

Detección del consumo de alcohol en el primer nivel de atención en México durante la pandemia de COVID-19

Guillermina Natera Rey¹, Miriam Arroyo Belmonte¹, Perla Sonia Medina Aguilar¹, Feliciano Bartolo Solís², Natalia Bautista Aguilar¹, Alejandra Pérez De León¹ y Peter Anderson³

Forma de citar

Natera Rey G, Arroyo Belmonte M, Medina Aguilar PS, Solís FB, Bautista Aguilar N, Pérez de León A, et al. Detección del consumo de alcohol en el primer nivel de atención en México durante la pandemia de COVID-19. Rev Panam Salud Publica. 2023;47:e22. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.22>

RESUMEN

Objetivo. Medir el efecto de la pandemia de COVID-19 en la implementación de un programa de detección oportuna, intervención breve y referencia para tratamiento por consumo de alcohol en centros de salud del primer nivel de atención de la Ciudad de México.

Métodos. Se recopilaron los datos en 18 centros de salud de la Ciudad de México entre 2019 y 2021, como parte de un estudio más amplio. Participaron 287 profesionales de la salud, quienes midieron el consumo de alcohol de sus pacientes con la prueba AUDIT-C. Se analizaron aspectos demográficos y patrones de consumo de los pacientes, así como las acciones de atención (detección, intervención breve, entrega de folletos, monitoreo y referencia) en tres momentos: antes de la pandemia de COVID-19, durante el confinamiento y luego del confinamiento. Se realizaron pruebas paramétricas y no paramétricas para identificar la relación y las diferencias entre las variables en los tres períodos.

Resultados. Se identificaron 9090 personas con consumo de alcohol; el porcentaje de detección del consumo tuvo fluctuaciones en los tres períodos estudiados (26%, 53% y 37%, respectivamente). El consumo de riesgo medio y alto fue más frecuente entre hombres jóvenes y con mayor escolaridad durante y después del confinamiento. En el período posconfinamiento aumentaron las acciones de monitoreo y referencia.

Conclusiones. La medición del impacto de la pandemia en la implementación de un programa de detección oportuna, asesoramiento breve y referencia para el tratamiento del consumo de alcohol en centros de salud ayuda a elaborar políticas en salud por edad, género, escolaridad y tipo de consumo para el primer nivel de atención.

Palabras clave

Consumo de alcohol; detección e intervención breve; centros de salud; primer nivel de atención; COVID-19; México.

El consumo de alcohol es el principal problema de abuso de sustancias en México, ha registrado un aumento entre 2011 (31,6%) y 2016 (35,9%) y 19,8% de la población de entre 12 y 65 años presentó consumo excesivo, en especial los hombres (1). En el 2020, el consumo excesivo de alcohol en el país fue de 40,43%, mayor en hombres (56,49%) que en mujeres (25,70%) (2).

Las comorbilidades y los efectos adversos perjudican más a quienes se encuentran en un nivel socioeconómico bajo, debido a la convergencia de múltiples condiciones de vulnerabilidad (3). La normalización de la cultura permisiva, la creencia de que las personas que consumen no cambian y el estigma al buscar atención han favorecido la percepción del alcohol como un asunto moral más que de salud, con extensión de las

¹ Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, México. ✉ Perla Sonia Medina Aguilar, medinaperla@hotmail.com

² Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México, México.

³ Departamento de Promoción de la Salud, Instituto de Investigación en Salud Pública y Bienestar, Universidad de Maastricht, Países Bajos.

consecuencias a las familias, las comunidades, los sistemas de salud y la economía en general (4).

La pandemia limitó el acceso a la atención médica de pacientes con enfermedades no transmisibles, como las alteraciones por el consumo de alcohol, y se pospuso una necesidad de atención que puede ser satisfecha con detección oportuna, intervención breve y referencia a tratamiento (5).

Aunque los programas de detección, intervención breve y tratamiento (DIT) en el primer nivel de atención de salud han demostrado ser costo-efectivos en el manejo del consumo de alcohol, su implementación a nivel internacional y en la práctica habitual ha sido muy limitada, y México no ha sido la excepción. Se estima que, en todo el mundo, cuatro de cada cinco personas que beben en exceso no reciben asesoramiento ni tratamiento apropiado (6); en México, la proporción es de nueve de cada diez (7, 8). Las personas con consumo de alcohol riesgoso tardan hasta 12 años en buscar ayuda, y esta brecha se puede reducir a través de las estrategias de detección y asesoramiento en el primer nivel de atención (9).

