



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
Casa Pedro Domecq
DIAGEO
Grupo Televisa
La Madrileña
Möet-Hennessy
Tequila Herradura
Tequila Sauza*

Cuadernos FISAC

Órgano de Difusión del Comité Científico de la Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.

Marzo, 2007 Año 8. Seminario No. 029

·SOCIOS FUNDADORES

Emilio Azcárraga Milmo 

Nazario S. Ortiz Garza 

Antonio Ariza Cañadilla 

·DIRECTOR GENERAL

Ignacio Ybarra Duperou

·PRESIDENTES HONORARIOS

Isaac Chertorivski Shkoorman

·COORDINADOR EDITORIAL

Haydeé Rosovsky T.

·CONSEJO DIRECTIVO 2007

PRESIDENTE

Manuel Rubiralta Díaz

·COMITÉ EDITORIAL

Alicia Argüelles Guasquet

Haydeé Rosovsky T.

Ignacio Ybarra Duperou

Gerardo Ancira Martínez

Emilio Azcárraga Jean

Juan Domingo Beckmann Legorreta

Francois Bouyra Lacombe

William Bullard

Juan Grau

Jorge Kanahuati Gómez

Cristóbal Mariscal Estrada

Jaime Mijares Noriega

Alejandro Quintero Iñiguez

Héctor Quirarte Gutiérrez

Jerome Seignon

Mauricio Soriano Ariza

Jorge Terrazas Ornelas

Salomón Vargas García

Luis Velasco Fernández

Índice de contenido

Bienvenida

Ignacio Ybarra Duperou

Polimorfismos de las enzimas metabolizadoras del alcohol

David Kershenobich Stanlikowitz

La investigación en comunidades indígenas para el desarrollo de un programa de intervención relacionada con la problemática del alcoholismo

Guillermina Natera Rey

El estado del arte de las investigaciones sobre alcohol en México

Carlos Rodríguez Ajenjo

Investigaciones sobre uso y abuso de alcohol: Implicaciones preventivas

Haydeé Rosovsky Tuchsznaider

Seminario permanente: “Investigación, cultura y salud”

*Situación de la Investigación sobre el uso y abuso de alcohol en México**

BIENVENIDA

Lic. Ignacio Ybarra Duperou
Director General de FISAC

- ✂ Estimados amigos, es un gusto darles la bienvenida al primer Seminario que FISAC lleva a cabo en el 2007 y que constituye el vigésimo noveno realizado a lo largo de los últimos 8 años. Quiero agradecer el apoyo brindado por el Instituto de Investigaciones Antropológicas, especialmente a su Director, el Dr. Carlos Serrano Sánchez, quien nos ha hecho el favor de recibirnos. Así también agradecemos la generosa intervención del Dr. Luis Alberto Vargas Guadarrama y a su equipo.
- ✂ La permanencia de este proyecto a lo largo del tiempo se debe, principalmente, al interés que ustedes han demostrado por dichos encuentros, que representan ejercicios de aprendizaje y actualización tanto para las personas que trabajamos en FISAC como para muchas otras interesadas en el tema del alcohol. Por todo ello, agradezco a los ponentes que nos hacen el honor de compartir sus conocimientos, así como a las personas que nos acompañan.
- ✂ El tema principal que se abordará en este Seminario es **“Situación de la Investigación sobre el Uso y Abuso de Alcohol en México”** ya que consideramos que es un tema de interés pues la investigación sobre adicciones es una de las estrategias que más se han desarrollado en nuestro país.
- ✂ Nos acompaña como ponente el Dr. David Kershenovich, amigo cercano de esta Fundación; miembro de nuestro Comité Científico pero, sobretodo, hepatólogo muy reconocido que, entre otros, ha dedicado su vida a estudiar el tema del uso y abuso del alcohol. Además de su trabajo como clínico gastroenterólogo, es un académico de primer orden puesto que su participación en la investigación científica tiene ya reconocimiento mundial. Es un orgullo para México ya que sus aportaciones sobre los efectos que produce el abuso del alcohol en el hígado son siempre innovadores; además es Presidente Médico de la Fundación para la Salud Hepática. Gracias por acompañarnos Doctor.

- ✂ También quiero brindar un reconocimiento especial al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, institución líder en investigación y formación de recursos humanos, porque sus estudios en el área del consumo y abuso de sustancias adictivas tienen un prestigio internacional y son un referente indispensable para aquellos que se interesen en conocer cómo se presentan dichas problemáticas en México. La Dra. María Elena Medina Mora, encabeza el importante equipo de investigación epidemiológica y de estudios psicosociales de esa institución; es una personalidad reconocida mundialmente y que ha cosechado innumerables reconocimientos. En esta ocasión, FISAC se une a ellos además de agradecerle como siempre su apoyo a esta Fundación.
- ✂ Sin duda, dentro del equipo multidisciplinario de investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría, se encuentra uno de sus más altos exponentes, la Mtra. Guillermina Natera Rey, quien nos acompaña el día de hoy y a quien mucho le agradecemos que comparta algo de su vasta experiencia en este campo. Ella también nos hace el honor de participar en nuestro comité científico orientándonos y apoyándonos en muchas de nuestras iniciativas.
- ✂ Enviamos un atento saludo al Dr. Carlos Rodríguez Ajenjo, nuevo titular del Consejo Nacional contra las Adicciones a quien le auguramos un gran éxito en su importante labor. Cuenta con un gran prestigio por ser un profesional serio y de gran sensibilidad para este tipo de tareas. Desde este momento le ofrecemos el apoyo total de FISAC.
- ✂ El Dr. Rodríguez Ajenjo me ha pedido que sea el Mtro. Raúl Martín del Campo Sánchez, Jefe del Departamento de Monitoreo de Indicadores del CONADIC, quien participe con su ponencia ya que el Dr., desafortunadamente, no pudo estar con nosotros
- ✂ Finalmente, contamos también con la participación de la Maestra Haydée Rosovsky, quien ha colaborado con nosotros desde hace mucho tiempo y que, además de hacernos el favor de coordinar los Seminarios, nos apoya con sus amplios conocimientos sobre adicciones, como en los recientes estudios de investigación de la Cátedra FISAC-Anáhuac iniciados recientemente.
- ✂ Sin nada más que mencionar, ahora le cedo la palabra a la Mtra. Haydée Rosovsky, quien será nuestra moderadora en este evento.

Mtra. Haydée Rosovsky (Moderadora):

Como lo ha dicho el Lic. Ybarra, Director General de FISAC, hace tiempo que no se llevaba a cabo un Seminario que tratara sobre el tema de los avances obtenidos en la investigación; sobretodo, porque contamos con un nuevo titular del Consejo Nacional Contra las Adicciones, el Dr. Rodríguez Ajenjo.

La investigación es lo que debe dar sustento a las acciones que se emprendan en el programa nacional contra las adicciones.

Doy la bienvenida al Dr. David Kersenovich, quien se ha caracterizado por realizar investigación básica. El Dr. nos hablará de los polimorfismos de las enzimas metabolizadoras del alcohol, David siempre procura traducir los términos técnicos para que todos podamos comprender.

*Sin más, le doy la palabra al Dr. Kersenovich para escuchar su presentación.
Gracias.*

Polimorfismos genéticos de las enzimas Metabolizadoras de alcohol

David Kersenovich

Unidad de Medicina Experimental/HIPAM Facultad de Medicina UNAM

Buenos días.

En primer lugar, quiero agradecer al Lic. Ybarra y a Haydée por la invitación. Siempre me da mucho gusto venir a estos foros de FISAC, ya que, como mencionó el Lic. Ybarra, son de gran utilidad para quienes hacemos investigación en temas acerca del alcohol.

Voy a hablarles sobre Polimorfismos Genéticos, investigación que ha servido como tema para una tesis de doctorado realizada por la Dra. Graciela Gutiérrez, y que ha elegido como título: “Las enzimas metabolizadoras de alcohol”.

IMPACTO GLOBAL DEL ALCOHOL

- Es causa de 3-4% de las incapacidades y muertes mundiales
- Su morbilidad y mortalidad están a la par que el sarampion, tuberculosis y paludismo
- Su impacto es 5 veces más severo que otras drogas ilegales

Comenzaré con algunos datos que para ustedes son muy comunes, ya la Dra. Haydée mencionaba que ojalá quede claro; yo mismo tengo que entender el tema del alcohol para poder comprender luego la investigación.

El impacto global del alcohol es causa del 3% al 4% de las incapacidades y las muertes mundiales: su morbilidad y mortalidad están a la par que el sarampión, la tuberculosis y el paludismo.

ALCOHOLISMO

- El concepto del alcoholismo como una adicción, como una **enfermedad** incontrolable, progresiva, tiene 175 a 200 años
- Previamente en la América Colonial el emborracharse era un **asunto moral** o de pérdida de control

Ya ustedes conocen muy bien el concepto de alcoholismo como adicción; sin embargo, a nosotros lo que nos interesa es el concepto de alcoholismo como enfermedad y que tiene, aproximadamente de 175 a 200 años.

DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO

- Es una enfermedad primaria, crónica, con **factores genéticos, psicosociales y ambientales**, que influyen su desarrollo y las manifestaciones clínicas.
- La enfermedad es a menudo progresiva y fatal.
- Se caracteriza por la falta de control continua o intermitente sobre el consumo de alcohol, consumo a pesar de la preocupación de hacerlo y sus consecuencias, con trastornos en el razonamiento que a menudo llevan a la negación.

No obstante, es una enfermedad que cada vez entendemos más y que involucra factores genéticos, factores psicosociales y factores ambientales, que son los que influyen su desarrollo y las manifestaciones clínicas. No se trata de una enfermedad como las del tipo infeccioso, donde se presenta un agente específico que produce un daño detectable en el

organismo sino que éste tiene distintos aspectos, que ustedes conocen mejor que yo, y que matizan dichas características. Sin embargo, yo voy a hablar de los aspectos genéticos de una enfermedad que es, a menudo, progresiva y fatal, caracterizada por la falta de control continuo o intermitente sobre el consumo de alcohol a pesar de que existe la preocupación de hacerlo y de conocer las consecuencias ya que existen trastornos del razonamiento que, en ocasiones, llevan a la persona enferma a la negación del padecimiento.

CAUSAS DE MUERTE POR ALCOHOL

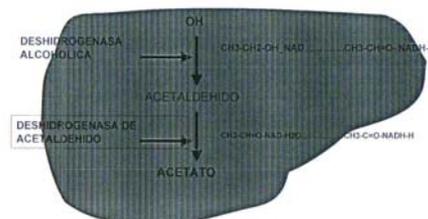
- Psicosis alcohólica
- Síndrome de dependencia al alcohol
- Abuso no dependiente de alcohol
- Polineuropatía alcohólica
- Cardiomiopatía alcohólica
- Gastritis alcohólica
- **Hepatitis aguda alcohólica**
- **Hígado graso alcohólica**
- **Cirrosis hepática alcohólica**
- **Enfermedad hepática alcohólica inespecífica**
- Sobredosis de alcohol
- Intoxicación alcohólica accidental

ALCOHOL-DEFINED DEATHS FOR PERSONS AGED
15 AND OVER CALIFORNIA, 1989 TOTAL 1995
Department of Health Services, Death records

Para el grupo de investigadores que nos interesa el hígado, el alcohol puede causar hepatitis aguda alcohólica, hígado graso alcohólico, cirrosis hepática alcohólica o enfermedad hepática alcohólica inespecífica. Todos estos datos aparecen en los certificados de defunción de personas que fallecen con un problema de alcoholismo.

Nuestro interés por el hígado se debe a que éste es el responsable de la eliminación de, aproximadamente, el 75% del alcohol que una persona ingiere, este porcentaje se metaboliza en el hígado. Así pues, la capacidad de extracción hepática se calcula entre 0.87 y 2.29 micromolas por minuto si una persona está sana.

ALCOHOL



Etanol metabolizado por hora, entre 6 y 9 gr

La función del hígado es sencilla: toma el alcohol y gracias a una serie de encimas (después hablaremos de los polimorfismos de estas encimas formadas, fundamentalmente, por la deshidrogenasa alcohólica) convierte, a través de una reacción química, en la que participa el NAD para convertirlo en NADH y, es entonces, que el alcohol se convierte en acetaldehído; el acetaldehído es cuatro veces más tóxico para el organismo que el alcohol mismo. Debido a que no existen mecanismos de retroalimentación, todo el alcohol consumido se transforma en acetaldehído y esta sustancia se tiene que convertir en acetato para liberarse en forma de agua. Todo este proceso se lleva a cabo gracias a otra encima que es la deshidrogenasa del acetaldehído y, nuevamente, esta conversión o este cofactor, el NAD, que se transforman en NADH contiene un exceso de hidrogeniones.

Sin embargo, para el tema que trataré, les pido que recuerden simplemente que la principales encimas que metabolizan el alcohol están relacionadas con la deshidrogenasa alcohólica y la deshidrogenasa del acetaldehído.

Metabolismo de Etanol

- Alcohol deshidrogenasas citosólica (ADH): ADH1, ADH2 y ADH3.
 - Sistema Microsomal oxidante de etanol (MEOS): Citocromo P450 2E1 (CYPE1).
 - Catalasa Peroxisomal.
- * El producto final de éstas 3 vías es el acetaldehído.**

Ahora que sabemos que la deshidrogenasa del alcohol puede tener tres variantes denominadas como ADH1, ADH2 y ADH3 (y espero que más adelante quede clara la importancia que tienen estas encimas), debemos saber también, que existe otro sistema que interfiere cuando el primero se agota y que se conoce como el sistema microsomal oxidante de etanol; que quiere decir que se encuentra en las mitocondrias y en los microsomas por lo que recibe el nombre de “citocromo P450 2E1”. Dicho sistema está dentro de los distintos organismos que metabolizan otras sustancias. Les recuerdo que el producto final de estas tres vías es la producción del acetaldehído.

Mecanismos de daño hepático

- Factores Genéticos: polimorfismos de colágena, ADH, ALDH y CYP2E1.
- Malnutrición: deficiencias calóricas – proteicas
- Efectos tóxicos en la membrana celular: alteración de la fluidez de la membrana y transporte de proteínas.

De tal forma que, cuando nosotros como hepatólogos, hablamos de mecanismo y daños hepáticos, nos interesamos en factores genéticos como los polimorfismos de estas enzimas, los polimorfismos de colágena, etc. Además, existen otros factores que participan en el proceso: la desnutrición, las deficiencias calóricas, los efectos tóxicos en la membrana celular que pueden alterar la fluidez de la misma y el transporte de proteínas. Por favor recuerden esta diapositiva cuando yo presente mi última conclusión con relación a la susceptibilidad al daño hepático por el alcohol ya que no se trata de un solo factor involucrado, sino de varios.

- SUSCEPTIBILIDAD AL ALCOHOL
- DEPENDENCIA AL ALCOHOL
- ENFERMEDAD HEPATICA POR ALCOHOL

Así pues, cuando tratamos el tema de factores genéticos es necesario distinguir tres aspectos que son similares y que en ocasiones se confunden. Pueden presentarse tres factores genéticos en la susceptibilidad al alcohol; por ejemplo, los japoneses que se intoxican con una o dos copas, presentan *flushing* en el rostro y dejan de tomar porque tienen una mayor susceptibilidad al alcohol. Otra son los factores que tienen que ver con la dependencia al alcohol ya que no todo aquél que está tomando alcohol desarrolla dependencia. ¿Qué es lo que hace que desarrolle dependencia? La respuesta es muy distinta

a la susceptibilidad al alcohol y, tercero, de todos los pacientes que presentan dependencia al alcohol y que tienen susceptibilidad al alcohol nada más 20% desarrollan daño hepático entonces tenemos factores que tienen que ver con la susceptibilidad a la enfermedad hepática por alcohol; de tal manera, que la genética es muy diversa y se tiene que plantear en cada aspecto para saber cuáles son los factores que pueden participar.



Cuando contamos con dos individuos que ingieren alcohol, como se presentan aquí, el reto que tenemos es saber cuál de ellos es susceptible a desarrollar daño hepático por alcohol, porque no podemos saber a quién de los dos le va hacer daño.

Factores genéticos y adquiridos que influyen la susceptibilidad a enfermedad hepática por alcohol

- **Género Femenino**
- **Predisposición genética a la adicción al alcohol. Presencia del gen de receptores de dopamina localizada en el cromosoma 11.**
- **Polimorfismo genético a las enzimas que se encargan de metabolizar el alcohol.**
- **Antígenos de histocompatibilidad**
- **Factores Inmunológicos**

Se han buscado distintos factores en esta susceptibilidad a la enfermedad hepática por alcohol. Ya sabemos que las mujeres requieren de menores cantidades de alcohol para desarrollar daño hepático; así como tenemos conocimiento de que existen receptores de dopamina localizados en el cromosoma 11. Así que de lo que yo les voy a hablar es de polimorfismos genéticos, antígenos de histocompatibilidad y factores inmunológicos.

