

Etiopatogenia y psicopatología del consumo etílico infantojuvenil*

ASouza y Machorro M,¹ Quintanilla BJ,² Díaz Barriga SL,³ Guisa Cruz VM⁴

RESUMEN

Es un hecho indiscutible, a lo largo de la historia humana, que la prevalencia del consumo de bebidas se vincula, erróneamente, con efectos de celebraciones religiosas y medicinales, incluso "por placer" llamado "recreativo". El uso, abuso y adicción a psicotrópicos y otras sustancias adictivas en México han sido y es un severo y creciente problema de salud pública. Tan sólo los problemas asociados con el consumo del alcohol afectan entre cinco y 10% de la población mundial, y en México existen 32'315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol. Entre la población adulta urbana existen 13'581,107 hombres y 10'314,325 mujeres que reportaron haber consumido alcohol, así como 543,197 varones y 185,422 mujeres más en la población rural, pero el incremento en el consumo alcohólico de los adolescentes fue de 27% en 1998 a 35% en el 2002 para los varones, y de 18% a 25% para el mismo grupo etáreo femenil, de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Desde la óptica de la investigación aplicada, para la mayoría de las personas sabe que quien tiene una forma inmoderada de beber se convierte en "bebedor problema", que causa distintas consecuencias derivadas del incumplimiento de la moderación, de ahí que el psicotrópico aumente su dosis de consumo regular, curse intoxicaciones frecuentes y, posteriormente, sufra cuadros de abstinencia, hasta llegar a la dependencia o adicción al etanol, carrera por demás conocida en los recintos clínicos asistenciales. Pero es más importante enfatizar las consecuencias que el consumo de alcohol y, con cierta frecuencia, su consumo simultáneo con otras drogas se asocian con la aparición de incidentes reconocidos socialmente, como son los problemas con la policía, peleas, manejar en estado de ebriedad, accidentes, homicidio doloso e imprudencial, distintas formas de suicidio, y el multicitado e irresuelto problema del embarazo juvenil, resultado de la imprevisión de conductas ligadas en la población con el consumo de sustancias que, incluso durante su desarrollo, continúan produciendo alteraciones, comportamientos no reconocidos clínicamente en su oportunidad, o bien sin antecedente de atención profesional.

Palabras clave: adicciones, alcoholismo, drogadicción, embarazo no planeado, México.

Rev Mex Neuroci 2005; 6(3): 257-270

Etiopathogeny and psychopathology of infantile-young ethylic consumption

ABSTRACT

It is an indisputable fact, along the human history, that the prevalence of the consumption of beverages is linked, erroneously, to the seeking for medicinal effects and religious celebrations, even "by pleasure" called "recreational". The use, abuse and addiction to psychotropic and other addictive substances in Mexico have been and, actually, is a severe and growing problem of public health. Considering only the associated problems with the consumption of alcohol they affect between five and 10% of the world population, and in Mexico we have 32'315,760 people between 12 and 65 years old that are alcohol consumers. Among the urban adult population we have 13'581,107 men and 10'314,325 women that reportedly have consumed alcohol, as well as 543,197 males and 185,422 women more in the rural population, but the increase in alcoholic consumption among male adolescents was of 27% in 1998 to 35% in 2002 for males, and from 18% to 25% for female, according to the criteria of the Statistic and Diagnostic Manual of Mental Disorders. Since the point of view of the applied investigation, the majority of people knows that who has an immoderate form to drinking becomes "a hard-drinking problem", that causes different consequences derived from no moderation, for that reason the psychotropic addict increases his regular consumption, undergoes frequent intoxications and, subsequently, suffer abstinence frames, until getting to the dependence or addiction to ethanol, a very career were known in clinics. But it is more important to emphasize the consequences that the consumption of alcohol and, with certain frequency, its simultaneous consumption with other drugs is associated with the presentation of different problems with police, fights, to drive in state of drunkenness, accidents, unintentional and imprudent homicide, different forms of suicide, and the multicitated and unresolved problem of the young pregnancies, related to the consumption of substances that, even during their development, producing alterations of behavior not recognized clinically in their opportunity, and not treated.

Key words: Addictions, alcoholism, drug addiction, pregnancy not planned, Mexico.

Rev Mex Neuroci 2005; 6(3): 257-270

* Simposio Psicopatología y Tratamiento de las Adicciones. Jornadas Académicas y de Investigación XXXVIII Aniversario del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro". México D. F. Octubre 25-29, 2004.

1. Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil A. C.
2. Psiquiatra, psicoanalista y terapeuta familiar, Director de Tratamiento y Rehabilitación.
3. Psiquiatra. Director General Adjunto Normativo. Centros de Integración Juvenil A. C.
4. Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Director General.

Correspondencia:

E-mail: souzaym@prodigy.net.mx, dirrat@cij.gob.mx, linodi48@yahoo.com.mx, direccion.general@cij.gob.mx

INTRODUCCIÓN

En materia de consumo de sustancias, un hecho indiscutible a lo largo de la historia humana es la prevalencia del consumo de bebidas, tanto para efectos de celebración como religiosos y medicinales, incluso "por placer", mal llamado "recreativo".¹ El uso, abuso y adicción a psicotrópicos y otras sustancias adictivas en México, ha sido y es desde hace varias décadas un severo y creciente problema de salud pública,² documentado por la opinión científica vertida en innumerables revistas y textos.³ Véase cómo tan sólo los problemas asociados con el consumo del alcohol, afectan entre cinco y 10% de la población mundial.^{1,2,3}

En México, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), realizada en el 2002 –última medición nacional de este tipo–,⁴ señala un incremento en el consumo alcohólico de los adolescentes, de 27% en 1998 a 35% en el 2002 para los varones, y de 18% a 25% para el mismo grupo etario femenil. Entre los varones se incrementó también el número de personas que bebe mensualmente cinco copas o más, de 6.3% a 7.8%, pero el incremento más notable fue el número de menores de edad que mostraron, en el último año, al menos tres de los síntomas de dependencia, cuatro de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su edición revisada (DSM-IV-TR), cinco con 2% de los adolescentes.

Por su parte, la ingestión moderada de alcohol es definida como el consumo de dos copas al día, en personas menores de 65 años, hasta de una, para los hombres mayores de 65 y todas las mujeres de los grupos rurales y urbanos. Es una medida referentemente práctica para el reconocimiento del problema, desde la óptica de la investigación aplicada, para la mayoría de las personas; sin embargo, se sabe que quien tiene una forma inmoderada de beber se convierte en "bebedor problema", de modo más fácil que quien no bebe o no lo hace así. Esto es un tipo de consumo abusivo, que causa distintas consecuencias derivadas del incumplimiento de la moderación,⁴ de ahí que al desarrollar la tolerancia hepática fisiológica al consumo del psicotrópico, aumente su dosis de consumo regular, curse intoxicaciones frecuentes y, posteriormente, sufra cuadros de abstinencia, hasta llegar a la dependencia (alcoholismo, propiamente tal) o adicción al etanol,⁵ carrera por demás conocida en los recintos clínicos asistenciales.

Distintos estudios especializados señalan que el consumo de alcohol y otras drogas, que ocurre a edades tempranas, sirve como un futuro indicador eficaz del abuso/adicción de alcohol y/o drogas.^{6,7}

Se ha documentado que las personas que beben

de forma regular antes de los 15 años, son cuatro veces más proclives a desarrollar adicción al etanol, que aquellos que inician su consumo a los 21 años o después.⁸ Los pacientes estudiados, hijos de padres abusadores/adictos al alcohol, muestran alta tendencia de riesgo para convertirse posteriormente en bebedores problemáticos; es decir, personas que abusarán de las bebidas alcohólicas, y que por ello cursarán simultáneamente peligrosos riesgos contra la salud.⁸

Información proveniente de encuestas sobre el consumo etílico realizadas en E.U., prueban de manera consistente que el alcohol etílico es la droga legal más consumida por niños y adolescentes.^{8,9} Se sabe que casi 90% de los jóvenes de 10º grado y 75% de los niños de 8º grado de ese país, afirman "que el alcohol está a su mano porque es muy fácil de conseguir". El promedio de edad de inicio de bebidas con alcohol en esos niños es de 13.1 años, aunque se encuentran muchos casos de inicio antes de los nueve años.⁹

De acuerdo con distintos informes oficiales estadounidenses, se ha duplicado en los últimos cinco años el número de jóvenes que afirman haberse intoxicado, por lo menos una vez. Asimismo, se estima que más de 33% de los egresados del nivel equivalente a preparatoria, no ven riesgo alguno en consumir entre cuatro y cinco tragos al día, y que uno de cada seis de ellos ha tenido episodios transitorios de memoria o amnesia en los 30 días previos al estudio, lo que es calificado por los investigadores como episodio pesado de bebida.

