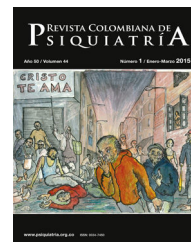




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Abordando el consumo nocivo de alcohol en atención primaria en Colombia: entendiendo el contexto sociocultural



Sebastián Vargas^a, Ana María Medina Ch.^{b,*}, Carlos Gómez-Restrepo^{a,c,d}, Paula Cárdenas^a, William C. Torrey^{e,f}, Makeda J. Williams^g, Sophia M. Bartels^h, Leonardo Cubillos^h, Sergio Mario Castro^d, Fernando Suárez-Obando^{d,i}, José M. Uribe-Restrepo^c y Lisa A. Marschr^h

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia

^b Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia

^c Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia

^d Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá DC, Colombia

^e Department of Psychiatry, Dartmouth's Geisel School of Medicine, Dartmouth College, Hanover, New Hampshire, United States

^f Department of Psychiatry, Dartmouth-Hitchcock, Lebanon, New Hampshire, USA

^g Center for Translation Research and Implementation Science, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, United States

^h Center for Technology and Behavioral Health, Dartmouth College, Hanover, New Hampshire, United States

ⁱ Instituto de Genética Humana, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2020

Aceptado el 25 de noviembre de 2020

On-line el 25 de febrero de 2021

Palabras clave:

Trastornos relacionados con alcohol
Atención primaria
Colombia
Salud mental

R E S U M E N

El consumo nocivo de alcohol es un problema de salud pública en todo el mundo, que contribuye a aproximadamente el 5,1% de la carga mundial de la enfermedad. La detección y el abordaje del consumo nocivo de alcohol en atención primaria es una estrategia de intervención de atención en salud empíricamente respaldada para ayudar a reducir la carga de los problemas de consumo de alcohol. En preparación para introducir pruebas de detección y tratamiento para el consumo nocivo de alcohol en clínicas de atención primaria en Colombia, realizamos entrevistas con médicos, administradores clínicos, pacientes y participantes en Alcohólicos Anónimos. Las entrevistas se realizaron en el marco del proyecto de investigación Detección y Atención Integral de Depresión y Abuso de Alcohol en Atención Primaria (DIADA, www.project-diada.org), y su fase cualitativa consistió en la recopilación de datos en 15 grupos focales, seis entrevistas y observaciones de campo en cinco entornos regionales. Todos los participantes proporcionaron consentimiento informado para participar en esta investigación. Los hallazgos muestran la asociación del consumo nocivo de alcohol con una cultura de consumo, en la cual esta se expresa como una práctica aprendida y socialmente aceptada. El reconocimiento del consumo nocivo de alcohol incluye un contexto social que influencia su detección, diagnóstico y prevención. La discusión resalta

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: medina.ana@javeriana.edu.co (A.M. Medina Ch.).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.11.016>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

cómo, a pesar de la existencia de estrategias institucionales en el contexto de atención en salud y de la conciencia sobre la importancia del consumo nocivo de alcohol entre el personal sanitario, el reconocimiento del uso nocivo del alcohol como una patología debe estar integrada con la comprensión de las dimensiones históricas, sociales y culturales que pueden afectar diferentes escenarios de identificación y atención.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Addressing harmful alcohol use in Primary Care in Colombia: Understanding the sociocultural context

A B S T R A C T

Keywords:

Alcohol use disorder
Primary care
Colombia
Mental health

Harmful alcohol use is a public health problem worldwide, contributing to an estimated 5.1% of the global burden of illness. Screening and addressing at-risk drinking in primary care settings is an empirically supported health care intervention strategy to help reduce the burden of alcohol-use problems. In preparation for introducing screening and treatment for at-risk drinking in primary care clinics in Colombia, we conducted interviews with clinicians, clinic administrators, patients, and participants in Alcoholics Anonymous. Interviews were conducted within the framework of the *Detección y Atención Integral de Depresión y Abuso de Alcohol en Atención Primaria* (DIADA [Detection and Integrated Care for Depression and Alcohol Use in Primary Care] www.project-diada.org) research project, and its qualitative phase that consisted of the collection of data from 15 focus groups, 6 interviews and field observations in 5 regional settings. All participants provided informed consent to participate in this research. Findings revealed the association of harmful alcohol use with a culture of consumption, within which it is learned and socially accepted practice. Recognition of harmful alcohol consumption includes a social context that influences its screening, diagnosis and prevention. The discussion highlights how, despite the existence of institutional strategies in healthcare settings and the awareness of the importance of at-risk drinking among health personnel, the recognition of the harmful use of alcohol as a pathology should be embedded in an understanding of historical, social and cultural dimensions that may affect different identification and care scenarios.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El consumo nocivo de alcohol es un problema importante en salud pública. Este puede empeorar los desenlaces de múltiples condiciones médicas y psiquiátricas y es un factor de riesgo para accidentes de tránsito y violencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS) anota que el consumo de alcohol es un factor de riesgo único para la salud de la población, ya que afecta el riesgo de enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles y lesiones¹. De hecho, 5,9% de todas las muertes ocurridas en escala global (un total de 3,3 millones de muertes anuales) pueden ser atribuidas a consumo nocivo de alcohol. Además, se estima que 5,1% de la carga mundial de enfermedad y lesiones puede ser atribuida al consumo de alcohol². Los abordajes en salud mental para hacer frente a la carga de esta enfermedad incluyen la regulación de la disponibilidad física de alcohol, la imposición de impuestos, la alteración del contexto en que se consume el alcohol, la educación y la persuasión, la regulación de la promoción del alcohol, la implementación de medidas para gestionar la embriaguez y la promoción de tratamiento e intervención temprana³.

La implementación de la promoción y la intervención temprana de los problemas de salud mental en atención primaria han sido propuestas como estrategias clave en la región latinoamericana⁴. La tamización estandarizada y las intervenciones breves para consumo nocivo de alcohol se han evaluado ampliamente y mostrado que funcionan⁵⁻¹⁰ pero rara vez se han usado en práctica rutinaria en el contexto de atención primaria. Esto puede ser, en parte, porque atender el consumo nocivo de alcohol requiere cambios de cultura para su implementación entre la comunidad que hace parte de la atención en salud, un entendimiento sofisticado de las actitudes socioculturales locales hacia el alcohol, y políticas públicas consistentes con relación al consumo de alcohol y su impacto económico. Por ejemplo, un estudio australiano demuestra cómo los factores socioculturales pueden influenciar la detección e intervención del consumo nocivo de alcohol en el contexto de atención primaria. Existe consenso en que «detectar el consumo nocivo es difícil de hacer, pero importante, que las actitudes sociales y culturales hacia el consumo de alcohol afecta la predisposición para hacer preguntas sobre su uso, la dinámica de la interacción médico-paciente es importante, y que los cuestionarios de tamización de consumo tienen poca utilidad práctica». El

análisis sugiere que las barreras conceptuales para detectar el consumo de riesgo fueron: el estigma comunitario y estereotipos sobre «consumo problemático», las percepciones de los médicos generales sobre historias poco confiables sobre consumo de alcohol de los pacientes, y la amenaza percibida en la relación médico-paciente¹¹. Otros estudios no han mostrado diferencias entre contextos de implementación⁷.