Susceptibilidad Genética a daño hepático por alcohol

Género femenino:

- Disminución del “metabolismo de primer paso” del alcohol en el estómago
- Disminución de los niveles de dehidrogenasa alcohólica gástrica
- Menor tolerancia al alcohol

Clinical and Experimental Research 27:336-347,2003

Podemos mencionar que el género femenino presenta una disminución del metabolismo del primer paso de alcohol en el estómago, lo cual provoca que se intoxiquen con una menor cantidad de alcohol porque tienen menos capacidad de metabolismo protector a nivel del estómago y, por lo tanto, les llega mayor cantidad de alcohol a la circulación con menos cantidad, provocando menor tolerancia al alcohol.

Susceptibilidad Genética a daño hepático por alcohol

- **Estudios en gemelos y familiares**
- **Análisis de asociación genética**
- **Riesgo relativo de haplotipos**

Se han hecho estudios en hermanos gemelos y familiares: estudios como análisis de asociación genética, riesgos relativos de haplotipos. Pero no voy a hablar de ninguno de ellos en este momento.

Datos sobre influencia genética

- 4 veces más riesgo en familiares de ascendencia directa.
- Gemelos monocigotos y dicigotos con una concordancia de 2 / 1.
- Niños adoptados tienen 4 veces más riesgo sin conocer a sus padres biológicos

Science 8: 109-115,1999

Sabemos, por ejemplo, que en familiares de ascendencia directa se presenta un riesgo cuatro veces mayor de desarrollar daño hepático; en gemelos monocigotos y dicigotos hay también una concordancia de 2 a 1 y, en niños adoptados, se presentan cuatro veces más riesgos sin conocer a sus padres biológicos, sobretodo si provienen de padres que tienen problemas de alcoholismo.

Etnicidad

Conceptos socio-políticos
Antropológicos

Para introducirme directamente al trabajo que les voy a presentar, les diré que el concepto de etnicidad es algo muy importante (ya lo verán en las siguientes diapositivas) porque se basa, por lo general, en conceptos sociopolíticos y antropológicos a definir. Por ejemplo, que es un mexicano, que es un otomí, etcétera.

Etnicidad

Origen Mexicano: Genes Españoles, Amerindios y Africanos

“Caucásico” Ancestría primariamente Europea (Española)

“Otomi” Indios

“Mestizo” Mezcla Europea (Española) y Mexicana (India)

“Mexico Americano” Presencia de al menos tres de cuatro abuelos de la misma etnicidad

Lo anterior es muy importante porque se presenta cada vez con más frecuencia por lo que debemos apoyarnos más en estudios de tipo genético.

Aquí, por ejemplo, les presento algunas definiciones: Una persona de origen mexicano, la mayor parte de las veces, tiene genes españoles, amerindios y africanos. En nuestra población somos una mezcla de esos tres genes distintos, a diferencia de un caucásico cuyas estrías se originan, primariamente, en Europa.

México es un país en el que encontramos genes que provienen en primer lugar, de población española y de genes indígenas, principalmente de los otomí y de los cuales les voy a hablar hoy puesto que son aquellos que podemos definir como una población autóctona mexicana. Pero la mezcla de raza mestiza que se describe en la literatura es la mezcla europea-española con la mezcla de genes mexicanos; es decir, la raza indígena produce los genes México-Americanos que encontramos en muchas publicaciones. Sin embargo, yo espero mostrarles que somos distintos a lo que se reporta en la literatura como México-Americano.

Se acostumbra definir a la raza México-Americana como la presencia de, al menos, tres de los cuatro abuelos de la misma etnicidad; es decir, piden tres de los cuatro abuelos que sean mexicanos aunque estén residiendo en Estados Unidos. Esto es importante por que hemos aprendido que, efectivamente, después de cuatro generaciones los genes se modifican por los factores ambientales una cosa son los genes de ancestría, pero los genes ambientales son otro elemento distinto y que puede modificar la susceptibilidad del desarrollo de una enfermedad.

POLIMORFISMOS DE ENZIMAS METABOLIZADORAS DEL ALCOHOL

Población

- Ciento ocho Mexicanos de origen Otomí, que utilizan la lengua Otomí en sus actividades cotidianas, están involucrados en las actividades comunitarias y ceremonias religiosas
- Residentes en una comunidad aproximadamente a 120 km de la Ciudad de México
- Cincuenta y nueve pacientes con diagnóstico de alcoholismo (criterios de la OMS: >70gr/día en hombres y >50 g/día en mujeres, en los últimos 5 años) y dependencia al alcohol de acuerdo a los criterios del DSM IV
- Cincuenta y nueve controles abstemios o que consumen < 10 g de alcohol por día

Gutierrez G Alcohol 2006

De tal manera que la tesis doctoral que Gabriela Gutiérrez hizo con nosotros, tenía como objetivo el tratar de ver los polimorfismos de encimas metabolizadotas de alcohol en una población otomí autóctona mexicana y para eso, se tomó una muestra de 108 mexicanos de origen otomí. Para ello se definió como otomí a aquellas personas que utilizan la lengua otomí en sus actividades cotidianas ya que dicha característica se reconoce como un factor de ancestría importante pues los mantiene involucrados en actividades comunitarias y ceremonias religiosas autóctonas de la región. Así pues, se tomó en cuenta el antecedente de más de cuatro generaciones de origen otomí en una comunidad aproximadamente a 120km, en el estado de Hidalgo. De ese grupo, se tomaron a cinco pacientes con diagnostico de alcoholismo de acuerdo a los criterios de la OMS (70 gramos al día en hombres y 50 gramos en mujeres, constantes en los últimos cinco años) así como aquellos que presentaron dependencia al alcohol de acuerdo a los criterios del DSM IV. Se tomaron 59 controles de abstinición o que consumían menos de 10 gramos de alcohol.

DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

	Alcoholic Subjects (n=59)	Nonalcoholic Subjects (n=59)	P
Gender n (%)			
Male	32 (54.2)	27 (45.8)	NS
Female	27 (45.8)	32 (54.2)	
Age (years)*	50.5 (30-86)	48.1 (30-78)	NS

Gutierrez G. Alcohol 2006

Aquí está la definición del alcohol y las características demuestran que son semejantes en frecuencia, tanto por género como por edades ya que son, por lo general, alrededor de 50 en la población.

GENOTYPE AND ALLELE FREQUENCY OF FIVE ALLELES IN MEXICAN OTOMI INDIANS NONALCOHOLICS AND ALCOHOLICS

	No. (%) of subjects with genotype			Allele frequency (%)
	1/1	1/2	2/2	
ADH2				
Alcoholics	49 (83.1)	10 (16.9)	0 (0)	8.5
Nonalcoholics	51 (86.4)	8 (13.6)	0 (0)	6.8
ALDH2				
Alcoholics	59 (100)	0 (0)	0 (0)	0.0
Nonalcoholics	59 (100)	0 (0)	0 (0)	0.0
CYP2E1 RsaI				
Alcoholics	3 (5.1)	22 (37.3)	34 (57.6)	76
Nonalcoholics	2 (3.4)	31 (52.5)	26 (44.1)	70
CYP2E1 DraI				
Alcoholics	3 (5.2)	23 (39.0)	33 (55.9)	75
Nonalcoholics	1 (1.7)	45 (76.3)	13 (22.0)	60
CYP2E1 TaqI				
Alcoholics	8 (13.6)	32 (54.2)	19 (32.2)	59
Nonalcoholics	3 (5.1)	19 (32.2)	37 (62.7)	79

El procedimiento que se llevó a cabo fue el de estudiar a la población alcohólica y no alcohólica para identificar a los genes metabolizadores de los distintos genes que participan, procedimiento conocido como polimorfismos en las enzimas metabolizadoras de alcohol, término que expliqué en un principio.

Permítanme mostrarles en dónde es diferente la población otomí con respecto al resto del grupo que llamamos mexicanos. En primer lugar, la frecuencia de las enzimas que metabolizan el alcohol: la deshidrogenasa alcohólica 2 y la deshidrogenasa del acetaldehído 2 es muy baja; es decir, que la población otomí presenta una frecuencia muy baja con respecto de polimorfismos de los genes que metabolizan el alcohol por la vía normal; pero, además, no existe diferencia entre el alcohólico y el no alcohólico. Podrán notar cómo no hay diferencia por lo que podemos notar la baja frecuencia de los hálelos protectores porque dicho proceso de metabolización del alcohol, protege y mantiene una frecuencia muy baja. Tomando en cuenta que las cifras se presentaban entre 0 y 8, la baja frecuencia de los hálelos protectores de estas dos enzimas, en población otomí, es similar a la frecuencia de los México-americanos, de los africanos y de los caucásicos; pero es muy diferente de los asiáticos ya que en éstos, el 70 % tienen estos genes mientras que los otomíes presentan casi el 8%. Es decir, no existen genes protectores, por lo tanto, el asiático se intoxica rápidamente debido a que tiene genes protectores de los que carecen los otomíes, los México-americanos, los africanos y los caucásicos.

GENOTYPE AND ALLELE FREQUENCY OF FIVE ALLELES IN MEXICAN OTOMI INDIANS NONALCOHOLICS AND ALCOHOLICS

	No. (%) of subjects with genotype			Allele frequency (%)
	1/1	1/2	2/2	
ADH2				
Alcoholics	49 (83.1)	10 (16.9)	0 (0)	8.5
Nonalcoholics	51 (86.4)	8 (13.6)	0 (0)	6.8
ALDH2				
Alcoholics	59 (100)	0 (0)	0 (0)	0.0
Nonalcoholics	59 (100)	0 (0)	0 (0)	0.0
CYP2E1 RsaI				
Alcoholics	3 (5.1)	22 (37.3)	34 (57.6)	76
Nonalcoholics	2 (3.4)	31 (52.5)	26 (44.1)	70
CYP2E1 DraI				
Alcoholics	3 (5.2)	23 (39.0)	33 (55.9)	75
Nonalcoholics	1 (1.7)	45 (76.3)	13 (22.0)	60
CYP2E1 TaqI				
Alcoholics	8 (13.6)	32 (54.2)	19 (32.2)	59
Nonalcoholics	3 (5.1)	19 (32.2)	37 (62.7)	79

No obstante, continuemos con el análisis de los tres factores que se involucran con las encimas del citocromo P2E1. Sabemos que los polimorfismos con encimas de restricción se pueden dividir en tres distintos sitios: 1) Con una encima que se llama RSA1, 2) Con una encima denominada DRA1 y 3) Una encima TAQ1. Por lo tanto, podemos percibir diferencias muy importantes.

La primera que analizaremos es el RSA1 ya que, en los alcohólicos, presenta un impacto de 76 y en los no alcohólicos de 70.

- *La baja frecuencia de los alelos protectores ADH2*2 and ALDH2*2 en Otomís es similar a las frecuencias en Mexico-Americanos, Africanos y Caucásicos, pero diferente a la de los Asiáticos (70%).*

Gutierrez G. Alcohol 2006

Lo que podemos concluir es que la frecuencia del CYP RSA1 de 70% en los otomís es muy diferente al de los México-americanos que se encuentra en el 11,5% de los casos. Asimismo, es también distinto de los asiáticos que tienen, aproximadamente, un 20% y en los caucásicos se presenta menos del 5%.

Los otomís, como podemos ver, tienen 70%, hay una diferencia importante; esto tiene valor significativo entre alcohólicos.

GENOTYPE AND ALLELE FREQUENCY OF FIVE ALLELES IN MEXICAN OTOMI INDIANS NONALCOHOLICS AND ALCOHOLICS

	No. (%) of subjects with genotype			Allele frequency (%)
	1/1	1/2	2/2	
ADH2				
Alcoholics	49 (83.1)	10 (16.9)	0 (0)	8.5
Nonalcoholics	51 (86.4)	8 (13.6)	0 (0)	6.8
ALDH2				
Alcoholics	59 (100)	0 (0)	0 (0)	0.0
Nonalcoholics	59 (100)	0 (0)	0 (0)	0.0
CYP2E1 RsaI				
Alcoholics	3 (5.1)	22 (37.3)	34 (57.6)	76
Nonalcoholics	2 (3.4)	31 (52.5)	26 (44.1)	70
CYP2E1 DraI				
Alcoholics	3 (5.2)	23 (39.0)	33 (55.9)	75
Nonalcoholics	1 (1.7)	45 (76.3)	13 (22.0)	60
CYP2E1 TaqI				
Alcoholics	8 (13.6)	32 (54.2)	19 (32.2)	59
Nonalcoholics	3 (5.1)	19 (32.2)	37 (62.7)	79

En los alcohólicos otomíes, el DRA1 se presenta en un 75 y, en los no alcohólicos, lo podemos encontrar en 70, como se ha comparado con la población otros grupos étnicos.

GENOTYPE AND ALLELE FREQUENCY OF FIVE ALLELES IN MEXICAN OTOMI INDIANS NONALCOHOLICS AND ALCOHOLICS

	No. (%) of subjects with genotype			Allele frequency (%)
	1/1	1/2	2/2	
ADH2				
Alcoholics	49 (83.1)	10 (16.9)	0 (0)	8.5
Nonalcoholics	51 (86.4)	8 (13.6)	0 (0)	6.8
ALDH2				
Alcoholics	59 (100)	0 (0)	0 (0)	0.0
Nonalcoholics	59 (100)	0 (0)	0 (0)	0.0
CYP2E1 RsaI				
Alcoholics	3 (5.1)	22 (37.3)	34 (57.6)	76
Nonalcoholics	2 (3.4)	31 (52.5)	26 (44.1)	✓70
CYP2E1 DraI				
Alcoholics	3 (5.2)	23 (39.0)	33 (55.9)	75
Nonalcoholics	1 (1.7)	45 (76.3)	13 (22.0)	60
CYP2E1 TaqI				
Alcoholics	8 (13.6)	32 (54.2)	19 (32.2)	59
Nonalcoholics	3 (5.1)	19 (32.2)	37 (62.7)	79

El porcentaje de individuos otomíes que presentan el CYP DRA1 es cuatro veces mayor en la población alcohólica que en los no alcohólicos. Esta diferencia del 75% al 60%, nos indica, en un carácter logarítmico de una frecuencia, que es cuatro veces mayor; es decir, existe una asociación entre el hálelo DRA1 del sip y el que una persona padezca alcoholismo.

GENOTYPE AND ALLELE FREQUENCY OF FIVE ALLELES IN MEXICAN OTOMI INDIANS NONALCOHOLICS AND ALCOHOLICS

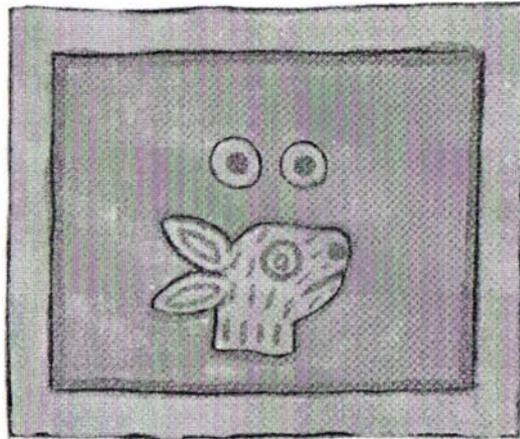
	No. (%) of subjects with genotype			Allele frequency (%)
	1/1	1/2	2/2	
ADH2				
Alcoholics	49 (83.1)	10 (16.9)	0 (0)	8.5
Nonalcoholics	51 (86.4)	8 (13.6)	0 (0)	6.8
ALDH2				
Alcoholics	59 (100)	0 (0)	0 (0)	0.0
Nonalcoholics	59 (100)	0 (0)	0 (0)	0.0
CYP2E1 RsaI				
Alcoholics	3 (5.1)	22 (37.3)	34 (57.6)	76
Nonalcoholics	2 (3.4)	31 (52.5)	26 (44.1)	70
CYP2E1 DraI				
Alcoholics	3 (5.2)	23 (39.0)	33 (55.9)	✓75
Nonalcoholics	1 (1.7)	45 (76.3)	13 (22.0)	60
CYP2E1 TaqI				
Alcoholics	8 (13.6)	32 (54.2)	19 (32.2)	59
Nonalcoholics	3 (5.1)	19 (32.2)	37 (62.7)	79

El último que examinaremos es el TAQ1. Podrán ver que la población no alcohólica presenta un 59%.

- *El alelo A2 deTaq I en no-alcohólicos fué de 79%, diferente de los Mexico-Americanos (16.8%) Caucásicos (13.5%). La frecuencia del alelo A2 allele fué significativamente más baja en alcohólicos que en no-alcohólicos (59% vs 79% $p<0.006$). Este alelo es protector del riesgo de alcoholismo.*

Gutierrez G. Alcohol 2006

Lo anterior significa que, en las personas no alcohólicas, el hálelo A2 de TAQ1 fue del 79%. Estos datos son muy distintos a los que se describen con respecto de los México-americanos que presentaron un 16,8%; el de los caucásicos que es del 13,5% y la frecuencia de este hálelo fue significativamente más baja en alcohólicos que en los no alcohólicos por lo que este hálelo es protector del riesgo de sufrir alcoholismo por lo que los otomíes parecen tener menos factores de protección cuando se enfrentan al consumo de alcohol.



