

***FISAC** agradece la participación de la **OPS/OMS** en sus seminarios científicos, y su cooperación para difundir, en los países de la Región de las Américas, los debates y ponencias que de aquéllos emanan.*





Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.

**Misión:**

**Promover el conocimiento y la responsabilidad respecto a las bebidas con alcohol** (sustentar su función en la sociedad, ayudar a evitar el uso inadecuado y desalentar todo tipo de abuso) **para una mejor convivencia social.**

LA FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIALES, A. C.  
AGRADECE EL APOYO DE LAS SIGUIENTES EMPRESAS

*Bacardí y Cía.  
Casa Cuervo  
DIAGEO  
Grupo Televisa  
Industrias Vinícolas Pedro Domecq  
La Madrileña  
Möet-Hennessy  
Pernod Ricard  
Tequila Herradura*

## Cuadernos FISAC

Órgano de Difusión del Comité Científico de la Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.  
Noviembre, 2003 Año 4 Vol. 1 Número 018

### ·SOCIOS FUNDADORES

*Emilio Azcárraga Milmo †*  
*Nazario S. Ortiz Garza †*

### ·DIRECTOR GENERAL

*Ignacio Ybarra Duperou*

### ·PRESIDENTES HONORARIOS

*Antonio Ariza Cañadilla*  
*Isaac Chertorivski Shkoorman*

### ·COORDINADOR EDITORIAL

*Haydeé Rosovsky T.*

### ·PRESIDENTE EJECUTIVO

*Gastón T. Melo Medina*

### ·COMITÉ EDITORIAL

*Alicia Argüelles Guasquet*  
*Federico Cabrera Amescua*  
*Gastón T. Melo Medina*  
*Haydeé Rosovsky T.*

### ·PATRONATO 2003

#### PRESIDENTE

*Antonio Ariza Alduncin*

### ·EDITOR

*Alberto Téllez Aguilar*

*Emilio Azcárraga Jean*  
*Juan Domingo Beckmann Legorreta*  
*Marc Beuve Mery*  
*William Bullard*  
*Juan Grau*  
*Jorge Kanahuati Gómez*  
*Cristóbal Mariscal Estrada*  
*Jaime Mijares Noriega*  
*Alejandro Quintero Iñiguez*  
*Raúl Rábago Alcalá*  
*Manuel Rubiralta Díaz*  
*Jerome Seignon*  
*Jorge Terrazas Ornelas*  
*Salomón Vargas García*  
*Luis Velasco Fernández*

### ·FORMACIÓN DE TEXTOS E IMPRESIÓN

*Typo graphics, S. A. de C. V.*



# Índice de contenido

---

## **Bienvenida**

*Gastón T. Melo Medina*

pág. 7

## **Introducción**

*Haydeé Rosovsky T.*

pág. 9

## **Transtornos psiquiátricos y el consumo de alcohol: panorama epidemiológico**

*Jorge Javier Caraveo Anduaga*

pág. 11

## **La enfermedad dual conformada por el alcoholismo y la depresión**

*Gady Zabicky Sirot*

pág. 23

## **Consumo de alcohol y depresión en las mujeres: un estudio en servicios de urgencias**

*Liliana Mondragón*

pág. 29

## **Experiencia terapéutica en el manejo del paciente con trastorno dual: alcoholismo y depresión**

*José Antonio Elizondo López*

pág. 37

## **Comentarios finales y conclusiones**

*Agustín Vélez Barajas*

pág. 47

## PARTICIPANTES DEL PÚBLICO ASISTENTE

---

*Nota: Los contenidos y opiniones expresados en las ponencias son responsabilidad de los autores y participantes, y no reflejan la opinión de la Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.*

---

**Portada:** *Resplandor* (1980). Óleo sobre tela, 129.5 x 94 cm. **Autor:** Cordelia Urrueta. Detalle. Colección Tony Randall, Nueva York. Tomado de *Beber de tierra generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México*, pág. 165. Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. FISAC, 1998.

# Seminario permanente: “Investigación, cultura y salud”

## *Alcohol y depresión*

### **Bienvenida**

*Dr. Gastón T. Melo Medina*

*Presidente ejecutivo de FISAC*

**M**uy buenos días a todos. Como en cada ocasión de nuestro seminario nos sentimos honrados en que nos acompañen aquí en FISAC. En esta ocasión abordamos un tema de especial interés, como es la relación entre dos graves problemáticas: por una parte el abuso del consumo de alcohol y el alcoholismo y, por la otra, los estados depresivos. Surgen numerosas interrogantes que, seguramente, en gran medida serán hoy respondidas por nuestros ponentes.

¿Existe una relación causal entre ambos fenómenos? Y si es así, ¿qué dirección tienen esa causalidad? ¿La depresión precede al abuso del alcohol o incluso al alcoholismo? ¿Es el abuso en el consumo alcohol lo que lleva a la depresión? Si la relación no es causal ¿de qué forma se asocian ambos fenómenos? ¿Qué características tiene esta asociación en nuestro medio?

Por sí mismas dichas problemáticas constituyen retos a la salud y al bienestar de los individuos y de la comunidad. Se sabe que el abuso en el consumo de alcohol y el alcoholismo conllevan graves riesgos para la salud física y mental de las personas, para sus relaciones interpersonales y para el desarrollo productivo y social de la sociedad en su conjunto.

\*Seminario realizado en la Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. (FISAC), el día 18 de septiembre de 2003.

Por su parte, la depresión constituye uno de los principales problemas que aquejan a la población mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que en unos años se convertirá en la primera causa de consulta en el mundo. Indudablemente, las condiciones sociopolíticas y económicas prevalentes en el planeta tienen un papel importante en esta situación.

Los estados depresivos despojan a las personas de su espíritu de lucha, de la capacidad para plantearse un proyecto de vida personal y social, y trabajar en él, y sobre todo de disfrutar de lo bueno de la vida. Aunque no es un fenómeno nuevo probablemente existe desde que los seres humanos aparecieron en este planeta el aumento de su incidencia nos preocupa cada vez más. El aumento de los suicidios entre gente joven nos abruma y sobrecoge. Sin embargo, aunque no todos los estados depresivos tienen ese desenlace, quienes siguen existiendo con esta condición sufren, y afectan con su sufrimiento a los demás. Los viejos, en su soledad y frecuente abandono; los marginados y estigmatizados; los carentes de los mínimos indispensables para su supervivencia y para aspirar a una existencia digna, todos están expuestos a la depresión.

También están quienes, en apariencia, no tienen motivos para sentirse deprimidos, pero todos estamos expuestos a este problema en algún momento de la vida. Al parecer es un acompañante de la existencia humana, especialmente en las sociedades que no son solidarias ni equitativas, donde los valores materiales dominan nuestras vidas. Sin duda este problema debe ser resultado de la combinación de muchos factores, y algunas personas resultan ser más proclives a padecerlo que otras.

Esperamos pues que en este día nuestros prestigiados ponentes compartan con nosotros su experiencia, y que, al hacerlo, nos orienten con sus conocimientos a emprender acciones positivas para enfrentar mejor este reto.



## Introducción

*Mtra. Haydeé Rosovsky T.*

*Coordinadora de los seminarios FISAC*

Sólo quiero presentar brevemente a los ponentes que nos van a presentar sus trabajos. En primer lugar se dirigirá a nosotros el doctor Jorge Javier Caraveo Anduaga, Investigador Titular de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente”, quien nos hablará acerca del panorama epidemiológico del el abuso de alcohol y los trastornos psiquiátricos.

En segundo término participará el doctor Gady Zabicky Sirot, Coordinador del Programa de Investigaciones Relacionadas con Sustancias”, también del instituto de psiquiatría antes mencionado, con una ponencia que trata sobre la dualidad conformada por el alcoholismo y la depresión.

Del mismo instituto de psiquiatría, de donde es Investigadora Asociada, la doctora Liliana Mondragón, nos presentará los resultados de estudio que realizó en diversos servicios de urgencia de la Ciudad de México, sobre el consumo de alcohol y la depresión en mujeres.

Enseguida, el doctor José Antonio Elizondo López, Presidente y Director del Centro de Atención Integral en Problemas de Adicción, nos platicará sobre la experiencia terapéutica en el manejo del paciente que padece el trastorno dual de alcoholismo y depresión.

Por último, el doctor Agustín Vélez Barajas, Encargado del Despacho del Comisionado Nacional del Consejo Nacional Contra las Adicciones, hará algunos comentarios finales y nos ofrecerá sus conclusiones desde la perspectiva de la política

pública, de qué está haciendo actualmente en los programas poblacionales respecto del tema que nos ocupa.



# Trastornos psiquiátricos y el consumo de alcohol: panorama epidemiológico

*Dr. Jorge Javier Caraveo Anduaga*

*Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría*

*“Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”*

Muy buenos días. Agradezco mucho la invitación para estar hoy con ustedes. Empezaré por abordar este problema recordando algo en lo que el doctor Melo nos hizo recapacitar: cuando se habla de depresión se habla de pérdida, que se puede gestar sin que nos demos cuenta. Solamente sufrimos cierto malestar. Vale la pena recapacitar en esto para irnos adentrando en el porqué relacionamos un problema con otro. El uso de una sustancia, en este caso del alcohol, es algo externo que supuestamente nos brinda algo. Ese algo incluye la fantasía, las esperanzas de un aparente bienestar.

El marco conceptual que planteo para estudiar este tema parte de la psicopatología del desarrollo, que es una forma de aproximarse a la comprensión de cómo surgen las manifestaciones psicopatológicas a lo largo de la vida. Este marco se utiliza y se ha utilizado fundamentalmente en el trabajo con niños, y es esencial a la luz de lo que nos sucede a largo de la vida. Hay ciertos principios que rigen este marco conceptual que no se apega a una teoría en particular sino que trata de unir lo importante de varias de ellas:

- El ser humano es una totalidad, que tiene una diversidad de esferas en las cuales se conjunta como tal.
- Interacción constante de áreas: cognitiva (darnos cuenta, cómo, y de qué); social, emocional y biológica. Somos resultado de esta interacción: lo que somos y cómo lo somos.