Estudios clínicos han determinado que las intervenciones breves en servicios de atención primaria son tan eficaces como los tratamientos más prolongados, reducen la mortalidad y los años de vida saludable perdidos por la ingesta de alcohol (10). La detección puede ser realizada por cualquier profesional de salud, requiere en promedio de 3 y 5 minutos, y puede ayudar a reducir hasta 12% de la cantidad que bebe la persona (11). Otros estudios han demostrado que la proporción de pacientes cuyo consumo de alcohol se mide y reciben intervención breve en atención primaria puede aumentar cuando se capacita y se apoya al personal de salud (12).

En la Ciudad de México, a partir de septiembre de 2019, se llevó a cabo una investigación cuasiexperimental denominada proyecto SCALA, con la finalidad de evaluar la mejor estrategia para la implementación de un modelo de detección, intervención breve y referencia para el tratamiento del consumo de alcohol en centros de salud de tres países latinoamericanos: Colombia, México y Perú (13-15). En el estudio se compraron los cambios en la medición del consumo de alcohol en cuatro condiciones experimentales en cada país. En este trabajo nos enfocamos en la implementación en México y en los cambios observados antes y durante la pandemia de COVID-19.

Los centros de salud en los que se llevó a cabo el estudio corresponden al primer nivel de atención del sistema de salud público. La atención es gratuita y se brinda a la población de escasos recursos económicos, sin empleo fijo o formal, conformada en su mayoría por mujeres, niños y personas mayores. El primer nivel de atención es el responsable de hacer las referencias necesarias para recibir atención en el segundo y tercer nivel de atención.

Para llevar a cabo el proceso de implementación del modelo SCALA, se capacitó al personal de salud, para involucrarlo y sensibilizarlo frente a la problemática del alcohol en México y de lo benéfico del modelo de atención. Se han notificado resistencias sobre todo por la inversión del tiempo (16); sin embargo, en este caso, estas se fueron reduciendo cuando se expresó empatía y se les proporcionó información exhaustiva acerca del uso nocivo del alcohol. Se brindó capacitación sobre la prueba de identificación de trastornos relacionados con el consumo de alcohol (AUDIT-C, por su sigla en inglés) y la intervención breve. Se dio seguimiento durante todo el proceso que duró la investigación, incluso durante el período de confinamiento.

En marzo de 2020, ante la declaratoria de emergencia sanitaria por COVID-19, los centros de salud del primer nivel de atención se vieron obligados a reorganizar sus servicios y dar prioridad a las estrategias de mitigación del virus. Si bien disminuyó la afluencia de pacientes, las detecciones no se suspendieron, lo que permitió estudiar el efecto de esta estrategia de detección no solo en un escenario normal, sino en uno de crisis en tiempo real.

El objetivo de este trabajo es identificar el efecto de la pandemia de COVID-19 en la implementación de un modelo de detección, intervención breve y referencia para el tratamiento del consumo de alcohol en centros de salud del primer nivel de atención de la Ciudad de México, así como en el patrón de consumo de alcohol de los usuarios de estos servicios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se recopilaron los datos de un estudio multicéntrico cuasiexperimental más amplio sobre la aplicación de un modelo DIT en tres países de América Latina. Participaron 287 profesionales de 18 centros de salud de la Ciudad de México; se aplicó el tamizaje de consumo de alcohol a los pacientes mayores de 18 años que acudían a consulta habitual, si se detectaba riesgo de consumo de alcohol, el paciente recibía asesoramiento breve o referencia para recibir tratamiento especializado, junto con folletos informativos.

El período de implementación se dividió en tres momentos determinados por las circunstancias que la pandemia impuso. El primer período se denominó precovid y comprende desde septiembre del 2019 a febrero del 2020; el segundo período fue el de confinamiento, con los meses de mayores restricciones de movilidad y distanciamiento social en la Ciudad de México (de marzo a octubre del 2020); y el tercer período, denominado posconfinamiento, abarcó de noviembre de 2020 a junio de 2021, en este último período se extendieron las campañas de vacunación y se redujeron las restricciones de movilidad en espacios públicos y comerciales. Se recopilaron los siguientes datos en los tres períodos:

- Aspectos sociodemográficos: sexo, edad y escolaridad.
- Detección y consultas: el número de detecciones se contabilizó a través de hojas de registro y se solicitó a las autoridades de salud el número de consultas mensuales por proveedor para obtener el porcentaje de detecciones.
- Patrones de consumo y acciones de atención: se utilizó la versión breve de la AUDIT-C. Se clasificó el tipo de consumo en función de la calificación obtenida: el consumo de bajo riesgo correspondía a puntuaciones de cero a dos; el consumo de riesgo medio, de tres a siete; y para consumo de riesgo alto, puntuación igual o superior a ocho. La detección y las acciones de atención (ofrecer folleto informativo, intervención breve, monitoreo continuo o referencia para el tratamiento) se documentaron en una hoja de registro; cabe señalar que un mismo paciente pudo haber recibido más de una acción.