Aproximadamente, cuatro de cada 10 jóvenes se autocalifica como bebedor de más de cinco (hombres) y cuatro tragos (mujeres) por ocasión de consumo.^{10,11} En consecuencia, se calcula que aproximadamente 9.5 millones de estadounidenses entre los 12 y 20 años, reportan haber bebido por lo menos un trago en el último mes. De ellos, 50% informa haber tenido un episodio de consumo de hasta cinco tragos y 20% refirió haber consumido más de cinco tragos por ocasión (en cinco diferentes días).^{10,11}

De los adolescentes que reportaron consumir hasta cinco tragos por ocasión, 39% dijo beber a solas, 58% cuando están molestos, 30% cuando están aburridos, y 37% para sentirse "elevados".^{10,11} De ello se desprende una clara relación entre la cantidad de consumo de alcohol y el aprovechamiento escolar, lo cual, en determinados estudiantes –considerados como los más inmaduros–, se espera que tienda a empeorar el consumo etílico –cuando se trate de consumo único–, y por tanto, sus consecuencias. De entre ellas, las principales que se han encontrado por la aplicación de evaluaciones clínicas son:

1. La multifacética afectación de relaciones familiares, con los compañeros y maestros.
2. Distintos tipos de problemas de aprovechamiento escolar, y en especial con el manejo de la autoridad, que traduce conflictos vinculares y relacionales que impiden el aprovechamiento y asistencia a los recintos escolares.
3. Una amplia gama de conductas consideradas de alto riesgo contra la salud, tales como el nadar, bucear, conducir automóviles a alta velocidad, etc., bajo los efectos de la(s) sustancia(s) ingerida(s) o aplicada(s).^{12,13, 14}

En México, de acuerdo con la ENA,⁴ existen 32'315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol, y cerca de 13 millones más (12'938,679) que lo consumieron en el pasado, aun cuando no bebieron en los 12 meses anteriores a la encuesta. De estos datos se estima que el volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 2.79 litros de consumo *per cápita* en la población de 12 a 65 años.

Entre la población adulta urbana existen 13'581,107 hombres y 10'314,325 mujeres que reportaron haber consumido alcohol en los 12 meses previos al estudio, así como 543,197 varones y 185,422 mujeres más en la población rural.

Los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado alto, cuyo consumo mensual es de cinco copas o más por ocasión, y el consuetudinario, cuyo consumo es de cinco copas o más al menos una vez por semana. En el caso de las mujeres es más frecuente el consumo mensual, con menos de cinco copas por ocasión; un segundo patrón de consumo en esta población es el moderado alto, preferentemente en mujeres adultas urbanas.

La población rural guarda la misma preferencia por estos patrones de consumo. Con respecto a los adolescentes entre 12 y 17 años, más de tres millones (3'522,427) consumieron al menos una copa completa de bebida con alcohol en el año previo al estudio. En la población urbana la cifra alcanza a 1'726,518 de varones y 1'252,712 de mujeres, mientras que en la población rural se aprecia un índice menor de consumo tanto en hombre como en mujeres, (357,775 y 185,422, respectivamente).

Estos datos revelan que el consumo se produce a razón de 1.4 varones por cada mujer en la población urbana, y a razón de una mujer por cada 1.8 hombres en el escenario rural, con una cantidad modal de consumo por ocasión de una a dos copas en mujeres urbanas y en hombres rurales. En segundo lugar aparece el consumo de tres a cuatro copas para todos los sujetos, y sólo en los varones

urbanos se presenta con la misma frecuencia el consumo de cinco a siete copas.

Las consecuencias del abuso en el consumo de alcohol reportadas con mayor frecuencia en los adolescentes encuestados, son los problemas con la policía, suscitados mientras consumía bebidas alcohólicas, sin considerar problemas derivados de conducir automóviles, los cuales suelen ser más frecuentes entre los varones. Este problema se reporta poco frecuente en las mujeres urbanas y no se presenta entre las adolescentes rurales. Una segunda consecuencia es haber iniciado peleas mientras la persona estaba tomando, lo que se reporta en un mayor número de casos de varones tanto urbanos como rurales y en muy baja proporción en adolescentes urbanas. Adicionalmente, en 28 538 adolescentes urbanos, se reporta haber sido arrestado mientras conducía después de haberse tomado "unas copas". Un dato de suma importancia es el total de adolescentes que cumplen con el criterio de dependencia del DSM-IV; la cifra asciende a 281,907, con un mayor índice de casos en hombres rurales.⁴

En población escolarizada de adolescentes, 65.8% ha usado alcohol alguna vez en su vida y 35.2% lo ha consumido en el último mes,¹⁵ lo cual abarca tanto a población masculina como femenina. En el análisis por nivel educativo se observa que 24.4% de los jóvenes de secundaria consumieron alcohol en el último mes, porcentaje que se duplica en escuelas de educación media superior, distribuyéndose entre las escuelas técnicas con 48.3% y 51.7% en los bachilleratos. Con respecto a la edad, el porcentaje de consumidores es de 14 años o menos, y de éstos, menos de la mitad son de 18 años o mayores, y más de la mitad de los adolescentes de 17 años ha bebido alcohol en el último mes, aun cuando son menores de edad.

El mayor consumo de alcohol se aprecia en los adolescentes donde el jefe de familia tiene una escolaridad de secundaria o mayor, siendo menor en los adolescentes cuyo jefe de familia tiene una escolaridad de primaria o menor. Los resultados globales indican que 23.8% de los estudiantes de la Ciudad de México consumen cinco copas o más por ocasión, al menos una vez al mes, porcentaje que es similar al reportado en encuestas pasadas.¹⁵

Por otra parte, el país cuenta con la información del SISVEA, que permite identificar grupos de riesgo, drogas nuevas, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados con el uso y abuso de las diferentes drogas.¹⁶ Centros de Integración Juvenil, A.C., informó que en el año 2000, de los 18,070 pacientes atendidos, 5,835 solicitaron tratamiento por consumo de alcohol como droga de inicio. De ellos, el 86.2% fueron hombres, de los cuales 58.6% tenían entre cinco y 19 años. Casi la

mitad del total de varones iniciaron el consumo entre los 15 y 19 años, reportando un consumo semanal. Pese a que el alcohol fue la droga más comúnmente reportada como de inicio, ocupa el tercer lugar en impacto, ya que 92% de los casos, aproximadamente, progresaron a una segunda droga, que fue generalmente el tabaco (47.7%), seguido de marihuana (21.8%) y cocaína (17.9%). Cabe señalar que los centros de tratamiento no gubernamentales reportan la atención de 8,508 casos con características similares a las señaladas por CIJ's.¹⁷ En los Servicios Médicos Forenses, el abuso de alcohol se asoció en 81.3% con las muertes relacionadas con las drogas, ocurridas preferentemente en hombres de 40 años o más. Las causas principales fueron asfixia y accidentes de tránsito, ocurriendo las defunciones en la calle o en la casa.¹⁸

DESCRIPCIÓN

Es importante enfatizar que el consumo de alcohol –y con cierta frecuencia su consumo simultáneo con otras drogas–, se asocia con la aparición de incidentes reconocidos socialmente, o por el personal técnico, como causas de muerte en esta población (accidentes, homicidio doloso e imprudencial y distintas formas de suicidio, provenientes de comportamientos no reconocidos clínicamente en su oportunidad, o bien sin antecedente de atención profesional),⁹ de tal manera que de esta particular y prevenible circunstancia, devienen anualmente miles de personas incapacitadas en forma permanente por causa de accidentes, bien sea en su condición de pasajeros o incluso como conductores de vehículos automotores, algunos de los cuales cuando logran sobrevivir a los siniestros, lo hacen casi siempre a partir de condiciones restrictivas severas.¹³

En tal contexto, se destaca otro importante asunto que motiva esta comunicación: el multicitado e irresuelto problema del embarazo juvenil, resultado de la imprevisión de conductas ligadas en esta población al consumo de sustancias, que incluso durante su desarrollo continúan produciendo alteraciones. Se ha documentado que el consumo etílico durante el embarazo tiende a provocar defectos tanto físicos como mentales de nacimiento, y si bien la mayoría de las mujeres están conscientes de que el consumo de alcohol en grandes cantidades durante el embarazo puede provocar defectos congénitos, muchas no saben que el consumo de alcohol en cantidades moderadas, incluso bajas, también pueden dañar el desarrollo del feto.

