

01982
2/90



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**DIFERENCIAS POR GENERO EN LAS PRACTICAS
DE CONSUMO DE ALCOHOL**

**Resultados de un estudio llevado a cabo en la
población de 18 años y más de una entidad urbana y
otra rural del Estado de Michoacán**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN PSICOLOGIA SOCIAL
P R E S E N T A :**

MTRA. MA. ELENA MEDINA-MORA ICAZA

DIRECTOR DE TESIS: ROLANDO DIAZ-LOVING

COMITE DE TESIS: DRA. GRACIELA RODRIGUEZ

DRA. ISABEL REYES

DR. HECTOR AYALA

DR. ARTURO BOUZAS

SUPLENTES:

DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA

DRA. EMILIA LUCIO

MEXICO, D. F

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

| | | |
|---|---|-----------|
| RESUMEN | | 1 |
| INTRODUCCION | | 1 |
| PRIMERA PARTE: MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES | | |
| INTRODUCCION | | 4 |
| CAPITULO 1.1 | MARCO CONCEPTUAL | 5 |
| CAPITULO 1.2 | EL ESTUDIO DEL ALCOHOL DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL | 12 |
| 1.2.1 | PATRONES DE CONSUMO | 18 |
| 1.2.2 | NORMAS, RAZONES DE CONSUMO, ACTITUDES HACIA EL CONSUMO Y LA EMBRIAGUEZ | 38 |
| 1.2.3 | PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO | 41 |
| 1.2.4 | GENERO, DEPRESION Y ABUSO DE ALCOHOL | 46 |
| CAPITULO 1.3 | GENERO Y CONSUMO DE ALCOHOL | 53 |
| 1.3.1 | EL HOMBRE Y LA MUJER EN LA CULTURA MEXICANA ASPECTOS DEMOGRAFICOS, SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES | 53 |
| 1.3.2 | PANORAMA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MEXICO: VARIACIONES POR GENERO | 63 |
| 1.3.3 | EL ALCOHOL EN EL HOMBRE Y LA MUJER: CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES | 68 |
| SEGUNDA PARTE: INVESTIGACION | | |
| INTRODUCCION | | 81 |
| CAPITULO 2.1 | METODO | 82 |
| 2.1.1 | OBJETIVOS | 82 |
| 2.1.2 | INSTRUMENTO DE ESTUDIO Y DEFINICION DE VARIABLES | 82 |
| 2.1.3 | UNIVERSO DE ESTUDIO | 89 |
| 2.1.4 | DISEÑO Y SELECCION DE LA MUESTRA | 90 |
| 2.1.5 | PROCEDIMIENTO | 91 |
| 2.1.6 | PLAN DE ANALISIS DE RESULTADOS | 93 |
| 2.1.7 | RESULTADOS DEMOGRAFICOS Y DE MANEJO DEL ESTUDIO | 96 |

RESULTADOS

| | | |
|---------------------|---|------------|
| CAPITULO 2.2 | PATRONES DE CONSUMO | 102 |
| 2.2.1 | FRECUENCIA DE CONSUMO | 102 |
| 2.2.2 | CANTIDAD | 107 |
| 2.2.3 | FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ | 110 |
| 2.2.4 | TIPOLOGIA DE PATRONES DE CONSUMO | 111 |
| 2.2.5 | PREDICTORES DE LA ABSTINENCIA, DEL USO Y DE LA EMBRIAGUEZ | 118 |
| CAPITULO 2.3 | PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO | 123 |
| 2.3.1 | NUMERO Y TIPO DE PROBLEMAS | 124 |
| 2.3.2 | PREDICTORES DE PROBLEMAS | 128 |
| 2.3.3 | PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS | 130 |
| 2.3.4 | RELACION ENTRE FORMA DE CONSUMO Y MANIFESTACION DE PROBLEMAS | 131 |
| CAPITULO 2.4 | NORMAS Y RAZONES DE CONSUMO | 147 |
| CAPITULO 2.5 | COMPARACION DE LOS PATRONES DE CONSUMO EN MEXICO CON LOS OBSERVADOS EN OTRAS POBLACIONES | 162 |
| CAPITULO 2.6 | ESTRES, APOYO SOCIAL, DEPRESION Y ABUSO DE ALCOHOL | 169 |
| CAPITULO 2.7 | CONCLUSIONES | 175 |

REFERENCIAS

APENDICES

RESUMEN

El objetivo de ésta tesis es analizar las diferencias por género con respecto a la conducta de consumo de alcohol, las consecuencias del abuso y las diferencias psicosociales que se asocian con esta práctica.