Análisis

La población de estudio estuvo constituida por un total de 9 109 cédulas de detección, se excluyeron todos los casos con alguna respuesta faltante en el AUDIT-C y la muestra analítica

final fue de 9 090. Se realizaron pruebas de ji al cuadrado para comparar las variables de las características demográficas y de consumo durante los tres períodos. Se usó la correlación de Pearson para identificar la relación entre el número de consultas y el número de tamizajes. Se realizaron pruebas de análisis de varianza para verificar las diferencias en el promedio mensual de puntuaciones del AUDIT-C por niveles de consumo. Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS 25.0®.

El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (CEI/C/021/2018). Se explicaron los objetivos del estudio a todo el personal de los centros de salud y se solicitó su participación informada y voluntaria mediante la firma del consentimiento informado. Se solicitó a los pacientes el consentimiento verbal para preguntarles sobre su consumo; no se solicitó el nombre ni el número de expediente para garantizar la confidencialidad.

RESULTADOS

En el período precovid, se realizaban detecciones por profesionales de salud de diferentes áreas. La pandemia de COVID-19 obligó a reorganizar las funciones del personal de salud, con disminución del número de profesionales que continuaron con las tareas de tamizaje. Disminuyó la afluencia de pacientes, aunque aumentó el porcentaje de detecciones. Por otra parte, se observaron modificaciones en las características sociodemográficas de los pacientes que acudieron a consulta durante el período de confinamiento, así como variaciones en los patrones de consumo.

Aspectos sociodemográficos

En el cuadro 1 se observa que, en el primer período, la mayoría de los pacientes de la muestra eran mujeres de entre 18 y 29 años; si bien esta tendencia se mantuvo durante el confinamiento

y el posconfinamiento, se observó un aumento del número de personas de entre 30 y 49 años. También se detectó un aumento significativo de personas con un mayor nivel de escolaridad en estos dos períodos. Todas las diferencias resultaron ser estadísticamente significativas.

Detecciones y consultas

En la implementación de la detección temprana de consumo de alcohol durante los tres periodos de estudio, el primer efecto que se observó fueron las variaciones notables en el número de consultas y detecciones. El número de consultas disminuyó considerablemente durante la fase de confinamiento; sin embargo, el porcentaje de detección del consumo de sustancias tuvo fluctuaciones en los tres períodos (26%, 53% y 37%, respectivamente) y alcanzó el mayor porcentaje en junio del 2020 (93%) y el mínimo en el primer mes del estudio (septiembre del 2019, 12%) (figura 1).

Patrones de consumo y acciones de atención

De los pacientes tamizados, 75,4% recibieron alguna o varias acciones como intervención breve, folletos con información sobre el consumo de alcohol, monitoreo continuo en el centro de salud o referencia para el tratamiento especializado dentro o fuera del centro. Cada paciente recibió, en promedio, dos acciones de las mencionadas (asesoramiento y folleto, asesoramiento y referencia, folleto y otras combinaciones). Al comparar entre los períodos se encontró que durante el confinamiento se ofrecieron menos acciones de intervención breve y entrega de folletos a los pacientes, que volvieron a aumentar durante el período posconfinamiento, con porcentajes incluso mayores de acciones de monitoreo y referencia. Todas las diferencias resultaron ser estadísticamente significativas (cuadro 2).