- Desarrollo como un proceso jerárquico. Esto implica que una vez llegado a un estadio y cumplido en él ciertas tareas, pasaremos al siguiente (no sólo cuando niños sino a lo largo de nuestra existencia).

El riesgo, la vulnerabilidad y la resiliencia son conceptos básicos en el estudio que nos ocupa. **Riesgo** es cualquier condición que aumenta la probabilidad para que se desarrolle una psicopatología. Es decir, podría haber un factor de riesgo en cada una de las áreas mencionadas anteriormente. La **vulnerabilidad** designa los factores que intensifican la respuesta ante el riesgo. Así, éstos se conjuntan ante una situación de riesgo. Sin embargo, no todos los que están expuestos a los riesgos desarrollan un trastorno y a esto se le ha llamado **resiliencia**. El reto para los investigadores es identificar los factores que promueven o mantienen la salud.

Para entrar de lleno en las estadísticas y en los números que se manejan en epidemiología, veamos cuál es la prevalencia (total de número de casos que existe a lo largo de la vida de los sujetos que estudiamos en la Ciudad de México [1995]) en población de 18 a 54 años de edad.

### **TASAS DE PREVALENCIA DURANTE LA VIDA\***

CUALQUIER TRASTORNO AFECTIVO	92.0
CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD	90.0
USO DEL ALCOHOL	89.1
PROBLEMAS CON EL ALCOHOL	166.0
DEPENDENCIA AL ALCOHOL	67.0
USO DE DROGAS	104.0
PROBLEMAS CON DROGAS	15.0
DEPENDENCIA A DROGAS	7.0

\* Por 1000 habitantes de 18 a 54 años, Ciudad de México, 1995. Criterio DSM-III-R. Tomado de Merikangas et al: Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of The International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addictive Disorders, 23(6): 893-907, 1998.

Como se observa, a lo largo de la vida las tasas de prevalencia de trastornos afectivos y de ansiedad prácticamente son similares: 90 por cada mil habitantes. Es conveniente aclarar que cuando hablamos de trastornos afectivos nos referimos a los episodios depresivos, a la distimia y a los trastornos bipolares o maniaco-depresivos, mientras que los trastornos de ansiedad incluyen las fobias específicas, el trastorno de pánico, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad generalizada. En el rubro “Uso del alcohol” se consideran aquellos que habían bebido por lo menos alguna vez en su vida, 12 copas o más a lo largo de un año; es decir, una copa al mes en promedio. Esto dio una tasa de 89.1. Quienes desarrollan problemas por el uso del alcohol son mayoría, y sólo una fracción de éstos desarrollan una dependencia. Hasta 1995, el uso y los problemas causados por drogas ilícitas, y la dependencia a éstas, mostraron una tasa menor en comparación al alcohol.

### **PREVALENCIA\* DURANTE LA VIDA Y POR SEXO DEL USO DE SUSTANCIAS\*\***

Sustancias	Hombres	Mujeres
Alcohol (1)	727	208
Mariguana	30	6
Estimulantes	5	2
Cocaína	11	1
Ansiolíticos	8	3
Opioides	2	3
Psicodélicos	1	0
Inhalantes	15	0
Uso de drogas excluyendo alcohol y mariguana	30	8

\* Por mil habitantes de 18 a 54 años, Ciudad de México, 1995. \*\* > de 5 veces, excepto alcohol. (1) Uso de alcohol= haber tomado al menos 12 copas durante un año en su vida.

Tomado de Vega et al.: Prevalence and age of onset for lifetime drug use in six nations: Results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology.

Como se observa, la sustancia que más se consumió fue el alcohol.

## EDAD DE INICIO

- **T. de ansiedad: M= 15 años**
- **T. afectivos: M= 26 años**
- **T. uso de sustancias: M= 21 años**

¿Qué sabemos acerca de la edad de inicio de los trastornos? De manera similar a lo observado en otros estudios realizados en diferentes países, los trastornos de ansiedad son los que se inician más tempranamente en la vida y, además, no remiten. Por otra parte, la edad promedio en que inician los trastornos afectivos fue de 26 años. Finalmente, la edad promedio en que se inicia el uso de sustancias y el surgimiento de problemas fue de 21 años. En general, se observó que los primeros problemas asociados al uso de sustancias se presentan aproximadamente unos cuatro o cinco años después del inicio del consumo, y posteriormente se empieza a desarrollar dependencia, al derredor de los 27 a 29 años. De esta forma, se aprecia que, en promedio, los problemas asociados con el consumo de sustancias y el establecimiento de la dependencia, están muy cerca de la edad de inicio de los trastornos afectivos, pero antes está la base formada por los trastornos de ansiedad, que de acuerdo a los estudios, en muchos de los casos preceden al uso y al establecimiento de los problemas asociados con el consumo del alcohol.

**COMORBILIDAD ENTRE EL CONSUMO DE  
ALCOHOL Y OTROS TRASTORNOS  
PSIQUIÁTRICOS\***

	USO		PROBLEMAS		DEPENDENCIA	
	%	OR (95% IC)	%	OR (95% IC)	%	OR (95% IC)
<b>CUALQUIER TRASTORNO AFECTIVO</b>	<b>9.4</b>	<b>1.2 (0.6-2.2)</b>	<b>17.0</b>	<b>2.5 (1.5-4.1)</b>	<b>18.2</b>	<b>2.4 (1.1-4.9)</b>
<b>CUALQUIER TRASTORNO DE ANSIEDAD</b>	<b>8.7</b>	<b>0.7 (0.4-1.1)</b>	<b>13.4</b>	<b>1.7 (1.1-2.6)</b>	<b>14.7</b>	<b>2.7 (0.9- 3.5)</b>

\* Población de 18 a 54 años, Ciudad de México, 1995. Criterio DSM-III-R. Tomado de : Merikangas et al: Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of The International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addictive Disorders, 23(6): 893-907, 1998.

¿Cómo se asociaban los diferentes problemas? ¿Cómo se relacionó un trastorno afectivo con un consumo problemático y la dependencia? Este cuadro indica que para el uso de sustancias no hay una asociación significativa, en tanto que el límite inferior del intervalo de confianza es menor a la unidad, que en este tipo de análisis representa el valor nulo. Sin embargo, en el caso de la presencia de trastornos afectivos y de problemas por abuso del alcohol la asociación sí es significativa, siendo al menos dos veces más frecuente; esta asociación se mantiene para el caso de la dependencia al alcohol, mostrando un límite superior de ser casi cinco veces más frecuente la asociación entre un trastorno afectivo (fundamentalmente depresión) y la dependencia al alcohol. Lo mismo vemos en lo que respecta a los trastornos provocados por la ansiedad que también se asocian significativamente al consumo problemático del alcohol, pero no así a la dependencia.

## ASOCIACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE TRASTORNOS AFECTIVOS Y DE ANSIEDAD, Y ALCOHOL\*

No. de trastornos	USO	PROBLEMAS	DEPENDENCIA
Afectivos o de ansiedad	OR (95% IC)	OR (95% IC)	OR (95% IC)
<b>UNO</b>	<b>0.8 (0.4-1.6)</b>	<b>2.1 (1.3-3.6)</b>	<b>1.7 (0.9-3.4)</b>
<b>DOS</b>	<b>1.1 (0.5-2.5)</b>	<b>3.2 (1.6-6.7)</b>	<b>4.1 (1.7-10.1)</b>
<b>TRES O MÁS</b>	<b>0.5 (0.3-2.0)</b>	<b>1.5 (0.6-3.7)</b>	<b>1.3 (0.3-4.9)</b>

\* Población de 18 a 54 años, Ciudad de México, 1995. Criterio DSM-III-R. Tomado de : Merikangas et al: Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of The International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addictive Disorders, 23(6): 893-907, 1998.

Aquí se ve la asociación entre el número de trastornos; investigamos cuántas personas podían tener más de un trastorno. Aquellos que llegan a tener un trastorno, solo se asocian significativamente con la presencia de un abuso del alcohol. Sin embargo, cuando hay dos trastornos (sean de ansiedad, afectivos o mezcla de ambos) la situación se asocia de manera significativa, entre tres a cuatro veces más, con la presencia de un abuso del alcohol y con la dependencia al mismo.

### PROPORCIÓN DE SUJETOS CON TRASTORNOS AFECTIVOS \* Y DE ANSIEDAD\*\* PRECEDIENDO EL USO DE SUSTANCIAS (1)

#### Alcohol

Uso	Problemas	Dependencia
*19.8	34.8	22.7
**43.5	45.6	63.5

#### Drogas

Uso	Problemas	Dependencia
*22.7	45.0	35.5
**55.6	44.3	100

(1) Población de 18 a 54 años, Ciudad de México, 1995. Criterio DSM-III-R. Tomado de : Merikangas et al: Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of The International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Addictive Disorders, 23(6): 893-907, 1998.

La proporción de personas que manifiestan problemas afectivos antes del uso de sustancias es de aproximadamente una quinta parte (19.8% y 22.7%). En el caso del rubro “Problemas” se observa que una proporción del 34.8% incrementó el consumo de alcohol como consecuencia de problemas afectivos, y que una proporción menor derivó en dependencia. En el caso de los trastornos por ansiedad se ve que casi la mitad precedió al uso, al abuso y a la dependencia. El caso de las drogas es diferente como se aprecia en el cuadro; uno y otro van íntimamente relacionados. En este caso, más que los trastornos afectivos están los problemas de ansiedad precediendo al consumo problemático y a la dependencia.