Hay una descripción que define el significado del OMETOTCHLIZ: Se decía que el que nacía con un determinado signo iba a ser alcohólico, independientemente de lo que pasara por lo que, es probable que ellos conocieran más de genética que de lo que conocemos ahora.

Que hemos aprendido?

La etnicidad es un aspecto importante

Los polimorfismos CYP2E1 en indios mexicanos otomíes son significativamente diferentes de los mestizos, caucásicos y México-americanos

Los indios mexicanos otomíes cuando se exponen al alcohol pueden ser más susceptibles a desarrollar daño hepático

Pero, ¿cuáles son las conclusiones que hemos aprendido? Para terminar con dos diapositivas, explicaré que la etnicidad es un aspecto importante si se quiere susceptibilidad genética porque se tiene que definir claramente a la población para entender porqué son distintos. Así pues, los polimorfismos del citocromo CYP2E1 en indios mexicanos otomíes son significativamente diferentes a los de los mestizos, los caucásicos y los México-americanos. Cuando los indios mexicanos otomíes se exponen al consumo de alcohol pueden ser más susceptibles a desarrollar daño en el hígado. Por lo tanto, en áreas de nuestro país, como Hidalgo y Puebla, la frecuencia de cirrosis hepática es, en ocasiones, hasta seis veces más alta que la que vemos en otras poblaciones.

¿ Qué hemos aprendido?

En busca de genes con susceptibilidad para el alcoholismo, debemos reconocer que no hay un solo gen con mayor efecto que cause la enfermedad.

Es importante en los estudios futuros encontrar los genes que contribuyen en las pequeñas cantidades a aumentar la susceptibilidad para las enfermedades por alcohol en el hígado.

Muchas gracias.

Mtra. Haydée Rosovsky: *Muchas gracias Dr. Kersenovich, la verdad es que sí fue comprensible su ponencia y, por lo tanto, muy provocadora porque surgen muchas preguntas que probablemente, cuando terminen de exponer nuestros invitados, algunos de nuestros asistentes, yo incluida, haremos, muchas felicidades.*

A continuación, tomará la palabra la Mtra. Guillermina Natera Rey que viene del Instituto Nacional de Psiquiatría. Nos presentará un trabajo que ha llevado a cabo desde hace mucho tiempo y que se relaciona con el trabajo en comunidades y familias indígenas. El título de su presentación es “La investigación en comunidades indígenas para el desarrollo del programa de intervención relacionada con la problemática del alcoholismo”.

La investigación en comunidades indígenas, adaptación de un modelo de intervención en población indígena*

*Dra. Guillermina Natera Rey
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*

Primeramente, muchísimas gracias al Lic. Ybarra y a su equipo por la invitación. Me da mucho gusto estar aquí porque el público siempre es muy heterogéneo y nos da muchas sugerencias, ideas y opiniones interesantes.

La conferencia del Dr. Kershenovich no obliga a ser tan precisos y tan concisos como él, a quien me encanta escuchar porque explica, con toda claridad, temas que son sumamente complejos y complicados. Me alegra entender todo este proceso del alcoholismo ya que resulta muy útil también para lo que mostraré en mi conferencia.

Algunos de ustedes ya han escuchado acerca del programa que yo he venido desarrollando sobre la familia, como decía la Dra. Haydeé; sin embargo, lo que les voy a platicar se encuentra dentro del contexto de la población otomí y nos puede ayudar a la mejor comprensión de las características de esta comunidad. De hecho, hace muchos años, un equipo comprendido por el Instituto de Psiquiatría y por el Instituto de Nutrición, donde

se encontraba el Dr. Kershenobich, iniciamos el trabajo investigación en las comunidades otomíes y surgió la preocupación acerca del consumo del alcohol, sobretodo, el tema de la mortalidad causada por cirrosis hepática. Ya sabemos que se trata de las regiones de Hidalgo y Tlaxcala, en donde encontramos los índices más altos de mortalidad por cirrosis hepática; considero que esta es la razón que nos llevó a elegir esta comunidad, ya que nos interesaba entender porqué. El doctor Kershenobich nos ha adelantado datos muy interesantes que nos ayudan a comprender las razones que afectan a dichas comunidades.

¿Qué sabemos? Estudios en comunidad indígena

- **La producción clandestina y casera de bebidas alcohólicas, es común.**
- **Política contradictoria: reparten bebidas alcohólicas y multan a los que se exceden y cometen algún delito.**
- **Se paga parte del salario, con bebidas alcohólicas.**
- **Las mujeres tienden a aceptar el consumo del alcohol de sus esposos o de algún miembro de la familia, como parte de su tradición y “vida cotidiana” o “modo de vida”** (Winch P. 1990; Berruecos, 1988; Natera, 1981; Bunzel, 1946; Fromm y Macabhu 1981; Eber 1995)

No me voy a detener mucho en los antecedentes de investigaciones indígenas porque, creo que en el transcurso de los distintos seminarios organizados, ya se han analizado muchos los antecedentes sobre lo que se hace, lo que se tiene o cuál es la información con la que cuentan estas comunidades (no solamente en las otomíes, sino, en general, las comunidades indígenas mexicanas). Además de las características que señalaba el Dr. Kershenobich sobre las características de una persona indígena, se comentaba ayer, en el Instituto Nacional de Salud Pública, que actualmente, se tienen identificados aproximadamente doce millones de personas indígenas que viven en México; sin embargo, se agregó una variable más; una pregunta más en el censo que hoy en día calculan ya que existe una proyección de 13,500 habitantes que pertenecen a estos grupos, lo cual representa una variación muy alta en la que se incluyó, no solamente la lengua, sino porque se tomaron en cuenta a aquellas personas que se auto nombraban indígenas (aunque no hablaran la lengua), situación que incrementó la cifra a un millón y medio; es decir, hasta formar un total de, más o menos, 13 millones y medio de indígenas en el país.

Así pues, sabemos lo que pasa en estas zonas rurales o indígenas porque se cuenta con una gran cifra de producción clandestina, sin embargo, otra fuente es la de la producción casera para el consumo. Esto no quiere decir la producción casera sea mala; puede que tenga buena calidad, pero se tiene poco control en los estándares de producción así como en la higiene con que se lleva a cabo.

Contamos con los datos que nos indican que todavía se sigue pagando parte del salario, en la comunidad otomí, con bebidas alcohólicas: Por ejemplo, si bien es cierto que a algunos trabajadores no se les paga salario, también lo es el hecho de que los trabajadores, como los de la construcción, llevan a cabo sus jornadas con muchísimo mayor gusto e

interés si el patrón les lleva, a la hora de la comida o a la hora del desayuno, un trago de pulque o un trago de cerveza y. como es una práctica recurrente y se trata casi es un criterio universal, las mujeres consumen menos alcohol, pero también las mujeres han tenido que soportar el problema del alcohol por parte de los varones y esto lo hemos visto desde la infancia en lugares como Inglaterra e incluso en México, en donde contamos con mucha información al respecto y que nos confirma que las mujeres también soportan el consumo del alcohol y sufren las consecuencias del consumo excesivo por parte de los hombres.

PAPEL DEL ALCOHOL EN ZONAS RURALES

LAS COSTUMBRES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL:

- **FORMAN PARTE DE SUS HÁBITOS, VINCULADOS EN MUCHOS SENTIDOS A LAS INFLUENCIAS HISTÓRICAS Y LAS NORMAS CULTURALES.**
- **LES HACE SENTIR QUE TIENEN UN ORIGEN EN COMÚN,**
- **LES DA UN SENTIDO DE PERTENENCIA A SU GRUPO,**
- **DA LA OPORTUNIDAD DE FOMENTAR SU PODER EXPRESAR SU SOLIDARIDAD Y LEALTAD.**

HOY EN DÍA ES DIFÍCIL ENCONTRAR UNA COMUNIDAD INDÍGENA "PURA", LIBRE DE LAS INFLUENCIAS EXTERNAS: LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL; LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, INFLUYEN EN EL PAPEL DEL ALCOHOL

También sabemos que el consumo de alcohol forma parte de los hábitos de las comunidades indígenas ya que les hace sentir un origen común; es decir, el consumo de alcohol les proporciona un sentido de pertenencia al grupo porque les da la oportunidad de fomentar su poder y de expresar su solidaridad y lealtad; todo esto a pesar de que, hoy en día, sabemos que no existe una comunidad indígena pura ya que se han mezclado las influencias a través de medios de comunicación, por causas de la migración, etc.

¿Cuál es el objetivo de esta presentación? El de describir los retos que se nos presentan al ingresar a una comunidad indígena con la finalidad de comprender las dinámicas del consumo del alcohol, así como identificar las necesidades que se tienen y diseñar una intervención en el tema de salud, que sea eficaz.

Ayer mencionaba el Secretario de Salud que éste será el sexenio de la prevención; sin embargo hablar de prevención implica un concepto tan amplio que puede llegar a perder su significado. Lo que trato de decirles es cómo queremos que se implemente la prevención que ya hemos probado en un ámbito muy pequeño y muy restringido para determinados grupos. No obstante, considero que la prevención sólo puede llevarse a cabo por partes, nada global, porque lo global, generalmente, no se puede ni siquiera evaluar. Así pues, esto es un fragmento de lo que ofrezco pues ya lo hemos probado en zonas urbanas y ahora lo tratamos de probar en zonas indígenas.

Preguntas de Investigación:

¿Qué identifica la comunidad como consumo de alcohol? ¿Este consumo representa un problema y cómo lo expresan?
“



Las respuestas que nos brindó la investigación tienen que ver con las características que identifican a las comunidades con respecto al consumo alcohol que representa un problema y a la forma de expresarlo.

Escenario

Basado en un proyecto de investigación epidemiológica acerca de problemas relacionados con el consumo de alcohol en Hidalgo, se encontró que:

- Proporción de abstemios (37% hombres, 74% mujeres).
- Un alto índice de personas que consumen alcohol en grandes cantidades por ocasión.
- Dependencia al alcohol: 22% en hombres, 5% en mujeres.
- Una alta prevalencia de mortalidad debido al padecimiento de cirrosis hepática (40.7 por cada 100, 00 habitantes)



El escenario es Hidalgo ya que representa a la comunidad otomí que está cerca de Ismiquilpan; elegimos este lugar por las razones expresadas anteriormente: por los índices de mortalidad, básicamente, por causa de la cirrosis hepática.



En las dos comunidades en las que trabajamos, descubrimos que su forma de vida !lo que podríamos llamar antropológicamente forma de vida!, gira alrededor del maguey porque es de lo que se nutren, alimentan y demás. Otro evento importante y que tenemos que tomar en cuenta es el de la migración porque la comunidad vive muy centrada al programa de Oportunidades que les lleva a hacer una gran cantidad de faenas obligatorias así que el consumo del pulque se conserva, aunque el consumo de cerveza también se ha incrementado en todas las comunidades. Lo anterior se debe a que el programa de Oportunidades rige todos los patrones de vida y la van modificando, no sé si para bien o para mal, pero sí de manera contundente: la gente ya no piensa en organizar trabajos de cooperativa porque son tantas las actividades que les pide el gobierno como condición para otorgarles la ayuda de \$300.00 bimestrales por cada hijo que, en realidad, prefieren ese dinero constante y sonante que tener que realizar otras actividades en las que, por ejemplo, tienen que caminar largas distancias para llegar de un lugar a otro (de sus hogares al centro comunitario o al lugar donde se realiza toda la vida comunitaria, la escuela, etc.). Es entonces que invierten mucho tiempo en este proceso. Sabemos que son zonas donde no existe refrigeración, tienen que cocinar al día y esto hace que toda la vida este dedicada a sus actividades domesticas y a cubrir las tareas del programa de Oportunidades.

DESCRIPCIÓN DE LAS COMUNIDADES

	Sta Teresa	Sn Andrés
Total de viviendas	114	168
Población total	446	745
Hombres	205	335
Mujeres	241	410
Pob. Ec. Activa	112	211
Pob. Ec. Inactiva	201	244
Alfabeta >15 años	186	290

INEGI, Censo de población y vivienda 2000

Quiero mencionar, brevemente, como dato para que se den cuenta del tamaño de las poblaciones, por ejemplo, Santa Teresa cuenta con 446 habitantes y San Andrés 745. Este tamaño de población ya permite que la Secretaria de Salud les brinde el apoyo necesario ya que si son comunidades con un menor número de habitantes, a la Secretaria de Salud no le conviene invertir o hacer grandes presupuestos para atender a una población menor a los 500 habitantes.

Objetivos y métodos

PRIMERA FASE: 2004-2006. ETNOGRAFÍA. ENTREVISTA

SUB- ESTUDIO 1: Estudio de Factibilidad 2004-2006:

- Identificar los significados que se asocian al consumo de alcohol .
- Identificar los problemas ocasionados por el consumo de alcohol en la población de estudio
- Identificar las formas de enfrentar el consumo más comunes entre la población de estudio

SUB-ESTUDIO 2: Adaptar los instrumentos de evaluación a las características específicas de la población de estudio 2005:

ENTREVISTA, ANALISIS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS

- Evaluación de pruebas de depresión; de mecanismos de enfrentamiento; de síntomas físicos y psicológicos
- Material Psicoeducativo

SEGUNDA FASE : Elaborar Manual y Prueba Piloto 2006-2007.

Dentro de la dinámica completa de la investigación, lo que yo les presentaré es parte del sub-estudio 1, lo que corresponde al sub-estudio 2, tiene que ver con todo el proceso que hemos puesto en práctica, en la comunidad, estos últimos dos años. Ahora estamos iniciando la segunda fase de este proceso y se encuentra en la parte amarilla del manual y la prueba piloto; por lo tanto, iniciaremos haciendo un recorrido por el sub-estudio 1 y el sub estudio 2.

CONCEPTUALIZACIÓN

Todo proceso de intervención comunitaria es, por sí mismo, una irrupción en la vida del otro; se pretende o se asume que se conoce y comprende su mundo y que por consiguiente, se tiene la respuesta a sus necesidades.

Sin embargo, entender o reconocer la identidad del otro, de antemano podemos decir que es un acto inalcanzable.

¿Cómo vamos a entender qué es la cultura? Existe un consenso de múltiples autores ya que se trata de una definición un poco complicada: Parece bastante sencillo definir que se trata de un conjunto de significados que permea a todas las clases sociales, creencias, valores e ideas acerca del mundo, así como define pautas de conducta que permite interpretar dicho mundo. Sin embargo, hay un aspecto muy importante dentro de esta conceptualización porque es una intervención en la comunidad indígena; es decir, se trata

de ver qué es, cómo vive la población allí. No se trata de lo que yo crea es que lo que les interesa a ellos; por ejemplo, prevenir el alcoholismo, eso probablemente es lo que veo yo desde México, desde mi zona urbana, desde mi escritorio; sin embargo, quizá eso no sea lo que ellos necesitan. Por lo tanto, si la comunidad indígena no considera necesaria la prevención de un problema que mata a sus hijos, por el cual se mueren los padres por cirrosis hepática, gracias al cual se genera violencia; si no lo visualizan, nuestra obligación, de alguna manera, es la de ampliar la concepción, lo que decía Lucien Wallman, un sociólogo francés, que planteaba la idea de que la “conciencia real hay que ampliarla a una conciencia posible”; lo cual quiere decir que se debe darles la información en un lenguaje que sea comprensible para ellos y que facilite el entendimiento mutuo porque de esa manera podrán entender las causas y las consecuencias que provocan determinadas conductas y, si con esto los convencemos, entonces surgirá la necesidad de la prevención que estamos ofreciéndoles.

Resistencia a dar información

- **Los informantes clave: el delgado y los directores de escuela y representantes oficiales: Consideran el consumo de alcohol como un problema muy fuerte.**
 - **La comunidad, las mujeres y los hombres: Nadie consume alcohol; mencionan otros problemas**
 - **¿Por qué la contradicción?**
 - **No obstante el abuso del consumo de alcohol ocurre en la casa, en las pequeñas tiendas y en la calle.**
 - **La cerveza usualmente se consume en la compañía de amigos, en rondas y con botellas de 900 ml.**
 - **Entonces ¿por qué no desean proporcionar información?**
- ¿Se sienten avergonzados? ¿Creen que pueden ser criticados? ¿Otras razones?**

Así pues, siempre se tratará de una irrupción en la vida del otro por lo que tenemos que presentarnos con esa mentalidad; por lo tanto no se trata de que se haga lo que nosotros lo decimos.

La primera ocasión en que llegamos, comenzamos a aplicar cuestionarios y entrevistas; empezamos a observar y, en un momento dado, cuando hacíamos las preguntas, encontramos el primer dilema que giraba en torno de cómo ingresar a la comunidad y cómo comunicarnos de forma correcta para, posteriormente implementar un programa de prevención. Por un lado, los informantes claves decían que era el problema más grave, pero nunca daban datos exactos, sólo lo hablaban y, por otro lado, la comunidad lo niega, “no, aquí nadie consume alcohol; aquí no es el problema” ¿Qué pasa? Existe una contradicción flagrante en esta situación del consumo de alcohol que es evidente porque se practica en la calle, generalmente en las tienditas; es visible ante todos ya que se identifica en la forma de caminar de las personas, de hablar, etc.