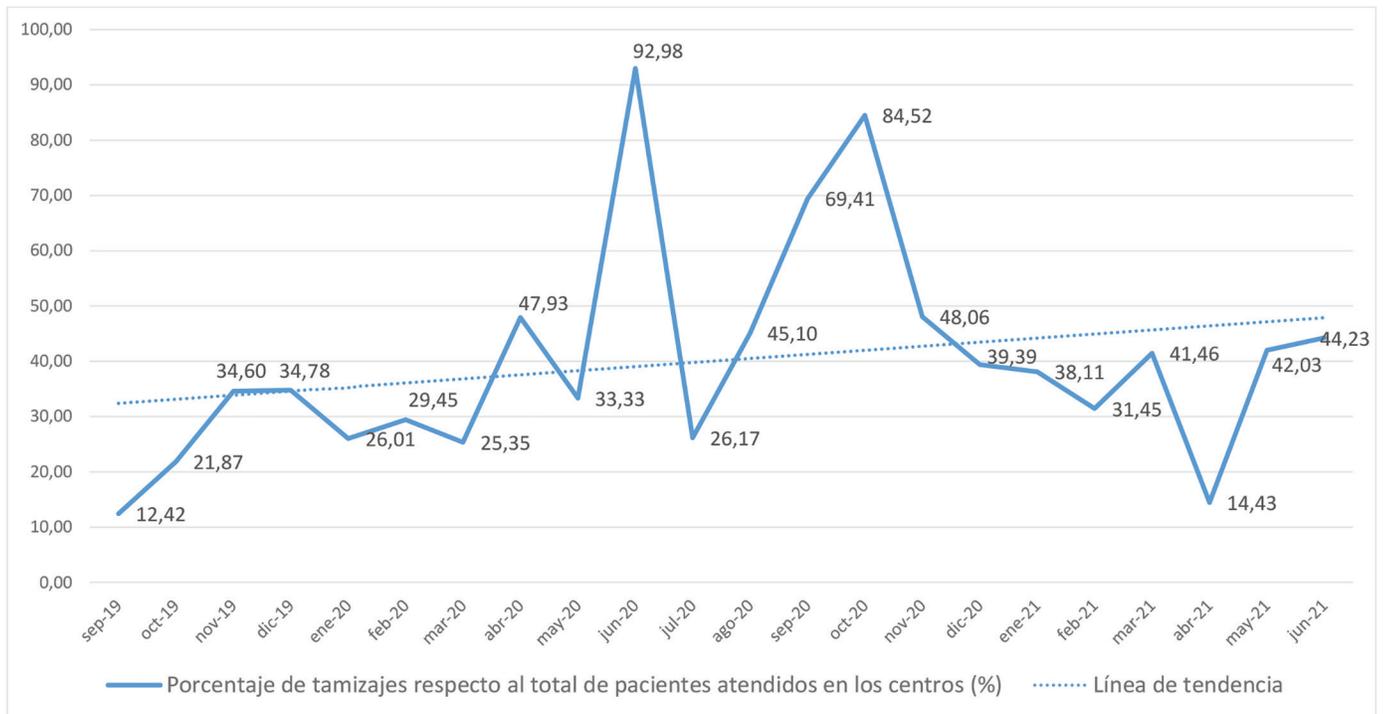
Los patrones de consumo de bajo, medio y alto riesgo corresponden a las puntuaciones de la AUDIT-C, y se obtuvo el

CUADRO 1. Descripción de la muestra tamizada

Período	Total (%)	Prepandemia de COVID-19 (%)	Confinamiento (%)	Posconfinamiento (%)	Valor de P ^a
	(n = 9 090)	(n = 3 995)	(n = 868)	(n = 4 227)	
Sexo					0
Femenino	60	62,9	49,3	59,5	
Masculino	40	37,1	50,7	40,5	
Edad (años)					0
18-29	27,6	25,5	24,5	30,2	
30-39	21,4	19,5	27,8	22	
40-49	18,6	17,9	27,8	22	
50-59	16,2	17,4	14,8	15,4	
60-69	10,5	12,5	10,5	8,6	
70 o más	5,7	7,3	5,2	4,8	
Educación					0
Menor de bachillerato	43,7	52,9	36,8	36,3	
Bachillerato	34	30	40,2	36,6	
Superior	22,3	17,1	23	27,1	

^aPrueba de ji al cuadrado.
Fuente: elaboración propia

FIGURA 1. Porcentaje de tamizajes respecto al total de pacientes atendidos por el personal de salud participante



Fuente: elaboración propia.

CUADRO 2. Descripción de las actividades de tamizaje e intervención breve por períodos

	Total de tamizajes (N = 9 090)	Precovid (n = 3 995)	Confinamiento (n = 868)	Posconfinamiento (n = 4 227)	Valor de P ^a
Intervención breve	47,8	62,8	25,8	41,7	0
Folleto	65	69,2	50,2	65,2	0
Monitoreo	2,7	1,3	0,7	4,1	0
Referencia para el tratamiento	0,6	0,4	0,1	0,9	0,012

^aPrueba de ji al cuadrado.
Fuente: elaboración propia.

porcentaje de notificación de cada uno de ellos por mes. En general, el consumo de alcohol disminuyó durante la pandemia en comparación con el período previo. Sin embargo, durante el período de mayor restricción de movilidad y distanciamiento social, se observó un incremento en el consumo de riesgo medio, con su pico más alto en agosto del 2020. Se realizaron pruebas de análisis de varianza para verificar diferencias en el promedio mensual de puntuaciones de la AUDIT-C por niveles de consumo. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los patrones de riesgo bajo ($F = 6,60$; $P = 0,001$) y riesgo medio ($F = 2,01$; $P = 0,002$), no así en el consumo de alto riesgo.