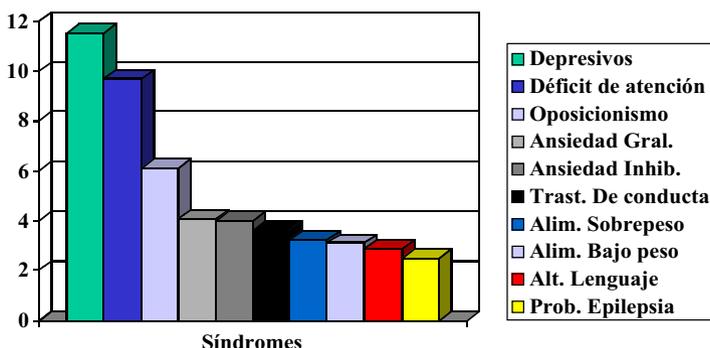
**PROPORCIONES DEL RIESGO ATRIBUIBLE  
POBLACIONAL DE DEPENDENCIA A DROGAS DEBIDA A  
TRASTORNOS MENTALES PREVIOS\***

Sitios	Hombres %	Mujeres %
Canadá (Ontario)	66.2	53.6
Alemania (Munich)	11.8	45.0
México (D.F.)	19.9	70.6
Holanda	25.6	54.3
Estados Unidos	58.4	46.8
E.U. (Fresno Calif.)	76.9	74.2

\* Kessler et al.: Cross-national comparisons of comorbidities between substance use disorders and mental disorders: Results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Handbook for Drug Abuse Prevention Theory, Science and Practice. Bukoski & Sloboda (eds). Plenum Pub. Co., in press.

Se calculó cuál sería el riesgo atribuible; es decir, esa fracción que pudiésemos prevenir si los problemas psiquiátricos de ansiedad y depresión se trataran con antelación, a fin de evitar que se llegara a la dependencia de drogas en general. En el caso de nuestro país hablamos fundamentalmente del alcohol. En el caso de los hombres atacaría a una quinta parte, el 19.9%; en el caso de las mujeres, 70.6 % si se previnieran a tiempo. Esto nos obliga a reflexionar acerca de qué es lo que subyace a esta manifestación psicopatológica que vemos.

# PREVALENCIA DE SÍNDROMES EN POBLACIÓN DE 4 A 16 AÑOS



Voy a retroceder un poco porque esta información no la tienen los otros estudios que forman parte del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica. En nuestro estudio, se investigó cuál podría ser la prevalencia de síndromes psiquiátricos entre la población de 4 a 16 años. En primer término, un 11% reunió condiciones de manifestaciones depresivas; siguen en orden de importancia, el déficit de atención, la conducta oposicionista, la ansiedad generalizada, etc.

## PREVALENCIA (%) EN HOMBRES

	4-5	6-8	9-12	13-16	Total
<b>D2S</b>	4.0	2.6	5.1	5.1	4.2
<b>D2M</b>	1.7	1.1	0.3	0.7	0.8
<b>D1S</b>	3.7	5.3	6.5	5.2	5.4
<b>D1M</b>	0.5	1.9	3.5	3.7	2.6
<b>TOTAL</b>	9.9	10.9	15.4	14.7	13.1

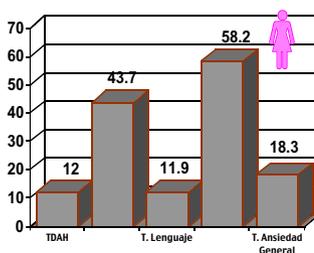
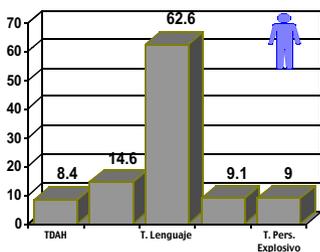
Vemos ahora cómo en el caso de las manifestaciones depresivas en los varones de 4 a 16 años de edad. Apreciamos que en un 4.2 % de estos menores se obtuvo suficiente información como para pensar que probablemente existe una situación grave de este tipo de problemas.

### **PREVALENCIA (%) EN MUJERES**

	<b>4-5</b>	<b>6-8</b>	<b>9-12</b>	<b>13-16</b>	<b>Total</b>
<b>D2S</b>	---	---	0.3	2.9	0.9
<b>D2M</b>	---	0.3	0.3	2.8	0.9
<b>D1S</b>	1.4	6.2	4.3	4.9	4.4
<b>D1M</b>	4.7	0.3	4.2	4.9	3.5
<b>TOTAL</b>	6.1	6.9	9.1	15.5	9.9

Esto no sucede así en lo que respecta a las niñas. Como en otros estudios, se ve que las manifestaciones depresivas más severas (D2S) empiezan a incrementarse entre los 13 y los 16 años de edad. Sin embargo, los estados depresivos que le siguen en intensidad (D1S), también son una condición frecuente entre las niñas. A partir del inicio de la adolescencia comienza a vislumbrarse un cambio. Así, los niños, que eran los más problemáticos, quienes no sólo tienen más trastornos de atención, sino también son quienes se manifiestan más depresivos, a partir de esta edad empieza a cambiar la situación y el predominio de las manifestaciones depresivas y de ansiedad resultan ser más frecuentes entre las mujeres. ¿Qué es lo que pasa? ¿La depresión de los niños se resuelve con la adolescencia o se enmascara? Este es el reto que tenemos: descubrirlo.

### ASOCIACIÓN (RM) CON OTROS SÍNDROMES



La asociación con otros síndromes, en el caso de los niños, por ejemplo, se hizo sobre todo en lo que toca al trastorno del lenguaje, la conducta oposicionista, los problemas de atención, con algunas manifestaciones de probable epilepsia y con el trastorno explosivo de la personalidad. En cuanto a las mujeres se observa con mayor prevalencia el trastorno de la personalidad explosiva y el oposicionista. Estos resultados nos deben llamar la atención y sugerimos cuando y dónde empezar a actuar para prevenir los problemas que hemos venido analizando. En otro estudio, acerca de los patrones de consumo de alcohol por género, hemos empezado a ver cómo esa población femenina joven, comienza a beber y a hacerlo tratando de equipararse con los varones, favoreciendo que aparezca el exceso en el patrón de consumo y en consecuencia los problemas asociados con el mismo.

### Conclusiones

- Existe una moderada asociación entre la presencia de trastornos afectivos y el uso problemático y la dependencia al alcohol.
- La asociación es mayor cuando hay dos trastornos, sean afectivos o de ansiedad.

- Entre una quinta y una tercera parte de los que desarrollan problemas u dependencia al alcohol, han cursado previamente con un trastorno afectivo.
- Alrededor de la mitad de las personas que desarrollan abuso y dependencia al alcohol han cursado previamente con un trastorno de ansiedad.
- La prevención y atención oportuna de los trastornos de ansiedad y afectivos puede reducir el riesgo de desarrollar abuso y dependencia al alcohol. Esta es una de las condiciones esenciales a las cuales, desde el punto de vista de la salud mental pública, debemos dedicarnos de manera enérgica.

## Referencias bibliográficas

**Jorge Caraveo A.;** Nora A. Martínez Vélez; Blanca E. Rivera Guevara: “Un modelo para estudios epidemiológicos de la salud mental y la morbilidad psiquiátrica”. Salud Mental, 21(1):48-57, febrero, México, 1998.

**Jorge J. Caraveo-Anduaga;** Eduardo Colmenares Bermúdez; Gabriela J. Saldívar Hernández: “Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos”. Salud Mental, 22(1):7,17, abril, México, 1999.

**Jorge J. Caraveo-Anduaga;** Eduardo Colmenares Bermúdez; Gabriela J. Saldívar Hernández: “Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad en la vida”. Salud Mental, 22 (No. Especial): 62-77, diciembre, México, 1999.

**Caraveo, A.J.;** Colmenares, B.E.; Saldívar, H.G.: “Diferencias por género en el consumo de alcohol en la ciudad de México”. Salud Pública de México, 41(3): 177-188, mayo-junio, México, 1999.

**Jorge J. Caraveo-Anduaga;** Eduardo Colmenares Bermúdez: “Trastornos Psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: Panorama Epidemiológico”. Salud Mental 25 (2): 9–15, 2002

**Jorge J. Caraveo-Anduaga:** Manifestaciones depresivas en la infancia y adolescencia: diferencias por género. Cartel presentado en la Reunión Anual de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, octubre 30, 2002.

**Jorge J. Caraveo-Anduaga:** «Determinación del riesgo familiar para desarrollar psicopatología: Un estudio epidemiológico». Tesis para obtener grado de doctor en Ciencias de la Salud; campo: Salud Mental Pública. UNAM (en proceso).

**Kessler R.C.,** Aguilar-Gaxiola S., Andrade L., Bijl R., Borges G., Caraveo-Anduaga J., Dewit D.J., Kolody B., Merikangas K., Molnar B.E., Vega W.A., Walters E., Wittchen H-U., Ustun T.B.: «Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys». Psychiatra Fennica 32 (suppl 2): 62-79, 2001.

**Merikangas KR,** Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swedsen JD, Aguilar-Gaxiola S, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga J, Dewit DJ, Kolody B, Vega WA, Wittchen HU, Kessler RC.: “Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology”. Addictive Behaviors, 23 (6): 893-907, Estados Unidos, 1998.

**Vega W.A.,** Aguilar-Gaxiola S., Andrade L., Bijl R., Borges G., Caraveo-Anduaga J., Dewit D.J., Heeringa S., Kessler R.C., Kolody B., Merikangas K., Molnar B.E., Walters E., Warner L.A., Wittchen H-U.: “Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology”. Drug and Alcohol Dependence 68: 285-297, 2002

**WHO** International Consortium in Psychiatric Epidemiology: “Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders”. Bulletin of the World Health Organization 78 (4): 413-426, 2000.



# La enfermedad dual conformada por el alcoholismo y la depresión

*Dr. Gady Zabicky Sirot*

*Programa de Investigaciones Relacionadas con Sustancias, Instituto Nacional de Psiquiatría  
“Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”*

**I**nicio agradeciendo a la Fundación la invitación que me hizo, al igual que a la maestra Rosovsky. Mi interés por participar hoy es grande, porque aunque me he presentado en diferente foros donde hay enfermeras, médicos y trabajadores sociales, es la primera vez que tengo un contacto de esta tipo con la industria.