El planteamiento comienza entonces con la pregunta: ¿a qué se debe esta contradicción? Quizá se sienten avergonzados, tal vez creen que pueden ser criticados o hay otras razones.

C A T E G O R I A S	CUADRO 1	A) Control de la Información	?A.1 Organización Patriarcal: Control de las mujeres-El consumo de los h. una barrera para estudiar los problemas de la mujeres ?A.2 Chisme: Control Social para expresión del padecer
	Implicaciones y Desafíos para la Intervención en zona Indígena	B) Relación con el Consumo de alcohol	?B.1 Percepción del consumo ?B.2 Prácticas de consumo y la vida cotidiana ?B.3 El Lenguaje ?B.4 El consumo de la mujer
		C) La pobreza	?C.1 Nula Satisfacción de necesidades básicas ?C.2 Riesgos sociales
		D) Necesidades de apoyo	?D.1 Identificación de Quejas familiares ?D.2 Derecho a no informar ?D.3 Carencia de S de Salud

Realicé el presente cuadro en donde vemos cuáles son las implicaciones y desafíos que se presentan para lograr la intervención en una zona indígena. Es decir, tratamos de dar una respuesta a esta contradicción que nos planteaba, desde un inicio, la misma comunidad. Así pues, agrupamos todas las respuestas en varias categorías que nos parecieron que eran afines: la más importante, tal vez, es la del control de la información, lo cual quiere decir que no nos querían dar información (acción a la que además tienen derecho) y tenemos que respetar ese derecho por lo que si preguntábamos “¿Su marido toma? ¿Usted toma?” niegan la respuesta en una actitud de cierta resistencia a dar información, lo cual se combinaba con razones de valores más importantes a nivel comunitario ya que se trata de una organización patriarcal muy fuerte, lo cual quiere decir que existe un control por parte del hombre hacia la mujer por raíces históricas; una situación que han vivido toda su vida y lo asumen ya como una forma de vivir y de desarrollarse. Entonces, de alguna manera, este control patriarcal forma una especie de barrera que impide el estudio adecuado de los problemas que viven las mujeres. Por ejemplo, cuando le preguntamos a una mujer si su marido consume alcohol nos decían “no”; cuando les decíamos “¿Usted tiene algún problema relacionado con el consumo del alcohol de su marido”, nos volvían a decir que no.

Así que empezamos a platicar más, sobre otros temas, y fue como descubrimos que existían otras razones ya que brotaron elementos que nos indicaron que existía esta identidad del control patriarcal; por ejemplo, “No vamos a hablar del alcohol porque mi marido se enoja”, “no vamos a plantear un problema que es parte de ellos porque nosotros no podemos hacer nada más que aceptarlo y ni modo, así son ellos, así somos nosotras”, por lo tanto, al tratarse de un situación tan explícita, teníamos que aceptarla de alguna manera. Estos elementos los estamos considerando para todo el programa de la prevención que estamos llevando a cabo. Otro problema al que nos enfrentamos era el del “chisme”, porque es una forma de control social en dichas comunidades; por ejemplo, no quieren hablar porque seguramente “fulano” le va a decir a “zutano”; o porque desconfían de que la información que nos brindaran, llegaría a oídos de sus maridos pues iríamos a “reclamarles” que les causaran problemas. Así pues, el “chisme” es una estructura social que controla la vida de las personas, entonces si nuestro interés es el de implementar

programas de prevención, tenemos que incorporar estas características propias de la comunidad.

Después de esto, nos encontramos con la percepción del consumo de alcohol que tienen estas comunidades, las otras prácticas de consumo y la vida cotidiana el lenguaje (el lenguaje fue un tema muy interesante porque cuando llevamos un guioncito y decíamos “¿su marido toma? Yo ayer lo vi y estaba bebiendo”, a lo que respondían “sí, pero eso es beber cerveza, no es tomar”, por lo que la palabra “tomar” se usa únicamente para un consumo excesivo.

FORMAS DE CONSUMO (Hombres)

Beber pulque da vergüenza, como el usar la manta” El pulque tan dañino como la cerveza, pero ésta no la dejan”

•Lenguaje:

- Consumo excesivo de alcohol = Tomar**
- Beber alcohol = beber Alcohol de 96°.**
- Bebidas alcohólicas (No se utiliza) = Son llamadas por sus nombres: cerveza, pulque aguardiente o vino.**
- La palabra alcohólico no se utiliza = Borracho.**

Es decir que el concepto de “emborrachamiento” y que se interpreta cuando una persona bebe en exceso, para ellos significa “tomar” y si nosotros preguntábamos por ese término, aparentemente ligero, nos van a decir que no, pero cuando empezábamos a tener mucho más confianza, nos decían que sí tomaban pero una o dos cervezas o más o menos un litro de pulque los fines de semana (el litro de pulque es la bebida estándar, nadie lo bebe en pocas cantidades ya que, en estas comunidades, beber pulque significa beber dos o tres litros) por lo que para ellos era algo normal. Si nosotros decíamos “oigan, ¿pero nadie bebe alcohol aquí?”, ellos decían que “nadie bebe alcohol del 96”. Como consecuencia, aprendimos que tenemos que cuidar mucho el lenguaje y la expresión a la que estamos acostumbrados como investigadores urbanos por lo que, entonces, ya hacemos las aclaraciones y utilizar los conceptos que ellos utilizan: “pulque” es pulque, “vino” no significa vino de mesa, desde luego, sino todas las bebidas destiladas

En una reunión de hombres, por ejemplo, me decían: “mire doctora, sabemos muy bien lo que hace el alcohol: la cerveza da hidropesía, el pulque cirrosis hepática y, las otras bebidas provocan una enfermedad en la que los músculos se hacen flácidos y uno arrastra los pies”. Ésa es la explicación de como ellos asimilan la información que se les da en las conferencias, pero también nos decían: “Mire, nosotros así somos y así seremos. Vaya usted con las jóvenes”. Lo anterior nos daba muestras de la poca disposición que tienen

ellos al cambio a pesar del conocimiento de la verdad, por lo que tal vez estarían dispuestos a aceptar un programa de prevención. Si uno va, quizá, estarían totalmente dispuestos a escuchar y esto les ampliaría su conciencia, como decíamos anteriormente, lo cual facilitaría un programa de prevención.

FORMAS DE CONSUMO

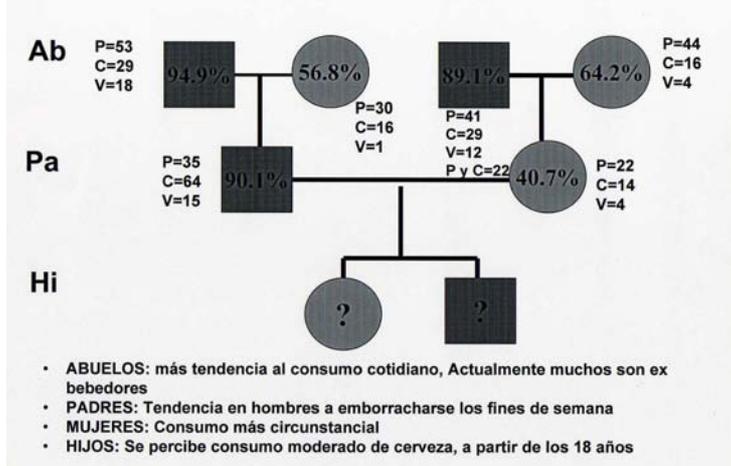
- **Es común beber, no menos de un litro de pulque**
- **El consumo de cerveza es por caguama y generalmente beben por *rondas***
- **Es común que conozcan los efectos de las bebidas: *el pulque produce cirrosis; el aguardiente diabetes; la cerveza hidropesía y afecta a los músculos (se arrastran los pies)***
- **Es común que un consumo moderado lo asocien a 10 cervezas, por ocasión**

Las mujeres y el Alcohol

- Las mujeres consumen menos que los hombres.
- Al raspar el maguey obtiene el jugo del pulque.
- Las mujeres ancianas (+50) consumen pulque (3 ó 4 litros).
- “Nunca he visto a una mujer borracha en el pueblo”.
- Las mujeres quienes no consumen “ni una gota de alcohol” son altamente respetadas.
- Las esposas niegan a sus esposos que ellas consumen alcohol.
- Existen una organización patriarcal “mi esposo no quiere que venga a la entrevista, él no me dejo venir”

Las mujeres consumen menos alcohol y, como siempre, son las que más asisten y quieren y desean y buscan atención.

CONSUMO DE ALCOHOL Y TIPO DE BEBIDA POR GENERACIONES
Resultados N = 83 familias



Éste es un familiograma que encontramos sobre cómo están consumiendo, cómo habían consumido las parejas actuales y cómo consumieron los abuelos. Se puede notar que el consumo es mucho menor actualmente, sobretodo en la mujer.

META DE LA INTERVENCIÓN

Ayudar a las familias a tomar conciencia de que ellas tienen la posibilidad de hacer algo en su propio beneficio a pesar de que el usuario NO asista a tratamiento

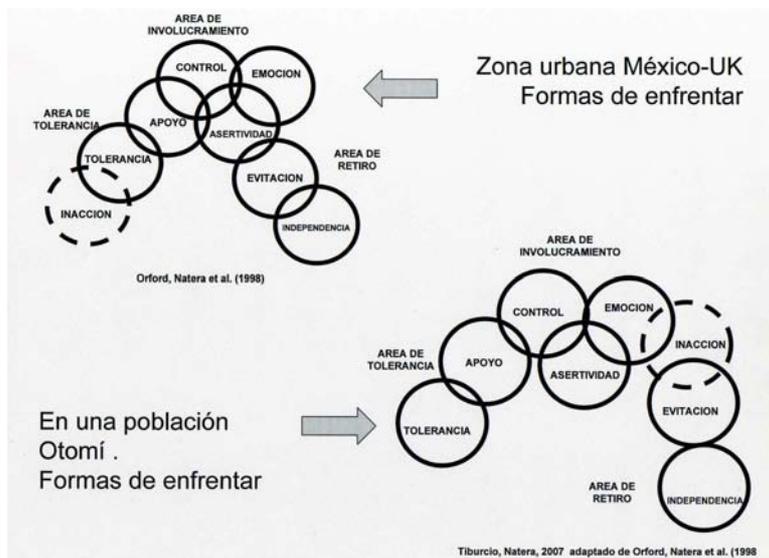
¿Cuál era la meta de la intervención? Ayudar a las familias a tomar conciencia de que tienen la posibilidad de hacer algo en su propio beneficio, a pesar de que el usuario no asista al tratamiento. Así pues, nuestra meta consistió en invitarlos a un programa de tratamiento de intervención y esperar que llegaran. Con el tiempo, las mujeres empezaron a decirnos que sí y cada vez más

Hemos estado ahí más de dos años y ya han asistido a recibir ayuda acerca de distintos aspectos psicológicos.

CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN

1. Intervención breve (no más de 5 sesiones)
2. Sigue principios teóricos cognitivo-conductuales y la teoría estrés-enfrentamiento
3. Pretende reducir los efectos negativos del consumo en la salud familiar mediante la modificación de las formas de enfrentar
4. No requiere profesionales expertos
5. Puede ser incorporado a programas de Atención Primaria y en lugares no especializados en el tratamiento

Lo que les estábamos proponiendo es capacitar a la gente de la población en tema de atención a la salud e informarlos al respecto del programa de intervención que seguramente ustedes lo conocen y que se basa en una intervención breve que ha tenido mucho éxito en la zona urbana y, que con toda esta información, podemos llegar a aplicar un programa de prevención e incorporarlo al nuevo manual.

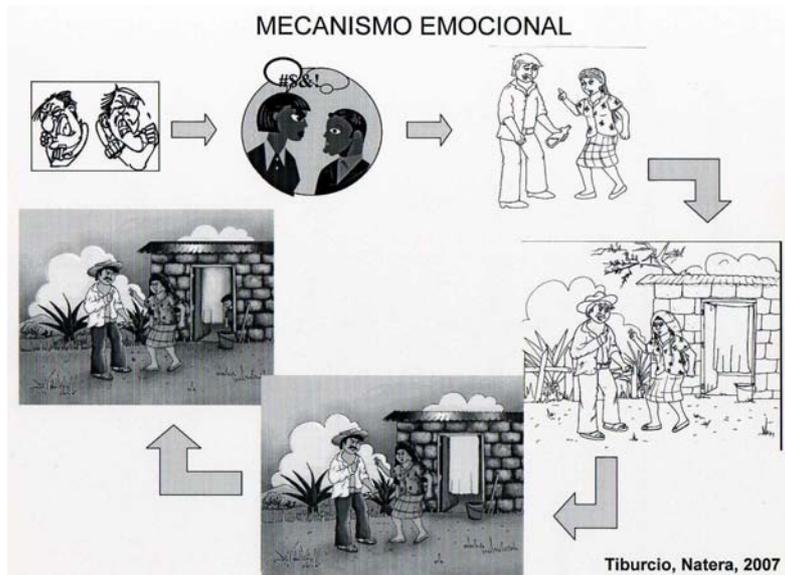


Queremos enseñarles a las mujeres a enfrentar, de una mejor manera, de una manera más saludable, más benéfica, el problema del consumo del alcohol en sus familiares. Encontramos que el enfrentamiento de las familias mexicanas en zona urbana es diferente que en las familias que viven en una zona rural. Sobre todo porque en este aspecto generalmente lo que terminan es por no hacer nada y dejar que la situación pase por que eso es lo que les permite sobrevivir de una manera mas armónica en el ambiente familiar. Por lo tanto, lo que tratamos de hacer es que haya formas de enfrentamiento más saludables para ellas; que puedan responder ante sus hijos y ante sí mismas de una manera más

benéfica. Así pues, se trata de una intervención secundaria, breve, que se da cuando los servidores de salud deban darla: cuando van a quejarse porque no saben qué hacer con su marido porque se emborracha, la golpea, etc.

Dicha intervención va a resolver esta primera fase sobre cómo enfrentar esta problemática. Por ejemplo, en zonas urbanas, la figurita que tenemos en el manual, la de arriba, y a través de irles preguntando a las mujeres sobre cómo podrían entender una reacción emocional por parte de ellas, encontramos que esta sería una viñeta adecuada para incorporarla al manual.

Brevemente les comentaré que las ocho formas de enfrentar que van a estar incorporadas en el nuevo manual de acuerdo a la figura que teníamos en el manual urbano y lo fuimos transformado poco a poco, sobre todo Marcela Tiburcio ya que ésta es parte de su tesis de doctorado, fue transformándose hasta incluir imágenes en las que sí pueden identificar sus actitudes, su conducta, su forma de enfrentar la problemática para, a partir de esta identificación, empezar a trabajar en cuál sería la mejor forma de manejarla y cuál sería la forma adecuada de ayudarles a resolver los problemas que tienen en el momento. En nuestra experiencia, todavía muy incipiente, consideramos que el modelo que tenemos es un modelo muy eficiente de analizar ventajas y desventajas y, con ellas vamos viendo si utilizan este mecanismo de evasión, qué ventaja tendría, qué desventaja, qué otras alternativas les quedarían, etc.



Este es el mecanismo certivo que es el dialogo con el consumidor.

MECANISMO INACTIVO



Tiburcio, Natera, 2007

MECANISMO TOLERANTE



Tiburcio, Natera, 2007



Finalmente, estamos por concluir el manual y lo que pretendemos es, (de hecho ya tenemos la autorización del Secretario de Hidalgo) capacitar a personas que están trabajando en las comunidades indígenas; es decir, aplicar un instrumento en el que mandemos a los médicos, enfermeros, a todos los servidores de la salud, sin que impongan su forma de pensar; por ejemplo, “mire, aquí todos son unos borrachos y ellas son unas dejadas”, porque con eso no vamos a llegar a ningún lado, por lo que, entonces, lo que tratamos de hacer es de cambiar, con toda esta información, la imagen que tienen las enfermeras, los médicos, los servidores públicos, los trabajadores sociales de la comunidad y, evitar así, toda esta problemática de discriminación que tienen hacia sus propios pacientes; los servidores de la salud van desarmados a estas comunidades, les parecen totalmente ajenas a su vida privada, a su vida urbana. Hemos tenido buenos resultados en la práctica y esto puede ser útil para ustedes.

Muchas Gracias...

Mtra. Haydée Rosovsky: *Muchas gracias Guillermina, creo que ha sido muy interesante ver la radiografía de un proceso; sumergirse a fondo en una comunidad que ha estado muy marginada o segregada por la investigación científica y creo que ahora el Instituto de Psiquiatría, con Guillermina, están haciendo un esfuerzo para contar con instrumentos que permitan poder acercarse mejor y con más armas a estas poblaciones.*

Ahorita voy a pedirle por favor al representante del doctor Carlos Rodríguez Ajenjo, que nos va a hacer favor de presentar la ponencia que elaboró el titular del CONADIC y que tiene que ver precisamente con el estado del arte de las investigaciones sobre el alcohol en México, es decir que la investigación ha aportado conocimientos y Raúl seguro nos va a hacer una excelente presentación. Muchas gracias.

