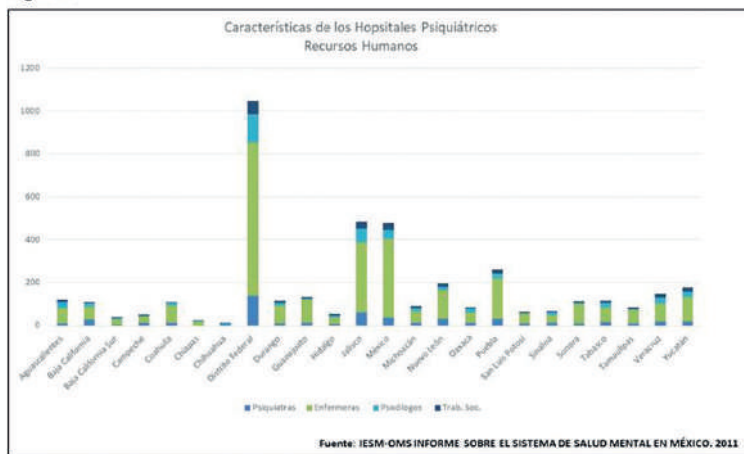
La Reforma Psiquiátrica efectuada en Italia, [22] España, [23] y México [24] dio origen al Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, propuesto por el Secretariado Técnico del CONSAME para el periodo 2013-2018.

Evidentemente, los cambios en las estructuras federales no rindieron los resultados esperados y las políticas públicas han sido inconsistentes, pues se ha documentado que, del total del presupuesto destinado a la salud, sólo 2 por ciento se aplica en salud mental; a su vez, de ese porcentaje, se asigna 80 por ciento a operación de hospitales psiquiátricos [25]. En esas circunstancias, el trabajo preventivo es mínimo y todos esos esfuerzos para atender la salud mental y los trastornos afectivos son insuficientes, lo cual provoca reacciones entre la sociedad civil organizada y los familiares de pacientes, que han formado agrupaciones para demandar mayor acceso no sólo a tratamientos ambulatorios y a medicamentos, sino también un trato digno a las personas hospitalizadas y pacientes externos.

Desafortunadamente, el estigma y la discriminación que afrontan las personas enfermas impide muchas veces que acudan a servicios apropiados, situación que se agudiza con la creencia errónea de que no es posible tratar los trastornos mentales o que las y los pacientes son difíciles, incapaces de tomar decisiones y poco inteligentes [26]. En la mayoría de las naciones, las denuncias por violación a derechos humanos de personas con discapacidad mental incluyen reclusión forzada, coerción física y privación de necesidades básicas.

Respecto al capital humano, en 2011, la OMS documentó que nuestro país enfrentaba una escasez de recursos especializados, ya que se contaba únicamente con 10 profesionales por cada 100 mil habitantes, a saber: 4,161 psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras en los hospitales psiquiátricos (Figura 3), los que a su vez se distribuían inequitativamente, pues la mayoría estaban concentrados en las grandes ciudades [25].

Figura 3



Los tres principales padecimientos atendidos en el país se indican en la Tabla 1.

Tabla 1. Principales padecimientos padecidos en el país

Padecimiento	Frecuencia	Porcentaje
Trastornos el estado de ánimo	13,057	30.4
Esquizofrenia	11,553	26.5
Trastorno por uso de sustancias	4,562	10.6

Fuente: elaboración propia con base en el Informe sobre el sistema de salud mental en México, México 2011. IESM-OMS.

Iniciativas de ley para reformar la atención a la salud mental

En 2017 se presentaron dos iniciativas en la cámara de diputados: la primera para promulgar la Ley Nacional de Salud Mental, y la segunda para considerar a las personas depresivas como parte de la atención de los trastornos mentales y del comportamiento, pero no se han publicado.

IV. Conclusiones

Las políticas públicas para reducir el uso nocivo del alcohol y los trastornos afectivos han variado en las últimas décadas. A continuación, se presentan algunas consideraciones para salvar determinados obstáculos.