Dado que a menudo las mujeres no se dan cuenta de que están embarazadas durante los primeros meses, quienes puedan estar embarazadas o aquellas que estén intentando conseguirlo, han de abstenerse de consumir bebidas alcohólicas¹⁵ y todo

tipo de sustancias sin prescripción o supervisión médica. Según estudios recientes, las mujeres que continúan consumiendo alcohol –incluso en cantidades pequeñas–, mientras buscan embarazarse, pueden ver reducidas sus posibilidades.

En una encuesta nacional estadounidense se mostró que entre 1995 y 1999 hubo una reducción en el consumo de alcohol en las mujeres encintas.⁹ En 1999, 12.8% de ellas dijeron haber consumido por lo menos una bebida durante el embarazo, en comparación con el 16.3% en 1995. Sin embargo, las tasas de consumo etílico en grandes cantidades (más de cinco bebidas por ocasión) y el consumo frecuente de alcohol (más de siete bebidas por semana) no disminuyeron, ya que 2.7% de las mujeres embarazadas dijeron que habían consumido alcohol en grandes cantidades, y 3.3% informaron un consumo etílico habitual.

Las mujeres que consumen alcohol en grandes cantidades o de manera habitual, ven aumentado enormemente el riesgo de que sus hijos sufran daños relacionados con el alcohol. Cuando una mujer embarazada bebe alcohol, éste atraviesa la barrera placentaria y afecta al producto, ya que como su cuerpecito es aún inmaduro, el alcohol tarda mucho más tiempo en metabolizarse que en el cuerpo de un adulto. Como resultado de ello, el nivel de alcohol en la sangre del producto puede ser, incluso, más elevado y permanecer alto durante un periodo más prolongado que el nivel de alcohol en la sangre de la madre. Ello hace que el producto sufra daños permanentes.^{14,15}

El Síndrome de Alcoholismo Fetal (SAF), caracterizado por una combinación de defectos congénitos físicos y mentales, se presenta aproximadamente en 6% de los productos nacidos de mujeres adictas o que abusan del alcohol de forma crónica. Estas mujeres beben en exceso durante el embarazo, o experimentan episodios reiterados en los que bebe demasiado en una misma ocasión. Se trata de una de las causas más conocidas de retraso mental y es la única causa que se puede prevenir por completo.

Los niños que sufren SAF clásico son anormalmente pequeños al nacimiento y, por lo general, nunca llegan a alcanzar un tamaño normal a medida que crecen. Presentan ojos pequeños, nariz corta o respingada y mejillas pequeñas y achatadas. Sus órganos, en especial el corazón, pueden no estar debidamente formados. Muchos niños con SAF suelen tener un cerebro pequeño y con malformaciones, y la mayoría tiene algún grado de discapacidad mental. Muchos de estos productos muestran alteraciones de coordinación motora y de atención-concentración, experimentando además, problemas de conducta. Los efectos del SAF duran toda la vida,

pero aún si no sufren de retraso mental, los adolescentes y adultos con secuelas del SAF tienen en diverso grado problemas psicológicos y de conducta, y a menudo tienen dificultades para conservar su empleo y vivir en forma independiente.^{14,15}

En la actualidad, se estudian con detalle los efectos sutiles del consumo moderado y leve de alcohol durante el embarazo. Un estudio realizado entre niños de seis y siete años, cuyas madres habían bebido un solo trago (30mL) de bebidas con alcohol por semana durante el embarazo, eran más propensos a tener problemas de conducta, como comportamiento agresivo e indisciplinado, que los hijos de mujeres que no habían consumido alcohol. Los investigadores señalan que los niños cuyas madres consumieron alcohol en cualquier cantidad durante el embarazo, eran más de tres veces más propensos a presentar comportamiento indisciplinado que los niños que no habían sido expuestos al alcohol.¹⁹

Otros estudios de seguimiento a largo plazo (14 años), en un grupo de niños de familias de clase media, cuyas madres bebieron "socialmente" un promedio de dos tragos (60mL de alcohol) por día, muestran datos interesantes.

Las pruebas de inteligencia de estos niños de siete años, obtuvieron siete puntos menos que el promedio correspondiente a todos los niños que participaban en el estudio. A los 14 años, los niños que habían sido expuestos al alcohol continuaban siendo más propensos a tener problemas de aprendizaje, en especial en el área de matemáticas y la memoria, además de problemas de conducta, incluyendo dificultad para mantener la concentración.^{19,20} Otros estudios también han detectado problemas de conducta entre la población infantil expuesta al alcohol, incluyendo hiperactividad, impulsividad, malas aptitudes sociales y de comunicación, y consumo de psicótropicos (alcohol y drogas),²¹ y como no se ha comprobado que sea posible consumir alcohol durante el embarazo sin sufrir riesgos,^{19,20,21} se recomienda que toda mujer preñada se abstenga de beber cualquier tipo de alcohol (cerveza, vino, refrescos con alcohol, en especial las de alto contenido etílico o bebidas puras), durante todo el embarazo y mientras amamante a sus hijos.

Desde la óptica preventiva, en el terreno sociolegal se destaca que la elevación del límite para la mayoría de edad, en algunos países, tiene varios impactos que repercuten, por una parte, en el descenso de las cifras de consecuencias derivadas del consumo de psicótropicos, y por otra, muestra la necesidad de educar a las poblaciones en desarrollo de ambos sexos, respecto de la asunción de la responsabilidad individual, familiar y social, en asuntos relacionados con el siempre nocivo consumo de psicótropicos.^{2,13,14}

El abuso/adicción de alcohol también se asocia con conductas de alto riesgo para la salud, como el comportamiento sexual sin protección y/o de forma indiscriminada, lo cual se ha identificado como un efectivo disparador de problemas infecciosos, como el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles (VIH/SIDA y otras derivadas de uso inadecuado o no uso de condón) y del embarazo no deseado,^{2,12-14,19-21} entre otros.

El grupo poblacional comprendido entre 14 y 15 años, consumidor de etanol, muestra un riesgo de consumo-comportamiento que llama la atención a los profesionales de la salud, la educación y los familiares, pues es de cuatro a siete veces más proclive a iniciarse sexualmente que sus controles.^{8,19} Se estima que, en promedio, tienden a tener por lo menos cuatro parejas sexuales,^{14,19,20} y se ha documentado asimismo, que el uso de alcohol se asocia con un alto riesgo de abuso psicofísico en ellos, comparado con sus controles, y que está implicado de 35 a 66% de los casos de violación y abuso sexual que involucra a jóvenes escolares.²²⁻²⁵

Por su parte, las adolescentes que consumen alcohol tiene mayores posibilidades de quedar embarazadas que sus controles que no consumen sustancias y, una vez embarazadas, cuando consumen alcohol tienden a incrementar el riesgo y las complicaciones ginecoobstétricas, de la misma forma que la posibilidad de producir un producto de la gestación con alteraciones neonatales como SAF.^{25,26} Muchas de estas jóvenes pueden no estar atentas a la posibilidad de estar encintas o bien lo niegan, retrasando así el cuidado prenatal y continuando su patrón problemático de consumo. En ese sentido, un estudio indica que 17% de las jóvenes embarazadas dan positiva la prueba de alcohol en sangre y no obstante, una vez informadas de los riesgos comprobados del uso de psicótropicos, tienden a continuar su consumo –aun cuando éste sea en decremento–, a lo largo de la preñez.²⁶

El uso de etanol durante el embarazo continúa siendo un muy significativo problema de salud pública. Aproximadamente, 60% de las mujeres en E.U. informan consumir alcohol por lo menos de forma esporádica. De ellas, en forma ocasional, de 14.0% a 22.5% continúan refiriendo el consumo etílico durante la gestación. El consumo pesado de alcohol a lo largo de la preñez, ocasiona SAF en una muy alta probabilidad y es el origen de una de las causas, a menudo no contempladas, de retardo mental.^{27,28}

El consumo de bebidas alcohólicas en el periodo gestante ocasiona distintos defectos neonatales relacionados con el consumo, como los defectos neuroanatómicos del desarrollo y una muy amplia variedad de efectos conductuales, evidenciados en

el comportamiento educativo y corroborado a través de pruebas psicológicas y psicométricas. Se estima que alrededor de 10% de todos los nacimientos vivos con problemas neonatales, son ocasionados por consumo etílico, cuya condición implica un elevado costo social. Para prevenir los casos de neurotoxicidad derivados de este tipo de consumo, se hace imprescindible recomendar a la población –insistir en ello nunca será excesivo–, la evasión total y continua de esta sustancia en cualquiera de sus formas.^{27,28,29}