Estado del arte de la investigación sobre el uso y abuso del alcohol en México*

Lic. Raúl Martín del Campo Sánchez
Consejo Nacional Contra las Adicciones

Muchas gracias.

Antes que nada, el doctor Rodríguez Ajenjo les manda un cordial saludo y una disculpa porque no pudo venir.

No sé si ustedes recuerden que, a mediados del año pasado, se presentó una iniciativa de Ley contra el narco menudeo y que al parecer, no estaba estructurada correctamente por lo que fue vetada. Hoy en día, la Cámara de Senadores está considerando aprobar esa propuesta otra vez. Se trata de una ley que tiene varias implicaciones a nivel de salud porque, entre otras cosas, debe ser lo suficientemente sensible como para que cuando sea detenida una persona portando una pequeña cantidad de droga, existan los mecanismos adecuados para poder distinguir si se trata de un fármaco-dependiente o de un narco-menudista.

Como podemos ver, implica distintos aspectos un tanto complicados que se han tenido que revisar por lo que hemos trabajado a marchas forzadas. Por tal razón, el Dr. Rodríguez Ajenjo se encuentra “secuestrado” en la Subsecretaría de Promoción de la Salud, preparando la propuesta que se presentará a la Cámara de Senadores, razón por la cual no pudo asistir.

Lo que yo, básicamente, voy a presentarles es el resultado de un trabajo que se encuentra en proceso de publicación y es el producto obtenido a partir de una de las comisiones del Consejo Nacional contra las Adicciones y que, a su vez, agrupa a distintos organismos del sector público, privado y del sector social, en el que se llevó a cabo una revisión coordinada por el Dr. Jaime Sepúlveda Amor. Se hizo una revisión de lo que se investigó, en el país, desde el año 2000 hasta el 2006, en materia del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

Por lo tanto, mi ponencia expondrá algunas ideas que extrajimos de dicho documento acerca de los resultados de la investigación de dichos temas. Para ello, participaron cerca de 47 investigadores de 14 instituciones distintas, como son: el Instituto Nacional de Psiquiatría, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, el Instituto Nacional de Perinatología, el Instituto Nacional de Salud Pública, SENSIDA, diferentes Centros de Integración Juvenil, la Dirección Nacional de Epidemiología, entre otras representadas aquí.

1) INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Encuestas en Población General con datos sobre uso y abuso del alcohol

- Encuestas de Hogares
 - 4ta Encuesta Nacional de Hogares (2002) (Kuri et al., 2004; Medina-Mora et al., 2004; Villatoro et al., 2004) que por primera vez integró la población rural. Población urbana y rural de 12 a 65 años de edad
 - Encuesta en el estado de Yucatán (Urquiaga et al., 2006)
 - Encuestas en las ciudades de Querétaro, Monterrey, Tijuana y Ciudad Juárez (2005) (INP, DGE y CONADIC)
 - Encuesta del Distrito Federal en población de 12 a 45 años (IASIS, INP)
 - Encuesta Nacional de Salud (2005) (INSP)

Evidentemente, el trabajo se realizó en distintos rubros; pero en cuando a la investigación epidemiológica realizada, contamos ya con la 4° Encuesta Nacional de Adicciones, llevada a cabo en 2002. En este año queremos realizar la 5° Encuesta, para la cual se pretende lograr una cobertura a nivel estatal, a la par de la realización de una Encuesta Nacional en población estudiantil secundaria y preparatoria.

Así mismo, se realizó una Encuesta de Adicciones en el estado de Yucatán, en el año 2006; en el 2005, se llevaron a cabo cuatro Encuestas locales que nos permitieron hacer una comparación con los resultados de la medición realizada en 1998, en las ciudades de Querétaro, Monterrey, Tijuana y Ciudad Juárez.

Contamos, además, con una encuesta que está por publicarse y que trata el tema respecto al consumo de drogas, en el Distrito Federal, y el levantamiento que se hizo en la Encuesta Nacional de Salud también da cuenta de la magnitud del consumo de tabaco y alcohol en nuestra población; tenemos también varias encuestas que se realizaron en población estudiantil con metodologías estandarizadas: el Instituto Nacional de Psiquiatría realizó una investigación en coordinación con la SEP, en el Distrito Federal, en los años 2000 y 2003. Otras encuestas se llevaron a cabo en Querétaro, Tamaulipas, Río Verde, y en Guanajuato. En Aguascalientes se realizó en la población universitaria. En Baja California y Campeche, se aplicó en poblaciones secundarias y preparatorias. En el año 2000 se implementaron en los estados de Sonora y Tlaxcala, y en Nuevo León se realizaron diferentes encuestas en colegios de bachilleres, la cuales fueron llevadas a cabo por el INEPAR.

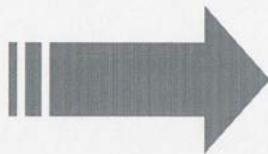
– Encuestas en población estudiantil

- Encuestas en población estudiantil del Distrito Federal en los niveles de enseñanza media y media superior (2000; 2003) (INP, SEP).
- Misma metodología a la anterior en Querétaro (2000 y 2003) y Tamaulipas (2000 y 2004)
- Estudios en Rioverde (2002) y Guanajuato (2002)
- Encuesta en Aguascalientes, Baja California, Campeche, Sonora, Tlaxcala
- Encuesta con estudiantes de secundaria del sistema de educación pública de Nuevo León (2000) (CIJ y SEENL)
- Estudios en 2000 y 2004 en una muestra representativa de los 20 planteles del Colegio de Bachilleres localizados en el D. F. (Castro, Llanes & Macias, 2003).

Para optimizar el manejo del tiempo, en esta ocasión no incluí los trabajos realizados por mis compañeros de mesa, por lo que les pido que no se molesten, más tarde se tratarán. Así pues, contamos con varios estudios realizados por el Dr. Berruecos de la UAM, sobretodo de carácter cualitativo, en comunidades indígenas y que tratan, en parte, temas como el consumo y la producción de bebidas alcohólicas de manera clandestina, tanto en Juchitán como en Santa María Atsomba.

– Estudios en poblaciones marginales, ocultas y de alto riesgo

- Investigación sobre el problema del abuso de alcohol en comunidades indígenas (Berruecos, 2006)
- Estudio sobre el problema de las bebidas alcoholizadas producidas clandestinamente en Juchitán (Lerin, 2006)
- Análisis del problema del alcohol y la violencia durante las fiestas en Santa María Atzompa (Pérez, 2000)

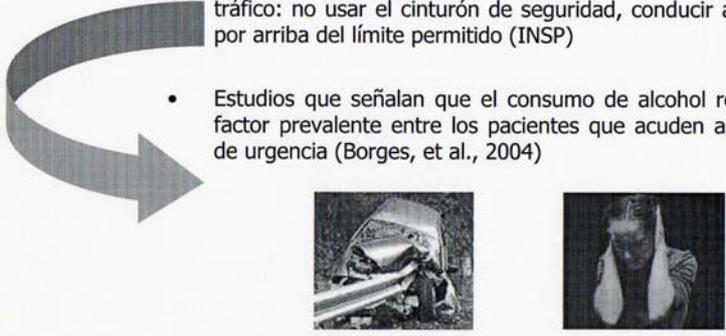


En lo que respecta al tema de violencia y accidentes, existen algunas investigaciones que nos indican cuáles son los factores de riesgo que se tienen de sufrir un accidente y sabemos que el alcohol es el principal. En algunos estudios llevados a cabo por el Instituto Nacional de Salud Pública, del Dr. Guilerme Borges y su grupo de colaboradores, en los que desde el año 1986 se han recopilado cerca de 16 investigaciones con, aproximadamente, cinco mil pacientes en salas de urgencias, se ha visto que existe una presencia muy alta de consumo

de alcohol, entre aquellos que ingresan a sala de urgencias después de haber sufrido un accidente.

– Accidentes y violencias

- Investigación que demuestra que el consumo de alcohol favorece la presencia de otros factores de riesgo de sufrir un accidente de tráfico: no usar el cinturón de seguridad, conducir a velocidades por arriba del límite permitido (INSP)
- Estudios que señalan que el consumo de alcohol representa un factor prevalente entre los pacientes que acuden a los servicios de urgencia (Borges, et al., 2004)



The slide features a large, grey, curved arrow pointing from the text on the left towards two small, square images on the right. The first image shows a car involved in a crash, with its front end crumpled. The second image shows a person's head and neck wrapped in a white medical brace, likely a cervical collar, used for emergency treatment of neck injuries.

Respecto a la investigación clínica y de neurociencias el Dr. Kershenobich, nos presenta un panorama mucho más amplio debido a la ubicación que se hace con respecto de los sistemas neurotransmisores, de los polimorfismos a nivel genético y su relación con diferentes conductas y patrones de consumo.

2) INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y EN NEUROCIENCIAS

- Estudio sobre la relación entre el consumo de alcohol durante la lactancia, el inicio de la pubertad y el inicio de la actividad sexual y la participación del sistema GABAérgico en estos procesos (Juárez y cols., 2003)
- Investigación sobre la relación entre consumo de alcohol y niveles de estrógenos (Juárez y cols., 2005)
- Estudio sobre los polimorfismos de los genes de las enzimas metabolizadoras del alcohol. Susceptibilidad al alcoholismo en sujetos que poseen el polimorfismo CYP2E1/TaqI
- Estudio de los patrones de alcoholismo en un grupo de alcohólicos con cirrosis internados en un hospital en el centro del país. La media de ingesta semanal de las mujeres fue de 749g y de 1113g en los hombres. La bebida de preferencia fue el tequila. (Campollo y Cols., 2001)

En lo que respecta a investigación psicosocial, es muy importante ubicar cuáles son los factores de protección y de riesgo en nuestra población en materia de consumo abusivo o la dependencia de alcohol ya que existen muchas investigaciones realizadas en estos últimos años sobre esto y hemos identificado, entre otros, que los factores más involucrados con el abuso de alcohol están relacionados con el ajuste psicosocial, los trastornos de conducta, la

baja de adherencia escolar, el uso inadecuado de tiempo libre, los conflictos familiares, la disciplina familiar inconsistente, la baja cohesión familiar, la rigidez adaptativa del grupo familiar y presencia de síntomas depresivos y de estrés.

3) INVESTIGACIÓN PSICOSOCIAL

- *Factores de Riesgo y Protección*
 - En el lapso de 2000-2006, se han realizado estudios para la identificación de presuntos factores de riesgo o protectores para el consumo de alcohol y otras drogas (Díaz, Arellanes y Martínez, 2003; Díaz, Chacón, González, Flores, Castillo, et al., 2001; Díaz, González y García, 2006; Díaz y García, 2006; Rodríguez, Pérez y Córdoba, 2004; González, García y Córdoba, 2004; Arellanes, Díaz, Wagner y Pérez, 2004)
 - Se ha encontrado que el consumo de sustancias se asocia a problemas de ajuste psicosocial, trastornos de conducta, baja adherencia escolar, uso inadecuado del tiempo libre, conflictos familiares, disciplina familiar inconsistente, baja cohesión, rigidez adaptativa del grupo familiar, presencia de síntomas depresivos, estrés, etc.

En materia de estudios sobre el impacto del fenómeno de migración, la mayor parte de los estudios se han concentrado en la prevalencia de consumo de drogas ilegales, pero en cuanto al consumo de alcohol, se ha ubicado que existe una mayor probabilidad de presentar síntomas relacionados con la dependencia alcohólica en la población migrante; también se tiene la validación de este cuestionario de expectativas que se ha aplicado en comunidades de mexicanos en los Estados Unidos, principalmente en Texas.

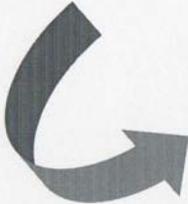
- *Estudios sobre impacto de la migración*
 - Estudio de las expectativas del consumo de alcohol en México. Validación del cuestionario de expectativas hacia el alcohol (AEQ) (Brown y cols., 1983).
- *Consumo de alcohol como factor asociado a ejercer maltrato infantil*
 - Se ha encontrado que el consumo de alcohol de los padres se asocia positivamente con el cometer conducta abusivas contra los hijos/as (Frías-Armenta, Rodríguez y Romero, 2003)
 - Variables tales como el abuso infantil materno y paterno, la violencia paterna hacia la madre, el abuso de alcohol por parte de la madre y el ambiente físico desfavorable, explican mayoritariamente la conducta antisocial de adolescentes estudiantes de secundaria y preparatoria (Frías-Armenta, López-Escobar y Díaz-Méndez, 2003)

Respecto al consumo de alcohol como factor social que provoca el maltrato infantil, se ha encontrado que el consumo de alcohol de los padres se asocia de manera muy importante con las actitudes de conductas abusiva contra los hijos e hijas, a pesar de que existen variables tales como el abuso infantil materno y paterno, la violencia paterna hacia la madre, el abuso de alcohol por parte de la madre y el ambiente físico desfavorable que explica de una manera muy importante la conducta antisocial de adolescentes estudiantes de secundaria y de preparatoria.

En cuanto a los resultados de una encuesta realizada en el tema de maltrato en estudiantes de secundaria en Baja California, Sonora, Tlaxcala y Yucatán, en 2006, se incluyeron preguntas sobre consumo de sustancias y se descubrió que existe una importante relación de factores, sobre todo respecto al consumo excesivo de alcohol de parte de los padres y el maltrato que se ha ejercido sobre los jóvenes.

Los resultados del análisis de estudios realizados con respecto del homicidio y el consumo de alcohol, descubrimos que la victimización provocada en homicidios en la Ciudad de México, así como los factores de riesgo asociados de corte demográfico y estilo de vida, se relacionan con supuestos como “tenemos que ser hombres”; así como que la presencia de alcohol y la disponibilidad de armas de fuego, son factores muy importantes respecto a la victimización en este sentido. Cuando hablamos de consumo de alcohol y lesiones en servicios de urgencias, nos referimos a que existe una fuerte relación entre beber alcohol y verse involucrado en un suceso violento, independientemente de si se cumple o no, un criterio de dependencia.

- *Maltrato Infantil*
 - Encuesta de Maltrato en cuatro estados: Baja California, Sonora, Tlaxcala y Yucatán (2006). Incluyó preguntas sobre consumo de sustancias (Villatoro, et al., 2006)



- *Homicidio y consumo de alcohol*
 - Estudios que analizan la victimización homicida en la Ciudad de México y los factores de riesgo asociados de corte demográfico y de estilo de vida. La edad (ser joven), el sexo (ser hombre), así como la presencia de alcohol y armas de fuego fueron los factores más importantes para explicar las victimizaciones (Arroyo, 2002)

Estos estudios de casos nos han demostrado que no son, precisamente, las personas dependientes de alcohol los que están involucrados en actos de violencia, sino simplemente son aquellas personas que abusan del alcohol aunque sea por una sola ocasión y que tienen más probabilidades de verse involucradas en esos sucesos trágicos.

La investigación también señala que el consumo de alcohol incrementa el riesgo inmediato de una lesión, particularmente intencional, y que este riesgo, sobre todo cuando no estamos hablando de lesiones que se producen en la calle, aumentan en función del número de copas y de la presencia de embriaguez del sujeto que presenta la lesión.

En cuanto a la relación que existe entre la violencia contra las mujeres y el consumo excesivo de alcohol en los agresores, contamos con investigaciones, sobre todo realizadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría, especialmente de la Dra. Ramos y sus colaboradores, en donde podemos ver que cerca de las tres cuartas partes de las mujeres violentadas por su pareja, reportan que el agresor se encontraba alcoholizado o había consumido drogas.

En otros estudios aplicados en Monterrey, con mujeres trabajadoras, la mayor parte de los casos las mujeres que habían sido víctimas de violencia ubicaban que el agresor se encontraba intoxicado bajo los efectos del alcohol.

Con respecto a las investigaciones hechas con sexo servidoras, estudios principalmente cualitativos, se descubrió que el alcohol se utiliza como un medio de explotación de las sexo servidoras; el proveerlas de bebidas embriagantes sirve como medio para manipularlas, para tener control sobre ellas.

Se han llevado a cabo distintos estudios en diversos temas con respecto al consumo de alcohol en mujeres que ingresan a servicios de urgencias, en mujeres embarazadas y se ha comprobado que todas sufren necesidad de atención; se trata de mujeres adictas que hablan de las barreras que existen en nuestra ciudad, sobretodo cuando se trata de que accedan a algún de tratamiento de rehabilitación.

Respecto a investigación sobre políticas de salud, y tratamientos en materia de prevención, hemos analizado los reportes aportados por los Centros de Integración Juvenil, los cuales han realizado estudios de investigación evaluativa para poder cuantificar el impacto de sus intervenciones preventivas, ya sean pláticas de información aisladas o bien programas que buscan hacer modificaciones a nivel de actitud. Los cambios descubiertos son favorables en términos de la percepción del riesgo de consumo de sustancias y que, como ustedes saben, implican una variable que predice, de manera muy importante, el consumo de drogas o del abuso del alcohol.