Alcohol:

- Aplicar adecuadamente medidas costo-efectivas como incrementar impuestos, limitar la disponibilidad y disminuir la comercialización [27].
- Fortalecer la ley de manera análoga a la Legislación Nacional para el Control del Tabaco, al regular la producción, distribución y venta de alcohol informal, y cancelar la autorregulación de la industria alcoholera.
- Impedir el establecimiento de puntos de venta cercanos a planteles escolares de cualquier nivel.
- Realizar pruebas aleatorias de aliento con reglamentos de tránsito homólogos en todo el país respecto a los límites máximos de alcoholemia (no mayor a 0,05 grs/dl entre población general y 0,02 grs/dl en conductores jóvenes, según la OMS).
- Dar mayor accesibilidad a servicios de atención para pacientes y familiares, con capacitación adecuada al personal de salud en el primer nivel.
- Incorporar la perspectiva de género a las intervenciones preventivas y de tratamiento.
- Modificar la ley para aumentar el IEPS a las bebidas alcohólicas, importadas y nacionales, sin distinción de la graduación que contengan, con el fin de reducir su acceso a la población y fortalecer la recaudación fiscal por ese concepto [27].
- Integrar e invertir en servicios preventivos, de detección temprana y consejería en primer nivel de atención.

Trastornos afectivos:

- Crear un solo organismo rector para conducir las políticas públicas en salud mental y adicciones.
- Instaurar la atención primaria como el eje articulador que aborde los trastornos afectivos y otros padecimientos de salud mental.
- Ampliar la capacidad de atención a la salud mental en hospitales generales y disminuir las camas ubicadas en hospitales psiquiátricos.
- Poner en marcha estrategias de prevención y tratamiento de problemas afectivos y de conducta, especialmente en niñas, niños y adolescentes [28].
- Invertir más recursos financieros, humanos y materiales para ampliar la cobertura y acceso a los servicios, y disminuir los gastos para las familias.
- Promover la participación comunitaria en la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción de los y las pacientes.
- Fortalecer la investigación científica.

Declaraciones de los autores

No existe ningún tipo de conflicto de interés.

Referencias

1. Secretaría de Salud, Conadic. Programa Anual de Trabajo 2020 [Internet]. Gobierno de México; 2020 [consultado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/559206/PAT_2020_06082020132448.pdf
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet]. OMS; 2010 [consultado 10 dic 2020]. Disponible en: https://www.who.int/publications/list/alcohol_strategy_2010/es/
3. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Adicciones. Alcoholismo [Internet]. Ciudad de México; Secretaría de Salud; 2001 [consultado 12 nov 2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/alcoholismo.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2019 [consultado 9 dic 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Seguro Popular. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2010 [Internet]. Ciudad de México: CNPSS; 2010 [consultado 9 nov 2020]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/pot/2011/fxvii/causes/catalogo_2010.pdf
6. Organización Mundial de la Salud. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [consultado 15 ago 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>
7. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivo 3: Salud y bienestar [Internet]. [Consultado 15 ago 2020]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
8. Secretaría de Salud, STCONAPRA, OPS, OMS. Protocolo para la Implementación de Puntos de Control de Alcoholimetría [Internet]. [Consultado 10 nov 2020]. Disponible en: http://conapra.salud.gob.mx/Interior/Documentos/Publicaciones_Especializadas/Protocolo_Alcoholimetria.pdf
9. Organización Panamericana de la Salud. El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2010 [consultado 2 dic 2020]. Disponible en: <https://www1.paho.org/hq/dmdocuments/alcohol-politicas-2012.pdf>
10. Moskowitz H, Fiorentino D. A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving related skills [Internet]. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration; 2000. Disponible en: <https://one.nhtsa.gov/people/injury/research/pub/hs809028/title.htm>