El consumo de bajo riesgo fue notificado en su mayoría por mujeres (cuadro 3), con una distribución por edad homogénea, salvo en los extremos de los grupos etarios en el que el nivel escolar es menor al bachillerato. Respecto al consumo de riesgo medio, es más frecuente entre los hombres más jóvenes y con mayor escolaridad; el consumo mayor fue en el período de

confinamiento en hombres, mientras en las mujeres disminuyó. Entre los consumidores de alto riesgo, casi la mitad son hombres, distribuidos entre varios grupos etarios, con predominio en los grupos más jóvenes y los de niveles bajos de escolaridad.

Respecto a los consumidores de alto riesgo (puntuación de 8 o más en la AUDIT-C), se registró una mayor proporción de hombres consumidores durante y después del confinamiento, mientras la proporción de mujeres con consumo de riesgo alto fue mayor antes de la pandemia. Asimismo, hubo un mayor número de jóvenes de entre 18 y 20 años con consumo de alto riesgo durante la pandemia; sin embargo, las diferencias por edad no resultaron ser significativas.

DISCUSIÓN

En México, como en otras partes del mundo, la pandemia y las medidas sanitarias de confinamiento tuvieron efecto en el

CUADRO 3. Perfil de los pacientes por patrón de consumo por período

Patrón de consumo	Total			Precovid			Confinamiento			Posconfinamiento			Valor de P ^a		
	Bajo (n = 5260)	Medio (n = 3098)	Alto (n = 653)	Bajo (n = 2 110)	Medio (n = 1 428)	Alto (n = 443)	Bajo (n = 444)	Medio (n = 382)	Alto (n = 43)	Bajo (n = 2 706)	Medio (n = 1 288)	Alto (n = 67)			
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%			
Sexo													0	0	0
Femenino	71,5	42,4	50,8	76,5	43,9	59,1	65,1	31,9	39,5	68,7	43,9	31,7			
Masculino	28,5	57,6	49,2	23,5	56,1	40,9	34,9	68,1	60,5	31,3	56,1	68,3			
Edad (años)													0	0	0,074
18-29	23,9	43,1	26,3	20,7	33,3	22,8	23,1	24,6	37,2	26,4	37,8	32,7			
30-39	18,5	26,5	20,9	16,7	22,8	22,1	22,7	34,6	20,9	19,3	28,3	17,6			
40-49	18,6	17,7	22,3	17,4	17,4	21,6	20,4	18,1	18,6	19,3	17,8	24,8			
50-59	18,5	12,7	14,5	19,8	14,7	14,6	16,2	13,4	14	17,9	10,2	14,5			
60-69	12,8	6,5	11	15,5	8,1	12,5	13	8,1	4,7	10,7	4,2	8,5			
70 o más	7,7	2,6	5,1	9,9	3,7	6,4	4,5	1,3	4,7	6,5	1,7	1,8			
Nivel de educación													0	0	0,28
Menor que bachillerato	48,7	33,4	51,9	59,7	42,2	54,9	45,2	26,3	42,9	40,6	25,9	46,3			
Bachillerato	30,3	41,5	28,8	24,1	39,6	27,2	30,3	52,1	33,3	35,1	40,4	31,7			
Superior	21	25,1	19,3	16,1	18,3	17,8	24,2	21,6	23,8	24,3	33,7	22			

*Prueba de ji al cuadrado, por patrón de consumo por separado.

consumo de alcohol y su atención desde el primer nivel de atención. En este trabajo se identificó una disminución considerable de afluencia de pacientes y un cambio en su perfil sociodemográfico, así como un incremento en el consumo de riesgo durante el período de confinamiento. Asimismo, se observó que el porcentaje de tamizajes realizados por el personal de salud se incrementó durante este mismo período, mientras que las acciones de seguimiento y referencia aumentaron después del confinamiento.

Nuestros hallazgos mostraron una disminución significativa de la afluencia de pacientes que acudieron a los centros de salud; sin embargo, destaca que las detecciones del consumo de alcohol nunca se suprimieron durante el período de confinamiento, mientras que en el período de posconfinamiento el número de pacientes aumentó y, por consiguiente, también las detecciones. El aumento en el porcentaje de detecciones respecto al número de consultas puede deberse a que el personal de salud tuviera más tiempo para atender a cada paciente. Por otra parte, al momento de la emergencia sanitaria, los profesionales tenían información sobre la utilidad de la detección, contaban con los recursos, instrumentos y capacitación necesarios para hacerlo, y conocían los riesgos del consumo de alcohol durante la pandemia como un mecanismo común de afrontamiento y el beneficio de su participación en períodos de crisis, lo que favoreció continuar con la implementación del programa durante el período de confinamiento.