4) INVESTIGACIÓN SOBRE POLÍTICAS DE SALUD, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

PREVENCIÓN

- Centros de Integración Juvenil, desde la década de 1990, ha llevado a cabo diversos proyectos de evaluación de los programas institucionales de prevención del consumo de sustancias
- Se han detectado cambios favorables en términos de percepción del riesgo, actitudes de cuidado de la salud, habilidades de vida, comunicación asertiva, calidad percibida de las relaciones familiares, prácticas de tutoría parental, etc.
- Se han desarrollado modelos rigurosos e integrales de investigación evaluativa y evaluación formativa de tecnologías preventivas alternativas (Flores, Arellanez, Pérez y Rodríguez, 2004; Díaz, Ramírez, Velásquez, Zamora, González y Flores, 2001)

Cuando se percibe el consumo de una sustancia como riesgosa, como peligrosa, es menos probable que la persona la consuma y que se presenten cambios positivos con respecto del cuidado de la salud así como el desarrollo de habilidades para la vida y para la

comunicación asertiva, calidad perceptiva de relaciones familiares e inclusive el incremento del tutoría parental con problemas dirigidos a la educación de padres. Además, se han desarrollado varios modelos de investigación evaluativa para poder valorar la efectividad y el impacto de los programas preventivos por parte de Instituciones, tanto de la sociedad civil, como sería el INEPAR o el IMIFAD, entre los cuales se han reportado diferentes hallazgos respecto al impacto de las intervenciones.

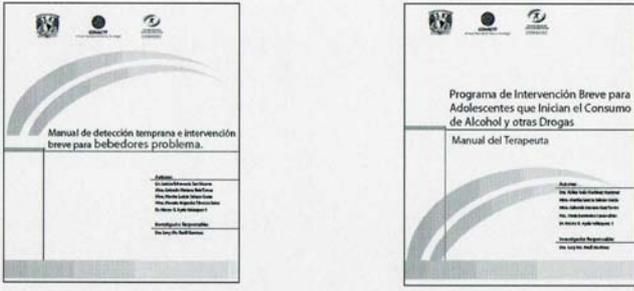
En lo que se refiere al tratamiento implementado por el Instituto Nacional de Psiquiatría, se han analizado diferentes modalidades de tratamiento que han sido dirigidas a grupos vulnerables o a comunidades específicas, tema del que la Dra. Guillermina Natera ya nos habló.

También contamos con la información proporcionada por la Facultad de Psicología de la UNAM ya que ha desarrollado diferentes modelos de intervenciones breves de corte cognitivo conductual y se ha valorado la efectividad de estos modelos, encontrándose que son intervenciones costo efectivas para la población mexicana. El pilar de esos modelos es el que consiste en una intervención breve para bebedores problema por lo que se ha desarrollado otro modelo apto para adolescentes que abusan del consumo de alcohol o que comienzan su consumo de sustancias adictivas.

A partir de esto, se han desarrollado otros modelos dedicados a realizar intervenciones contra el tabaquismo, el consumo de cocaína e intervenciones para usuarios crónicos de drogas.

TRATAMIENTO

- La UNAM ha desarrollado opciones de intervenciones breves cognitivo conductuales, evaluadas empíricamente y orientadas al control o a la abstinencia de las sustancias (Ayala, Cárdenas, Echeverría, Sobell y Sobell, 1998; Ayala, Carrascoza y Echeverría, 2003)



The image shows two book covers side-by-side. Both covers feature a stylized graphic of a curved line at the top. The left cover is titled 'Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema.' and lists authors: Ayala, Carrascoza, Echeverría, Sobell y Sobell. The right cover is titled 'Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas' and 'Manual del Terapeuta', with authors: Ayala, Carrascoza, Echeverría, Sobell y Sobell.

En cuanto a investigaciones en servicios de salud, el Dr. Zabicky reporta algunos estudios relacionados con alternativas no formales de tratamiento y cómo contribuyen a una baja prevalencia en la búsqueda de ayuda especializada en el tratamiento de las adicciones y cómo pueden evaluar su efectividad. Nos referimos a alternativas sobre cómo podría ser el juramento, la asistencia a grupos de ayuda mutua, etc., y la investigación sobre tendencias del uso de servicios formales indica que se ha incrementado el uso de los servicios en los últimos años, pero de forma relativamente lenta.

Otros estudios realizados por la Dra. Berenzon, analizan cuáles son los condicionantes de la demanda de atención de personas alcohólicas y se ha encontrado que está mediada por

características sociodemográficas muy específicas: la percepción de riesgo de la sustancia y patrones de consumo así como problemas asociados a éste. En este punto, estamos hablando, sobre todo, de la accesibilidad a los servicios.

La investigación de traducción que consiste en ofrecer los modelos que se han estado desarrollando y validando, principalmente compilados en tres manuales para capacitación en materia de prevención y tratamiento; como el del Instituto Nacional de Psiquiatría respecto a las intervenciones en poblaciones específicas, por ejemplo, las mujeres y la depresión.

Un modelo que está desarrollándose en este momento es “Dejando huellas en tu vida” y que significa un modelo preventivo para niños pequeños; son manuales que tratan el tema de intervención de víctimas de violencia, uso de alcohol y drogas en jóvenes y los manuales que se han derivado de las investigaciones de los modelos de intervención cognitivo conductuales en la Universidad Nacional.

6) INVESTIGACIÓN DE TRADUCCIÓN

A la fecha se cuenta con los siguientes manuales:

- Mujeres y Depresión para conducir intervenciones psicoeducativas;
- Infancia, adicciones y salud mental. Manual de aplicación del programa de prevención denominado *Dejando Huellitas en tu Vida*, dirigido a niños y niñas de primaria;
- Jóvenes, violencia y uso de alcohol y drogas. Manual para personas que conviven y/o trabajan con jóvenes;
- Manuales para intervenciones breves con orientación cognitivo-conductual, para el manejo de problemas de adicción al alcohol, dependencias leves y dependencia severa a la que ha incorporado técnicas de prevención de recaídas

¿Cuáles podrían ser las perspectivas que están surgiendo de dichas investigaciones? Es decir, ¿cuáles son aquellas áreas de investigación que se sugiere fortalecer para los próximos años, digamos a corto y mediano plazo? Se debe hacer investigación que se relacione con el control de la disponibilidad de la sustancia; que podamos nosotros evaluar el impacto de todas aquellas medidas que tienen que ver con el aumento de precios e impuestos del alcohol, con el control de la densidad de establecimientos de los puntos de venta y de los horarios de venta. Es necesario que estos lineamientos, reglamentaciones y políticas, estén basados en lo que demuestran los estudios por lo que, además, tendríamos que realizar investigaciones con respecto del control de grado de peligrosidad de la gente; asimismo, realizar estudios sobre los mecanismos fisiopatológicos que resulten del daño de la salud, sobretodo cuando hablamos de bebidas que se fabrican de manera clandestina.

Estas investigaciones tienen que ver con los factores de riesgo y protección, no obstante que se encuentran mucho más orientadas hacia el diseño de los programas preventivos y de

tratamiento en nuestra población para que estén adaptados culturalmente, puesto que todavía no estamos utilizando programas sin antes pasarlos por un estudio que dé cuenta de cuál es el beneficio que nuestra población mexicana puede obtener de ellos. Se trata de una investigación orientada a la atención de grupos vulnerables; principalmente, estamos hablando de población indígena ya que todavía hay muchísimo que estudiar.

Como veíamos, con anterioridad, con la Dra. Guillermina Natera, el trabajo de adaptación de las intervenciones es sumamente complicado; complejo porque conlleva implicaciones a nivel de lenguaje y que provoca que, en ocasiones, se asuma que se pueden entender ideas que, en realidad, se están comprendiendo de maneras muy disímiles. También contamos con una investigación orientada a la meta de prevención, identificación temprana y tratamiento: pretendemos estudiar más los mecanismos que están involucrados con el desarrollo de la dependencia a las sustancias, identificación de los indicadores tempranos de uso, abuso y daño del alcohol. Son estudios de riesgo, de desarrollo de condiciones asociadas y de prueba de nuevos fármacos para el tratamiento y prevención; así como medidas para evaluar los problemas que se están implementando en la actualidad.

En cuanto a la prevención de problemas asociados, es decir, accidentes y violencias, también hace falta realizar investigaciones acerca del impacto de las políticas públicas sobre los servicios de urgencia y en los contextos de ocurrencia en términos socioculturales. Con respecto a los tratamientos y rehabilitaciones, existen muchos avances, pero aún queda mucho por estudiar, sobretodo las intervenciones que tienen que ver con la prevención de las recaídas y el desarrollo de nuevos fármacos.

Asimismo, la meta de mejorar las respuestas públicas requiere que se incluyan los programas nacionales de salud contra las adicciones para que el tema de la investigación de los servicios de salud nos ayuden a evaluar cuál es la accesibilidad de los servicios y cuál es el impacto de estas intervenciones de acuerdo al creciente interés mostrado por las autoridades; así, podremos ofrecer una red de tratamiento para los consumidores de alcohol y drogas, hecho muy importante en el país para poder mejorar mucho la accesibilidad de los servicios de tratamiento. Por lo tanto, necesitamos evaluar, antes y después, todas estas intervenciones que implican movimientos relevantes con respecto de los sistemas de salud y, obviamente, la compilación de datos que arrojen información sobre las barreras que hay para utilización de estos servicios de salud.

Les agradezco mucho.

Mtra. Haydée Rosovsky: *Gracias Raúl.*

Fue muy ilustrativo ver todo lo que se ha hecho y lo que falta por hacer. Es probable que falte información pues quizá no está todo lo que es, no están todos los que son ni son todos los que están.

No obstante, contamos con un muy buen esquema para ubicarnos sobre cómo está la investigación; sin embargo, quisiera hacer una sugerencia ya que tú representas a una Institución que guiará, durante esta administración, las políticas de este país con respecto al

tema de adicciones: Me parece que falta una investigación relacionada al asunto de recursos humanos. Es decir, no contamos con un diagnóstico, con una evaluación que nos indique qué tantos recursos humanos y técnicos tenemos para responder a estos problemas. Por ejemplo, en el caso de los servicios de tratamiento, es necesario saber cómo está capacitada la gente, quiénes son los que están dando atención, etc. Creo que no contamos con datos fidedignos al respecto y podría ser muy benéfico al momento de presentar iniciativas en cuanto a la formación de gente en este campo.

Y lo mismo en cuestión de las investigaciones de encuesta puesto que son estudios muy caros y laboriosos, lo sabemos, así que es muy importante contar con ellos de manera periódica, tal como lo recomienda la epidemiología; sin embargo, creo que deberían complementarse con este tipo de monitoreos etnográficos y con información obtenida de la calle para que puedan estar en lugares claves, que tienen en otros países porque así tendríamos una visión, no de fotografía, como lo es la encuesta que simboliza la enorme foto de un momento, sino una visión que muestre una imagen, como un video, digamos, de lo que sucede en cada localidad escogida. Éstas serían mis recomendaciones.

Investigaciones sobre uso y abuso de alcohol: implicaciones preventivas*

Haydée Rosovsky Tuchsznaider
Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.

Yo presentaré los últimos puntos a tratar en este seminario. Me ha servido mucho escuchar a los ponentes, puesto que nos han mostrado qué tan importante es tomar en cuenta lo que ellos nos muestran, nos hicieron asomar a este universo de la etnicidad, de los factores biológico-genéticos y cuál es su peso en el desarrollo de problemas. En el caso del Dr. Kersenovich, pero sobre todo en el caso de Guillermina Natera, el peso de la cultura y de los factores socioeconómicos representan dos ejes muy importantes que se relacionan con lo que yo presentaré, que es una investigación documental que he hecho y que tiene que ver también con una de las líneas de acción de CONADIC: se trata de la investigación sobre políticas y su impacto.

Por lo tanto, quiero asentarme sobre eso para saber qué políticas son las más recomendadas, qué prevención se recomienda, qué paradigmas existen, en este momento, circulando por el mundo y cuáles son sus pros y sus contras en relación a su aplicación en México.

La relación que existe entre las medidas de control y el consumo del alcohol, tiene que ver con las respuestas o políticas implementadas y que forman parte de una amplia gama que han existido desde que el alcohol apareció en el mundo. Estas respuestas han dado distintas sociedades a través de la historia y se podrían agrupar de la siguiente manera: 1) Son las

políticas dirigidas a las poblaciones y cuyo objetivo es el de alterar los niveles de consumo de alcohol de la población vista como un todo; es decir, sin tomar en cuenta estas diferencias que hemos escuchado precisamente de los ponentes que mencioné. Se toma a la población, como un ente global por lo que las medidas de acción para ejercer el control del alcohol que se recomiendan incluyen los impuestos, las prohibiciones, el racionamiento, los monopolios, restricciones a la promoción y publicidad, promoción de bebidas con bajo o sin contenido alcohólico, regulación de la densidad y localización de los expendios de bebidas, de las horas y días de venta, de la edad mínima de consumo permitida, del lanzamiento de campañas preventivas o educativas y de problemas de educación sobre alcohol en las escuelas.

Todo esto está dirigido a la población como un todo, porque estas medidas están relacionadas con la idea de que si disminuimos el consumo global de etanol per cápita en una población, de forma concomitante, se van a reducir los problemas asociados a su consumo. Quiero que, por favor, piensen en esto porque es uno de los paradigmas más centrales en este momento, sobre todo en la Organización Mundial de la Salud y mucho de lo que les presenté se basa en reportes realizados por grupos de expertos, todos de países desarrollados, con respecto a las recomendaciones dadas por la OMS para reducir problemas.

En segundo lugar, aparte de las políticas y medidas que mencioné, están aquellas dirigidas a problemas específicos relacionados con el abuso en el alcohol, como las que buscan reducir accidentes de tránsito bajo los efectos del alcohol a través de la promoción de programas para estimar el nivel de alcohol que hay en la sangre, como el programa del alcoholímetro o los programas del conductor designado, por ejemplo. Estas políticas son más puntuales, más específicas y es poco probable que tengan como meta al bebedor no problemático, sino que se dirigen a aquellos que beben de cierta manera y que tienen ciertos riesgos por su forma de beber como el padecer algún problema, sea agudo o crónico.

El tercer grupo de políticas son las que se basan en intervenciones dirigidas hacia individuos bebedores; tales como los programas de tratamiento y rehabilitación. En los casos de bebedores menos severos se utiliza, como ya hemos visto, la intervención breve, aunque también se utiliza en los bebedores más severos. Se ha visto que estas intervenciones presentan resultados óptimos con respecto a la efectividad; pero eso significa que se aplicaría lo que conocemos como una prevención secundaria o terciaria. Ahora bien, ¿qué políticas son efectivas? Las interrogantes que se hacen los expertos intentan responder cuál o cuáles políticas son efectivas para reducir la gama de problemas que presentan ciertos individuos o grupos, por su forma de beber y para abatir, también, los impactos que esos problemas tienen en las sociedades porque, indudablemente, cuanto más problemas de salud pública tengamos, más carga representa para el costo de los servicios de salud, para los seguros, etc., además de la destrucción, la desintegración o la incapacidad de padres de familia por un accidente que impacta a la familia.

La realidad es que no existe una única política o medida que logre esa meta; ni siquiera cuando se aplica la total prohibición, como ha sucedido a lo largo de la historia en algunos países, ya que como la experiencia histórica nos ha enseñado, incluso en los tiempos

actuales en las sociedades con gobiernos teocráticos donde el alcohol está prohibido; como los países musulmanes. Así pues, el problema del contrabando de bebidas y del consumo de drogas ilícitas es muy elevado en países como Irak o Irán por lo que se recomienda que cada país debe aplicar, de acuerdo al repertorio de medidas mencionadas, aquel conjunto o mezcla de aquellas que sean las más adecuadas a su particular realidad económica, cultural y política y yo agregaría, en relación al trabajo que presentó el Dr. Kersenovich, que de acuerdo a su realidad étnica; es decir, se debe adecuar a las características genéticas de los grupos que componen esa sociedad, tal como es el caso de México en el que deben estar incluidas estas políticas que se basan en la información y en las evidencias de la situación del consumo de alcohol y los problemas específicos que se dan en esa sociedad o en esa comunidad y que deben contar con el suficiente apoyo de la población.

Esto me parece importante ya que, junto con lo que nos dijo Guillermina, en cuanto a esta idea de qué tanta conciencia del problema o qué tan sensibilizados están los habitantes de la comunidad donde ella está haciendo su trabajo, así como en relación a lo que nosotros vemos como un problema, pero para ellos aparentemente no, deben ser aplicadas estas políticas o intervenciones con el suficiente rigor y con la persistencia y la claridad que desgraciadamente en nuestro país no podemos alardear de que hacen un buen cumplimiento de las leyes.