En relación con las actitudes, grados de percepción e influencia socioambiental, que es parte de la etiopatogenia del etilismo, es menester destacar, para fines educativos-preventivos, que el consumo de este psicotrópico en la mayor parte de las personas inicia a menudo antes que cualquier otra sustancia socialmente disponible. Por añadidura, debe señalarse que la mayoría de los jóvenes bebe productos fermentados (cerveza y/o vino), antes de iniciar el consumo de los destilados (ron, brandy, vodka, etc.), y que por lo general ignoran –como otros muchos adultos–, que una cerveza, cuyo contenido promedio es de 360mL de fermentados, equivale a 45mL de destilados.^{2,29,30}

Pero por otra parte es preciso señalar, dada la gravedad del caso, que la población infantojuvenil que bebe, a menudo se inicia en este tipo de consumo, utilizando el alcohol en forma combinada con otros psicotrópicos para “potenciar” o “neutralizar” –según sea el caso–, sus efectos o los de las otras sustancias (cocaína).^{2,7,8} De este modo, se destaca que si el abuso/adicción al etanol es infravalorado en adultos, lo es más entre la población de menores,^{30,31} de ahí que resulte imprescindible remarcar un hecho lamentable relativo al hablar de alcoholismo en la comunidad: no es, aún, aceptado como sinónimo de adicción al alcohol.

El término alcoholismo, usado indiscriminadamente a los largo de los años, limita su adecuada comprensión y utilización.^{2,3} De hecho, conceptualmente se reconoció apenas a partir de su “traducción” en 1976 por los reportes de la OMS y los trabajos de investigación, publicados por G. Edwards del Hospital Maudsley de Londres.² Se trata de una enfermedad primaria crónica, cuyos factores genéticos, psicosociales y ambientales influyen su inicio, desarrollo y manifestación, y de continuar, su historia natural cursa en forma progresiva, por lo que puede ser fatal. Este síndrome se caracteriza por:

1. El daño en el control sobre la bebida (alteración en el control de los impulsos (llamado *craving* o deseo-necesidad imperiosa de consumo, D-NIC y

conducta de búsqueda de la sustancia, hasta su ingestión).^{2,31}

2. Excesiva preocupación por la bebida, el acto de beber y el uso del alcohol, a pesar de padecer la consecuencia adversa.
3. Distorsión del pensamiento.
4. Una notoria y, a menudo, pertinaz negación.

Entre los clínicos es conveniente conocer –especialmente para su eficaz diseminación social–, que esta patología –que no vicio–, debe sospecharse en presencia de:

1. Aquellos cuadros de intoxicación (sin importar la edad) que muestren síntomas de abstinencia.
2. En los pacientes que toleren grandes cantidades de la sustancia.
3. En quienes intentan, sin éxito, dejar de beber.
4. En los que presenten cuadros de amnesia, derivados del consumo de bebidas.
5. En todos aquellos quienes continúan bebiendo a pesar de enfrentar efectos adversos sociales, educacionales, ocupacionales, físicos o psicológicos y otras alteraciones.^{2,31}

En los adolescentes, el consumo esporádico y el abuso tienden a incrementarse, y con cierta frecuencia se logra establecer un consumo regular.³¹ Tras el consumo etílico habitual por un periodo de un mes, es poco probable que no se desencadenen efectos adversos y complicaciones.^{26,27,32,33}

Los factores descritos que contribuyen al consumo de alcohol en población infantojuvenil son relativos a distintas causas de ocurrencia simultánea, entre las que destacan:

1. Las genético-familiares.
2. Las relativas al grupo de pares.
3. La participación de los medios de información masiva.
4. Las actitudes sociales observables en la comunidad.³⁴

En tal sentido, considérese como ejemplo que los hijos de alcohólicos varones muestran un riesgo de 25% de convertirse en alcohólicos cuando beben, en tanto las hijas de alcohólicos tienen riesgo elevado de serlo y están en mayor riesgo aún si se casan con varón alcohólico, continuando así el círculo familiar de problemas etílicos, lo cual, lamentablemente, alcanza cierta frecuencia.

En adición, el alcoholismo adulto contribuye a 50% de los casos de violencia marital, y de 35 a 70% de los de abuso infantil.^{35,36} De ahí que los hijos de abusadores etílicos tengan:

1. Mayor riesgo de conductas delictivas.
2. Trastornos del aprendizaje.
3. Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, TDA/H.
4. Trastornos somatomorfos.
5. Problemas interpersonales varios.
6. Trastorno por consumo de sustancias (abuso/adicción etílica, cuando adultos).³⁷

La actitud familiar y su conducta en torno al consumo de bebidas, como era de esperarse, juega un papel decisivo en la formación del punto de vista infantojuvenil, respecto de las bebidas y el beber, elaborando un criterio laxo que incorporan a su vida vía introyección.

De lo anterior, la historia familiar de conducta antisocial y el esquema familiar transmitido, relativo a un pobre desarrollo de habilidades, favorece la formación de hijos con problemas de abuso/adicción etílica u otros psicótropicos.

El hogar es la primera fuente de alcohol de los jóvenes, no obstante la supervisión y patrones conductuales difieren en los distintos ambientes y grupos sociales, de lo cual derivan sus distintas consecuencias. Véase cómo los hijos de algunas familias, aunque inician precozmente algún tipo de consumo, no favorecen la bebida ni toleran la intoxicación, considerándolo una suerte de necesidad de la socialización humana pero sin rebasar los límites precisos que impiden el desarrollo de problemas.^{37,38,39}

Otras familias impulsan el consumo, especialmente entre hombres de cualquier edad, reforzando la imagen del alcohol como "indicador" de madurez e hipermasculinidad,² por lo cual los gemelos, por ejemplo, pueden reforzarse entre sí la idea de que el(la) gemelo(a) debe beber a la par, y así los inician en el consumo.^{38,39}

En el desarrollo infantojuvenil de nuestra sociedad, se aprecia como "normal" el inicio de la bebida; muchos beben por alegrarse, buscando la aceptación de sus pares, "olvidar" problemas, enfrentar el estrés, iniciar una experiencia o suavizar dificultades existenciales, cual si fuera uso "medicinal". Otros, por fortuna, no comenzaron a beber precozmente y continuaron su uso después de las primeras experiencias con problemas de bebida.

En tal sentido, las investigaciones de los últimos años señalan que la causa de una intoxicación más fácil en los jóvenes, comparada con los adultos, se debe a la escasa cantidad que arroja la proporción en la relación corporal peso-talla-grasa, de modo que la mayor parte de quienes forman este grupo etáreo son menos aptos para reconocer, compensar y detener los efectos neuropsiquiátricos del consumo continuado de etanol, debido a la inma-

durez biológica, cognitiva y psicosocial. Quienes tienen conducta antisocial precoz, baja autoestima, allas escolares, TDA/H, trastornos de conducta, trastornos del aprendizaje, amigos que abusan de las drogas o viven bajo la influencia alienante del grupo de pares o familiares muestran un mayor riesgo de consumo de psicótropicos.³⁹⁻⁴¹ De la misma forma, los jóvenes deprimidos, los que padecen alguna minusvalía física y los que han sido abusados tanto física como psicológicamente, a menudo tienden a consumir alcohol para enfrentar con "mayor facilidad" sus problemas psicológicos, y muestran una más alta incidencia de adicción al alcohol y/o drogas.⁴⁰⁻⁴²

De hecho, la variedad de problemas que produce el abuso, especialmente la dependencia al alcohol, que suele ser activa por muchos años, es extensa y, desplorablemente, su proporción social continúa en aumento, de modo que los bebedores en riesgo para cuidar más de su salud, deberían tornarse más proclives a sospechar pronto su trastorno, o bien, acudir oportunamente a las unidades de salud para ser pertinenteamente diagnosticados y tratados.^{3,42} V. gr., los varones que beben más de cuatro tragos por ocasión o más de 14 en total por semana, y las mujeres que beben más de tres copas por ocasión o más de siete de ellos en una semana, forman parte de la categoría de la enfermedad adictiva.²

Por fortuna, para este propósito de tamizaje, la identificación de tales bebedores se puede hacer de forma masiva o grupal, con el uso pruebas de autoaplicable y *ad hoc* (AUDIT, CAGE u otros),² de lo cual es importante señalar que no equivale a decir que pueda anularse la revisión clínica, dado que ésta es imprescindible a nivel individual debido, entre otras cosas, a la precisión necesaria para requisitar los criterios diagnósticos definitivos, donde se apoya la estrategia terapéutica.^{2,3,43}