Durante la pandemia se observaron cambios en el perfil sociodemográfico de los pacientes que acudieron a los centros de salud, con un aumento de la asistencia de hombres, personas jóvenes y población con mayor nivel educativo. Esto puede tener relación con el hecho de que, durante el período de confinamiento, se perdieron empleos o se adoptó el trabajo en casa; así, ciertos sectores (que por su horario laboral y distancia no acuden al centro de salud) tenían más disponibilidad de asistir al servicio; el aumento de hombres en la consulta quizá se deba

también al aumento de la preocupación por síntomas relacionados con la COVID-19.

En otros países, durante la pandemia, se han identificado cambios en los patrones de consumo de alcohol; por un lado, mayor consumo entre consumidores de alto riesgo previos (es decir, quienes ya bebían en niveles excesivos antes de la pandemia de COVID-19) y, por otro lado, una disminución del consumo entre consumidores de alcohol de bajo riesgo (17). Esta tendencia también se observó en la Ciudad de México (15, 18). Es preocupante que, entre quienes presentaron consumo de riesgo alto, 50,8% eran mujeres. Si bien se notificó un menor consumo en las mujeres a partir del período de confinamiento, es importante considerarlas como una población que se beneficiaría con la detección temprana y la intervención breve en centros de atención primaria de salud.

Respecto a los hombres, el incremento observado en el porcentaje de consumidores de alto riesgo coincide con lo encontrado en otros estudios donde se ha relacionado una mayor frecuencia del consumo masculino durante el confinamiento (19, 20). Si se tiene en cuenta que los hombres han sido la población con mayor tasa de defunciones por COVID-19 en el país (61,43%) (20), se vuelve primordial tener programas que prevengan comorbilidades, como el consumo de alcohol nocivo, que pudieran incrementar riesgos en la salud.

Contar con una estrategia de detección del consumo de alcohol en el primer nivel de atención nunca fue tan oportuno como en estos momentos para demostrar su utilidad, además de conocer el comportamiento de la población en situaciones de crisis y que el sector salud esté preparado para atenderlo. Muchas de las preocupaciones por el confinamiento afectaron la salud mental, con aumento del consumo de alcohol y sus consecuencias, ya que el confinamiento facilitaría estados emocionales de estrés, incertidumbre y el consumo de alcohol podría ser una forma de enfrentarlos. Uno de los puntos de la estrategia de la OMS para disminuir la problemática del consumo de

alcohol (SAFER, por su sigla en inglés) es el acceso al tamizaje e intervención breve en el primer nivel de atención, que resultó ser beneficioso para incidir en la población de menores recursos antes y durante la epidemia (21).

Los centros de atención primaria de salud estaban capacitados para la detección y atención del consumo de alcohol cuando surgió la pandemia de COVID-19; esto permitió que cumplieran un papel esencial en la prevención en una situación real en un período de crisis.

El surgimiento de la COVID-19 representó un reto y una oportunidad para desarrollar nuevas perspectivas y enfoques innovadores y rigurosos para la recopilación, el uso y el análisis de datos sobre la implementación de programas de detección e intervención temprana (DIT) en el escenario real del primer nivel de atención, nuestro estudio proporciona un marco para cuantificar el impacto a largo plazo (antes, durante y después del confinamiento por COVID-19), y sobre su efecto en el manejo de programas DIT. Se cuenta con información valiosa que puede contribuir a formular políticas de salud desde el primer nivel de atención, incluso en presencia de crisis sanitarias como la causada por la COVID-19, y que sus resultados sirvan de antecedente. Una limitación es que la magnitud y el proceso de obtención de nuestros datos no permiten afirmar que haya habido una disminución o incremento en el consumo de alcohol en la población total, aunque los datos demográficos coinciden con otras encuestas nacionales.

CONCLUSIONES

Este trabajo muestra el beneficio de aplicar esta estrategia como una medida de salud pública. Identificar el efecto de la pandemia en la implementación de un programa de detección oportuna, intervención breve y referencia para el tratamiento del consumo de alcohol en centros de salud ayuda a sugerir políticas en salud por edad, género, nivel de escolaridad y tipo de consumo para el primer nivel de atención.

Es necesario generar estrategias específicas de prevención que amortigüen el consumo riesgoso en momentos de mayor tensión o de crisis social; por ejemplo, el riesgo de usar el alcohol como estrategia de afrontamiento a las crisis. Se identifican grupos de la población que favorecería la construcción de políticas en salud dirigidas a la población joven.