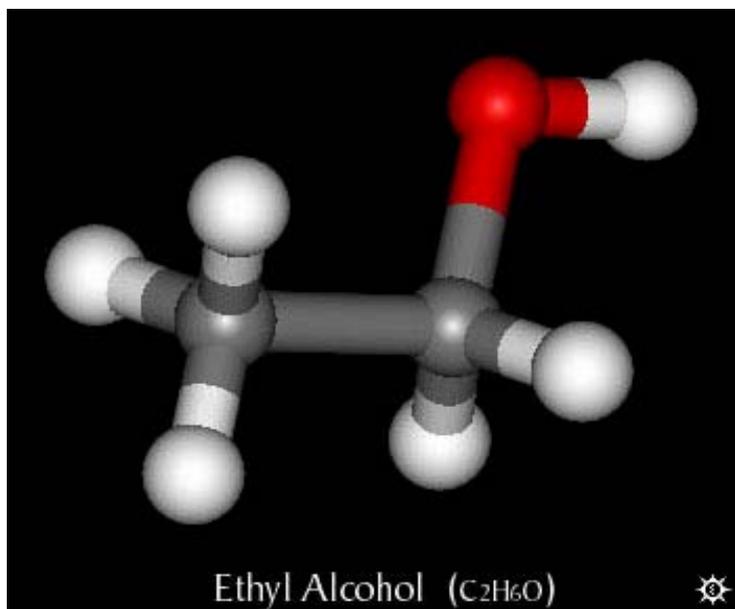
Intentaré presentar, lo más resumida posible, toda la información que pueda sobre el tema. Partiré de un extracto de un libro de los doctores Gallanter Y Kleber, quienes trabajan en Nueva York, en el que mediante un modelo tratan de explicar la situación de la presencia del consumo de alcohol y otras psicopatologías concomitantemente.

En la medicina general, no sólo en la psiquiatría, estamos muy familiarizados con el término “comorbilidad”: presencia de dos enfermedades al mismo tiempo.

En psiquiatría las cosas son mucho más complejas. En el caso de la diabetes, por ejemplo, está claro que el daño que sufre el riñón al paso del tiempo está provocado directamente por la *diabetes mellitus*, y entonces podemos hacer una asociación causal. Por otra parte, en psiquiatría aplica mucho el paradigma ¿qué fue primero, el huevo o la gallina?, porque no estamos seguros. Es difícil rastrear el origen de estos problemas, y esto tiene implicaciones terapéuticas, entre otras.

Yo provengo del Programa de Investigaciones Relacionadas con Sustancias, que es una área dentro de los servicios clínicos del Instituto Nacional de Psiquiatría donde atendemos problemas psiquiátricos, concomitantemente con patología adictológica. En todo el mundo nos hemos puesto de acuerdo para llamarle a este tipo de enfermos “pacientes duales”. Esto implica la presencia de un consumo de sustancias y de un psicodiagnóstico mayor; por ejemplo, esquizofrenia y dependencia a la *cannabis*; anorexia nervosa y dependencia a las anfetaminas; trastorno por crisis de angustia y dependencia a la heroína, etc.

Éstas son las características que harán que una persona sea un paciente dual. Yo adapté estos puntos que se verán más adelante, y que proponen el los doctores Gallanter y Kleber específicamente para la depresión y el alcohol.



Esta es la molécula del alcohol etílico. Es una molécula muy sencilla, y esto le permite pasar muy fácilmente a través de la barrera hematoencefálica, por lo que tiene actividad sobre casi todos los tejidos del organismo humano.

Vamos a ver seis categorías diferentes, dentro de cada una podemos inscribir a todos los pacientes que están en una situación de dualidad.

**1.** El uso de una sustancia provoca, fomenta o perpetúa algún tipo de psicopatología.

- El consumo de alcohol de manera continua y prolongada puede causar cuadros depresivos. Los alcohólicos usualmente se deprimen aunque no hayan tenido proclividad previa a la depresión.

- En el estudio de la ECA (Epidemiological Catchment Area, estudio epidemiológico muy grande que se realizó en Estados Unidos) se escogieron individuos, casa por casa, colonia por colonia, delegación por delegación, ciudad por ciudad, estado por estado, para ver cómo estaban de salud. Aquí quizá varíen un poco los datos en comparación con los que nos presentó el doctor Caraveo, precisamente por la forma en que se midió en este caso. Se determinó que aquellos que alguna vez en la vida abusaron del etanol tenían 13.4% de incidencia de depresión, que es el doble de la que presenta la población general.

Esto en medicina significa mucho, pues tiene un factor predictivo del doble. Es posible que ésta sea una de las situaciones que se encontraron con más frecuencia: la gente que se provoca daño por abusar de sustancias.

**2.** La presencia de alguna psicopatología provoca, fomenta o perpetúa el uso de alguna sustancia.

- La fobia social condiciona el uso de etanol de manera automedicada.

Lo que cuento a continuación es el ejemplo típico. En la secundaria todos tuvimos un compañero que no salía del rincón del aula; que no se sentía capaz de invitar a las chavas al cine; a quien le daba vergüenza levantar la mano para pedir permiso para ir al baño... De pronto, en la preparatoria se da cuenta de que con un par de tequilas en el cuerpo baila con todas las compañeras del salón. Este sujeto tiene un diagnóstico que se llama “fobia social” y se está medicando con un fármaco, mal elegido por

cierto, que se llama etanol y que es un buen ansiolítico, pero muy adictivo, muy caro y muy embrutecedor si no se bebe con mesura. Es así como la gente se automedica, cómo al tener un problema subyacente se acude a medios externos que van desde el café y el chocolate hasta la heroína, sustancias con las que alteran sus estadios emocionales, mentales y de conducta.

- También en la ECA, aquéllos con trastornos afectivos (es decir, del estado de ánimo) tenían una incidencia de 21.8 de consumo patológico de alcohol, que representa casi el doble de la población general.

- La teoría de la automedicación fue formulada por el doctor Edward Khantzian.

En ella se plantea que la gente que utiliza sustancias, no toda por supuesto, en gran medida se están medicando. Cuando a quienes toda su vida han estado deprimidos o distímicos o con síntomas de depresión se les ofrece pastillas o cocaína y los toman, pues se toman gente platicadora que se siente bien. Así comienzan a automedicarse, con una mala elección de medicamentos.

**3.** Ambas (la psicopatología y la toxicomanía) se dan por una tercera causa. Quizá el alcohol y la depresión no sean el mejor modelo para explicar esta asociación.

- Un sujeto que está confinado a una silla de ruedas como secuela de un accidente automovilístico, pues está deprimido porque no volverá a caminar y porque no controla sus esfínteres, y bebe para mitigar su sufrimiento y su dolor físico y mental; es decir, las dos se están dando por una tercera causa..

**4.** Los síntomas de intoxicación y de abstinencia son casi idénticos a muchas variedades de psicopatología.

Esto significa que hay una mímica; e imimizan. Una persona, de la que no tenemos información, llega a una sala de urgencias con un cuadro de intoxicación aguda por alcohol o por alguna otra sustancia, o con un cuadro de abstinencia, será muy difícil de distinguir de otra persona que tenga un cuadro de psicopatología. Por ejemplo, si

alguien ha consumido cocaína y nosotros no tenemos esa información, su cuadro será casi indistinguible del de un paciente que llega en una fase maníaca. Del mismo modo, si el paciente lleva utilizando cocaína mucho tiempo, y ha empezado a tener síntomas psicóticos, su cuadro sería muy difícil de distinguir de un trastorno esquizoafectivo con síntomas maníacos. Son indistinguibles si no es por el conocimiento de que hubo consumo de cocaína.

- Las fases iniciales de la intoxicación etílica y una fase de hipomanía, en el contexto de la enfermedad bipolar.

Si pudiéramos tomar un video de cinco minutos de alguien que se ha tomado tres cubas en una fiesta, lo veríamos “chapeado”, muy sonriente, muy parlanchín, bailarín y muy bueno para pelear, etc. Esto se parece mucho a un paciente bipolar en una fase maníaca.

- La ansiedad generalizada o las crisis de angustia y la abstinencia inicial al alcohol en un sujeto dependiente.

Cuando a los pacientes que ya tienen una neuroadaptación al alcohol (es decir, que su cerebro se ha acostumbrado a la presencia de esa sustancia) se les retira éste abruptamente, tienen manifestaciones físicas de esta suspensión (síndrome de abstinencia o síndrome supresivo); se ponen muy ansiosos, y tienen síntomas muy similares a los de alguien a quien se le desata un ataque de angustia (taquicardia, falta de aire, adormecimiento de las extremidades, mareos. Deseos de ir al baño, temblores, sudoración en las manos, etc.).

**5.** Los sujetos que reciben psicofármacos (porque ya están en un tratamiento psiquiátrico) usualmente presentan algunos efectos colaterales. Quiero hablar en particular acerca de uno que se llama “acatisia”, que es una sensación muy desagradable que tienen los pacientes que reciben medicamentos para la psicosis (antipsicóticos, o neurolépticos), y que consiste en la necesidad imperiosa de mover los pies, de caminar.

Quienes han visitado un hospital psiquiátrico habrán observado que muchos pacientes están caminando casi todo el tiempo. Los pacientes descubren que si beben dosis bajas de alcohol minimizan la acatíca, y así nuevamente con esta sustancia contrarrestan un efecto colateral de su padecimiento psiquiátrico y de su medicación.

**6. Se asocian fortuitamente.**

- Poca cabida para esta circunstancia en la naturaleza.

Para finalizar, esta es la causa del azar. En realidad la naturaleza da muy poco lugar para éste. En ella no pasan las cosas porque sí. Casi siempre hay una causa, y que no la conozcamos no significa que no exista. Sin embargo, también puede suceder que alguien que tiene, fortuita o azarosamente, un padecimiento de tipo depresivo comience a beber de manera patológica.