En particular, en Colombia, el consumo de alcohol es un problema importante de salud pública y varía según el género. Los datos del Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia 2015 demostraron que el 12,0% de la población entre 18 y 44 años tiene factores de riesgo para el consumo nocivo de alcohol, con una mayor prevalencia de consumo nocivo entre hombres (16,0%) que entre mujeres (9,1%)¹². Para la población adulta mayor de 45 años, la prevalencia del consumo nocivo de alcohol es entre 6,0% al 10% en la población masculina, comparado con 3,2% en población femenina¹³. Estos datos demuestran que la brecha en la prevalencia del consumo nocivo de alcohol entre hombres y mujeres es mucho mayor en los adultos mayores que en las poblaciones más jóvenes que toman alcohol^{13,14}.

Existen mecanismos dentro de la política pública colombiana que se enfocan en el consumo nocivo de alcohol e incluyen varias guías establecidas por la OMS¹⁵. Uno de los marcos regulatorios implementados en 2010 en Colombia es el Decreto 120 que tiene como objetivo proteger a los menores y a la comunidad en general de los efectos del consumo nocivo de alcohol mediante la implementación de estrategias que reducen los daños, minimizan el riesgo de accidentes, la violencia y el crimen. Este también incluye la promoción del consumo responsable de alcohol utilizando prácticas que median en la cultura de consumo, que es característica de la población¹⁶. Para implementar estas regulaciones, el Estado impuso varias estrategias, políticas y planes para abordar el problema del consumo nocivo de alcohol. La Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente Al Consumo de Alcohol de Colombia es un ejemplo crítico de uno de estos planes, que busca implementar mecanismos para la prevención y reducción de las consecuencias sociales y de salud pública asociadas al consumo nocivo de alcohol y promover el fortalecimiento interinstitucional y comunitario en cuanto al consumo de alcohol y sus efectos¹⁷. De igual importancia, el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021 busca reforzar a las instituciones, promover la salud mental, así como apoyar los programas de prevención, tratamiento y reducción del daño¹⁸. Todas estas regulaciones enfrentan el desafío de su puesta en marcha, ya que están relacionadas con las relaciones comunitarias, los temas socioculturales y las formas particulares en las que se entiende el consumo de alcohol, tanto por parte del personal comunitario como por el de salud.

Este artículo presenta los resultados de un estudio cualitativo realizado con partes interesadas en atención primaria, en el que se buscó identificar las prácticas socioculturales asociadas con el uso nocivo del alcohol y proporcionar evidencia para apoyar la incorporación de modelos de atención.

Métodos

La presente investigación cualitativa se llevó a cabo en el marco del proyecto de investigación Detección y Atención Integral de Depresión y Abuso de Alcohol en Atención Primaria (DIADA), un proyecto colaborativo entre Dartmouth College en los Estados Unidos y la Pontificia Universidad Javeriana en Colombia, como parte de una *Research Partnership* para el Escalamiento de Intervenciones en Salud Mental en Países de Bajos y Medianos Ingresos, financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, con el objetivo de conducir intervenciones basadas en evidencia que promuevan la tamización y el tratamiento de depresión y consumo nocivo de alcohol en atención primaria. Este proyecto consiste en el uso de pruebas estandarizadas de tamización, intervenciones y aplicaciones móviles que refuerzan la atención en salud mental en el contexto de atención primaria, como un paso en la estrategia de implementación. El protocolo del estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana y de Dartmouth College en los Estados Unidos.

Una fase del proyecto multifase se implementó en cinco sitios con pacientes, personal de salud y administrativo, y organizaciones comunitarias. Esta fase consistió en la recopilación de datos a través de 15 grupos focales, divididos entre los grupos Personal médico, administrativo y pacientes; seis entrevistas (realizadas en 2017 en todos los sitios) y observaciones de campo. Un antropólogo condujo esta parte de la fase cualitativa en abril de 2018. Todos los participantes proporcionaron consentimiento informado para participar en esta investigación. Cuando se presenta información específica, un número identifica los sitios para preservar la confidencialidad del sitio y la numeración refleja el orden de implementación.

Los datos recogidos fueron transcritos y sistematizados utilizando el software N-Vivo 11, siguiendo las seis fases propuestas por Nowell et al. del «proceso de análisis temático»¹⁹, el cual incluye: familiarizarse con los datos, generar códigos iniciales, búsqueda de temas, revisión de temas, definición de temas y la producción de informes. Dentro de las transcripciones, el equipo analítico definió los siguientes temas: «prácticas socioculturales y alcohol», «prácticas socioculturales», «reconocimiento y autorreconocimiento del consumo nocivo de alcohol», «diagnóstico de consumo nocivo de alcohol». Con base en la triangulación entre la revisión teórica y el análisis de datos, se desarrollaron estos temas como diferentes niveles de prácticas socioculturales asociadas al consumo nocivo de alcohol en el contexto de atención primaria en salud.

Resultados

La figura 1 muestra los diferentes niveles de prácticas socioculturales asociadas a consumo nocivo de alcohol en el contexto de atención primaria. Posteriormente, los resultados derivados de estos niveles son presentados a través de referencias, o extractos de, la información cualitativa recopilada.