Se observa que, después del período de crisis, hubo una mayor necesidad de monitoreo y referencia a servicios especializados de pacientes con consumo de alto riesgo. Fomentar la detección y la intervención breve en el primer nivel de atención y convertirla en una política de salud costo-efectiva favorecería la prevención y evitaría que los pacientes lleguen al segundo y tercer nivel de atención.

Contribución de los autores. PA y GN concibieron el estudio original. MA, PMF, NB y AP recopilaron, analizaron e interpretaron los datos, escribieron y revisaron el manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

Agradecimientos. Los autores agradecen a Eva Jane Llopis, directora del proyecto SCALA internacional.

Financiamiento. Esta investigación fue financiada por el Programa Horizonte 2020 para investigación, desarrollo tecnológico y demostración en virtud del Acuerdo de subvención n. 778048 – Ampliación de la Prevención y Manejo de los Trastornos por Consumo de Alcohol y Depresión Comorbida en América Latina (SCALA) y por la Fundación Río Arronte en México.

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por los autores.

Declaración Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

REFERENCIAS

- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. ENCODAT, Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017: reporte de alcohol. CMDX: Secretaría de Salud; 2017. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
- Rivera-Rivera L, Sérís-Martínez M, Reynales-Shigematsu LM, Villalobos A, Jaen-Cortés CI, Natera-Rey G. Factores asociados con el consumo excesivo de alcohol: Encuesta nacional de salud y nutrición 2020 sobre COVID-19. *Salud Publica Mex.* 2021;63(6):789-98. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/13187> Acceso el 24 de agosto de 2022.
- Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2014;43(4):1314-27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyu043> Acceso el 25 de agosto de 2022.
- Del Bosque Garza J, Casares C, Fuentes Mairena A, Díaz Negrete D, Nadruille M, González García N, et al. Hacia una mejor respuesta ante el problema del abuso de bebidas con alcohol: el papel del sector salud. *Salud Mental.* 2012;35:165-74. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n2/v35n2a10.pdf> Acceso el 25 de agosto de 2022.
- Rehm J, Gmel GE Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update: alcohol and disease. *Addiction.* 2017;112(6):968-1001. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/add.13757> Acceso el 25 de agosto de 2022.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004;82(11):858-66. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15640922/> Acceso el 25 de agosto de 2022.
- Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health.* 2007;97(9):1638-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17666703/> Acceso el 25 de agosto de 2022.
- Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2013;23(2):89-97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22920734/> Acceso el 25 de agosto de 2022.
- Organización Panamericana de la Salud. Disponibilidad de servicios para la detección y el tratamiento del consumo de alcohol perjudicial y riesgoso en el primer nivel de atención a la salud en México. 2016 [cited 2022 Aug 25]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28273> Acceso el 25 de agosto de 2022.
- Babor T, Higgins-Biddle JC, Organización Mundial de la Salud. Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de

- alcohol: un manual para la utilización en atención primaria. Virtual Health Library. 2006. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/lis-41732> Acceso el 25 de agosto de 2022.
11. Anderson P. SCALA framework. Asking and advising about alcohol in primary health care at municipal level. Disponible en: https://www.scalaproject.eu/images/SCALA_Framework_for_asking_and_advising_about_alcohol.pdf Acceso el 25 de agosto de 2022.
 12. Anderson P, Bendtsen P, Spak F, Reynolds J, Drummond C, Segura L, et al. Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. *Addiction*. 2016;25;111(11):1935-45.
 13. Jané-Llopis E, Anderson P, Piazza M, O'Donnell A, Gual A, Schulte B, et al. Implementing primary healthcare-based measurement, advice and treatment for heavy drinking and comorbid depression at the municipal level in three Latin American countries: final protocol for a quasiexperimental study (SCALA study). *BMJ Open*. 2020;10(7):e038226. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7390229/> Acceso el 25 de agosto de 2022.
 14. Anderson P, Manthey J, Llopis EJ, Rey GN, Bustamante IV, Piazza M, et al. Impact of training and municipal support on primary health care-based measurement of alcohol consumption in three Latin American countries: 5-month outcome results of the quasi-experimental randomized SCALA trial. *J Gen Intern Med*. 2021;36(9):2663-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33469752/> Acceso el 25 de agosto de 2022.
 15. Manthey J, Carr S, Anderson P, Bautista N, Braddick F, O'Donnell A, et al. Reduced alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: analyses of 17 000 patients seeking primary health care in Colombia and Mexico. *J Glob Health*. 2022 [cited 2022 Aug 25];12:05002. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35356652/> Acceso el 25 de agosto de 2022.
 16. Berenzon-Gorn S, Saavedra-Solano N, Galván-Reyes J. Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel: una aproximación socioecológica. *Salud Publica Mex*. 2018;60(2):184-91. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8673> Acceso el 24 de agosto de 2022.
 17. Pollard MS, Tucker JS, Green HD. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During the COVID-19 Pandemic in the US. *JAMA Network Open*. 2020;3(9):e2022942. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770975>
 18. Martínez-Vélez NA, Tiburcio M, Natera Rey G, Villatoro Velázquez JA, Arroyo-Belmonte M, Sánchez-Hernández GY, et al. Psychoactive substance use and its relationship to stress, emotional state, depressive symptomatology, and perceived threat during the COVID-19 pandemic in Mexico. *Front Public Health*. 2021;9:709410. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.709410>
 19. Garcia-Cerde R, Valente JY, Sohi I, Falade R, Sanchez ZM, Monteiro MG. Alcohol use during the COVID-19 pandemic in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;18;45:1. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53908/v45e522021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 20. Villanueva VJ, Motos P, Isorna M, Villanueva V, Blay P, Vázquez-Martínez A. Impacto de las medidas de confinamiento durante la pandemia de COVID-19 en el consumo de riesgo de alcohol. *Rev Esp Salud Publica*. 2021;95:1. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202101015.pdf.
 21. Organización Mundial de la Salud. El paquete técnico SAFER: cinco áreas de intervención a nivel nacional y subnacional. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51867/9879275321959_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Manuscrito recibido el 10 de mayo de 2022. Aceptado, tras revisión, para su publicación el 29 de agosto de 2022.