Como se ha visto, en estos seis modelos se puede meter a todo paciente alcohólico deprimido. A lo largo de mi presentación he utilizado el término “alcoholismo” de manera muy indiscriminada, pues en psicología y medicina éste tiene una implicación muy clara. Es importante que pensemos en términos de consumo patológico de alcohol, y no necesariamente de alcoholismo. Esto viene al caso, porque en un estudio sobre alcohol y lesiones, citado por la maestra Medina-Mora en el libro del doctor Tapia, ocurrió que de los pacientes que estaban en salas de urgencias por motivos relacionados directamente con el consumo de alcohol (porque conducían en estado de ebriedad o porque se accidentaron como consecuencia de una ingesta exagerada) una proporción muy baja eran realmente alcohólicos. Más bien se trata de muchos jóvenes que de lunes a viernes no beben y de sábado a domingo no paran de hacerlo.

Este patrón explosivo de cómo bebemos los mexicanos no necesariamente nos convierte en alcohólicos, pero sí en consumidores patológicos.



# Consumo de alcohol y depresión en las mujeres: un estudio en servicios de urgencias

*Mtra. Liliana Mondragón*  
*Instituto Nacional de Psiquiatría*  
*“Dr. Ramón de la Fuente Muñiz”*

Agradezco a la Fundación y a la maestra Rosovsky que me hayan invitado para participar en este seminario. Compartiré con ustedes un estudio que se realizó en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”, en los servicios de urgencia. El tema que presentaré esta mañana me gusta mucho, en particular porque se dedica a las mujeres, pues se habla siempre de los patrones de consumo de los hombres.

## INTRODUCCIÓN

- ❖ La condición social en la que viven las mujeres, como la participación en la economía del hogar además de las tareas domésticas, la pobreza, los cambios en los roles de género, los sentimientos de opresión, desesperanza e inseguridad, las puede llevar a presentar una serie de problemas de salud física y mental, particularmente la depresión y el consumo de alcohol.

Este trabajo es una descripción somera del consumo y la depresión en las mujeres, ya que son dos problemáticas que están muy relacionadas. En el caso de las mujeres, por la condición social en la que viven, estos problemas se han ocultado. La importancia de estas problemáticas radica en la interpretación del desarrollo moderno que se tiene actualmente, y en la necesidad de establecer políticas de salud orientadas a lograr mejores oportunidades para las mujeres. Sobre todo porque en algunas actividades en las que participan las mujeres se ha visto afectada tanto su salud física como la mental. En este caso se trata de la pobreza, los cambios en los roles de género, la opresión, la desesperanza, la desigualdad, etc. Esto, aunado a otros factores lleva a las mujeres a presentar algunos síntomas de depresión y, especialmente, al consumo de alcohol.

## INTRODUCCIÓN

- ❖ La depresión, es definida como un estado de ánimo, es decir, como sintomatología depresiva y como un trastorno clínico. Los datos epidemiológicos nacionales e internacionales coinciden en señalar una prevalencia de depresión de 2:1 entre mujeres y hombres
- ❖ Para el año 2020, la depresión ocupará el segundo lugar a nivel mundial en cuanto al peso de enfermedad afectando principalmente a las mujeres,
- ❖ Algunos factores relacionados a la depresión son la ideación suicida, la baja autoestima, los eventos de vida negativos y el consumo de alcohol, etc.

# INTRODUCCIÓN

- ❖ El alcohol y el abuso de otras drogas provocan una alta frecuencia de depresión, pero la magnitud de sus efectos dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo.
- ❖ El consumo de estas sustancias a diferencia del hombre, no es permitido en la mujer, es reprobado y estigmatizado,
- ❖ Lo que se convierte en una amenaza por no cumplir debidamente las tareas específicas de su rol,
- ❖ La rigidez social, muchas veces encubre la adicción, ya que, generalmente algunas mujeres toman alcohol a escondidas, a solas, en la casa generalmente, por vergüenza o por miedo al rechazo.

El impacto que tiene el consumo de alcohol en la población femenina repercute en muchos ámbitos.

- Personales: la mujer es más vulnerable a las enfermedades físicas, del hígado, por ejemplo, por menor ingestión en menor tiempo en comparación con el hombre (Medina-Mora y cols., 1996).

- Familiares: las mujeres son generalmente abandonadas por el cónyuge (Lara y cols., 1998).

Por el contrario cuando es el hombre quien bebe, la mujer siempre está ahí para cuidarlo o ayudarlo en su recuperación.

- Sociales: son rechazadas, estigmatizadas y tachadas de promiscuas.

En este contexto realizamos un estudio en la ciudad de Pachuca, Hidalgo, en tres servicios de urgencia de tres hospitales generales importantes, pertenecientes al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y a la Secretaría de Salud (SSA).

# MÉTODO

- ❖ En 3 servicios de urgencia de hospitales generales.
  - ◆ ISSSTE
  - ◆ IMSS
  - ◆ SSA
- ❖ Pacientes atendidos por primera vez.
- ❖ Se excluyeron a pacientes con trastorno psiquiátricos severos.
- ❖ Y a quienes reingresaron.
- ❖ Sujetos de 18 a 65 años.

- ❖ Diseño transversal.
- ❖ Muestras de aliento para estimar niveles de alcohol en sangre (con alco-sensor) dentro de las 6 horas siguientes del ingreso.
- ❖ Entrevista.
- ❖ Durante 24 horas los 7 días de la semana.
- ❖ **Muestra total n=1,511.**
- ❖ **Muestra de mujeres=717.**

En el siguiente cuadro se muestran los instrumentos que se aplicaron en una entrevista. Hay algunos factores relacionados con el consumo de alcohol, como es la depresión, evaluada con la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos, la escala de eventos de vida, que reagrupamos en cinco factores: separaciones, laborales, sociales, familiares y pérdidas afectivas. También se aplicó una escala de ideación suicida que consta de cuatro reactivos, y que tiene una alta confiabilidad en la población mexicana. La escala de autoestima que está constituida por tres subescalas: la de Rosenberg, una sobre culpa y otra sobre control.

# INSTRUMENTOS

- Escala de depresión  
 CES-D  
 última semana  
 confiabilidad (.93)
- Eventos de vida  
 14 reactivos  
 último año  
 Agrupados en:  
 Separaciones  
 Laborales  
 Sociales  
 Familiares  
 Pérdidas afectivas

- Escala de ideación suicida  
 de Okasha (expectativas  
 vivir-morir)  
 4 reactivos  
 confiabilidad (.93)
- Escala de autoestima  
 10 reactivos de  
 Rosenberg  
 5 reactivos sobre culpa  
 5 sobre control

En relación con consumo de alcohol se evaluaron los indicadores que se muestran a continuación.

## INSTRUMENTOS

<p><b>Patrón de consumo (últimos 12 meses).</b>                  Abstemio                  Infrecuente de bajas cant.                  Infrecuente de altas cant.                  Frecuente de bajas cant.                  Frecuente de altas cant.                  Alta frecuencia, alta cant.</p> <p>❖ <b>Alcohol 6 horas antes.</b></p> <p>❖ <b>Lectura del alco-sensor.</b>                  • El alcosenor III, el nivel de alcohol en sangre</p>	<p><b>Criterios diagnósticos del DSM-IV Y EL ICD-10 para</b>  <b>Abuso de alcohol</b>  <b>Dependencia al alcohol</b></p> <p><b>Motivos sobre el consumo</b>                  27 reactivos                  Manejo de tensiones cotidianas                  Minusvalía/depresión                  Interacción                  Manejo de experiencias sexuales                  Emociones positivas</p>
---	--

Se obtuvo la escala de motivos sobre el consumo con 27 reactivos agrupados en cinco categorías. Para los primeros análisis de resultados, lo que se hizo fue separar a las mujeres que bebían de las que no lo hacían, de acuerdo con su patrón de consumo en el último año.

## RESULTADOS

### NO BEBEDORAS (n=578)

- 30-49 años (43.3%)
- Casadas /unión libre (63.9%)
- Preparatoria (29.5%)
- Amas de casa(44.0%)
- Depresión (30%) 3er cuartil
- Ideación suicida (7.1%)
- Eventos: separaciones y familiares
- Motivos para beber: emociones positivas

### BEBEDORAS (n=111)

- **30-49 años (58.6%)**
- Casadas /unión libre (67.9%)
- Preparatoria (31.8%)
- Amas de casa(33.6%)
- **Depresión (26.4%) 4°cuartil**
- **Ideación suicida (14.1%)**
- Eventos: sociales y pérdidas afectivas
- Motivos para beber: emociones positivas

Las mujeres abstemias, o no bebedoras, fueron aquellas que informaron no haber bebido ni una copa en el último año; al resto las consideramos bebedoras. Como se ve en la tabla anterior, no hay tantas diferencias entre estas mujeres en las características sociodemográficas. Las diferencias están en los indicadores de salud mental: la depresión y la ideación suicida. Aunque en una columna dice “tercer cuartil” y en la otra “cuarto cuartil”, éste último es el más importante. El porcentaje de la ideación suicida es de casi el doble para las mujeres bebedoras. En el consumo de alcohol se tuvo una prevalencia general de 16.1 por ciento, lo cual es un indicador alto, pues es un servicio de urgencias; de 716 mujeres representa un alto porcentaje de la población.

En esta fase de consumo sólo se seleccionó a las mujeres bebedoras. Se dejó fuera a las abstemias y se dividió a las bebedoras en tres grupos que se presentan a continuación.

## RESULTADOS SOCIODEMOGRAFICOS

<b>Consumo 6 horas y alcoholensor</b>	<b>Abuso de alcohol</b>	<b>Dependencia al alcohol</b>
30-49 años (46.7%)	<b>18-29 años</b> <b>(45.5%)</b>	30-49 años (66.7%)
Casadas /unión libre (57.1%)	Casadas /unión libre (54.5%)	Casadas /unión libre (50.0%)
<b>Preparatoria</b> <b>(40.0%)</b>	<b>Secundaria</b> <b>(36.4%)</b>	<b>Sin escolaridad</b> <b>(50.0%)</b>
Amas de casa (40.0%)	Amas de casa (45.5%)	<b>Sub-empladas</b> <b>(50.0%)</b>
Ingreso por accidentes (80.0%)	Ingreso por problemas médicos (54.5%)	Ingreso por accidentes (83.3%)

En el primer grupo están las mujeres que bebieron alcohol seis horas antes del evento o que habían dado positivo a la aplicación del alcoholensor. En el segundo grupo están las mujeres que cumplían con un criterio de abuso de alcohol. El tercer grupo se conformó con quienes cumplían con el criterio de dependencia al alcohol.