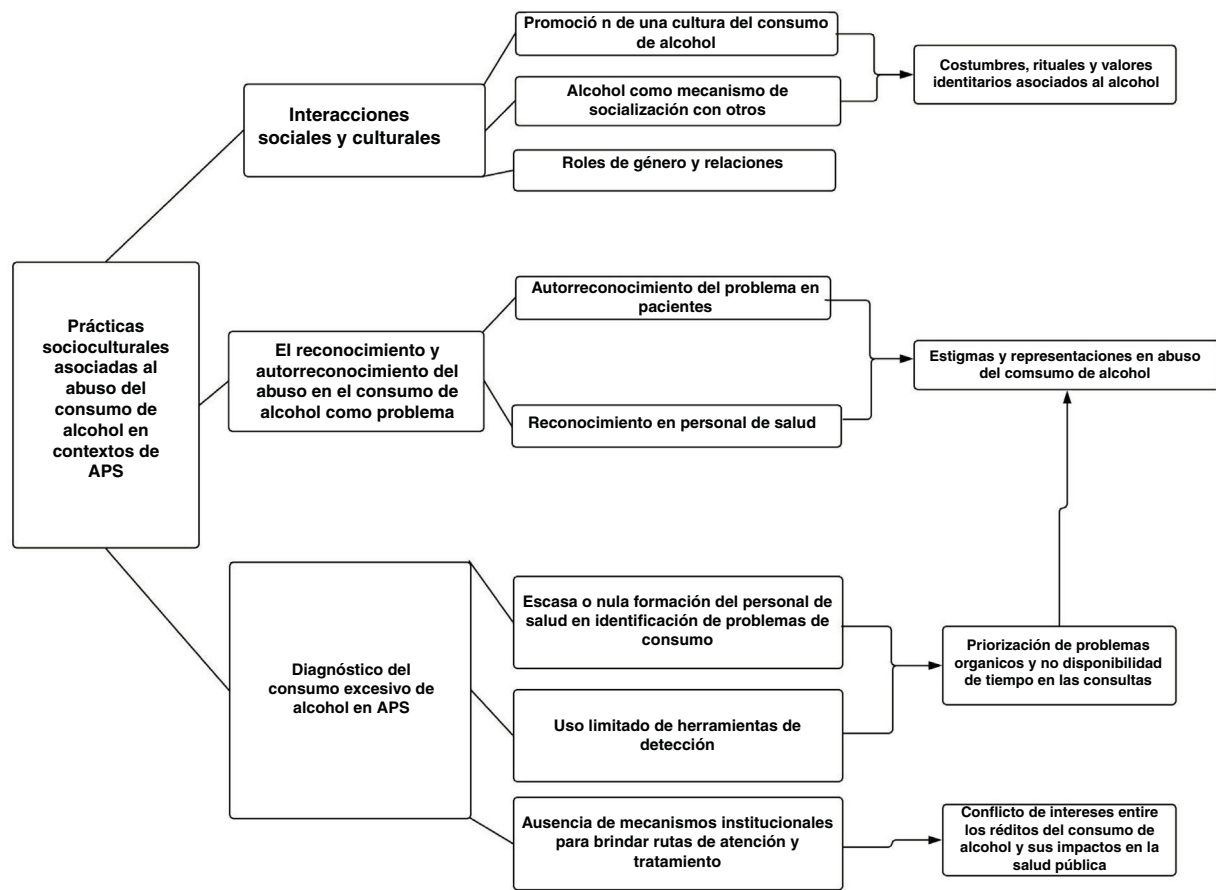


Figura 1 – Niveles de prácticas socioculturales.

Interacciones sociales y culturales

Los hallazgos muestran la asociación entre consumo nocivo de alcohol con una cultura de consumo, en la cual esta se expresa como una práctica aprendida y socialmente aceptada: «culturalmente el abuso en alcohol es de todos los días. Yo creo que crecimos en un ambiente en el que desde las familias hasta las personas que están alrededor... tienen una cultura de consumo de alcohol. Que antes, yo creería, es mi percepción, antes era más dada a darle trago a un menor de edad, como un acto de 'vaya probando'... Es una práctica socialmente aceptada, en la que hay personas que la saben manejar y otras personas que no la saben manejar, cuando se sale de las manos es cuando vienen los problemas» (Grupo focal – Médicos, Sitio 1, 2017).

En la mayoría de las culturas, estas prácticas e interacciones socialmente aceptadas están articuladas como actividades culturales cotidianas, como festividades, celebraciones o rituales en los que el alcohol es un elemento importante²⁰. Uno de los grupos focales identificó la asociación del ritual católico de la primera comunión con el consumo de alcohol como norma social: «...Tenemos los ejemplos de las fiestas, la primera comunión con qué se hace, se festeja con alcohol, lo normal de nosotros es hacer una lista de lo que vamos a beber o a ofrecer...» (Grupo focal Alcohólicos Anónimos, 2017). Adicionalmente, en algunas regiones rurales es común que los niños o menores de edad consuman bebidas alcohólicas tradicionales como «el guarapo» y «la chicha», que son bebidas

fermentadas a base de caña de azúcar o maíz, junto con los adultos, durante las fiestas regionales, y que se intoxiquen sin ninguna regulación de las autoridades (Grupo focal – Personal administrativo, Sitio 5, 2017; Grupo focal – Médicos, Sitio 4, 2017).

Esta situación también se observa en uno de los contextos rurales donde, de acuerdo con una de las enfermeras, es norma que los niños tomen «la chicha» en el colegio como onces, y donde la intoxicación de los menores ocurre frecuentemente (Notas de campo, 20 de marzo de 2018, Sitio 2). En este caso, el consumo de alcohol no se relaciona con un evento específico o con un ritual. Por lo tanto, parece que «la chicha» y «el guarapo» no necesariamente representan bebidas que sólo se usan para celebrar, sino que representan bebidas de uso cotidiano y en toda clase de actividades: «Tuve el caso de un paciente que tenía cirrosis, y resultó con una sorpresa... Esa es la cosa, aquí en la ciudad uno está acostumbrado a que los tragos no sean siempre, allá [en las zonas rurales] el consumo de guarapo para ellos es de todos los días. Yo les decía 'no, si van a trabajar consuman agua, consuman jugo'; ellos me decían 'me hace más daño el agua o el jugo que eso, eso [el guarapo] no es ningún problema'» (Grupo Focal – Médicos, Sitio 1, 2017).

Además de la relación del alcohol con actividades diarias y eventos culturales, otra práctica que refuerza el consumo regular de bebidas alcohólicas, como «el guarapo» o «la chicha» en estas regiones, es su producción dentro del hogar. En algunas regiones, estas bebidas se comercializan en lugares

llamados «chicherías». Las «chicherías», de acuerdo con la información proporcionada por el centro de salud local, son hogares de familias que poseen las recetas para preparar la bebida y que históricamente han estado a cargo de su preparación, así como son los lugares donde regularmente se consumen estas bebidas. Adicionalmente, con base en las observaciones hechas en la visita a una «chichería», el bajo costo de estas bebidas facilita que la mayoría de la población tenga acceso a «la chicha» y que sea consumida en estos lugares, así como tener conversaciones e interacciones mientras se consume (Notas de campo, 20 de marzo de 2018, Sitio 2).