Vale la pena recordar que en psiquiatría, como otras muchas especialidades, al autodiagnóstico de cualquier entidad nosológica no se le reconoce validez,⁴⁴ en consecuencia debe ser el profesional quien maneje el caso. Los lineamientos actuales al efecto, recomiendan investigar los problemas de alcoholismo en todas las personas bajo condiciones clínicas como parte del examen regular,³ y especialmente aquellas bajo las condiciones referidas, pues los datos son muy fáciles de falsear, especialmente cuando la persona, por distintas razones de índole consciente o inconsciente, niega su consumo y trata de enmascarar sus consecuencias.^{41,42,44}

Por su parte, contribuyen también a la sociogénesis del consumo etílico, el abuso y la adicción, la publicidad social otorgada a este psicótropico, porque es amplia y constante a lo largo del tiempo, desde que se desarrollaron los medios publicitarios y

promocionales, conocidos hoy como "infomerciales". Los publicistas han ligado desde entonces el consumo de bebidas con ciertos "valores" y falsas necesidades, creadas artificiosamente para favorecer el estilo de vida en pro del consumo. Han asociado de modo maníaco, para efectos mercantiles, la elegancia, el atractivo personal o social, el éxito, la relajación, el romance y la aventura con el consumo. Asimismo, refuerzan el consumo de bebidas y, por ende, al de las drogas en general, ligando la publicidad con eventos deportivos, juegos interactivos y certámenes de belleza u otros.⁴⁵ Además, las actitudes sociales se refuerzan al promover la idea de que el consumo de alcohol es "adecuado" para terminar las actividades diarias, acompañar el triunfo o cualquier momento de relajación, lo cual obra en mensaje contradictorio contra la seguridad para conducir y realizar ciertas actividades que requieren de un mejor y más eficiente control, o bien simplemente, de permanecer lúcido en momentos que lo ameritan.

Como sea, lo importante es que nunca se repara ni implícita ni explícitamente en los riesgos del consumo, en particular cuando éste es excesivo, así como en riesgos sexuales o de comportamiento, ligados con el consumo y demás circunstancias del beber, ni se habla del muy deseable tipo de consumo moderado y responsable, dado que el afán científico no es eliminar de ninguna forma, esta legalizada sustancia de la sociedad.²

En fin, esta peligrosa situación se asemeja mucho con la exhibición de conductas sexuales en los medios (asunto de alta trascendencia para la población infantojuvenil), donde nunca se aluden los peligros implicados en una sexualidad sin cuidado ni control, ni se hace referencia a la fisiología femenina periódica, etc. Véase cómo las modelos exhibidas por los medios siempre están deseables y dispuestas a la actividad sexual, sin restricción higiénica, menstrual, gestacional, etc., incluso, la reiterada alusión alcohol-sexo es una referencia multialudida en las actitudes sociales de la sociedad occidental, de modo que puede concluirse que la enajenación social, la manipulación con fines mercantiles y demás intereses, predominan en la difusión de los mensajes en torno a las sustancias de abuso legales de nuestra sociedad. Es así como se piensa que los factores de riesgo socioculturales y biogénicos influyen a lo largo de toda infancia y adolescencia.⁴⁶

Por lo que concierne más específicamente a los hijos de alcohólicos, éstos muestran una tolerancia más alta a los efectos del etanol y pueden no notar los efectos devastadores que éste tiene sobre sus cuerpos y estilos de vida, hasta que beben cantidades más grandes. En ello, se piensa que la genética desempeña un papel primordial para el desarrollo de abuso/adicción de drogas, ya que los estudios reali-

zados en población gemelar, por ejemplo, muestran que los hijos de alcohólicos adoptados por no alcohólicos, tienen riesgo para el abuso de sustancias.⁴⁷⁻⁴⁹ Además, el uso de alcohol en padres que adoptan no aumenta el riesgo para el uso de alcohol en niños adoptados si éstos no provienen de alcohólicos, de modo que los factores de riesgo biológicos se relacionan con el papel de neurotransmisores (en particular con la 5-HT o serotonina), en la producción de trastorno por consumo de sustancias,⁵⁰ es decir, los síndromes de intoxicación y abstinencia derivados del abuso o dependencia a psicotrópicos y una amplia variedad de otros síndromes, relacionados con el consumo: intoxicación aguda (con delirium, distorsiones de la percepción, con coma, con convulsiones, intoxicación patológica (sólo por etanol), consumo perjudicial, síndrome de dependencia, síndrome de abstinencia (con o sin delirium), trastorno psicótico, síndrome amnésico (inducido por alcohol o psicotrópicos), trastorno psicótico residual y de comienzo tardío, trastorno de la personalidad o del comportamiento, trastorno afectivo residual, demencia, trastorno psicótico de comienzo tardío, y otros trastornos mentales o del comportamiento.⁴³ Se agrega a lo anterior la frecuente comorbilidad psiquiátrica (esquizofrenia,⁵¹ TDA/H, trastornos de la personalidad, trastornos afectivos, trastornos por ansiedad, trastornos del dormir, trastornos sexuales, trastornos de control de los impulsos, trastornos alimenticios, etc.) y su comorbilidad médica (neurológica, gastroenterológica, cardiovascular, etc.).^{52,53}

Los abusadores de inicio precoz, tienen nivel bajo de triptófano en la sangre, que refiere una baja producción serotonínica, la cual mantiene estrecha relación con síndromes afectivos (depresión e intentos suicidas, etc.)⁵⁴ y/o ansiosos y otras patologías. De hecho, se ha documentado que muchos de estos niños, en su adolescencia, cometieron delitos violentos y durante su proceso de confinamiento mostraron un curso más severo.⁵⁴

A lo anterior hay que añadir los factores de riesgo socioculturales, los cuales juegan un papel decisivo a lo largo de toda la vida e inciden en forma más temprana. Por ejemplo, las leyes y normas sociales favorables al uso y disponibilidad de las drogas, aumentan el riesgo de abuso/adicción. Este es claramente un argumento poderoso contra la legalización de las drogas mal llamadas «inocuas», en las que equívocamente se incluyen la marihuana y otras, como el alcohol, tabaco y café, por su calidad de drogas legales, y por tanto aceptadas por la sociedad como sustancias de propiedades "alimenticias", que equivocadamente no son vistas como potencialmente dañinas.² De ahí que ciertos factores socioculturales, como la privación económica extrema y mala organización comunitaria sean argumentos fuertes y decisivos para aumentar la guerra contra la pobre-

za y proporcionar zonas seguras y programas infantojuveniles para las zonas de alto riesgo.^{2,55}

Por otra parte, hay que considerar la etiopatogenia dada por los factores interpersonales que tienen una influencia documental más reconocida en pro del consumo de sustancias durante la infancia, como:

1. Los efectos del modelo paternal.
2. La creencia de un parente en lo inocuo de las drogas.
3. La deficiente escucha y atención paternal.
4. El abuso psicofísico en familias con y sin consumo de drogas.
5. La fractura y/o su disfunción familiar.
6. La presencia de modelos negativos de comunicación.
7. Ira y/o falta de control familiar en abusadores/adictos.
8. Falta de proximidad y participación en actividades infantiles.
9. El amplio tamaño familiar.
10. La condición socioeconómica baja.
11. Pasividad maternal.
12. Una pobre aspiración académica familiar e individual.

Otro grupo importante de factores de riesgo interpersonales que influye en los jóvenes durante su adolescencia, es la reunión con grupos de pares consumidores. Las actitudes del par y del accesorio del par, más que "sustituto paternal", parecen ser causas de iniciación y mantenimiento del consumo y de modo especial, de recaídas.^{2,55} En esa dirección, destacan como factores de mayor influencia infantojuvenil:

1. Edad de inicio, que tiene un efecto poderoso sobre una progresión rápida para abuso/adicción y predice, además, un periodo más corto entre el desarrollo del diagnóstico de dependencia (adicción) y su comorbilidad.
2. La presencia de Trastorno de Aprendizaje entre otros trastornos (como TDA/H), que influyen eficaz y negativamente en el éxito escolar.