11. Moskowitz H, Blomberg R, Burns M, Fiorentino D, Peck R. Methodological issues in epidemiological studies of alcohol crash risk. Proc. Int. Counc. Alcohol Drugs Traffic Safety Conf. 2002; 2002: 45-50.
12. Organización Panamericana de la Salud. El paquete técnico SAFER. Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol [Internet]. Washington, D.C.; OPS, 2020 [consultado 4 dic 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/paquete-tecnico-safer-mundo-libre-danos-relacionados-con-alcohol>
13. Secretaría de Gobernación. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Bebidas Alcohólicas [Internet]. Ciudad de México: DOF; 2015 [consultado 4 dic 2020]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/Leyes-Biblio/ref/lgs/LGS_ref91_20abr15.pdf
14. Secretaría de Gobernación. Decreto por el que se declara el 15 de noviembre de cada año como "Día Nacional Contra el Uso Nocivo de Bebidas Alcohólicas" [Internet]. Ciudad de México: DOF, 2018 [consultado 4 dic 2020]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521802&fecha=08/05/2018
15. Cámara de Diputados LXIII Legislatura, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas. Nota informativa. IEPS a cervezas y bebidas alcohólicas [Internet]. Ciudad de México: CEFP; 2018 [consultado 23 nov 2020]. Disponible en: <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2018/notacefp0302018.pdf>
16. Farfán Mares G. Análisis de la política de ingreso tributarios y no tributarios para bebidas alcohólicas en México en los gobiernos federal, estatal y municipal con un enfoque de salud pública [Internet]. Ciudad de México: Comunidad Mexicana de Gestión Pública para Resultados; 2018. Disponible en: http://www.comunidadmexicana.org.mx/doctos/2018112720181015White_Paper_IEPS_Alcohol_Comunidad_Mexicana_24_de_julio_2018-Diseno_espanol.pdf
17. OPS, OMS. Informe sobre sistema de salud mental en México [Internet]. Ciudad de México: OPS, OMS; 2011 [consultado 10 nov 2020]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
18. Marín-Navarrete R, Benjet C, Borges G, Eliosa-Hernández A, Nanni-Alvarado R, Ayala-Ledesma M, et al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. Salud Ment. 2013 Dic; 36(6): 471-479.
19. Marín-Navarrete R, Eliosa-Hernández A, Lozano-Verduzco I, Fernández-De la Fuente C, Turnbull B, Tena-Suck A. Estudio sobre la experiencia de hombres atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. Salud Ment. 2013 Oct; 36(5): 393-402.

20. Instituto Nacional de Psiquiatría. Antecedentes [Internet]. 2017 [consultado 10 dic 2020]. Disponible en: <http://inprf.gob.mx/inprf/antecedentes.html>
21. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Salud Mental [Internet]. Ciudad de México: DOF; 2004 [consultado 10 dic 2020]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/a210704.html>
22. Dell'Acqua P. Desde el manicomio hacia los servicios de salud mental en el territorio [Internet]. Ideass Italia [consultado 7 dic 2020]. Disponible en: <http://www.ideassonline.org/public/pdf/BrochureTriesteESP.pdf>
23. Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 1985; 5(13): 204-222. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14810/14679>.
24. Secretaría de Salud México. Declaración de México para la reestructuración de la atención psiquiátrica [Internet]. Ciudad de México: STCNSM; 2006 [consultado 7 dic 2020]. Disponible en: <http://coepsique.org/wp-content/uploads/2011/12/declaracion-Salud-Mental-M%C3%A9xico-2006.pdf>
25. Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. Salud Mental en México [Internet]. NOTA-INCyTU. 2018 Ene [consultado 20 nov 2020]; (007): 1-6. Disponible en: https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
26. Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. Salud Ment. 2015 Feb; 38(1): 53-58.
27. Coalición México Salud-Hable. Reporte de la sociedad civil sobre consumo nocivo de alcohol [Internet]. México Saludhable; 2020 [consultado 7 dic 2020]. Disponible en: [https://ncdalliance.org/sites/default/files/MxSH_CS por ciento20Report por ciento20Alcohol por ciento20Exec por ciento20Summary por ciento20SPA.pdf](https://ncdalliance.org/sites/default/files/MxSH_CS%20por%20ciento20Report%20por%20ciento20Alcohol%20por%20ciento20Exec%20por%20ciento20Summary%20por%20ciento20SPA.pdf)
28. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra: OMS, 2013 [consultado 8 dic 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=59330F42EC0B499127226710FFAFD3DFA?sequence=1 [08.12.2020].



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONADIC
COMISIÓN NACIONAL CONTRA
LAS ADICCIONES



**Centros de
Integración
Juvenil, A.C.**

ISBN: 978-607-7917-28-1



9 786077 917281