En este sentido, otro elemento a considerar es el consumo de alcohol como mecanismo de socialización, utilizado para crear relaciones con los demás. El personal médico relató que: *«uno en reuniones sociales era muy común que le dieran licor porque tenía que ser. Entonces, sí que no se ve como tal como un problema, sino es una costumbre...»* (Grupo Focal – Médicos, Sitio 1, 2017). Además, nuestros participantes identificaron que el consumo de alcohol es alentado en medios de comunicación y en las «rumbas» (fiestas) como un hábito recreativo (Asociación de Usuarios del Sitio 1). De hecho, para muchos lo consideran como la única fuente de entretenimiento: *«yo salgo de acá del hospital y digo, ‘bueno, y que voy a hacer’ salgo a la calle y no hay nada, solo lo único que hay son bares abiertos todo el día con música a toda, aquí no más afuera uno ve...»* (Grupo focal – Médicos, Sitio 4, 2017).

Aparte del rol del alcohol en el proceso de socialización, las bebidas alcohólicas que se producen dentro de estas regiones también generan un fuerte sentido de identidad y se consideran «nativas» de la región. Los participantes en los municipios de Boyacá destacaron que: *«La cosa es tratar de inculcar a la gente la importancia de evitar el consumo de alcohol, pero es que aquí es... Boyacá pues es conocido nacionalmente por su producción de cerveza, aquí tenemos cervecerías casi que en todos los municipios y tenemos bodegas en todos lados y además pues el problema es que aquí también tenemos nuestro propio aguardiente, nuestro propio ron, la gente es muy regionalista con eso, pero ya saben que es parte de la cultura...»* (Grupo Focal – Médicos, Sitio 2, 2017).

A partir de nuestros resultados cualitativos y dentro de las prácticas socioculturales que permean el consumo de alcohol, también identificamos un eje transversal en las prácticas socioculturales que median estas relaciones, que son las relaciones de género. Las relaciones de género tienen en cuenta los roles que hombres y mujeres desempeñan dentro de la sociedad y su efecto en el consumo de alcohol, lo que a su vez afecta la forma como este problema es abordado y manejado en los contextos de atención primaria en salud. Estas relaciones de género se identificaron dentro de un grupo focal en el que el alcohol se consideraba sinónimo de virilidad y masculinidad: *«... Si yo tomo todos los días y estoy con mi grupo de amigos, entonces yo soy el verraco, el duro, entonces es muy marcado por eso por el machismo, entonces si usted es el que no toma, si usted más bien como que va a hacer ejercicio, entonces usted es como el... El raro y usted es el que necesita ayuda... O que la mujer no lo deja, o que uno es tacaño o ese tipo de cosas...»* (Grupo focal – Personal administrativo, Sitio 3, 2017).

Los hallazgos sugieren que hubo una mayor percepción o reconocimiento de las mujeres bebedoras en el Sitio 2 que en otras regiones. Este comentario complementa las observaciones de las personas del centro de salud en esta región, donde es

común que tanto mujeres como hombres consuman grandes cantidades de bebidas alcohólicas, como «la chicha» (Notas de campo, 20 de marzo de 2018, Sitio 2).

Desafortunadamente, no fue posible corroborar la proporción específica de hombres a mujeres que consumen alcohol dentro de la región con estos datos cualitativos. Además, el personal administrativo indicó que existen prácticas rituales asociadas con el consumo de «la chicha» que se consideran brujería. En este ritual, la ropa interior de las mujeres se sumerge en la bebida durante su preparación, lo que permite a la mujer propietaria de la ropa interior encaprichar con éxito a los hombres a su alrededor (Notas de campo, 20 de marzo de 2018, Sitio 2).

Por último, la relación entre alcohol, violencia y género fue expuesta dentro de nuestros hallazgos, principalmente dentro del contexto familiar y hacia la mujer. En el Sitio 2, un grupo focal indicó que: *«... Se ve el maltrato de pronto a la mujer o a veces también las mujeres como toman con los maridos, salen peleando los dos y los niños son los que sufren las consecuencias...»* (Grupo focal – Pacientes, Sitio 2, 2017).

Otro grupo focal refirió la agresión y la violencia intrafamiliar como una consecuencia del consumo nocivo de alcohol, que puede llevar a las personas a buscar atención (Sitio 6, 2017). En otras palabras, el consumo nocivo de alcohol tiende a ser visto como un problema o a ser considerado «importante» una vez que se produce violencia o el maltrato ocurre a nivel intrafamiliar. Este hallazgo es importante, ya que sugiere que las intervenciones psicológicas en el primer nivel de atención en salud tienden a tratar las consecuencias del consumo nocivo de alcohol, como la violencia, en vez de la causa del problema o el consumo nocivo en sí (Grupo focal – Personal administrativo, Sitio 6, 2017).

Reconocimiento y autorreconocimiento del consumo nocivo de alcohol

Para analizar los resultados relacionados con el proceso de identificación del consumo nocivo de alcohol como un problema en el contexto de la atención primaria en salud, es importante resaltar tres puntos de vista diferentes de distintos actores en estos procesos.

Con base en las entrevistas hechas con el personal de salud, la falta de reconocimiento del consumo nocivo de alcohol fue justificado frecuentemente con argumentos como *«salgo es los fines de semana; a veces me emborracho, pero nunca pierdo la conciencia... o la defensa de madres de adolescentes que dicen ‘no, es normal’»* (Grupo focal – Médicos, Sitio 1, 2017). Estas citas implican que muchas personas tienen una relación establecida con el alcohol como algo que se consume diariamente y que es una práctica social habitual en lugar de un problema o enfermedad que no sólo está determinada por parámetros biomédicos, sino también por límites socialmente establecidos o la definición de «consumo normal» en diferentes contextos. De hecho, un participante informó que el consumo de alcohol se considera normal siempre y cuando la persona *«no pierde los estribos, no cambia de personalidad, solamente es un traguito y ya»* (Grupo focal - Asociación de usuarios, Sitio 1, 2017).

También encontramos que es inusual que los pacientes programen consultas médicas o vean a profesionales médicos para abordar su consumo nocivo de alcohol. Muchos pacientes

no reconocen el riesgo para la salud debido a su consumo de alcohol. De hecho, un profesional médico declaró: «yo por lo menos en siete meses que llevo aquí no he visto ni un solo paciente que consulte por problemas de alcoholismo y ellos dicen: ‘pues tengo la tensión alta, tengo diabetes, tengo no sé qué, consumo alcohol, tomo cerveza el fin de semana me gusta el trago, pero no le veo problema a eso’. Entonces si el paciente no hace reconocimiento de su propio cuerpo tampoco puede tratar y decirle no, eso es un problema eso es muy complejo de tratar y de enfocar, y manejar» (Grupo focal – Médicos, Sitio 2, 2017). Esto implica que la detección o diagnóstico de consumo nocivo de alcohol enfrenta un problema común con otras enfermedades crónicas o silentes, que es la interpretación de los síntomas, las consecuencias y los efectos en salud del alcohol u otros factores del estilo de vida.