Las comunidades seleccionadas para el estudio fueron la ciudad de Morelia y el municipio rural de Tarímbaro en el estado de Michoacán. El universo de estudio lo constituyeron todas las personas de 14 años en adelante que habitaban viviendas normales. En esta tesis se analiza exclusivamente la población de 18 años y más (86% de la muestra original). En la zona urbana se eligió un diseño multietápico, (localidades, hogares e individuos) estratificado, en donde la variable de estratificación fue el nivel socioeconómico de la zona. En el municipio de Tarímbaro se empleó un esquema aleatorio multietápico. Se utilizó un cuestionario administrado en una entrevista cara a cara, validado en estudios previos y evaluado nuevamente en un estudio piloto en poblaciones similares.

Los resultados indican que el patrón de consumo típico de la población masculina es el consumo poco frecuente pero con grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo. El 10% de los bebedores más fuertes, consume el 65% del alcohol disponible en la región. Es de llamar la atención la práctica ausencia de hombres que limitan la cantidad de alcohol que consumen. Solamente 8% de los hombres calificaron para la categoría de bajo nivel de consumo, esto es limitan la cantidad de alcohol que beben a 1 ó 2 copas; 67% de los hombres que beben por lo menos una vez al mes, son bebedores de alto nivel (5 ó mas copas por ocasión), esto ocurre solamente en un 21% de las mujeres que beben con esta frecuencia.

En la población rural, se observa, lo que a nivel internacional, sucede para el país, coexisten altas tasas de abstención, con índices altos de problemas. Esto ocurre porque el alcohol disponible es consumido por una proporción menor de personas que beben grandes cantidades cada vez que beben.

La mujer presenta índices mas altos de depresión que el hombre. El consumo de alcohol, no modifica esta relación, la fortalece. Mientras más severo es el patrón de consumo de la mujer, más alto es el nivel de depresión y mayores son las diferencias en relación con el hombre. La depresión, en los hombres, fue explicado en primer lugar por el índice de problemas con el alcohol, en segundo término por la escolaridad del jefe de familia en sentido negativo, y en tercer lugar por la desesperanza medida en términos de ideación suicida. En las mujeres pesaron más la desesperanza, la baja escolaridad, el estrés, el poco ingreso y solo en último lugar el índice de problemas con el alcohol.

La conducta estudiada, está fuertemente regulada por normas estrictas sobre quién puede beber; son evidentes los dobles parámetros, mientras se considera adecuado que el hombre beba en exceso, la mujer debe de abstenerse. Existe marcado consenso en torno a estas normas, son apoyadas por hombres y mujeres, jóvenes y viejos. Sin embargo los resultados también indican que la situación puede estar cambiando. La mujer se involucra cada vez más en el consumo, son las más jóvenes, las que tienen mejor nivel de ingresos y quienes tienen actitudes liberales hacia el consumo.

La actitud de la población frente a medidas de control de disponibilidad es ambivalente. Dos terceras partes de la población estuvieron de acuerdo con las medidas de control de disponibilidad instrumentadas por el gobierno pocos meses antes del levantamiento de la encuesta. Sin embargo solo una tercera parte consideró que las medidas habían de hecho logrado su objetivo. Cerca de la mitad de la población consideró que había aumentado la venta ilegal. La opinión de la población muestra variaciones importantes, las personas de origen rural, y la población urbana con baja escolaridad y bajos niveles de ingreso estuvieron más de acuerdo con medidas de control de este tipo. En los varones el índice de problemas predijo también una actitud positiva.

INTRODUCCION

El abuso de bebidas alcohólicas, por sus importantes repercusiones sobre el individuo y la sociedad, ha sido tema de estudio de múltiples investigadores con diferente formación disciplinaria, también ha cambiado la respuesta social frente a estos problemas.

El foco de atención ha variado, desde considerar al abuso como una debilidad y frente a ésta, la respuesta ha sido disciplinaria; se ha considerado al alcohol como un veneno y la respuesta ha sido la prohibición; el foco de atención se ha colocado en el individuo considerando al alcoholismo como una enfermedad y la respuesta ha sido el tratamiento; se ha considerado que el problema es la forma en que el alcohol se comercializa y la respuesta ha sido su regulación, y se le ha considerado como un problema de salud pública en el que se han incluido aspectos relacionados con el producto mismo, con el individuo con diferente vulnerabilidad y resistencia y con un medio ambiente que juega un papel preponderante tanto en la forma de consumir como en sus consecuencias, en donde el foco de atención es la conducta abriendo así las posibilidades de aplicación de la psicología.