También es muy importante y que generalmente se olvida, es la importancia de las recomendaciones que incluyen la reducción del consumo per cápita global de alcohol de la población con lo cual, supuestamente, se disminuirían las tasas globales de problemas con el alcohol y el factor de mayor influencia para lograrlo, según los autores que reseñé en este reporte, son el precio de venta del alcohol y su elasticidad en una sociedad; es decir, cuando el precio aumenta, la demanda disminuye y viceversa.

Las otras dos medidas para las cuales hay evidencia de ser efectivas son el limitar el acceso al alcohol entre los menores de edad y controlar la densidad de los expendios de bebidas; es decir, el número, la tasa de expendios por la población existente en un lugar, ya que de acuerdo al mismo reporte, la revisión de la evidencia de investigación sobre publicidad indica que, a pesar de que es una de las estrategias más amarillistas que se destacan, el asunto de la publicidad siempre aparecen ataques contra esto. Sin embargo, tiene un pequeño impacto en la conducta de beber y no es que no tenga ningún impacto, pero no es tanto como el precio de las bebidas.

En este asunto de la accesibilidad de los expendios, cabe mencionar y lo quiero volver a repetir, es que las recomendaciones están fundamentadas en literatura de países desarrollados del norte de Europa y que se presenta en los reportes de la OMS. Lo que sucede en países que no están tan industrializados, entre los cuales se encuentra México, existe un paradigma: si reducimos el consumo per cápita, de alguna manera, automáticamente, se reducirán los problemas relacionados con el consumo de alcohol o con el abuso en el consumo. Lo anterior ha tenido un aparente éxito en ciertos países cuyo consumo de alcohol es bastante homogéneo, pero en países como el nuestro la situación es distinta: en primer lugar, México, comparado con el entorno internacional, no tiene un

consumo per capita de etanol muy alto, esto es muy sorprendente porque cuando uno le pregunta a la gente ¿cuánto crees que bebe la gente en México? Responden que deben beber como 10 litros de etanol al día, porque hay tantos problemas relacionados con el alcohol y eso es resultado de la percepción o de la sapiencia que tienen de ciertos fenómenos y los medios de comunicación cómo los transmiten, la poca difusión al público de los resultados de investigación. Por lo tanto, la gente se guía más por noticias bastante alarmistas de que todos los accidentes de tránsito, así como la violencia en los hogares, se deben al alcohol; a pesar de que sabemos que existen otros factores mucho más importantes en el caso de la violencia doméstica, y que el alcohol sí se vuelve un disparador, un facilitador, un desinhibidor. Tenemos que trabajar sobre razones culturales, el machismo, tal como lo señaló Guillermina, cuestiones de autoritarismo que se encuentran realmente en el corazón de la violencia y no es el alcohol o las drogas, ya que sólo han servido como justificación “estaba tomado y no me di cuenta” cuando en realidad existen otras razones que están ejerciendo su poder. La situación del consumo per capita en México, asciende alrededor de 5 litros anuales de etanol por habitante, en la población general.

Si tomamos en cuenta a la población mayor de 15 años, los resultados se acercan a 3.5 a un 3.7 litros de etanol puro. Lo que sucede es que la distribución del consumo en nuestra población es muy desigual; gracias a los estudios realizados, las encuestas aplicadas, sabemos que existe un gran número de abstemios, especialmente entre las mujeres, aunque estas cifras también han disminuido porque las mujeres se han ido incorporando al mercado de consumidores en años recientes; sin embargo, estamos todavía muy lejos de parecernos a otras sociedades donde el consumo de alcohol está mucho más unificado en toda la población, entonces el problema no es la cantidad que se bebe sino cómo se bebe y quiénes beben.

Ya he mencionado que me parece que el consumo de alcohol se asemeja a la distribución de la riqueza en México: tenemos un producto interno bruto que es el consumo per cápita que no es real pues no refleja la forma en cómo está distribuido; por lo tanto, vemos que hay unos pocos que tienen mucho y unos muchos que no tienen nada o que no consumen realmente en cantidades importantes; así pues, el paradigma que se opone a éste que acabo de mencionar, el del control del consumo per cápita, tiene que ver más con incidir en los patrones de consumo porque, en nuestra población, tal como lo hemos visto, existen diversas causas que provocan distintos problemas en diferentes personas y que tienen un impacto también disímil en las recetas universales que nos llegan de organismos internacionales pues están elaboradas desde una distancia geográfica y política enorme que no necesariamente tienen el mismo impacto aquí. Por ejemplo, si en México se incrementaran los precios de las bebidas que, por cierto, no son baratas y lo supimos porque en un reporte de la OMS se determinaron indicadores para saber el costo real de una cerveza en países como México y en Europa y resulta que en nuestro país es más caro, con precios parecidos a Brasil y a Bolivia pero en donde el consumo per cápita es menor que el de Argentina, por ejemplo, a pesar de que Argentina no tiene las tasas de cirrosis hepática que tenemos nosotros, lo cual demuestra la complejidad de este asunto. Si trabajamos sobre los patrones de consumo y sobre la reducción del daño con una estrategia que vaya hacia la

reducción de riesgos y reducción de daños en los grupos que están en mayor peligro porque son mas vulnerables, creo que las posibilidades de éxito serían mayores.

Esto no quiere decir que se deben olvidar las medidas de control de la disponibilidad; desde luego que hacen falta pues no se debe vender alcohol a menores de edad, pues hace falta que haya un control de la publicidad; hace falta que haya muchas más medidas de control de la gente como, por ejemplo, aplicar intervenciones en los antros, en los lugares donde se expenden bebidas como lo han hecho en otros países como Canadá, donde se hace un verdadero programa que incluya estos lugares, donde ahora se presenta el escenario de la recreación de los jóvenes urbanos, con la finalidad de que se vuelvan un foco, no solamente de problemas, sino también soluciones en las que estén entrenados para no darle más de beber a alguien que ya esta intoxicado; para no dejar conducir un vehículo si no está en condiciones de hacerlo etc. Estas medidas, al parecer, no son tan sensacionales como la prohibición; sin embargo, la sumatoria de todos estos hechos sí logrará tener éxito pues yo creo que México se tiene que plantear qué es lo que necesitamos tratar de ver, cuál es la situación de nuestro país y qué es lo que más nos conviene.

Un problema muy serio que tenemos en nuestro país es la piratería, producción y venta clandestina de algunas bebidas que son imitación de las industrializadas; otras son bebidas domesticas tradicionales que pueden o no tener algún control y otras, de plano son de contrabando y, como se dijo antes, todas representan un riesgo sanitario y de evasión de impuestos gracias a todo lo que implica la organización criminal que está poniendo en peligro mucha de nuestra economía porque no son bebidas a las que se les pueda implementar la medida preventiva de incremento de precios como a aquellas que sí cumplen con las normas sanitarias. La gente se inclina, cada vez más, a la piratería por lo que nos enfrentamos a una situación de carácter no sólo cultural, sino ético así que, ¿cuáles van a ser las medidas de salud en las que es necesario conciliar todos estos factores? En el área de salud pública no se resuelven totalmente los problemas; por ejemplo, aún cuando se tenga la vacunación contra una enfermedad, eso no significa la solución completa, podríamos decir que se tapa un poco un problema grande y se abren otros más pequeños. Por lo tanto, se tiene que aplicar cierta humildad para definir qué es lo que conviene al bienestar público y a la situación de esta comunidad, de esta sociedad.

SESIÓN DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Gabriel Lorea: *Mi comentario está relacionado con lo que usted ha venido comentando: ¿Qué hace falta o qué estamos haciendo mal? Yo considero que es la información en los medios masivos de comunicación pues de una manera amena, de una manera fácil de entender, con cápsulas informativas en horas pico, en donde todo el mundo está viendo la televisión, tanto los jóvenes, como las personas mayores. Sería una campaña de información mucho más extensa y que no fuera por un tiempo determinado sino que fuese algo permanente. Algo así como incluirlo, desde luego, en las escuelas para que se hablara*

del tema abiertamente porque ha crecido mucho el tema del alcoholismo y la drogadicción; antes lo veíamos en el amigo, en el pariente, de forma lejana, pero ya no, ahora como sucede con la inseguridad, ahora lo estamos viendo en nuestras propias familias y lo estamos viviendo todos.

Armando Cruz (Sindicato Único de Trabajadores del Colegio de México): *Es preocupante porque, a pesar de que se está haciendo este foro de análisis sobre alcoholismo en México, desgraciadamente, muchas veces estos foros se quedan en los salones en los auditorios, nada más; pero lo que preocupa realmente es lo que pasa en las calles.*

Dra. Haydeé *usted hablaba de la piratería: cuando un producto es caro, llámese alcohol, discos, películas o lo que sea, salen los piratas y, de alguna manera, cuando no se tiene una cultura para contrarrestar estos vicios, los que ya están alcoholizados o enfermos por alguna droga, buscan una que sea pirata aunque les haga más daño; pero van a sentir la necesidad de adquirir y consumir sus drogas. No sé, yo creo que, muchas veces se ha dicho que hacen operativos contra la piratería; sin embargo, a diario vemos puestos y puestos de discos piratas o de otras mercancías piratas o de contrabando, que inundan nuestras calles; entonces yo pienso que ahorita el gobierno debería de dedicarse, desde ya, a formar una cultura nueva porque, de otra manera, nosotros heredamos las costumbres a nuestros hijos y esto va cada día en aumento. Éste es mi comentario, gracias.*

Dra. Venidle Orozco (Médico psiquiatra del Instituto de Neurología): *Tengo dos preguntas para el Dr. Kershenobich: ¿Están haciendo ahorita más estudios de investigación genética en diferentes poblaciones que no sean las otomíes? Y para el Lic. Raúl, yo pienso que no, pero ¿se está tomando en cuenta el seguro popular este tipo de problemas?*

Dr. Kershenobich (UNAM): *Nosotros estamos haciendo dos estudios diferentes: uno, por ejemplo, se realiza en población universitaria, con estudiantes que presentan problemas de consumo de alcohol y, el segundo, se lleva a cabo en población ya no otomí, sino en el hospital general en CAPRA (Centro de Atención para Enfermos Alcohólicos) por lo que sí lo estamos ampliando a otras poblaciones.*

Lic. Raúl Martín del Campo (CONADIC): *Sí, de hecho en la dimensión anterior, se estuvo trabajando para incorporar tanto la detección temprana como la intervención breve; así como el tratamiento ambulatorio y residencial de los problemas que tienen que ver con los trastornos relacionados con sustancias en el catálogo de Seguro Popular. Nos quedamos, aproximadamente, en la tercera fase; pero cuando ya tuvo que aprobarse el catálogo final, no pudo entrar la intervención por lo que seguimos cabildeando y si hay una ampliación de intervenciones, seguramente nos van a considerar. Ojalá que en esta ocasión sí entre alguna de las tres intervenciones dentro del catálogo del Seguro Popular pues consideramos que es muy importante, es fundamental.*

Mtra. Haydée Rosovsky (Coordinadora): *Yo quisiera unirme a esta inquietud en el sentido de que todavía no logramos que en el Seguro Social se considere la dependencia al alcohol como un motivo de incapacidad. Hace ya varios años que lo estamos diciendo, lo tratan como si no fuera una enfermedad cuando sí hay incapacidades para otro tipo de enfermedades crónicas como la diabetes, etc.*

Mirta Hernández (Periódico Reforma): *Quisiera hacerle una pregunta a la doctora Haydée: Ahorita que usted mencionó las intervenciones que pueden hacerse, incluso con personas de los antros, y que nos mencionó, si mal no recuerdo, a Canadá, ¿nos podría explicar cómo fue esto? Es decir, ¿fue una iniciativa de los propios dueños de establecimientos? Porque si fueron autoridades, creo que en el Distrito Federal, está pasando constantemente. Vemos operativos en las delegaciones, etc., pero no hemos visto, con claridad, la reacción de los dueños de los establecimientos.*

Por otra parte, me gustaría preguntarle también al Lic. Raúl Martín del Campo, si nos podría hablar un poquito más sobre esta encuesta que levantarán en poblaciones estudiantiles de secundaria y preparatoria, si será en este año y si esto tiene que ver con que los jóvenes estudiantes son una población vulnerable así como si cuentan con alguna cifra sobre consumo de alcohol en jóvenes.

Gracias.

Mtra. Haydée Rosovsky (Coordinadora): *Esta estrategia que se hizo en Canadá también se está llevando a cabo en Australia de alguna forma, esto corresponde, según lo que creo, a sociedades que tienen, en primer lugar, un grado alto de cumplimiento de la ley (mucho mayor al nuestro) y segundo, una sensibilización más clara (yo creo que acá se tendría que hacer porque no creo que a los dueños de las discotecas les interese que un muchacho salga de ahí para estrellarse en su coche). Ya se cuenta con un gran movimiento que viene de la sociedad civil y quiero aclarar que, por cierto, el Lic. Quintana estuvo aquí en otro seminario y conjuntamente con FISAC y otras instancias de la sociedad civil, dentro del programa “Convivencia sin violencia”, trabajaron con los encargados de antros y discotecas, así como con la juventud para que estos lugares de diversión protejan, digamos, que haya el menor número de riesgos posibles para la salud y la seguridad de los jóvenes. Quisiera solamente agregar que uno de los grandes retos que se tienen en el momento de hacer prevención o educación con los jóvenes es que partimos de la idea de que “lo que es importante para nosotros como adultos, también lo es para ellos” y resulta que no es así; necesariamente, por ejemplo, el valor de la salud puede ser muy importante para mí porque ya la estoy perdiendo, pero, para el joven que se siente omnipotente, indestructible y lleno de energía, la salud no es algo con lo que los podemos motivar. Tal vez sería mejor manejar la idea de la libertad y de ser dueño de sus propias decisiones, explicarles cómo el abuso de sustancias les impide esa libertad.*

Lic. Raúl Martín del Campo (CONADIC): *Existen varias encuestas en población estudiantil que se han venido haciendo de manera periódica. La que se ha realizado de*

manera más sistemática, es la que del Distrito Federal, llevada a cabo por el Instituto Nacional de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública del Distrito Federal; pero, desde 1991, no tenemos otra encuesta nacional de estudiantes por lo que pretendemos aprovechar que vamos a hacer el levantamiento de la Encuesta Nacional de Adicciones, en población general 2007, que es la que sigue, para de una vez hacer una nueva Encuesta en población estudiantil. La razón por la que se hacen encuestas en población estudiantil obedece a varias razones: en primer lugar porque se encuentran cautivos y, en segundo lugar, porque podemos aplicarlas de manera masiva, con un cuestionario. No se trata, pues, de una encuesta que son como tipo entrevistas, cara a cara; en tercer lugar, se trata de una población específica, con necesidades específicas y con quienes tenemos que hacer intervenciones muy especiales.

En cuarto lugar, si sabemos que la cohorte juvenil es la que más hace experimentación con drogas, con alcohol y con tabaco (y ciertamente esto la hace una población especialmente vulnerable y el Dr. Kershenobich sabrá mucho mejor de esto que yo) por lo que es muy importante, en materia de alcohol, que nosotros podamos ubicar bien cómo se está distribuyendo el consumo entre los adolescentes porque el cerebro del adolescente es especialmente vulnerable a grandes cantidades de alcohol debido a la plasticidad neuronal que aún tiene y que es una etapa crítica del desarrollo del cerebro.

Respecto a la prevalencia de consumo de alcohol, desafortunadamente no vengo preparado, pero podemos decir que cerca de uno de cada tres adolescentes consumen alcohol en nuestro país y eso tiene implicaciones que pueden ser importantes; es decir, sabemos que es parte de los ritos de iniciación en la vida adulta, el consumo de alcohol es tan frecuente entre nuestros adolescentes que cuando, supuestamente, no pueden acceder a él pueden comprarlo, entonces nos referimos también a cuestiones de control de la disponibilidad que ya comentábamos.

Además, algo que es muy importante es que parece ser que el 10 % de los adolescentes abusan del alcohol y, por lo tanto, uno de cada tres están abusando del consumo. La implicación que se tiene es que los adolescentes están iniciando el abuso con todas las implicaciones que tiene esto para su salud.

Jesús Maya (Coordinador del Programa de Prevención y de Control de las Adicciones en el Instituto Mexicano del Seguro Social): *Tengo dos preguntas, una para el Dr. Kershenobich, ¿en relación a qué factores ambientales han estado o probablemente han influido para la evolución de ese polimorfismo genético? Lo podríamos entender como una mayor tolerancia del consumo en la población.*

La otra pregunta es para la Dra. Guillermina Natera: Sabemos que todos los problemas a los que nos enfrentamos cuando diseñamos programas preventivos de intervención educativa (desde la perspectiva del prestador de servicio), el problema es el alcohol; pero para la comunidad no lo es tanto como lograr modificar algo que la población no percibe como un problema. Yo creo que a partir de ese punto de vista es que el personal de salud y su concepto del alcoholismo en general o de las adicciones es un “vicio” y esto lo vemos en médicos especialistas fuera del área de psiquiatría y lo vemos en medicina general en todo el personal, día con día. Para poner un ejemplo: dentro de nuestros residentes de

epidemiología, de pronto estamos revisando un tema de adicciones y me dicen “doctor, pero es que esto es un vicio, no es una enfermedad”, y se piensa “bueno, si estás formándote ya a este nivel qué es lo que está ocurriendo, no? Creo que deberíamos considerarlo también en ese sentido.