Sin embargo, cuando se reconoce el consumo nocivo de alcohol, la familia es el actor fundamental dentro de este proceso de detección. El círculo social familiar ayuda al paciente a reconocer su problema: «El último en decir sí acepto que tengo este problema es la persona que tiene el problema, pero los primeros en detectarlo, por lo menos siendo una familia unida, es la familia» (Grupo focal – Asociación de usuarios, Sitio 1, 2017). Del mismo modo, en otra entrevista se mencionó que debido a que algunos pacientes con consumo nocivo de alcohol no son conscientes de su problema, a menudo se consulta a los miembros de la familia para confirmar si el paciente realmente tiene problemas con el consumo nocivo de alcohol (Entrevista a trabajadora social, Sitio 6, 2017).

En el nivel de atención primaria de salud, el consumo nocivo de alcohol a menudo no se reconoce ni se trata como una patología debido a su complejidad percibida: «entonces es muy complicado, o sea, pensar en esas patologías complejas, una patología por alcohol... (risas), aquí no» (Grupo focal – Médicos, Sitio 2, 2017). Otro personal médico justificó su renuencia a tratar a los pacientes con consumo nocivo de alcohol debido a su falta de capacitación sobre cómo manejar este tipo de casos, lo que frecuentemente lleva a evadir este problema en este contexto (Grupo Focal – Personal de salud, Sitio 1, 2017). Además, esta evasión estuvo justificada por la percepción del personal de salud de que el consumo nocivo de alcohol es una condición en salud mental: «hemos estado con médicos y hay unos que no saben o vamos con psicólogos que deberían saberlo y dicen: ‘¿eso una enfermedad?, un mal hábito, pero una enfermedad?’» (Grupo Focal – Alcohólicos Anónimos, 2017).

Otros participantes ven el reconocimiento del consumo riesgoso de alcohol como un problema de dos vías producido por la falta de autorreconocimiento de parte de los pacientes y la falta de preparación del personal de salud sobre cómo tratar este problema: «Entonces, si yo voy, no por gastritis sino (uno en 10 mil) que voy a buscar mi médico para decirle: ‘ayúdeme, soy alcohólico, porque es que nosotros (característica del alcohólico es la negación), pero digamos que yo acepte y yo voy y le digo que soy alcohólico, ¿Qué me puede decir mi médico de la EPS?...Y para eso no hay acetaminofén, para eso no hay nada’, desconocimiento total. ...» (Grupo Focal – Alcohólicos Anónimos, 2017).

El nivel educativo también es identificado por el personal de salud como un factor que influencia el reconocimiento del consumo nocivo de alcohol es expresado también por el personal de salud como un factor influyente en el reconocimiento del consumo nocivo de alcohol. Durante una entrevista, un miembro del personal de salud expresó que tenía un paciente

con un alto riesgo de muerte debido al consumo nocivo de alcohol que, después de superar la crisis, recayó. El profesional explicó entonces que esto se debió al hecho de que «no tenía educación de ese nivel, si, para comprender la magnitud de lo que estaba pasando, de su enfermedad. ...» (Entrevista con trabajadora social, Sitio 6, 2018). En contraste, otro miembro del personal médico declaró que una persona con un bajo nivel educativo es más propensa a seguir estrictamente las sugerencias del médico, mientras que una persona con un nivel educativo más alto tendería a cuestionar sus recomendaciones, reduciendo la eficacia del tratamiento y la credibilidad del médico (Grupo focal, Sitio 1, 2017).

Además de la educación, un miembro del personal de salud dijo que es la existencia de «preconcepciones» que los pacientes tienen con respecto a ser «estigmatizados a nivel cultural» lo que causa el incumplimiento de las recomendaciones o prescripciones del médico y es una fuente de los problemas que experimentan con la aceptación del diagnóstico (Grupo Focal-Médicos, Sitio 5, 2017). Esta dificultad causada por el estigma y los prejuicios se manifiesta de esta manera: «No, es que me están tratando de alcohólico, pero es que, si yo no tomo todos los días» o «uy, pero yo no estoy loco; yo no soy drogadicto» (Grupo focal – Médicos, Sitio 1, 2017).

Tanto la tergiversación como el nivel educativo de los pacientes y de la comunidad están asociados con el consumo de nocivo de alcohol, sumado a la poca atención por parte del personal de salud sobre el rol que tienen la prevención y la promoción en este proceso.

Diagnóstico del consumo nocivo de alcohol

A pesar de la existencia de herramientas validadas a nivel mundial para el diagnóstico del consumo nocivo de alcohol, como la Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT), la tasa de utilización de estas herramientas en atención primaria en Colombia es baja o prácticamente nula. Aunque el personal médico conoce estas herramientas durante el entrenamiento, muchos no las emplean en la consulta o no conservan récords clínicos de los desenlaces de estas herramientas, con la excepción de algunas guías sobre los eventos adversos del alcohol en casos específicos (Grupo focal – Médicos, Sitio 2, 2017). Algunos miembros del personal de salud han reportado que esto se debe a la longitud de los test y al poco tiempo disponible durante la consulta para su aplicación (Grupo focal – Médicos, Sitio 1, 2017) o debido a la presión de tener que «evacuar rápido su paciente» (Grupo focal – Médicos, Sitio 2, 2017).

Asimismo, el poco uso de estas herramientas corresponde a dificultades institucionales asociadas con la provisión de estrategias de apoyo, o la ausencia de rutas específicas a través de las cuales el paciente con consumo nocivo de alcohol podría recibir atención en el sistema de salud (Grupo focal – Médicos, Sitio 1, 2017). Según lo reportado en uno de los grupos focales, las rutas de atención existentes en instituciones particulares hacen que «un paciente que tiene problemas del abuso del consumo de sustancias psicoactivas o alcohol queda uno muchas veces maniatado no hay a donde remitir a ese paciente no hay convenios, o sea o son de pronto manejos a muy a corto plazo que, si el señor está después de una crisis, se atiende. ... y se va para su casa y hasta ahí el tratamiento» (Grupo focal – Personal administrativo, Sitio

6, 2017). Asimismo, los problemas administrativos asociados con contratos con instituciones que proveen servicios especializados para este grupo de pacientes, con frecuencia resulta en tratamiento y seguimiento interrumpido de los pacientes (Grupo focal – Personal administrativo, Sitio 6, 2017).