Tradicionalmente la psicología, principalmente la psicología clínica ha enfocado al enfermo y se ha limitado al tratamiento del alcohólico, sin embargo avances en la disciplina psicológica, principalmente en sus variaciones de psicología social y de psicología de salud, junto con una ampliación del entendimiento de la forma en que se manifiesta el problema de abuso de alcohol y las posibilidades de prevención, han ampliado la perspectiva de abordaje. En todo caso puede decirse sin lugar a duda que el estudio de un problema multidisciplinario desde diferentes enfoques conceptuales y utilizando técnicas provenientes de diferentes disciplinas, ha complementado nuestro entendimiento de él y las posibilidades de abordarlo.

Esta tesis aproxima el fenómeno del abuso de bebidas alcohólicas desde la perspectiva de la psicología social, entendida ésta como el estudio de las relaciones entre los individuos y los grupos, se separa de las explicaciones individualistas que reducen los fenómenos a la voluntad y acción individual y de las explicaciones holístico deterministas que reducen los fenómenos a la acción de las macroestructuras y así estudia el fenómeno desde la perspectiva de la salud pública.

Este enfoque psicológico, junto con la utilización de las encuestas de población, ha permitido comprender, entre otras cosas, que los problemas que tiene una sociedad van mucho más allá que su número de alcohólicos y bebedores problema, ha documentado como los bebedores problema que tradicionalmente se habían estudiado en centros de tratamiento, son muy diferentes a los que pueden abordarse en la comunidad, ha permitido identificar un grupo de bebedores cuya historia natural de la enfermedad no obedece al modelo progresivo hacia la dependencia y para quienes existen otras alternativas de control de su conducta más allá de la abstinencia completa, por citar solamente algunos ejemplos. Esta manera de conceptualizar el problema ha puesto de manifiesto que es mucho más amplio de lo que tradicionalmente se había considerado pero también ha identificado nuevas alternativas de control y prevención.

México se presenta como un caso diferente al que se ha documentado en otros países, ya que el nivel de consumo per cápita no explica el elevado índice de problemas de salud, se presentan índices comparativamente bajos de consumo y mortalidad por cirrosis de las más altas del mundo; obedece solo en parte, al patrón característico de culturas que se han denominado secas en donde como en nuestro caso, el alcohol no se consume diario como ocurre en las culturas mediterráneas o húmedas y se acerca a éstas en sus consecuencias.

Esta tesis intenta dar respuesta a esta aparente contradicción, al estudiar cómo la forma de beber se relaciona con la manifestación de problemas y cuál es la influencia de los factores sociales en la determinación de la conducta y en la manifestación de problemas. Utiliza como elemento central de análisis el género, entendiendo éste como constructo social que permite entender la influencia de las variaciones en la vulnerabilidad biológica y de la normatividad de la cultura en la manifestación de una conducta. Apoya las hipótesis que surgen de este análisis con la comparación de poblaciones rurales y urbanas y con datos que provienen de estudios similares realizados en otras culturas, lo que permite entender mejor el papel de lo social.

Consta de dos partes, en la primera se establece el marco conceptual, se explica la posición conceptual de este estudio frente a las corrientes psicológicas actuales. Explica la perspectiva para abordar el problema desde la psicología social, plantea el modelo de análisis y delimita tanto la definición conceptual de las variables de estudio como su conceptualización y medición. Aporta desde aquí métodos adaptables a la forma peculiar en que se manifiesta la conducta en nuestro medio y que difieren de las tradiciones anglosajonas y escandinavas que han dominado el estudio de este problema. Se describen los antecedentes derivados de estudios previos y se abordan las diferencias de género.

En la segunda parte se presenta la investigación, se describen los patrones de consumo y los problemas relacionados con esta práctica, se describen las normas sociales y se analiza su papel en el moldeamiento de la conducta de consumo y en su influencia en la manifestación de problemas. Se analiza la relación específica entre la forma de beber y la aparición de diferente tipos de problemas tanto de índole individual como social. Dada la relación entre abuso de alcohol y depresión y las variaciones en la vulnerabilidad de hombres y mujeres, se estudian las respuestas sociales frente a este problema, se analiza el papel de la depresión y del apoyo social como un intento de explicar las variaciones por género. Se concluye haciendo propuestas específicas para la prevención de este problema a la luz de los hallazgos de la investigación.