Aquí es evidente que las mujeres que abusan del alcohol son mucho más jóvenes que las de los otros dos grupos. Al parecer, a mayor escolaridad menor consumo de alcohol. Las mujeres dependientes al alcohol eran subempleadas; no pertenecían al grupo de amas de casa.

En cuanto a la depresión y los factores asociados, hay ciertos indicadores que sobresalen en estos mismos grupos; sobre todo la depresión. En las mujeres dependientes ésta afecta a más del 50 por ciento.

## RESULTADOS DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS

<b>6 horas alcohosensor</b>	<b>Abuso de alcohol</b>	<b>Dependencia al alcohol</b>
Autoestima alta (100%)	Autoestima alta (100%)	Autoestima alta (100%)
Depresión 4° cuartil (40.0%)	Depresión 4° cuartil (45.5%)	<b>Depresión 4° cuartil (66.7%)</b>
Ideación suicida (20.0%)	Ideación suicida (36.4%)	Ideación suicida (33.3%)
Eventos de la vida Separaciones laborales y pérdidas afectivas	Eventos de la vida familiares y sociales	Eventos de la vida sociales
Motivos: emociones positivas (62.5%)	Motivos: emociones positivas (85.7%)	Motivos: emociones positivas (80.0%)

La ideación suicida también está presente, pero es poco constante. Las mujeres con dependencia tienen mayores problemas de consumo y de eventos sociales, en comparación con las otras, como se observa en la tabla anterior.

Cuando se preguntó la escala de los motivos del consumo, todas dijeron que se debían a emociones positivas; esto significa que bebían para ser sociables, para sentirse contentas o bien, y esto es muy importante, para sentir confianza en ellas mismas.

## Conclusiones

Las características sociodemográficas de las mujeres bebedoras son parecidas a las de las no bebedoras. La mayor desigualdad entre ellas se halla en los niveles de depresión, sus factores asociados y el consumo de alcohol.

La depresión se incrementa paralelamente con el consumo de alcohol. El uso de alcohol puede ser un importante factor de estilo de vida asociado con la depresión de las mujeres, y puede ser que en general. Las mujeres que abusan del alcohol y las que son dependientes a éste están más deprimidas y sus problemas van más encaminados hacia las consecuencias de su consumo. Estos aspectos guardan una estrecha relación con el ambiente social de estas mujeres; es decir, la falta de oportunidades en los ámbitos escolares y laborales, y los problemas de violencia y maltrato. Los problemas de las mujeres que bebieron seis horas antes del ingreso al servicio de urgencias están encausados hacia tratar de sentirse mejor, consumiendo menos alcohol para lograr ese fin.

Aunque las mujeres reportaron altos porcentajes de ingesta de alcohol, no sería extraño un subregistro de estos datos, primero por el rechazo de que son objeto estas mujeres, y segundo porque la construcción de las escalas de calificación se basa en los patrones de respuesta de los hombres.

Muchas mujeres acuden a servicios de salud, y quienes no lo hacen es porque quizá tienen una gran desconfianza en el personal y las autoridades, y desconocen el funcionamiento de estos servicios, sobre todo por el estigma de la mujer bebedora. Es importante la participación del médico, pues debe explorar de manera integral la salud de la mujer, e identificar y evaluar el consumo de alcohol y la depresión, así como otros factores asociados a estos problemas.

Nuestra propuesta es que se debe ver, escuchar y atender a estas mujeres. Es primordial detectar estos casos de depresión para aceptar la posibilidad del problema del consumo de alcohol o drogas en las mujeres.

## Experiencia terapéutica en el manejo del paciente con trastorno dual: alcoholismo y depresión

*Dr. José Antonio Elizondo López*

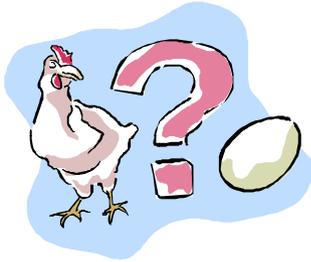
*Presidente y Director del Centro de Atención Integral en Problemas de Adicción*

Agradezco a la Fundación por su honrosa invitación para estar hoy aquí. Trataré de complementar lo que aquí ya se ha expuesto, con mis experiencias personales clínicas y terapéuticas; tengo ya un poco más de treinta años trabajando con alcohólicos y también con pacientes deprimidos. Basaré mi exposición en dicha experiencia y en algunas consideraciones teóricas acerca de este binomio que constituye el trastorno dual de alcoholismo y depresión.

El término “comorbilidad”, como ya se ha dicho, se refiere a la coexistencia de dos enfermedades en el mismo sujeto. En algunos individuos hay comorbilidad sin que ninguna de las dos enfermedades coexistentes influya sobre la otra. En psiquiatría, en psicopatología, se prefiere el término “trastorno dual”, porque éste se considera una variante de la comorbilidad cuando las enfermedades coexistentes en el sujeto se influyen mutuamente y agravan el pronóstico.

Esta es la experiencia que hemos tenido con nuestros pacientes. Así, la coexistencia de alcoholismo y depresión se debe considerar como un trastorno dual de mal pronóstico.

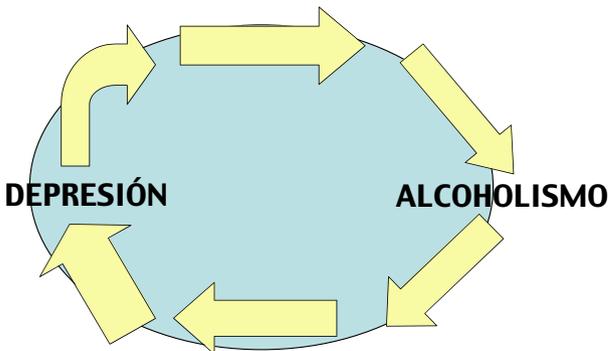
## ALCOHOLISMO – DEPRESIÓN



## QUÉ FUE PRIMERO: ¿EL HUEVO O LA GALLINA?

Éste es el conocidísimo paradigma de qué fue primero, el huevo o la gallina. En esto se basarán mis reflexiones. Hablemos de los modelos lineales. Muchos consideran que el alcoholismo lleva a la depresión, pero otros autores han desarrollado la hipótesis de que quizá sea la depresión la que conduzca al alcoholismo.

## ALCOHOLISMO – DEPRESIÓN



Sin embargo, nuestra experiencia clínica prefiere el modelo circular. Una vez que se establece este trastorno dual, la depresión, el alcoholismo o el beber patológico, se retroalimentan mutuamente. En conclusión, los pacientes con trastorno comórbido de alcoholismo y depresión tienen más mal pronóstico para su manejo terapéutico, que aquellos que sólo tienen un diagnóstico.

Un paciente deprimido, sin alcoholismo, tiene mejor pronóstico que un paciente deprimido que padece alcoholismo, y viceversa.

Es decir, la comorbilidad, la dualidad, es lo que ensombrece el pronóstico y dificulta el tratamiento.

## **ALCOHOLISMO – DEPRESIÓN.**

### **El alcoholismo ocupa el cuarto lugar entre quienes intentan el suicidio. (8.8% de los casos)**

Hemos elegido como ejemplo típico de depresión al grupo de los artistas, a las personas creativas. La observación clínica ha hecho ver que los artistas tienen mayor riesgo y vulnerabilidad al alcoholismo y la depresión. Artistas tan conocidos como Vincent van Gogh, Virginia Wolf, Jack London y Ernest Hemingway presentaron trastorno dual. En años recientes numerosos autores han propuesto que existe una asociación entre la creatividad y el trastorno bipolar; es decir, que hay un parentesco de origen genético entre la creatividad y la proclividad hacia ciertos trastornos afectivos.

Otros investigadores encuentran una relación entre creatividad y ciclotimia, y finalmente se llega al síntoma crítico de la depresión, que es el suicidio. Leeré un párrafo de un artículo que escribí sobre creatividad y alcoholismo.

“En su libro *Esa visible oscuridad. Memoria de la locura*, William Styron cita a una triste pero esplendente nómina de artistas caídos en depresión: Hart Crane, Virginia Wolf, Vincent van Gogh, Cesare Pavese, Roman Gary, Silvia Plaph, Jack London y Ernest Hemingway. Como coincidencia, muchos de estos artistas padecían alcoholismo: van Gogh, Wolf, London, Hemingway y el propio Willam Styron.

Daniel Goodwing, uno de los investigadores más prestigiados en la genética del alcoholismo, refiere que el alcohol puede conducir a un círculo vicioso. Suele utilizarse con el fin de aliviar la ansiedad y la depresión, pero después de ejercer su acción euforizante puede inducir, además de éstas, irritabilidad o presión pectoral y disnea.

Todo esto constituye un ciclo de depresión-alcohol-depresión-más alcohol, es decir, el modelo circular que se presentó en la segunda ilustración. En este círculo, el síndrome de supresión, “cruda”, puede convertirse en la primera fase de una depresión reiterada.

Ernest Hemingway no asistió a recibir el Premio Nobel que le fue otorgado en 1954, por su alcoholismo inveterado, que ya había provocado serias complicaciones en su maltrecho hígado. A pesar de la insuficiencia hepática, seguía bebiendo en forma intensa, que se asoció a una depresión mayor con síntomas paranoides y un proceso demencial progresivo que ameritó tratamiento psiquiátrico con uno de los psiquiatras más distinguidos de su época, el doctor Howard P. Room, quien le administró electrochoques y lo internó varias veces en hospitales psiquiátricos por sus impulsivas y dramáticas tentativas de suicidio. Sin embargo, este esfuerzo fue estéril, porque Hemingway siguió bebiendo hasta que logró su objetivo: morir. Fueron inútiles prestigio, dinero, cuatro esposas y mil aventuras para allegarse sosiego y felicidad. Su vida fue un naufragio, un naufragio del espíritu”.