También se identificaron limitaciones de las regulaciones institucionales para el uso nocivo del alcohol, dentro de los grupos focales: «... Existe publicidad para evitar al borracho conduciendo, pero por ningún lado aparece responsabilidad en el consumo de alcohol. ... Se ha hecho mucha publicidad por la secretaria de salud y el ministerio, pero no ha conducido a ningún resultado» (Grupo focal, Sitio 1, 2017). La debilidad de estas regulaciones institucionales fue descrita en una entrevista, sobre los conflictos de interés que existen debido a los beneficios económicos que aportan el alcohol en la sociedad: «... El gobierno y las instituciones económicas, las instituciones gubernamentales, todo lo administrativo está preocupado porque se consume más alcohol, porque hay más plata para la salud, para otras cosas... nuestras políticas incluso de salud van a estar siendo aplastadas por las cuestiones de aspectos económicos que hasta en algunos sentidos se contradicen... » (Encuesta – Psiquiatra hospitalario, Sitio 4, 2017).

Las prácticas socioculturales asociadas con el consumo nocivo de alcohol en el contexto de atención primaria están relacionadas con las interacciones socioculturales, el reconocimiento entre los médicos y el autorreconocimiento entre los pacientes del consumo de alcohol como un problema, y el diagnóstico en los centros de atención primaria. Dentro de los datos recogidos, los rituales y los roles de género, el estigma y la falta de herramientas para el autorreconocimiento, tienen igual importancia en la falta de capacidad del personal de salud para la identificación del consumo nocivo de alcohol.

Discusión

El consumo de alcohol refleja un patrón complejo que está profundamente entrelazado con la cultura y el significado. Comprender su rol sociocultural es fundamental para los esfuerzos por disminuir su impacto negativo en la salud en el contexto de atención primaria.

Las prácticas y/o experiencias asociadas con el consumo de alcohol se entrelazan con la rutina de la vida social diaria en Colombia. En los medios de comunicación, así como en las prácticas tradicionales diarias, el alcohol puede ser visto como un vehículo para la interacción dentro de la sociedad y se considera más una tradición o una costumbre que un problema. Esta interpretación cultural del alcohol afecta el proceso de tamización e intervención del consumo nocivo de alcohol en atención primaria.

Históricamente, en Colombia las bebidas alcohólicas eran consumidas en prácticas culturales diarias, festividades, celebraciones y rituales y se consideraban como parte clave de la dieta. Dada esta historia, el alcohol puede estar vinculado simbólicamente con elementos como la solidaridad social²¹, la identidad y, en algunos casos, puede vincularse con efectos curativos²². En este sentido, debe entenderse que el consumo de alcohol no es en sí mismo el portador de una representación homogénea o estandarizada. Por el contrario, las prácticas sociales que ocurren dentro de un contexto espaciotemporal

específico permiten el consumo y uso de alcohol para adquirir valores diferenciales²¹.

Con base en esta noción, aparte de sus procesos de fabricación, la distinción entre bebidas fermentadas y destiladas se articula a través de prácticas socioculturales específicas. Desde los períodos prehispánico y precolonial, el consumo de bebidas fermentadas no era exclusivamente recreativo. Por el contrario, el consumo de «la chicha» y otras bebidas artesanales fue considerado un elemento clave de la dieta, tanto para adultos como para niños, debido a las creencias sobre sus beneficios nutricionales y energéticos²². Además, antes del período colonial, las aldeas indígenas consideraban el consumo de estas bebidas como un ritual realizado con fines terapéuticos²³.

Además, durante este período, el consumo de «la chicha» se popularizó como un medio para sustituir a las fuentes proteicas tradicionales como la carne, ya que era más accesible debido a su bajo costo de fabricación²². Esta asociación resaltó el efecto positivo del consumo de este tipo de bebidas sobre la productividad, lo cual generó la expansión de su consumo a gran escala, así como su comercialización y distribución en los establecimientos llamados «chicherías»²⁴. Sin embargo, durante el período colonial, de finales del siglo XIX y mediados del siglo XX, también se desarrolló una asociación entre el consumo de bebidas fermentadas y la perturbación del orden público, como peleas, debido a la embriaguez, crimen, abandono de las responsabilidades laborales, problemas de higiene y salud²². Además, durante este período, los rituales indígenas que involucran «la chicha» también fueron considerados como opuestos a la moral católica. Por lo tanto, las «chicherías» fueron vistas como inmorales e impuras, y como sitios de socialización en los que ocurrían hechos obscenos²⁴.

Por el contrario, las bebidas destiladas fueron ampliamente producidas desde el siglo XVI al XVIII. Su introducción durante el período colonial estuvo relacionada con su uso y consumo en contextos festivos, rituales y no dietarios. Además, eran populares entre todas las clases sociales y tenían un mayor contenido alcohólico que las bebidas fermentadas²³. También, desde el siglo XIII hasta principios del siglo XX, las escuelas de medicina reconocieron las propiedades terapéuticas de las bebidas alcohólicas, especialmente aquellas destiladas para consumo y usos tópicos²².

Los resultados de este estudio indican que el consumo de alcohol desempeña un papel social y cultural importante en las festividades, eventos sociales y prácticas locales²⁵. Debido a que el consumo de alcohol es aceptado socialmente en múltiples contextos²⁰, el autorreconocimiento por parte del paciente, así como la identificación del consumo nocivo de alcohol por parte del personal médico, enfrenta múltiples barreras en el contexto de la atención primaria en salud, debido a que el proceso de reconocimiento no se suscribe exclusivamente a los parámetros biomédicos que definen el consumo nocivo de alcohol.

Igualmente, en algunos contextos regionales, el consumo de bebidas alcohólicas artesanales está asociado con el fortalecimiento de los lazos comunitarios, como ocurría históricamente en algunas aldeas indígenas^{26,27}. En consecuencia, este tipo de bebidas, incluida «la chicha» o «el guarapo» son consideradas «no reguladas». Sin embargo, se han elaborado políticas regulatorias para estas bebidas, debido a los riesgos

importantes, en salud pública, asociados con sus altos niveles de etanol o de sustancias tóxicas como el metanol¹⁷. Sin embargo, una fuerte identidad cultural está enraizada en el consumo de estas bebidas¹⁷, lo que legitima su consumo como una práctica cultural y tradicional que es «normal» o «natural» en ciertos contextos.

Es importante tener en cuenta el valor social asociado al consumo de alcohol que legitima, en determinados escenarios como las fiestas y celebraciones, la ingesta de cualquier tipo de bebida. Sin embargo, si el consumo de alcohol se produce fuera de estos escenarios, puede considerarse «anormal» o «ilegítimo». Esta distinción permite la identificación de las normas socioculturales asociadas con el consumo de alcohol dentro de cada sociedad y las posibles limitaciones de las herramientas de tamización cuando se trata de temas de carácter sociocultural¹¹.