PRIMERA PARTE: MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES

INTRODUCCION

En esta primera sección se hace una revisión teórica y de antecedentes sobre el tema que sirven de base a la investigación que se está proponiendo.

El primer capítulo presenta el marco conceptual.

El segundo capítulo trata el estudio del alcohol desde una perspectiva social, describe el marco conceptual y los principales parámetros utilizados en este estudio: los patrones de consumo, las normas en torno al uso, los problemas que se derivan del consumo y de su definición cultural.

En el tercer capítulo se analiza el papel del hombre y la mujer en la cultura mexicana, se revisan aspectos demográficos, socioeconómicos y culturales.

Se presenta un panorama del alcohol en México. Se incluyen antecedentes históricos, el consumo per cápita, los patrones de consumo, las consecuencias médicas y sociales, las normas, valores y actitudes, el tratamiento, la prevención. Se analiza la situación de México en comparación con otros países.

Se abordan, así mismo, los efectos del consumo de alcohol en el hombre y principalmente en la mujer, las consecuencias biológicas y psicosociales así como los factores de riesgo propensión y vulnerabilidad de presentar problemas. Para concluir se revisan, de manera somera aspectos relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y las políticas de salud.

Se concluye planteando la problemática de las diferencias por género y las hipótesis de la investigación que se presentan en la segunda parte de este trabajo.

1.1 MARCO CONCEPTUAL

El estudio pretende conocer las variaciones poblacionales por género, de la distribución de la conducta de consumo de alcohol, sus determinantes y consecuencias y el papel que desempeñan las normas sociales en el moldeamiento de la conducta y en sus secuelas.

De esta forma se le puede ubicar dentro de las contribuciones de la psicología que toman a la sociedad como unidad de estudio y pretenden orientar sus políticas de salud y educación principalmente. Este enfoque se diferencia de los estudios que se interesan en el comportamiento individual y tienen como fin modificarlo. A pesar de que tradicionalmente se ha considerado a la psicología como una disciplina que estudia e intenta modificar los determinantes de la conducta individual, gradualmente se ha ido reconociendo su contribución en el nivel social.

En esta tesis se asume que ambos enfoques en relación con el consumo de alcohol, individual y social, son complementarios, más que excluyentes. Se examinan desde las formulaciones contemporáneas de la psicología social.¹

Se considera que el estudio del consumo de alcohol es un problema que debe de investigarse desde distintos enfoques y niveles de análisis psicológicos, y por diversas disciplinas en forma coordinada, ya como enfoque interdisciplinario o mediante un intercambio de conceptos y técnicas que propician lo que Geertz (1983) denomina "desdibujamiento de géneros".²

1 Harré, Clarke y de Carlo (1989) distinguen tres grados de procesos dentro de los cuales está comprendida la vida humana. El nivel inferior se refiere a los microprocesos automáticos, que permiten la ejecución de planes de acción regidos por reglas. El nivel intermedio se refiere al método etogénico, que estudia los cuerpos de conocimiento social, lingüístico, práctico, que son característicos de distintas clases y competencias. El tercer nivel se refiere a procesos y estructuras colectivas que son sociales en el sentido más amplio, esto es los "múltiples órdenes morales que penetran en cada artefacto de nuestra vida." Así la psicología social mediaría entre los procesos individuales y colectivos.

2 Geertz, (1983), establece que las ciencias sociales apuntan a cambios importantes, relacionados con: i) la mezcla de géneros o "géneros desdibujados"; ii) un alejamiento de las leyes como sustancias ideales de explicación hacia interpretaciones y iii) la utilización de analogías, tomadas de las humanidades, que juegan un papel en el entendimiento sociológico y que han conducido a una refiguración del pensamiento social. De acuerdo con él, los científicos sociales, (los de la conducta, de la cultura o los humanista), han ganado la libertad de moldear su trabajo en términos de sus necesidades, más que de acuerdo con ideas otorgadas o preconcebidas, de lo que deberían o no hacer.