Por lo tanto se deben recomendar a los alumnos aquellos procedimientos con menor probabilidad de producir fracaso, y para eliminar la búsqueda de acciones destructivas para sentirse "poderosos."^{2,55}

También son factores psicoconductuales productores de riesgo para el uso de drogas a lo largo del periodo infantojuvenil:

1. La rebeldía.
2. La búsqueda de nuevas y más intensas sensaciones.

3. La incapacidad de retrasar la satisfacción.
4. La comorbilidad y psicopatología habitual (como depresión ignorada, ansiedad, etc.) y otras alteraciones psiquiátricas.^{52,53}

Cabe señalar que la personalidad se considera cada vez más decisiva en el desarrollo de los trastornos psiquiátricos, en el que se identifican dos tipos de personalidad alcohólica que comparten ciertas características decisivas.⁵⁶⁻⁵⁸ El tipo Cloninger 2 y el tipo Babor B describen pacientes alcohólicos de pobre pronóstico debido a factores de riesgo interpersonal, que conducen a consumo continuo, pues:

1. Tienen alto nivel de búsqueda de novedad.
2. Bajo nivel de evasión al daño.
3. Bajo nivel de dependencia de recompensa.

Ambos tipos comparten factores de riesgo que los hacen continuar el consumo, muestran inicio temprano de comportamiento espontáneo en busca de alcohol, se le realiza el diagnóstico de dependencia durante la adolescencia, su curso de inicio es rápido, tienen presencia de posibles precursores genéticos que los hacen proclives al abuso/adicción, y presentan síntomas graves de varios tipos, así como conducta anormal y enfrentamientos y detenciones a causa de su forma de beber.

Los pacientes de los tipos Cloninger 1 y Babor A no se benefician de programas cognitivo-conductuales, que buscan para sus fines correctivos alto nivel de evitación de daño y de dependencia de recompensa y bajo nivel de la busca de novedad.⁵⁶⁻⁵⁸

En adición, la clasificación de alcoholismo de Zucker explica por qué los adultos jóvenes continúan su consumo basado en su curso, cronicidad y factores de riesgo. El tipo I o Antisocial, de inicio temprano expreso, muestra síntomas a largo plazo y muy severos, vinculados con el consumo de alcohol. El tipo II o Limitado, en su desarrollo, es capaz –aunque en forma limitada–, de mostrar cambios si participa de intervenciones que promueven maduración y detienen el consumo. El tipo III o Acumulativo del desarrollo, muestra que, *per se*, las experiencias vividas limitaron el riesgo aún sin someterse a intervenciones *ad hoc*. El tipo IV o de Afecto negativo es una persona cuyo trastorno va precedido de comorbilidad, ya que otros trastornos psiquiátricos, sin previo tratamiento, lo limitan.

He ahí la demostración fáctica, de cómo la comorbilidad psiquiátrica produce y agrava factores de riesgo interpersonal, que influyen invariabilmente en la génesis y desarrollo de trastornos asociados con el uso de psicotrópicos, como el abu-

so y dependencia en cualquier momento de la adolescencia.^{59,60}

Otro lado interesante de este asunto se muestra en la íntima vinculación que revelan los planteamientos vertidos en relación con la comorbilidad y la psicopatología etiopatogénica de los trastornos por consumo de sustancias, descritos en la literatura,⁶¹ donde se incluyen los trastorno del afecto y las tendencias suicidas,⁶² los trastornos por ansiedad, el TDA/H, los trastornos de conducta, los trastornos alimenticios y la esquizofrenia, que en la edad adulta pueden asociarse, además, con otros problemas de salud, como los trastornos de la función sexual y/o las parafilia y los trastornos del dormir.⁶³ De ahí que resulta imperativo conocer con mayor profundidad y especificidad, qué factores de riesgo con mayor probabilidad tienden a aparecer durante etapas específicas del desarrollo, de modo que la identificación y las intervenciones a realizar se dirijan, específicamente, a disminuir el riesgo de desarrollar abuso/adicción a psicotrópicos.

En consecuencia, deviene la crucial inspección constante de los factores de riesgo posibles de ocurrir en cualquier etapa infantil y, simultáneamente, convocar a la eliminación de otros factores.^{61,63}

DISCUSIÓN

Como ha sido documentado, la presencia de múltiples factores de riesgo aumenta la magnitud real del total para el grupo de trastornos derivados del consumo de psicotrópicos, los cuales deben ser identificados precozmente e inactivados, incluso convertidos –cuando esto es factible– en protectores. Así, el pronto descubrimiento de los factores de riesgo por los miembros del equipo de salud se torna cada vez más descollante.

En ello coincide la mayor parte de los profesionales, como ocurre con el uso de drogas entre los 14-15 años edad, que se puede predecir por la conducta socioacadémica mostrada por los escolares desde los siete o nueve años, como el precoz descubrimiento de pobres habilidades sociales y dificultades con el aprendizaje, que deviene esencial para la pronta identificación de psicopatología infantojuvenil, que como ocurre después con los adultos, es materia de factible previsión, de hecho se han publicado algunos de los distintos aspectos de los factores predictivos del consumo de psicotrópicos en diversa poblaciones estudiadas.⁶¹

El trabajo antiadictivo realizado hasta ahora en el país, muestra que las acciones emprendidas no logran esperanzar un éxito a corto plazo, ni siquiera respecto de los procedimientos empleados para combatir, a *grosso modo*, las cada vez más crecientes necesidades de contención de los problemas

adictivos y la importante comorbilidad que implican, dada su muy amplia y diversa demanda.⁶³

En torno a este tipo de paciente, se sabe por datos de investigación reciente que aquellos con diagnósticos psiquiátricos presentan trastornos derivados del consumo de psicotrópicos más a menudo que el conjunto de la población general y viceversa, los individuos con abuso/adicción muestran tasas más elevadas de enfermedades psiquiátricas que la población general,^{64,65} lo cual se corrobora con el documentado hecho de que el TDA/H se asocia con una mayor duración del trastorno por consumo de sustancias, y un índice menor de remisión, que hace que los profesionales realicen un manejo radical y más agresivo desde el inicio, porque los resultados positivos de uno suelen mejorar los resultados del otro,⁶⁶ si bien no se ha demostrado que la eliminación del primero elimine al segundo.⁶⁷ Aun cuando los pacientes presentan a la par dos condiciones psicopatológicas tipificables, el tratamiento a menudo se centra en una y se deja la otra “para después”, y en muchos casos ya no se trata,⁶⁷ de hecho se sabe que aún en la actualidad, con todo el conocimiento disponible, a los pacientes comórbidos, si bien les va, y reciben tratamiento para ambas condiciones, no lo reciben al mismo tiempo ni en el mismo lugar, ni por los mismos médicos.⁶⁸

Diversos núcleos demográficos que aglutinan poblaciones amplias, como la Ciudad de México, experimentan un aumento en el consumo de sustancias que cobra matices epidémicos, por lo que crece la demanda de atención terapéutica especializada frente a casos de consumo múltiple (que se ha convertido en una regla), cuyas características clínicas, las más de las veces, reúnen criterios de abuso y adicción de psicotrópicos y, por tanto, no deben soslayarse más,⁶⁹ en tanto dichos conflictos desestabilizan la organización familiar y social, afectan la productividad y generan lastres dolorosos. Por tal motivo y dada su amplia disseminación comunitaria, el consumo abusivo y la adicción de psicotrópicos y otras drogas como el alcohol, son un grave problema de salud pública que amerita su apropiada atención inmediata en los tres niveles de la prevención. Ello exige, entre otras cosas, la preparación adecuada del personal para brindar un óptimo funcionamiento de las unidades de salud a la par de programas *ad hoc* y una adecuada supervisión y evaluación periódicas.⁷⁰

Impulsadas por la trascendencia de los factores señalados, se han desarrollado múltiples investigaciones en materia de abuso y adicción a sustancias, así como avances en muchas áreas, desde las psicosociales hasta las biomédicas. Hoy se cuenta con estudios epidemiológicos, sobre genética e influencia medioambiental, neurociencias, psicoin-

munología, nosología comparativa, psicopatología y psicodinamia, nuevos enfoques psicoterapéuticos y avances farmacológicos diversos, enfocados al tratamiento de las adicciones,^{63,71} y aunque todas ellas elevan el status académico del campo profesional y coadyuvan a su valoración social por otros campos especializados, el conocimiento y la actualización no se dispersan adecuadamente, aún entre todos los participantes de los equipos tecnicoterapéuticos, ni logra que éstos se enriquezcan con tales avances.⁷²

Teóricamente, como en otras alteraciones de la salud, el abuso/adicción de psicotrópicos y su comorbilidad, mientras más temprano se diagnostiquen y más oportunamente se traten, sus índices de recaída manifiestos en los distintos tipos de consumo serán menores, y el pronóstico para una vida digna y con mayor calidad resultará proporcionalmente más elevado.^{2,73} De ello deriva la necesidad de contar con personal adecuado y con mayor sensibilidad para la atención de este tipo de padecimientos, que en otro tiempo se percibieron sólo como debilidades de carácter o simples "problemas de la moral".^{22,74}