Identificamos dos efectos de la naturaleza sociocultural del consumo nocivo de alcohol en el personal médico. En primer lugar, se reconoció la falta de conocimiento y la necesidad de utilizar herramientas para detectar el consumo nocivo de alcohol, debido a que este nivel de consumo es una práctica socialmente aceptada. En nuestras entrevistas y grupos focales, el personal de salud evaluó constantemente el consumo nocivo de alcohol como un «problema cultural» y no como médico, lo que en algunos estudios se ha relacionado con la percepción de que estas herramientas carecen de practicidad¹¹. En segundo lugar, algunos estudios reconocen que el estigma que rodea el consumo nocivo de alcohol afecta en gran medida al personal de salud²⁸⁻³⁰; por lo que las barreras relacionadas con el acceso de pacientes con consumo nocivo de alcohol a la atención primaria de salud pueden asociarse con la falta de conocimiento del personal médico sobre cómo abordar este tipo de problemas, así como el miedo de los pacientes a la estigmatización por parte del personal de salud y de su círculo social.

Con respecto a las relaciones de género identificadas, es importante tener en cuenta los roles femeninos y masculinos que operan en los escenarios de consumo riesgoso de alcohol y que forman la base de tanto la tergiversación como los estigmas alrededor del consumo de bebidas alcohólicas. Los resultados del proyecto GENACIS (Géneros, Alcohol y Culturas: Un Estudio Internacional) compararon la prevalencia de la ingesta en mujeres y hombres en seis países (Argentina, Brasil, Costa Rica, México, Uruguay y Estados Unidos). Los resultados indicaron que los hombres beben más que las mujeres, que la prevalencia del consumo intenso es tres veces más común en los hombres que en las mujeres y que los géneros y las culturas ejercen una fuerte influencia en el uso y abuso de alcohol³¹. Como se muestra en los resultados, los datos de las Américas muestran una mayor proporción de hombres que consumen alcohol, comparado con las mujeres³, y que hay normas sociales relacionadas con el consumo de alcohol que están basadas en la cultura dominada por el hombre³², que asocia la virilidad con el consumo de alcohol³³.

Sin embargo, también es importante destacar los estigmas sobre el consumo de alcohol de las mujeres. Las mujeres que consumen alcohol a menudo son menospreciadas en la sociedad y se considera que contradice su rol en varios contextos sociales como madres o cuidadoras^{32,34,35}. A pesar de esto, el número de mujeres que consumen alcohol ha incremen-

tado gradualmente en las Américas^{3,31}. Según un estudio, las mujeres con consumo nocivo de alcohol pueden ser reacias a expresar que tienen problemas con su consumo de alcohol, debido a la vergüenza y a la culpa³², y pueden negarse a recibir atención debido a estos estigmas. La presencia de relaciones de género asociadas con el consumo de alcohol sugiere que la adopción de un enfoque de género para el manejo del consumo nocivo de alcohol en el contexto de atención primaria de salud puede ayudar en su detección en las poblaciones masculina y femenina. Por ejemplo, las herramientas utilizadas para la identificación del consumo nocivo de alcohol están limitadas en su capacidad para evaluar plenamente las experiencias de vida relacionadas con el consumo de alcohol que son particulares para hombres y mujeres. Para remediar este desafío, estas herramientas deben aplicarse de manera diferente dependiendo del género, y deben abordar las diferencias que el género produce con respecto al problema del consumo nocivo de alcohol³⁴.

En algunos ambientes sociales, el consumo de alcohol genera una mayor interacción social, independientemente de la posición social, y facilita las habilidades comunicativas²⁵. El rol del alcohol como facilitador social fue contrastado dentro de nuestros resultados por su uso como un medio de exclusión social, con respecto a los no consumidores. Esta dicotomía refuerza aún más una cultura en la que se promueve y acepta el consumo de alcohol, lo que a su vez afecta la evaluación del consumo nocivo de alcohol como una cuestión patológica.

Por último, y a la luz de la debilidad asociada a la implementación de marcos regulatorios para el uso nocivo del alcohol, es importante reconocer el interés económico que se encuentra dentro de la promoción y comercialización del consumo de alcohol. Como se mencionó en una de nuestras entrevistas, este interés económico puede ser más influyente que las regulaciones promovidas a nivel de políticas y directrices sobre el consumo de alcohol. Por ejemplo, estudios realizados en cuatro países africanos han destacado, de manera similar, la influencia de la industria del alcohol en los desarrollos legislativos^{36,37}. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha destacado esta relación como un reto y barrera en la promoción y prevención del consumo nocivo de alcohol³. Además, una revisión sistemática de 17 estudios identificó la influencia de la industria del alcohol en los marcos reguladores de la comercialización, la autorregulación automática y la difusión de información sobre la eficacia de estas regulaciones^{36,38}. Además, está claro que la estrategia de comercialización de la industria del alcohol, dentro de los procesos de prevención y regulación, está más orientada a la promoción de su producto que a la regulación de su consumo^{3,39}.

Se deben tener en cuenta algunas limitaciones del estudio. En primer lugar, estas conclusiones no pueden extrapolarse a otras regiones, ni siquiera en el mismo país, ya que las formas regionales y el significado de las lógicas del consumo de alcohol varían entre ellas. En segundo lugar, aunque se incluyeron varias partes interesadas, algunos grupos de opinión pueden no estar representados en los datos cualitativos locales.

Además, dentro de la región latinoamericana, los protocolos deben considerar el género como una cuestión estructural que culturalmente moldea el consumo de alcohol. En estu-

dios futuros, la perspectiva de género, etnia y clase social debe incorporarse en la recopilación y análisis de datos. Por último, los resultados de esta fase cualitativa pueden complementarse y contrastarse con los desafíos reales de implementación una vez que se realizan los programas dirigidos a los problemas de consumo de alcohol en los sitios.

Conclusión

El propósito de este estudio fue ilustrar prácticas y relaciones valoradas a nivel sociocultural que son afines con el consumo nocivo de alcohol, y sus posibles impactos y repercusiones en la identificación de esta enfermedad dentro de los entornos de atención primaria de salud. A pesar de la existencia de estrategias institucionales y de la conciencia del personal de salud, el reconocimiento del uso nocivo del alcohol como patología requiere la visualización de dimensiones sociales y culturales que puedan afectar diferentes escenarios de identificación y cuidado. Este reconocimiento dará lugar a una adopción más eficiente y eficaz de herramientas y procesos de detección e intervención para pacientes y personal médico, intervenciones adaptadas a los contextos específicos en los que se aplican.

Como se demuestra en este informe, el consumo nocivo de alcohol no es visto de una sola manera; por el contrario, su manifestación radica en la dinámica, los roles y las representaciones presentes en cada contexto social en el que el consumo de alcohol tiene múltiples connotaciones. Esto implica que, para tener éxito, las estrategias de salud para el diagnóstico y la atención del consumo nocivo de alcohol como un problema de salud mental deben articular estas características distintivas.