Diversos autores señalan la existencia de una tensión en la psicología social que proviene de la dificultad de situarse entre las explicaciones individuales psicológicas y las colectivas o sociológicas (Paéz, Valencia, y cols, 1992).

Paéz y cols. (1992), intentan resolver esta tensión dividiendo el trabajo de psicólogos sociales en dos orientaciones que denominan psicología social psicológica y psicología social sociológica. La primera utiliza métodos experimentales y se centra en los procesos psicológicos que median las conductas sociales. La psicología social sociológica utiliza, en cambio, la encuesta, la entrevista abierta y la observación participante. Incluye diferentes paradigmas³ normativos⁴ como la teoría de roles o interpretativos⁵ como el interaccionismo simbólico.

El objeto de estudio de la psicología social, (incluyendo tanto la psicológica como la sociológica) de acuerdo con Paéz, y cols (1992), serán las relaciones entre individuos y grupos, y las relaciones entre estas relaciones. Esto permite a la psicología social jugar un papel articulador entre las estructuras sociales y las estructuras psíquicas. Se separa de las explicaciones individualistas que reducen los fenómenos a la voluntad y acción individual y de las explicaciones holístico-deterministas que reducen los fenómenos a la acción de las macroestructuras.

3 Overton y Recese (citado en Paéz y cols, 1992) emplean en término paradigma - con sus sinónimos, visión del mundo, modelos metafísicos -, en un sentido formal abstracto a-histórico, diferente al que le atribuye Kuhn (1981). Para Overton y Recese, los paradigmas ofrecen un marco conceptual apropiado para ordenar la variedad de teorías existentes, y, en esa medida para buscar principios abstractos que permitan encontrar semejanzas y diferencias entre ellas. (Paéz, Valencia, Morales, Sarabia, Ursua, 1992).

Para Gergen (1990), las metáforas (paradigmas o analogías según Geertz), son el medio por el cual avanzamos en nuestro entendimiento de la vida social. Las metáforas proporcionan un marco para el análisis y comprensión de los fenómenos naturales y humanos. Así en la hipótesis del mundo mecanicista, la metáfora básica o modelo que permite representar todos los fenómenos es la máquina, representa el mundo apelando a un mecanismo constituido de piezas discretas o elementos que actúan articulados entre sí y que operan sobre un campo espacio temporal. Su modelo del ser humano es el de un organismo reactivo. La hipótesis organicista emplea como metáfora básica el organismo, el sistema vivo organizado y expuesto a la experiencia en sus múltiples formas. La actividad y no los elementos es el carácter social de los organismos. Su modelo de ser humano, es el de un organismo activo.

Las metáforas (hipótesis del mundo, paradigmas, analogías) permiten a los investigadores a ver el mundo bajo una luz diferente, formular predicciones novedosas y buscar nuevas formas de evidencias. Para él los avances científicos dependen de la presión que se haga sobre los límites de las formas actuales de entendimiento. Nuevas formas de interpretación constituyen el fundamento necesario de nuevos rangos de exploración. Las metáforas abren nuevas avenidas de interpretación e investigación que implica la elaboración de un nuevo lenguaje.

4 Considera que la conducta social es gobernada por reglas, que se deben de investigar con los métodos de las ciencias naturales. Es de orientación objetiva y considera que fuerzas impersonales regulan la conducta. Investiga el hecho social dado.

5 Considera que la acción humana es intencional y que debe de ser comprendida en su significación. Es de orientación subjetiva, y considera que las acciones humanas recrean continuamente lo social. Investiga la construcción de lo social.

Esta perspectiva sitúa a la psicología social como mediadora entre la psicología general y la sociología. Toma en cuenta cómo la estructura social determina la situación y las formas sociales de pensamiento, pero también cómo el sujeto reproduce y recrea esa realidad actuando y aplicando los conocimientos socialmente dados.

La investigación psicológico-social en el campo de las adicciones, tiene como papel, el de incrementar nuestro conocimiento acerca del significado, tendencias y etiología de la conducta humana de uso de sustancias psicoactivas y el de servir de base para la elaboración y evaluación de políticas en este campo. Para conseguir este objetivo existen una diversidad de paradigmas con una epistemología característica y un conjunto de métodos e indicadores utilizados en la investigación.

En esta tesis se ha adoptado un paradigma Normativo. Asume que la realidad externa es objetiva, y que la conducta social es gobernada por reglas que pueden ser investigadas. Estudia al sistema social a través de macro conceptos: instituciones, normas, posiciones, roles, expectativas, que influyen sobre la conducta.