# ALCOHOLISMO – DEPRESIÓN.

EL SUICIDIO ES UNO DE LOS RIESGOS ASOCIADOS CON EL USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS AUN CUANDO NO EXISTAN ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO.

EN LA LITERATURA INTERNACIONAL SE MUESTRA QUE EL SUICIDIO ENTRE LOS ALCOHÓLICOS ES 75 VECES SUPERIOR AL OBSERVADO EN LA POBLACIÓN GENERAL.

UNA INVESTIGACIÓN EN MÉXICO DEMOSTRÓ QUE LA PROPORCIÓN DE ALCOHÓLICOS QUE intentaron EL SUICIDIO FUE CONSIDERABLEMENTE MAYOR EN LA MUESTRA ESTUDIADA (24%) QUE EN LA POBLACIÓN GENERAL (5.6%)

Fuente: Terroba y Cols. “El consumo de alcohol y su Relación con la conducta suicida” Sal.Pub.mex: 1986

Es necesario entender a cabalidad el concepto “conducta suicida, porque no es solamente el intento de acabar con la propia vida ni el suicidio consumado. Dicho concepto debe entenderse como se explica en el cuadro siguiente.

## CONCEPTO DE CONDUCTA SUICIDA

**LOS ACTOS SUICIDAS ENGLOBALAN TAMBIÉN CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS INDIRECTAS COMO EL JUEGO PATOLÓGICO, LOS DEPORTES EXTREMOS, EL CONSUMO CRÓNICO DE ALCOHOL Y DROGAS, LA OBESIDAD, LA AUTOMUTILACIÓN Y LOS SUICIDIOS ALTRUISTAS (Kamikases, bombas humanas, auto-inmolación y suicidios en masa).**

Esto lleva a reflexionar acerca de si existe un tronco común entre el alcoholismo y la depresión. ¿Se puede hablar de una tercera enfermedad que no es ni uno ni la otra? ¿Algo como un síndrome de alcoholismo- depresión? Con base en las siguientes investigaciones de tipo genético, neurofisiológico y neuroquímico es posible sugerir

esta posibilidad. En lo que se refiere a la neurobiología del suicidio se ha postulado la existencia de una deficiencia en la transmisión serotoninérgica. Este patrón es similar al encontrado en los modelos biológicos de respuesta excesiva al estrés.

Esto es, generalmente quienes se suicidan han estado sometidos durante mucho tiempo a un estrés intenso y prolongado. Además, también podrían estar involucrados los factores genéticos. En la actualidad se habla del síndrome de recompensa cerebral. Esto es un intento de entender, desde otro punto de vista, el fenómeno no sólo de las adicciones sino de otros comportamientos como los deportes extremos, el juego patológico o la bulimia, por mencionar algunos. Genéticamente se han encontrado datos interesantes, sobre todo la alteración del receptor D2 dopamina en todo este tipo de pacientes.

## ALCOHOLISMO – DEPRESIÓN.

**EN LOS ALCOHÓLICOS HAY DISMINUCIÓN DEL SUEÑO MOR (Movimientos Oculares Rápidos)**



**LA PRIVACIÓN SELECTIVA DEL SUEÑO MOR SUELE MEJORAR LA SINTOMATOLOGÍA EN PACIENTES DEPRIMIDOS.**

Fuente: Martínez Gonzalez Dolores  
Psiquis. Vol. 7, num 5,  
1988

## ALCOHOLISMO-DEPRESIÓN



**EL ALCOHOL DAÑA EL SISTEMA DE AMINOÁCIDOS EXCITADORES (G.A.B.A. Y GLUTAMATO), ASÍ COMO OTROS SISTEMAS, PROVOCANDO LA REDUCCIÓN DEL SUEÑO MOR.**

FUENTE: Martínez Gonzalez D.  
Psiquis, vol.7, num. 5,  
1988

En la depresión hay alteraciones que consisten en disminución de la fase de latencia; aumento de la cantidad de sueño MOR (movimientos oculares rápidos) y una distribución temporal anormal de éste. Cada día hay más pruebas de que la privación selectiva del sueño MOR es el medio por el cual los antidepressivos mejoran al paciente deprimido, por su acción sobre los neurotransmisores implicados en esta enfermedades (serotonina y noradrenalina) (Martínez González D., *Psiquis*, vol. 7, núm. 5, 1988).

Asimismo, en la depresión hay una disfunción serotoninérgica por la disminución en la concentración de serotonina en el espacio intersináptico.

Mantere y colaboradores (*American Journal of Psychiatry*, 2002; 159:599-206) observaron que la densidad del transportador de serotonina era menor en los sujetos alcohólicos, específicamente en la llamada “región afectiva del cerebro”, lo que sugiere una asociación entre la adicción al alcohol y una disfunción de la transmisión serotoninérgica en esta área.

Andreas Heinz y colaboradores (*American Journal of Psychiatry*, 1998; 1544-1549) encontraron una disminución significativa (30%) en la disponibilidad de transportadores de serotonina en el tallo encefálico de los alcohólicos. Estos datos apoyan la hipótesis de una disfunción serotoninérgica en el alcoholismo y en los síntomas depresivos que aparecen en la abstinencia. Como se ve, hay coincidencia en dos fenómenos: alteraciones en la fase del sueño MOR y alteraciones en la función serotoninérgica, tanto en alcohólicos como en deprimidos.

Los alcohólicos duales presentan una mayor resistencia para aceptar un tratamiento para el alcoholismo. Tienen mayor porcentaje de recaídas que la media del grupo, y a menudo éstas coinciden con un episodio depresivo. No logran una satisfacción plena, a pesar de la abstinencia, y se resisten a aceptar un tratamiento farmacológico para la depresión, lo que los convierte en sujetos de alto riesgo para el suicidio.

## **DIAGNOSTICO DEL PACIENTE DUAL (Alcoholismo – depresión)**

- **Además de la historia clínica específica para alcoholismo, debe elaborarse un historial médico–psiquiátrico integral.**
- **Investigar en todos los alcohólicos, posible depresión asociada. (Interrogatorio clínico, examen psiquiátrico y aplicación de escalas: Hamilton, Beck, Zung, etc.).**
- **Especificar el tipo de trastorno afectivo que presente el paciente (Depresión mayor, Trastorno bipolar, Distimia, Ciclotimia)**

## **OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO EN EL PACIENTE DUAL (Alcoholismo – depresión)**

- **Tratamiento simultáneo del Alcoholismo y la Depresión.**
- **Farmacoterapia a largo plazo con antidepresivos.**
- **Prevención de la recaída.**
- **Prevención de nuevos brotes depresivos.**
- **Terapia de grupo (Profesional y autoayuda).**
- **Vigilancia psiquiátrica periódica.**

## Conclusiones

- La coexistencia del alcoholismo y la depresión podría considerarse, más que un trastorno comórbido, un síndrome de presentación frecuente y pronóstico grave.
- Hay evidencias de tipo genético, neurofisiológico y neuroquímico que hablan a favor de un tronco común en la etiopatogenia del alcoholismo y la depresión”.
- Estos pacientes tienen una historia de alcoholismo más deteriorante, son más resistentes al cambio, sufren recaídas frecuentes y tienen un mayor riesgo de suicidio.



## Comentarios finales y conclusiones

*Dr. Agustín Vélez Barajas*

*Encargado del Despacho del Comisionado Nacional  
del Consejo Nacional Contra las Adicciones*

**G**racias Haydeé y gracias a la Fundación por invitarme a este seminario que aborda muy sensatamente dos temas de salud pública fundamentales: la depresión y el alcoholismo.

Los cuatro expositores se han desempeñado de manera magistral, en un orden que nos ha permitido entender mejor esta problemática. Pasamos desde el “vuelo de pájaro” que nos permite conocer lo que sucede en la población lo que sucede en la población en general a través de la epidemiología, hasta lo más individual y particular que es la experiencia clínica del doctor Elizondo con personas que sufren de estas patologías. Me parece de gran utilidad que el tema se haya presentado así, porque nos permite llegar a algunas conclusiones. La primera, es que de ambos temas, el alcoholismo (o el consumo excesivo de bebidas alcohólicas) y la depresión (y otros trastornos afectivos), al igual que de otros trastornos del comportamiento, tenemos ahora mayor información. De hecho, en los últimos años la humanidad ha tenido a su disposición importantes estudios sobre el funcionamiento del cerebro, sobre los eventos químicos y eléctricos que ahí ocurren, lo que nos permite entender cómo funciona éste; cómo y cuándo se altera o se enferma, y qué repercusiones tiene esto en la vida de las personas.

Sin embargo, el conocimiento no necesariamente nos lleva, como lo mencionó Liliana Mondragón, a la comprensión del problema, y la mayoría de las personas que sufren de un trastorno mental en el mundo siguen siendo poco comprendidas. Tenemos suficiente información estadística, bioquímica y genética de cómo se suscitan estos trastornos, pero, repito, esto no implica necesariamente que se comprenden en su

totalidad y mucho menos que quienes los padecen sean aceptados. La comprensión y la aceptación de éstos, por parte de la humanidad, son parte de una agenda pendiente. Por eso estas proyecciones preocupantes de que en los próximos años la depresión y el alcoholismo serán de las enfermedades que más repercutirán, parecen hablar de un destino que al parecer es irremediable. No obstante en las cuatro exposiciones de este seminario se ha puesto en evidencia que este destino no es inmodificable. Nos han dicho que conociendo mejor estas patologías, y pasando después a la comprensión y la aceptación, no necesariamente tendremos que padecer, como humanidad, ese destino.