Por último, es importante analizar el consumo nocivo de alcohol como algo más que una patología o un problema, sino como un fenómeno que tiene lugar en un contexto social. Comprender este contexto es crucial para involucrar al paciente y permitirá un enfoque más matizado y eficaz para la detección, diagnóstico y tratamiento del uso nocivo del alcohol en la atención primaria.

Descargo de responsabilidad

Los puntos de vista expresados en este manuscrito son de los autores y no representan necesariamente los puntos de vista del the National Heart, Lung, and Blood Institute; los National Institutes of Health; o el U.S. Department of Health and Human Services.

Financiación

La investigación reportada en esta publicación fue financiada por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) con el Número de la Subvención de 1U19MH109988 (Investigadores Principales Múltiples: Lisa A. Marsch, PhD y Carlos Gómez-Restrepo, MD PhD). El contenido es únicamente opinión de los autores y no representan los puntos de vista del NIH o del Gobierno de los Estados Unidos.

Conflicto de intereses

La Dra. Lisa Marsch, una de las principales investigadoras de este proyecto, está afiliada al negocio que desarrolló la plataforma de intervención móvil que se está utilizando en esta investigación. Esta relación es ampliamente administrada por la Dra. Marsch y su institución académica.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health: World Health Organization. 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. 2014.
3. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y Salud Pública en las Américas: Un Caso Para la Acción Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 2007.
4. Organización Panamericana de la Salud. World Health Organization. Regional Status Report. Alcohol and Health in the Americas. Washington D.C. 2015.
5. Anderson P, Gual A, Colon J. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington, D.C.: OPS; 2008. p. 148.
6. Elzerbi C, Donoghue K, Boniface S, Drummond C. Injury prevention/systematic review/meta-analysis: Variance in the Efficacy of Brief Interventions to Reduce Hazardous and Harmful Alcohol Consumption Between Injury and Noninjury Patients in Emergency Departments: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Emerg Med*. 2017;70:714-23.
7. Elzerbi C, Donoghue K, Drummond C. A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction (Abingdon, England)*. 2015;110:1082-91.
8. Peltzer K, Naidoo P, Louw J, Matseke G, Zuma K, McHunu G, et al. Screening and brief interventions for hazardous and harmful alcohol use among patients with active tuberculosis attending primary public care clinics in South Africa: results from a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2013;699.
9. Peltzer K, Tabane C, Matseke G, Simbayi L. Lay counsellor-based risk reduction intervention with HIV positive diagnosed patients at public HIV counselling and testing sites in Mpumalanga, South Africa. *Eval Program Plann*. 2010;33:379-85.
10. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004;140:557-68.
11. Tam CWM, Zwar N, Markham R. Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study. *BMC Family Practice*. 2013;14:121.
12. Ministerio de Salud del Gobierno de Colombi. Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá 2015.
13. de la Espiella Guerrero RA, Rodríguez V, Rincón CJ, Morales DC, Rodríguez SJP, Gómez-Restrepo C. Consumo de alcohol en

- la población colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45:76-88.
14. Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodríguez MN, Rodríguez V, Tamayo Martínez N, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45:2-8.
 15. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Panamá. 2011.
 16. Medidas sobre consumo de alcohol, Decreto 120. 2010. <https://docs.bvsalud.org/leisref/2017/12/24/alcohol-decreto-120-de-2010.pdf>.
 17. Ministerio de Salud. Estrategia nacional de respuesta integral al consumo de alcohol en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Gobierno de Colombia. 2013:69.
 18. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021. Ministerio de Salud. 2017.
 19. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. 2017, <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>.
 20. Douglas M. Constructive Drinking. London: Routledge; 2003.
 21. Gusfield J. Passage to play: rituals of drinking time in American society. En: Douglas M, editor. Constructive Drinking Perspectives on Drink From Anthropology. London and New York: Routledge; 2003.
 22. Menéndez EL. Saber «médico» y saber «popular»: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos.* 1985;3:263-96.
 23. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y la Salud de los Pueblos Indígenas. 2009.
 24. Alzate Echeverri AM. Suciedad y orden: Reformas sanitarias borbónicas en la Nueva Granada 1760-1810. 1 ed. Editorial Universidad del Rosario; 2007.
 25. Gordon R, Heim D, MacAskill S. Rethinking drinking cultures: a review of drinking cultures and a reconstructed dimensional approach. *Public Health.* 2012;126:3-11.
 26. Ferreira AA, Souza-Filho ZA, Gonçalves MJF, Santos J, Pierin AMG. Relationship between alcohol drinking and arterial hypertension in indigenous people of the Mura ethnics, Brazil. *PLoS ONE.* 2017;12:e0182352.
 27. Ghiggi Junior A, Langdon EJ. Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2014;30:1250-8.
 28. Luquiens A, Owens L, Whalley D, Rahhali N, Laramée P, Crawford R, et al. Health-related quality of life in alcohol dependence: Similar cross-cultural impact beyond specific drinking habits. *J Ethn Subst Abuse.* 2017:1-17.
 29. Ronzani TM, Higgins-Biddle J, Furtado EF. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Soc Sci Med.* 2009;69:1080-4.
 30. Stuart H. The stigmatization of mental illnesses. *Can J Psychiatry.* 2012;57:455-6.
 31. World Health Organization. Alcohol, gender and drinking problems. Perspectives from low and middle income countries. Geneva: Obot IS, Room R; 2005.
 32. Hecksher D, Hesse M. Women and Substance Use Disorders. *Mens Sana Monogr.* 2009;7:50-62.
 33. Sudhinaraset M, Wigglesworth C, Takeuchi DT. Social and Cultural Contexts of Alcohol Use: Influences in a Social-Ecological Framework. *Alcohol Res.* 2016;38:35-45.
 34. Karoll BR. Women and Alcohol-Use Disorders: A Review of Important Knowledge and Its Implications for Social Work Practitioners. *Journal of Social Work.* 2002;2:337-56.
 35. Toner P, Hardy E, Mistral W. A specialized maternity drug service: Examples of good practice. *Drugs.* 2008;93-105.
 36. Esser MB, Jernigan DH. Policy Approaches for Regulating Alcohol Marketing in a Global Context: A Public Health Perspective. *Annu Rev Public Health.* 2018;39:385-401.
 37. Bakke Ø, Endal D. Vested interests in addiction research and policy alcohol policies out of context: drinks industry supplanting government role in alcohol policies in sub-Saharan Africa. *Addiction.* 2010;105:22-8.
 38. Savell E, Fooks G, Gilmore AB. How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction.* 2016;111:18-32.
 39. Jernigan DH. The global alcohol industry: an overview. *Addiction.* 2009;104 Suppl 1:6-12.