Dr. Kershenovich (UNAM): Para contestar a la pregunta que me hizo, una vez que se completó el conocimiento del genoma humano, pensábamos que era muy fácil; es decir, que cada gen iba a expresar una proteína y si conocíamos el gen, íbamos a alterar la proteína rápidamente; sin embargo, en los últimos dos años nos hemos dado cuenta de que no es así. Una persona puede modificar su expresión génica de distintas maneras, dependiendo del medio ambiente donde está viviendo. Ahora entendemos bien que hay genes de tipo homeostático que van a modificar la expresión de las proteínas por los genes, de tal manera que apenas estamos empezando a entender que el medio ambiente juega un papel muy importante en lo que uno expresa de los genes y eso es difícil, todavía, de comprender.

La segunda parte de su pregunta se refería a la tolerancia: la tolerancia *per se*, como un fenómeno biológico, es algo que puede tener muchas acepciones. Con respecto a cómo se llega a la tolerancia, puede ser genética, pero, por ejemplo, en un estudio que nosotros también hemos hecho y que está publicado en el *American Journal of Human Genetics*, nos hemos dado cuenta que, probablemente, la estatura y el peso de un individuo son tan importantes como otros factores que pueden parecer mucho más elaborados. Cada vez más estamos tratando de tener ese tipo de parámetros en las poblaciones puesto que se pensaba que era el contenido de agua o de grasa, pero es mucho más variable porque hay muchas más variables que eso.

Yo creo que la manera de abordar el problema de estudio genético se va a tener que ir cambiando. Hace un momento alguien hizo un comentario, creo que fue una pregunta que usted hizo, y que yo pensaba comentar una situación de la que carecemos a veces. FISAC hace bien porque saca la publicación de estos eventos y es que no estamos acostumbrados a publicar en sitios donde se puede diseminar la información. Creo que esta experiencia se debe de reflejar en la publicación de artículos que vayan a impactar; como decía Haydée, la formación de recursos humanos; es decir, ¿dónde puede uno leer de este tipo de cosas si no pudo asistir a un evento de esta naturaleza? Tenemos una muy pobre cultura de publicar en revista científicas este tipo de trabajos y yo creo que ahí se pueden influenciar mucho a los diseños de futuros protocolos y a las conductas basadas en evidencia y no nada más en lo que creo que es lo más importante.

Dra. Guillermina Natera (Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente): Respecto a la pregunta que me hace, contamos con dos vertientes: 1) La formación de recursos humanos como mencionaban porque yo creo que es sumamente importante, como lo había mencionado también Haydée, para los que estamos trabajando en investigación.

Yo he llevado a cabo este trabajo por treinta años, más o menos, y creemos que ya todo el mundo ha quitado de su vocabulario la palabra “vicio”, pero no vemos que aún en el Distrito Federal, en médicos, etc., existe este concepto, lo cual se deba que hay muy poca

información, de verdad científica, sobre el concepto del alcoholismo y no combinan con los aspectos de la vida cotidiana; entonces, ésta es una razón.

El otro punto, en lo que se refiere a la comunidad, lo que yo traté de decir es que si yo conozco las percepciones de la comunidad, como lo viven cotidianamente, como lo nombran, mi obligación como Sector Salud es la de ampliar la conciencia; es decir, que ellos tienen una visión y una conciencia. Si yo les digo: “miren, lo que yo encuentro es esto, esto y esto y lo que podemos hacer es que si pasa esto, pasa esto otro, elijan ustedes si quieren modificar esta forma de consumo” no hay respuesta. El problema, en las comunidades indígenas, es que mandan a esta zona, por ejemplo, a puros pasantes y éstos cambian cada año, son nuevos, es su primera experiencia, muchas veces, con un cuerpo humano y los pobres residentes, en realidad, (y digo pobres porque los mandan “a la guerra sin fusil” y esto es parte de las escuelas de medicina, de trabajo social, de enfermería, etc.), les deberían de dar un incentivo doble a aquellos que acepten irse a esas zonas tan lejanas e inhóspitas y además de capacitación con respecto de los problemas nacionales de salud que hay en estas zonas y que ya conocemos muy claramente.

Les planteé un manual de prevención secundaria, pero existen muchas otras intervenciones con las que se pueden capacitar a estas personas; sin embargo, debe hacerse conociendo la cultura, decirles anticipadamente, “miren, la gente no bebe porque sí, no se emborracha porque sí, no es pobre porque sí, no es flojo” pues con esta mentalidad llegan todos a estas comunidades; se debe decirles: “no es que sólo son sus valores, se van con el curandero porque eso es lo que vale para ellos” y no es cierto que ellos no reciban información del medio ambiente sino que no saben cómo procesarla porque no se les da ese apoyo y más que nada, los discriminan y, por esta razón, ellos mismos empiezan a negar su propia cultura.

Por ejemplo, en la comunidad donde yo trabajaba le decía a la doctora: “¿Te das cuenta que esta comunidad ha vivido más de cien años sin un sólo recurso económico?, con su propia sabiduría han curado malestares estomacales, de cabeza, todo; y han llegado a sobrevivir”. Muchas de las familias me decían: “Yo viví con mis papas abajo de un maguey, ésa era mi cama, ése era mi estilo de vida”; entonces, cuando se les dice a los doctores que es cierto, que así han vivido y le ha preguntado, alguna vez, cómo le hicieron para sobrevivir, cómo curo su malestar estomacal, sus dolores de cabeza, en fin, todos sus malestares; ¿les ha preguntado, alguna vez, qué tanto podemos incorporar de esta sabiduría que los ha hecho sobrevivir ante tanta adversidad? Usted le dice “no, tiene que tomar el enbioformo porque yo sé que esa medicina es lo único que les va a curar” y les imponen ejerciendo un autoritarismo. Esto se presenta en la rama médica y en la educativa: llegan con el conocimiento “lo sé todo y tú no sabes nada”, entonces ni siquiera incorporan la herbolaria más obvia que les ha ayudado a sobrevivir; por lo tanto, sí es un problema fuerte y la prevención tiene que pasar por muchas áreas, por muchos campos, por mucha comprensión del otro, debemos tratar de entenderlo, pero en serio, no se trata de apapachos.

IMSS “Solidaridad” nos ha ayudado mucho a entrar a algunas comunidades. IMSS “Oportunidades” nos ha ayudado a que nos acepten un poco más en las comunidades, al menos de manera más rápida porque todavía la bata tiene un valor simbólico muy fuerte.

Así pues, si vamos con ellos, nos aceptan de lleno si vamos vestidos de civiles (tal como fuimos en estas comunidades) porque tenemos que ganarnos la confianza a base de que vean que estamos ahí para hacer algo con ellos, no en su contra o, por ejemplo, los hombres no querían dejar de beber y nos decían “no vaya a cambiar a mi mujer”, “yo no voy a dejar de beber”. Bueno, también hay que aceptar esta parte, no decirle “mire, puede usted tomar la decisión nada más que sepa que por causa del consumo de alcohol, a usted le está pasando esto y esto a su familia también le está pasando esto a sus hijos también les está pasando esto” y así, la prevención que estoy ofreciendo, en este caso, es a las familias. Es decir, que ayuden a enfrentar de una manera más benéfica esta problemática, independientemente de que el consumidor de alcohol no quiera asistir a tratamiento ya que ésta es, a veces, una forma de ver contra-cultural porque siempre la gente dice “si el alcohólico no va a tratamiento no se puede hacer nada con la familia”, no, la familia tiene un sufrimiento y un estrés muy particular por causa de que su pariente se está desintegrando, etc., y no saber qué hacer. Por lo tanto, nosotros tratamos de enseñarles, con este manual, que existen otras alternativas para resolver el problema, gracias.

Dr. Kershenobich (UNAM): *El problema de alcoholismo debe verse como un problema que tarda 20 o 30 años en llegar a las etapas finales.*

El paciente que ya tiene el problema de adicción y que va al médico por complicaciones médicas secundarias, realmente forma parte de un grupo que puede recibir atención de distintas enfermedades; pero la parte importante es que, 20 a 30 años dónde se puede incidir antes de que se presente el daño orgánico y yo creo que lo que ha permeado en las presentaciones que hemos oído el día de hoy, es que lleva como propósito el tratar de intervenir en forma más temprana. Cuando se habla de la juventud, de los antros, de la susceptibilidad, de la preparación de personal, son conceptos de prevención. No puedes hacer que la gente no tome alcohol por completo, pero lo que si puedes hacer es un reconocimiento más temprano de que se está volviendo un problema y hay grupos, por ejemplo como “AA”, que ya intervienen en la fase cuando existe la adicción bien establecida y no en esa etapa de 10 ó 20 años antes.

El mensaje es que hay que intervenir en forma más temprana.

Mtra. Haydeé Rosovsky (Coordinadora): *Quisiera también aportar si se han hecho estudios sobre los grupos de ayuda mutua en el Instituto Nacional de Psiquiatría, aquí en lo que presentó Raúl, no puede estar todo; pero hay toda una línea de trabajo sobre el uso de servicios no profesionales en el Instituto y se sabe cómo funciona el lugar que ocupan dentro del panorama de servicios que es tan importante.*

México ocupa el segundo lugar en el mundo con respecto al número de grupos y miembros de “AA” y eso, sin contar a los NA, etc., más todos los grupos adicionales que han aparecido, creo que eso desgraciadamente fue lo que también propició que el Estado mexicano, en este caso hablo de la Secretaría de Salud, pues no le ha dedicado la atención suficiente al tema del tratamiento de los alcohólicos; entonces, no hay una cama, de la Secretaría de Salud, para tratar a un alcohólico; en los hospitales psiquiátricos tienen que entrar por un padecimiento psiquiátrico que es concurrente con el problema del consumo

excesivo,. Entonces, ésa es toda una política que ha descansado demasiado; primero, en ver el problema como un vicio por lo que es inútil cualquier tratamiento que se le dé a estas personas, no le dan ni le hacen mucho caso y entonces la ignorancia, la falta de preparación, el exceso de trabajo también por atender a otros en los que se cree que hay más futuro y el descansar en toda esta estructura de la sociedad civil como constituyen los grupos de ayuda mutua. Son varios factores para los que no estamos respondiendo como se debe.

Lic. Raúl Martín del Campo (CONADIC): *Me quedé muy inquieto con el comentario al respecto de que las propuestas no se queden en estas paredes y quiero invitar a todos, porque siempre tenemos nuevos participantes en estos seminarios, a que consulten, por favor, la página de FISAC ya que esta institución no está quedándose en las paredes; está saliendo y están haciendo muchas cosas.*

Me siento muy orgulloso de estar en su Comité Científico porque veo que estamos trascendiendo a la sociedad, muchas gracias.

Dra. Alicia López Montes de Oca (Colegio de Ciencias y Humanidades): *Me congratulo de estar presente ante una mesa tan distinguida y con la información que nos han aportado quisiera hacer un comentario y una solicitud. El comentario va en la dirección de que precisamente la Universidad está muy preocupada por los adolescentes y los jóvenes en relación con sustancias adictivas y de ahí que, por indicaciones del mismo Rector, ha surgido un macro proyecto, el cual está orientado, precisamente, a la búsqueda de nuevos elementos para la prevención y tratamiento de las conductas adictivas y, a su vez, tiene cuatro líneas de investigación que son: la prevención, el tratamiento, el diagnóstico y la investigación básica de las conductas adictivas.*

De aquí surge mi solicitud: hemos convocado para esto, a diferentes escuelas y facultades, ya que se trata de fomentar la investigación, no solamente en los Centros de Investigación, que también están participando con nosotros, como el Instituto de Psiquiatría.

En fin, es una importante situación porque este macro proyecto abarca, a su vez, una gran cantidad de proyectos, en los cuales nos estamos enfrentando a estas situaciones y mi solicitud va en el sentido de que, efectivamente, se cuenta con una gran cantidad de estudios muy serios y formales. Tal vez, a través de FISAC o no sé cómo podríamos hacer para que contásemos con esta información, con estos manuales.

Por ejemplo, nos gustaría contar con esto en el aspecto de prevención pues si ya existen algunos manuales orientados para los estudiantes, talvez nos podrían servir como parte de nuestro trabajo.

Lic. Ignacio Ybarra (Director General de FISAC): *Sí, por supuesto.*

Agradezco mucho el concepto que nos ha dicho de FISAC, el Dr. Raul Martin del Campo. FISAC es una Institución abierta a todos los investigadores del país e internacionales.

*Tenemos un sitio en Internet, **HYPERLINK** <http://www.alcoholinformate.org.mx>, para que ustedes puedan consultar todo el producto de los Seminarios.*

Ya se ha subido el resultado de los 29 seminarios, sólo falta éste. Los demás, ya los tenemos en línea. Hemos producido este cuadernillo aunque realmente son pocos ejemplares para las necesidades del país, pero sí creemos que, a través de los nuevos métodos de comunicación como son los sitios de Internet, se va a poder, de aquí en adelante, consultar de una manera más amplia.

Además, la cátedra FISAC Anáhuac que estamos llevando a cabo, nos ha permitido vislumbrar un poquito más allá; en la página se podrán montar algunos blogs para padres de familia y para alumnos y saber así, que piensan ellos del alcohol.

FISAC tiene facilidades y, por supuesto, si ustedes quieren alguna investigación, pueden dirigirse a la Lic. Maricruz Torres, que es la encargada del Centro de Información, está a sus órdenes para cualquier duda.

Pedro Gartechea (Restaurantero): *Primero, quiero reconocer que los Seminarios que ha venido haciendo la Fundación, he participado en varios en ellos y propuesto algunas sugerencias, incluso había propuesto hace seis ó siete Seminarios que debíamos de aprovechar a las escuelas, universidades, preparatorias, secundarias, etc. Y contar con los directores, tener acceso a los e-mails de los alumnos y ahí difundir todo esto.*

Toda la cuestión de estadísticas y de investigación, así como la prevención de adicciones, todo lo que se ha hecho y se sigue haciendo que no quede en el aire. Es necesario que todo este esfuerzo produzca frutos y ojalá la fundación coordine esos trabajos.

Qué lástima que el Consejo Nacional Contra las Adicciones no haya podido sustentar esta cuestión de la Ley y ojalá que, con todas las estadísticas y las investigaciones que están haciendo, puedan fundamentar y tener más soportes y llevarlos al Congreso y aplicarlos.

Lic. Ignacio Ybarra (Director General de FISAC): *Sé que hay muchas inquietudes y quisiera darles a todos la palabra, pero yo quiero ser respetuoso con mis ponentes y con ustedes.*

Me uno, nada más, a la felicitación y el reconocimiento de mi amigo el Dr. Luís Vargas, con respecto a que contamos con la Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad, en el Consejo, nos da mucho gusto este vínculo académico y operativo que estamos tendiendo con ustedes y me congratulo también de que, al igual que la Dra. Alicia López Montes de Oca, con la Dirección General de Servicios Médicos, dentro de este macroproyecto en el área de diagnóstico, quisiera también comentarle a la muy atinada propuesta del restaurantero, que tenemos todos los correos de nuestros jóvenes estudiantes universitarios y con una periodicidad de dos a tres veces por mes, estamos enviándoles cápsulas muy pequeñas y adecuadas a su ideología, de una forma muy coloquial, inclusive las compartimos con ellos para que nos digan si están bien elaboradas o no y estamos mandándoles, muy en su manera de pensar.

Muchas gracias y muchas felicidades. Les agradecemos su presencia y hasta la próxima.

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 prever?*
- 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.** *La depresión y el consumo excesivo de alcohol.*
- 19.** *Modelos de tratamiento para el alcoholismo.*
- 20.** *El abuso de alcohol y el alcoholismo en el ámbito laboral.*
- 21.** *Medidas preventivas para evitar accidentes. El alcoholímetro.*

22. *La comunicación social en la prevención del consumo excesivo de alcohol, accidentes y violencia.*

23. *El consumo excesivo de alcohol durante el embarazo: el Síndrome Alcohólico Fetal (SAF)*

24. *Bebidas alcohólicas y riesgos sanitarios.*

25. *Alcohol y otras sustancias.*

26. *Alcohol, Accidentes y Salud Pública: Retos y Propuestas.*

27. *Enfoques sobre el consumo de bebidas alcohólicas en la Universidad Nacional Autónoma de México*

28. *Alcohol y Violencia.*

29. *Situación de la Investigación sobre el uso y abuso de alcohol en México.*

Visite nuestra página web
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: 5545-6388, 5545-7027, 5545-7216 ext.227

Correo electrónico: aarguelles@fisac.org.mx

consulte nuestra página web:

www.alcoholinformate.org.mx



Fundación de Investigaciones Sociales, A. C.

*Av. Ejército Nacional No.579-6to. piso, Col. Granada
México, D.F. 11520*

Tel. 5545-6388, 5545-7027 y 5545-7216