Detection of alcohol consumption at the first level of care in Mexico during the COVID-19 pandemic

ABSTRACT

Objective. To measure the impact of the COVID-19 pandemic on the implementation of a program for timely detection, brief intervention, and referral for treatment of alcohol consumption in health centers at the first level of care in Mexico City.

Methods. The data were collected at 18 health centers in Mexico City between 2019 and 2021, as part of a larger study. A total of 287 participating health professionals measured their patients' alcohol consumption using the AUDIT-C test. The patients' demographic aspects and consumption patterns were analyzed, as well as care actions (detection, brief intervention, provision of leaflets, monitoring, and referral) at three points in time: before the COVID-19 pandemic, during confinement, and after confinement. Parametric and nonparametric tests were performed to identify the relationship and differences between the variables at the three points.

Results. A total of 9090 people who consumed alcohol were identified; detection of consumption fluctuated in the three periods studied (26%, 53%, and 37%, respectively). Medium- and high-risk consumption was more frequent among young men with higher schooling during and after confinement. In the post-confinement period, monitoring and referral actions increased.

Conclusions. Measuring the impact of the pandemic on the implementation of a program for timely detection of alcohol consumption, brief intervention, and referral for treatment in health centers helps to develop health policies by age, gender, schooling, and type of consumption at the first level of care.

Keywords

Alcohol drinking; brief intervention; health centers; primary health care; Mexico.

Detecção do consumo de álcool no nível da atenção primária no México durante a pandemia de COVID-19

RESUMO

Objetivo. Medir o efeito da pandemia de COVID-19 na implementação de um programa de detecção oportuna, intervenção breve e encaminhamento para tratamento pelo consumo de álcool em centros de saúde no nível da atenção primária na Cidade do México.

Métodos. Foram coletados dados em 18 centros de saúde na Cidade do México entre 2019 e 2021, como parte de um estudo mais amplo. Participaram 287 profissionais de saúde, que mediram o consumo de álcool de seus pacientes com o teste AUDIT-C. Foram analisados aspectos demográficos e o padrão de consumo dos pacientes, bem como as medidas em termos de atendimento (triagem, intervenção breve, entrega de folhetos, monitoramento e encaminhamento) em três momentos: antes da pandemia de COVID-19, durante o confinamento e após o confinamento. Foram feitos testes paramétricos e não paramétricos para identificar a relação e as diferenças entre as variáveis nos três períodos.

Resultados. Foram identificadas 9.090 pessoas com consumo de álcool, sendo que a porcentagem de consumo detectada flutuou nos três períodos estudados (26%, 53% e 37%, respectivamente). O consumo de médio e alto risco foi mais prevalente entre homens jovens e com nível maior de escolaridade durante e após o confinamento. No período posterior ao confinamento, as medidas de monitoramento e encaminhamento aumentaram.

Conclusões. Medir o impacto da pandemia na implementação de um programa de detecção oportuna, intervenção breve e encaminhamento para tratamento do consumo de álcool em centros de saúde ajuda na formulação de políticas de saúde por idade, gênero, escolaridade e tipo de consumo para o primeiro nível de atenção.

Palabras-chave

Consumo de bebidas alcohólicas; intervenções breves, centros de saúde; atenção primária à saúde; México.