De igual manera, la conducta ambivalente de los grupos sociales, expresada en promoción-represión del uso y abuso de sustancias, ocurre no sólo como manifestación sociocultural, sino psicopatológica, es decir, de la formación reactiva contra los consumidores y sus supuestos responsables. Por ello es conveniente conocer y valorar el origen y producción de los fenómenos psicosociales, en este caso la etiopatogenia adictiva, antes de emitir juicios hacia un polo u otro de la situación.³¹

Obsérvese que la multifactorialidad etiológica aludida hace patente, por un lado, la complejidad de origen del problema de las adicciones y, al mismo tiempo, el grado de dificultad existente para su abordaje y erradicación. Pero independientemente de ello, la comunidad científica es, hoy día, numéricamente insuficiente, no se encuentra adecuadamente preparada ni tiene la experiencia necesaria para enfrentar un conflicto de tal magnitud,^{73,74} incluso en no pocos casos, el propio personal de salud es consumidor regular o abusivo e, inclusive, adicto a psicotrópicos (café, tabaco, alcohol, etc).

La problemática de las drogas, como puede apreciarse, presenta varios problemas a la vez, que han de modificarse pertinente para lograr el incremento esperado en la calidad de vida, esto es, un adecuado control de la disponibilidad social de sustancias y la demanda de consumo.^{63,71}

CONCLUSIÓN

Respecto de las actividades recomendadas para la difusión de la información especializada a los

pacientes y sus familiares, enfatizan a modo de corolario el criterio de los expertos de la Academia Americana de Pediatría,¹⁹ en torno al consumo de bebidas alcohólicas en poblaciones infantojuveniles, que modificado en cuanto al responsable de las acciones (pediatra) se interpretan de modo más amplio y se dirigen a todos los integrantes del equipo de salud en sus distintos niveles de actuación. El espíritu de tales recomendaciones se resume en que el personal de salud debe:

1. Advertir claramente a sus pacientes y familiares de éstos, sobre el nocivo efecto de las bebidas alcohólicas, especialmente cuando se ingieren a dosis irrestrictas o se hace sin responsabilidad. Asimismo se considera grave la ingestión o aplicación de psicotrópicos ilegales y demás psicofármacos de uso médico cuando no obedece la indicación médica con propósitos terapéuticos, es decir, por automedicación para fines tóxicos, lo cual resulta más grave si se trata de personas o poblaciones infantojuveniles en desarrollo.
2. Discutir como parte de una rutina informativo-educativa el daño que hace el alcohol y las drogas en sus pacientes y personas bajo ciertos riesgos, en particular cuando existen datos familiares que apoyan la posibilidad de consumo o evidencia de ello.
3. Asesorar adecuadamente tanto a sus pacientes como familiares de éstos acerca del peligro que representa el consumo de alcohol y otras drogas, desde una postura profesional objetiva y sin censura, eliminando la contratransferencia que siempre ocurre a nivel de todas las relaciones humanas, y comprendiendo el hecho de que los consumidores lo son en muchos casos de forma irreflexiva, como consecuencia de múltiples factores que desconocen e incluso de los que son víctimas, es decir, usan las drogas prescindiendo de una volición expresa o decisión derivada de un enfoque racional.
4. Estar suficiente y adecuadamente preparado para reconocer los signos precoces de abuso/adicción etílica, para evaluar apropiadamente la condición a enfrentar, manejar el tratamiento como es indicado de acuerdo con las recomendaciones actuales, o bien, referir a los pacientes a su cuidado.
5. Insistir en el adecuado uso de los servicios prenatales y las visitas programadas durante el periodo gestacional, como una oportunidad ideal de modificación de las desviaciones de la salud que derivan de esta psicopatología y, a la vez, como una oportunidad para explorar la historia familiar y las actitudes familiares entorno del

consumo de psicótropicos. Esta oportunidad es importante para discutir con los familiares el papel que juega en los menores el modelo de papeles, derivados de la observación de ciertas actitudes adultas contrarias a la salud.

6. Discutir el papel que juegan las bebidas etílicas en la fiestas y reuniones, donde generalmente se ofrece la oportunidad de ingerir sin medida y su repercusión directa e indirecta, a corto y largo plazo.
7. Promover la discusión en torno a las oportunidades de beber en casa u otras locaciones más seguras, y siempre que se pueda, provocar una discusión racional acerca del uso y abuso de sustancias.
8. Incluirse en la curricula educativa, como parte de la visión integral de los programas formadores de profesionales y especialistas en distintas ramas, la orientación profesional contra el consumo de psicótropicos y sus consecuencias individuales, familiares y sociales.
9. Promover y participar en los esfuerzos educativos, preventivos, terapéuticos y rehabilitadores realizados en las escuelas, la comunidad y demás ámbitos colectivos, que se realicen por parte de los programas comunitarios de prevención y rehabilitación.
10. Participar en los contenidos científicos de los programas de todos los medios de información, que incluyen mensajes acerca del consumo de alcohol, y evaluar o, en su caso adecuar, los materiales que saldrán "al aire", especialmente los dirigidos a las poblaciones infantojuveniles.
11. Detectar oportunamente y continuar los esfuerzos legislativos a nivel federal y estatal, dirigidos a la detección de niveles sanguíneos de etanol (0.02%) en aquellas personas intoxicadas a su cuidado, que superan los niveles permitidos.
12. Familiarizarse en el uso de la Internet como una fuente invaluable de información expedita, donde puede obtener material útil para sí mismo, sus pacientes y la comunidad, discriminando en su oportunidad aquellos mensajes inadecuados o de corte promocional y/o publicitario, que en ocasiones distorsionan la realidad en pro de sus fines comerciales.⁴⁶

En suma, la problemática del abuso/adicción alcohólica obliga a brindar tratamiento y educación formativa, lo cual implica, a su vez, afinar la detección de caso y los procedimientos nosológicos y propedéuticos que contemplen la comorbilidad adictiva y psiquiátrica,⁷⁴ de ahí la importancia de la congruencia operacional que evitaría, en cierta forma, hacerse cómplice del problema de otros,⁷⁵ y a la postre, aprender a digerir toda la frustración compartida que esta adicción y cualquier otra son capa-

ces de suscitar, para disponerla al beneficio de la comunidad.⁷⁶

REFERENCIAS

1. Souza y Machorro M, Turull TF, Cárdenas AJ. Los enfoques sociomédicos del alcoholismo y los modelos de abordaje de la problemática del consumo del alcohol. *Rev Fac Med Mex* 1984; 27(11): 11-7.
2. Souza y Machorro M. *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*. México: Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.
3. Souza y Machorro M, Quijano BEM, Díaz Barriga SL, Guisa CVM, Lorenzo AS, Gaucín RR. Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones, HCPCA. *Psiquiatría* 1998; 14(1): 9-25.
4. SSA. *Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Consejo Nacional contra las Adicciones*. Dirección General de Epidemiología. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México; 2003.
5. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR*. Washington; 2000.
6. Souza y Machorro M. *Memorias del Seminario Aspectos sociomédicos y clínicoterapéuticos del alcoholismo*. Unidad de Educación Continua. Palacio de la Antigua Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. México; 1986.
7. Hawkins J, Catalano R, Miller J. *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention*. *Psychol Bull* 1992; 112: 64-105.
8. DeWitt DJ, Adlaf EM, Offord DR. *Age of first alcohol use: a risk factor for the development of alcohol disorders*. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 745-50.
9. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. *National survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-1995; Volume I: Secondary School Students*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse; 1996. NIH Publ No. 97-4139.
10. *Substance abuse and mental health services administration. Underage drinking prevention: action guide and planner*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2001. DHHS Publication No. SMA 3259.
11. AAP releases new findings on teens and underage drinking. Elk Grove Village, IL. American Academy of Pediatrics 1998; (9): 113-32.
12. Office of Inspector General. *Youth and alcohol: a national survey. drinking habits, access, attitudes and knowledge*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1991; Publ. No. OEI-09-91-00652
13. Presley CA, Meilman PW. *Alcohol and drugs on American college campuses: a report to College Presidents*. Carbondale, IL: Southern Illinois University; 1992.
14. Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. *The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002*. *Drug and alcohol dependence* 2004; 74: 223-34.