Como marco de referencia podemos tomar lo que este tipo de enfermedades le cuesta a la sociedad, exclusivamente en términos de atención médica. Con los criterios de macroeconomía del Banco Mundial para conocer los costos globales de las enfermedades para una sociedad, la Fundación Mexicana para la Salud realizó estudios en México que indican que cerca del 20 por ciento de dichos costos tienen que ver con trastornos mentales, pero particularmente con alcoholismo y depresión. Vale la pena pensar en que a pesar de lo que le cuesta a la sociedad, sólo en los servicios de atención médica, no le hemos dado la suficiente atención a ambas patologías. Mucho tiene que ver en ello el estigma; la “mancha” que llevan las personas por un comportamiento que en algún momento de sus vidas es más sancionado moralmente que analizado desde el punto de vista médico y sanitario. Es evidente que quienes estamos aquí reconocemos que el tema de hoy se refiere a una o dos patologías; es decir, trastornos que no tienen que ver con la razón de ser de la humanidad, y mucho menos con una intencionalidad de enfermarse por parte de las personas. No adquirimos las enfermedades porque queremos, incluidos estos trastornos del comportamiento.

En la presentación de José Antonio escuchamos que incluso a nivel cerebral puede haber una asociación de carácter bioquímico entre un trastorno típicamente patológico, como la depresión, y otro que podría pensarse que es algo voluntario como es el consumo de bebidas alcohólicas.

Si la sociedad no sólo conoce bien lo que le sucede sino que lo comprende y lo acepta, entonces la proyección mencionada, acerca del peso que tendrán en el futuro estas enfermedades, será menos negativa. La discapacidad es uno de los indicadores que se han utilizado en el Sistema Nacional de Salud para saber qué tanto podemos disminuir el sufrimiento que generan las enfermedades, a los individuos en lo particular y a las sociedades en lo general. Es decir, cuántos de los años de vida que se viven con discapacidad pueden ser reducidos cuando tenemos intervenciones exitosas.

Recordemos que ya en otros seminarios que esta Fundación ha realizado para el bien colectivo, se ha abordado el tema del tratamiento, tanto a las familias y a los individuos como a la colectividad, y las medidas que han tenido éxito se reflejan en menos años con discapacidad o menos años de sufrimiento. Si el dato macroeconómico que he mencionado lograra ser disminuido y la depresión y el alcoholismo costaran menos en servicios de salud, sería significativa la cantidad de recursos que la sociedad podría utilizar en otras necesidades comunitarias, sociales y humanas. Si las personas ven que su desempeño mejora en su vida laboral y social, verán que en lo colectivo será importante su aportación económica a la sociedad.

Si bien es cierto que ambos temas, alcoholismo y depresión, están inscritos en el ámbito de la salud, en el aspecto sanitario, también lo es que tienen que ver con algo más importante, que es el desarrollo social sustentable. En la medida en la que los sistemas nacionales de salud orienten mejor sus políticas hacia la atención de estas patologías, todavía sujetas en muchos casos a la discriminación, los países podrán encontrar mejores respuestas para la colectividad, en este esquema de desarrollo social sustentable. Es decir, mayor bienestar para mayor número de personas, con una acción de carácter sanitario, pero que trasciende lo estrictamente médico para trasladarse al terreno de la vida de la humanidad en general y a un mejor desempeño como sociedad, que seguramente es lo que todos esperamos.

Finalmente quiero felicitar nuevamente a la Fundación por este seminario, por la manera en que fue presentado y, por supuesto, a los cuatro expositores que han hecho su trabajo de forma magistral, aunque nos ha dejado mayores inquietudes. Una de éstas, para quienes desde el gobierno trabajamos para emitir política pública, es cómo podemos trasladar este conocimiento a la sociedad, para que no sólo lo conozca sino para que comprenda y, finalmente, acepte que estas alteraciones en la vida de las personas pueden tener solución, y que ésta nos interesa a todos.

*Mtra. Haydeé Rosovsky: Las investigaciones presentadas abren la necesidad urgente de unir la ciencia con la acción. Tenemos un bagaje de conocimientos científicos (la investigación en México ha tenido un desarrollo importante en materia de salud mental), pero no toda la información generada se utiliza para la política pública o para tomar acciones que realmente benefician a la población. Con los datos que presentaron nuestros expositores se me ocurre hay muchísimos niveles de intervención. Sin caer en reduccionismos, hubo la posibilidad de ver cuánto intervienen los aspectos de la química cerebral, los relacionados con la genética, más los fenómenos psicosociales cognitivos, pero es necesario crear estrategias de la salud mental y de prevención de estos trastornos afectivos y de abuso de sustancias, a edades muy tempranas. Todo parece indicar que una gran proporción de casos en donde estas dos patologías se unen se originan en esos primeros años, de manera distintiva entre hombres y mujeres, y esto es importante y se debe utilizar. Por lo tanto, se deben realizar programas en las escuelas, en las comunidades, con los padres de familia, a fin de apoyar a los jóvenes para que desarrollen su emotividad, su maduración y su desarrollo, de la manera más adecuada posible, y así eviten estos riesgos.*

*La información que aquí se presentó puede tener implicaciones muy importantes. La genética también dará origen a estudios de familia en los que se podrá saber con quién se debe casar cada quien, con quién hay que tener hijos, o estar prevenidos de que puede haber mayor riesgo o vulnerabilidad de que sea mayor la tendencia a presentar este tipo de problemas. Obviamente también quisiéremos que se llevaran*

*a cabo acciones de carácter macrosocial, en las que hubiera mejores condiciones de vida, políticas saludables para corregir las injusticias que vemos constantemente, y que sin duda tienen un peso causal muy grande. Tal vez eso no esté totalmente en nuestras manos, pero debemos exigir a nuestros gobernantes, a los empresarios y a la comunidad en general, que actuemos en la dirección de tener una sociedad más justa.*

*Son varios los niveles de explicación, de comprensión, y varios más los de acción que se deben realizar. Ojalá todos salgamos de aquí con el deseo de contribuir en ese esfuerzo, cada quien en su respectivo campo de acción.*

*Por último el doctor Melo me ha pedido que dé a conocer que FISAC, a través de su comité científico, otorgará tres premios a tres tesis de licenciatura o posgrado a nivel nacional. Los temas deberán estar vinculados con el consumo de alcohol desde diferentes perspectivas disciplinarias. Se aceptarán trabajos provenientes de las ciencias básicas, de las ciencias sociales y de programas aplicativos, y de varias carreras. Esta convocatoria se dará a conocer en las próximas semanas. Haremos un trabajo muy acucioso, muy objetivo, de selección de los trabajos premiados.*

*La convocatoria se dará a conocer y se difundirá lo más ampliamente posible, para estimular el interés por este tema que siempre nos da más interrogantes que respuestas.*



*Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.*  
*Seminario permanente: "Investigación, cultura y Salud"*

**Cuadernos**

1. *Cuadernos de investigación.*
2. *El pulque, la cultura y la salud.*
3. *La mujer en la cultura del consumo de bebidas con alcohol: riesgos y beneficios.*
4. *Políticas de moderación en el consumo de bebidas con alcohol.*
5. *Los jóvenes y los riesgos en el consumo de bebidas con alcohol: ¿qué podemos prevenir?*
6. *La tercera edad: ¿cuál es la experiencia y cuáles las consecuencias del consumo de bebidas con alcohol?*
7. *El trabajo y las bebidas con alcohol: razones, consecuencias y alternativas.*
8. *El consumo moderado de bebidas con alcohol como factor protector de la salud: ¿mito o realidad?*
9. *Consumo de bebidas con alcohol en contextos juveniles.*
10. *Alcohol y accidentes de tránsito. Revisión de la evidencia.*
11. *Estándares y equivalencias de las bebidas con alcohol.*
12. *Alcohol y comunidades indígenas. Ritual y patología.*
13. *Legislación y bebidas alcohólicas.*
14. *Alcohol y cáncer.*
15. *Publicidad de las bebidas alcohólicas  
Evidencias y controversias*
16. *Publicidad de las bebidas alcohólicas  
Evidencias y controversias (Parte II y última)*
17. *Alcohol y familia.*
18. ***Alcohol y depresión.***

**Visite nuestra página web**  
**[www.alcoholinformate.org.mx](http://www.alcoholinformate.org.mx)**

*Talleres  
Interactivos  
Para la  
Promoción de la  
Salud*

La Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. (FISAC), a través de su Dirección de Servicios a la Comunidad, diseñó **TIPPS** (*Talleres Interactivos para la Promoción de la Salud*) como un apoyo a la educación para la salud, a fin de **prevenir el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas**.

Está dirigido a escuelas de educación media y media superior, asociaciones de padres de familia, empresas públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y líderes comunitarios que organicen actividades con población juvenil.

Promotoras profesionales imparten este curso de prevención primaria **orientando a educar en la moderación y el consumo responsable del alcohol**, y a capacitar instructores para que, a su vez, difundan esta información en sus centros de trabajo. Los temas de que consta el curso son los siguientes:

*Parte I. Alcohol y Sociedad*

- 1. Características de las bebidas con alcohol**
- 2. Desarrollo histórico de las bebidas alcohólicas**
- 3. Por qué beben las personas: Un enfoque multidisciplinario, y Mitos y creencias**
- 4. Moderación y exceso en el consumo**
- 5. Consumo de bebidas alcohólicas en México. Situación actual**
- 6. Pubertad, adolescencia y juventud**

*Parte II. Desarrollo integral del adolescente*

- 7. Sexualidad y salud sexual**

*Parte III. Factores de riesgo, protección y resiliencia*

- 8. Autoestima**
- 9. Asertividad**
- 10. Valores**
- 11. Tiempo libre**
- 12. Proyecto de vida**

Llame para darnos la oportunidad de informarle más acerca de nuestros **TIPPS**:

**Lic. Alicia Argüelles Guasquet**

*Directora de Servicios a la Comunidad*

Teléfonos: 5554-0442, 5554-6276, 5554-0604 ext.227

Fax: 5554-0161 Correo electrónico: [arguelles@fisac.org.mx](mailto:arguelles@fisac.org.mx)

consulte nuestra página web

**[www.alcoholinformate.org.mx](http://www.alcoholinformate.org.mx)**



FISAC

Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.

*Francisco Sosa No. 230 Col. Coyoacán*

*México, D.F. 04000*

*Tel. 5554-2194 Fax. 5554-0161*

*Cuadernos* **FISAC**

Se terminó de imprimir en noviembre de 2003,  
en Typpo graphics, S.A. de C.V.;

El papel utilizado Ivory de 135 gramos.