15. INP-SEP. *Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del D.F. Medición Otoño 2003. Reporte Global*. INP-SEP. México, 2003.
16. Secretaría de Salud, SS. *Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*. México; 2002.
17. Centros de Integración Juvenil, CIJ. *Informe "Consumo de Drogas en pacientes que ingresaron a tratamiento en 2003"*. Centros de Integración Juvenil; 2004.
18. Secretaría de Salud, SS. *Observatorio mexicano en tabaco, alcohol, y otras drogas 2003*. Secretaría de Salud (SSA), Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC); 2004.
19. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric AIDS and Committee on Adolescence. *Adolescents and HIV infection: the role of the pediatrician in prevention and intervention*. Pediatrics 2001; 107: 188-90.
20. Kesmodel U. *Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life*. Am J Epidemiol 2002; 155(4): 305-12.
21. American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse and Committee on Children with Disabilities. *Fetal alcohol syndrome and alcohol-related with neurodevelopmental disorders*. Pediatrics 2000; 106(2): 358-61.
22. Souza y Machorro M. *El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones*. Rev Mex Neuroci 2001; 2(1): 25-7.
23. Souza y Machorro M. *Aspectos médicos y psicológicos de la sexualidad femenina*. México: Editorial Trillas; 2000.
24. Souza y Machorro M. *Educación sexual: una mirada retrospectiva*. Ginecología y Obstetricia de México 2003; 71: 195-205.
25. Nelson EC, Grant KK, Bucholz A. *Social phobia in a population based female adolescent twin sample: comorbidity and associated suicidal related symptoms*. Psychol Med 2000; 30: 797-804.
26. Strunin L, Hingson R. *Alcohol, drugs, and adolescent sexual behavior*. Int J Addict 1992; 27: 129-46.
27. Bearer CF. *Developmental neurotoxicity. Illustration of principles*. pediatric clinics of North America 2001; 48(5): 16-32.
28. American Academy of Pediatrics, Committee on Substance Abuse and Committee on Children With Disabilities. *Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects*. Pediatrics 1993; 91: 1004-100.
29. Gilchrist LD, Gillmore MR, Lohr MJ. *Drug use among pregnant adolescents*. J Consult Clin Psychol 1990; 58: 402-7.
30. Giancola PR, Mezzich AC. *Neuropsychological deficits in female adolescents with a substance use disorder: better accounted for by conduct disorder?* J Stud Alcohol 2000; 61: 809-17.
31. Jacobs EA, Joffe A, Knight JR. *Alcohol use and abuse: a pediatric concern*. Am Acad Pediatrics 2001; 108(1): 203-19.
32. Souza y Machorro M, Díaz Barriga SL, Guisa CVM. *Adicciones: neuroquímica y terapéutica*. Rev Mex Neuroci 2004; 5(6): 619-34.
33. Adger H. *Problems of alcohol and other drug use and abuse in adolescents*. J Adolesc Health 1991; 12: 606-13.
34. Valois RF, Dunham AC, Jackson KL, Waller J. *Association between employment and substance abuse behaviors among public high school adolescents*. J Adolesc Health 1999; 25: 256-63.
35. Merikangas KR, Avenevoli S. *Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders*. Addict Behav 2000; 6: 807-20.
36. Kandel DB. *On processes of peer influence in adolescent drug use: a developmental perspective*. Adv Alcohol Subst Abuse 1985; 4: 139-63.
37. Myers DP, Andersen AR. *Adolescent addiction: assessment and identification*. J Pediatr Health Care 1991; 5: 86-93.
38. Maltzman I, Schweiger A. *Individual and family characteristics of middle class adolescents hospitalized for alcohol and other drug abuse*. Br J Addict 1991; 86: 1435-47.
39. Swett C, Cohen C, Surrey J, Compaine A, Chávez R. *High rates of alcohol use and a history of physical and sexual abuse among women outpatients*. Am J Drug Alcohol Abuse 1991; 17: 49-60.
40. Souza y Machorro M. *La atención primaria y la educación para la salud mental*. Salud Mental 1984; 7(2): 19-23.
41. Souza y Machorro M. *El médico general y los problemas clínicoterapéuticos del alcoholismo*. Rev Fac Med UNAM 1990; 33(1): 13-27.
42. Souza y Machorro M. *El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo*. Rev Fac Med UNAM 1990; 33(3): 15-26.
43. OMS. *Organización Mundial de la salud. Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades*. Capítulo V. Desordenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, Suiza: OMS; 1993.
44. Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y Machorro M. *Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto*. Psiquiatría 2003; 2a Época, 19(1): 28-38.
45. Grube JW, Wallack L. *Television beer advertising and drinking knowledge, beliefs, and intentions among schoolchildren*. Am J Public Health 1994; 84: 254-9.
46. Souza y Machorro M. *Massmedia y psicopatología: violencia, sexo y drogas*. Simposio La Farmacoterapia de las drogas de abuso. Congreso Regional Vicepresidencia Sur. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. "El hombre y sus circunstancias". Veracruz, Ver., Junio 16-19; 2005.
47. Cloninger CR. *Genetic and environmental-factors in the development of alcoholism*. J Psychiatry Treat Eval 1983; 5(26): 487-96.
48. Goodwin DW. *Alcoholism and genetics: the sins of the fathers*. Arch Gen Psychiatr 1985; 42: 171-4.
49. Woodside M. *Research on alcoholics children: past and future*. Br J Addict 1988; 83: 785-79.
50. Baldessarini RT, Tondo L, Heintz A, Mann K, Weinberger DR. *Serotonin dysfunction, negative mood states and response to alcohol*. Alcohol Clin Exp Res 2001; 25: 485-6.
51. Hambrecht M, Hafner H. *Cannabis, vulnerability and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective*. Aust N Z J Psychiatry 2000; 34: 468-75.
52. Giacopina RM, Reinherz HZ, Carmola A. *Comorbidity of substance use and post traumatic stress disorder in a community sample of adolescents*. J Orthopsychiat 2000; 70: 253-62.
53. Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M. *A Propósito de la relación entre adicciones y delincuencia*. Psiquiatría. 2003; 2a Época, 19(1): 14-27.

54. Reinherz HZ, Giaconia RM, Hauf AM. General and specific childhood factors for depression and drug disorders by early adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 223-31.
55. Hawkins RO. Adolescent alcohol abuse: a review. *J Dev Behav Pediatr* 1982; 3: 83-7.
56. Babor TF, Hofmann M, Delboca FK, Hesselbrock V, Meyer RE. Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 599-608.
57. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering analysis of adopted men. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38(8): 861-8.
58. Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science* 1987; 236: 410-6.
59. Morrison MA. Addiction in adolescents. *West J Med* 1990; 152: 543-6.
60. Díaz P. Adolescent substance abuse: assessment in the office. *Pediatric Clinics of North America* 2002; 49(2): 1-23.
61. Guisa CVM, Díaz Barriga SL, Souza y Machorro M. Terapéutica antiadictiva: utilidad de sus factores de predicción. *Rev Mex Neuroci* 2004; 5(6): 581-98.
62. Oquendo MA, Mann JJ. The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 11-25.
63. Souza y Machorro M. Nosología y terapéutica de los programas contra las adicciones. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A. C. México; 2004.
64. Kessler RC, Crum RM, Warner L. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 313-21.
65. Regier DA, Farmer M, Rae DS. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchments area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-8.
66. Mantosh JD, Ronald WP. Tratamiento del paciente resistente en psiquiatría. *Ars Médica*. Barcelona; 2004, p. 291-318.
67. Brady KT, Dansky BS, Sonne SC. Posttraumatic stress disorder and cocaine dependence. *Am J Addict* 1998; 7: 128-35.
68. Drake RE, Mueser KT, Clark RE, et al. The course, treatment and outcome of substance disorders in persons with severe mental illness. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66: 42-51.
69. Souza y Machorro M. Enseñanza e investigación sobre adicciones en la Ciudad de México. *Psiquiatría* 1998; 2a Época, 14(3): 100-6.
70. Souza y Machorro M. La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Preven Readapt Soc* 2000; 8: 99-106.
71. Souza y Machorro M. Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A. C. México; 2004.
72. Souza y Machorro M. Educación, salud y adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(2): 91-3.
73. Souza y Machorro M. Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2005; 6(1): 52-66.
74. Souza y Machorro M. Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(5): 326-30.
75. Souza y Machorro M, Martínez AJ, Mercado CG. Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. *Psiquiatría* 1999; 2a Época; 15(1): 12-9.
76. Souza y Machorro M. Por una psiquiatría de las adicciones. *Rev Mex Neuroci* 2003; 4(4): 206-8.