El desarrollo de la psicología social se ha dado en el sentido de familias de teorías o paradigmas que se entrecruzan y mezclan. De acuerdo con Gergen (1990), la mezcla de metáforas ha sido un potente estímulo para los teóricos sociales.

Se parte de la concepción de que la mayor parte de las teorías en ciencias sociales nos proporcionan afirmaciones orientadoras acerca de los fenómenos sociales más que leyes matemáticas estrictas comunes en otros campos. Nos orientan a buscar los determinantes de las acciones sociales en ciertos lugares y no en otros.

Así, cuando se pretende estudiar las prácticas de consumo, los economistas buscan los determinantes en la estructura económica de la sociedad, los biólogos buscan los determinantes genéticos. Los sociólogos estudian, las instituciones, los patrones de interacción social o la influencia de los padres, del grupo de pares o de la propaganda. Los psicólogos estudian los factores relacionados con la personalidad, con la cognición o los determinantes de la conducta.

Estas teorías no son necesariamente excluyentes, más bien pueden ampliar nuestra visión del problema. Así en las prácticas de consumo de alcohol interviene la estructura económica que regula la oferta, la demanda, la disponibilidad y las expectativas sociales en torno al consumo (Room, 1983; Makela, 1991). El factor genético es de especial

importancia, su papel como factor predisponente es incuestionable (Blum, 1990). El poder moldeador de la cultura sobre las prácticas de consumo es evidente (Moser, 1982), todos estos factores junto con las variaciones individuales (Kellam y cols., 1992) y las interacciones sociales (Moos, 1983), permiten explicar las variaciones de las prácticas de consumo y de sus consecuencias en diferentes grupos sociales. Resulta evidente que el problema del abuso de alcohol requiere de un enfoque multidisciplinario o interdisciplinario.

Room (1991), ha clasificado los métodos que se derivan de estos paradigmas⁶ en: etnografía; encuestas; estudios y experimentos psicosociales; estudios de indicadores sociales y de salud; estudios históricos, culturales y sobre políticas, basados en documentos.

Tradicionalmente los métodos habían estado ligados a disciplinas específicas, antropología, sociología, psicología. Sin embargo con el entendimiento de la naturaleza multidisciplinaria de la mayor parte de los problemas, se observa una tendencia al uso indistinto de estos métodos por científicos con antecedentes de diferentes disciplinas.

Así, los estudios en el campo de las adicciones, más tradicionalmente ligados a la psicología, han enfatizado la prueba empírica de teorías acerca de la conducta humana. No se han interesado en la descripción sino en la etiología. Se han caracterizado por cuidar mucho la validez interna, pero la generalización de sus resultados es limitada.

En contraparte, las encuestas enfatizan la descripción y tienen su mayor mérito en la generalización de sus resultados. Incluyen descripciones de la conducta y actitudes de una población en el tema de interés, el análisis se centra en la relación entre diferentes características individuales (por ejemplo el género de los respondientes y su actitud hacia el control de la disponibilidad de alcohol). Prueban la relativa contribución, sobreposición e interacciones de diferentes variables, que explican las variaciones en las actitudes, conductas o condiciones de interés.

En efecto, la tendencia actual apunta hacia "el desdibujamiento" de disciplinas o integración de enfoques en el mismo estudio, las investigaciones etnográficas incluyen componentes de encuestas, los instrumentos de la psicología social experimental se incluyen cada vez más en las encuestas (Room, 1991), los psicólogos sociales, recurren con más frecuencia a este método (Diaz Loving y cols., 1990; Pick y cols., 1988, Reyes y cols., 1990), nuevas formulaciones sobre psicología del desarrollo se elaboran y validan a la luz de encuestas prospectivas (Kellam, 1990).

6 Este concepto de paradigma se asemeja a las "hipótesis del mundo" de Overton y Reese.

En este sentido se coincide con la postura de Ibañez (1992), para quien no existe una única metodología válida, y establece que es de hecho el problema que se quiere resolver lo que debe de orientar la elección del método. De acuerdo con Room (1991), la tendencia hacia la combinación de métodos refleja la madurez que ha alcanzado la investigación social en este campo, en el que los investigadores se apartan cada vez más del dominio exclusivo de un enfoque, en un compromiso mayor con la conceptualización de que las adicciones son un problema esencialmente multidisciplinario.

Esta tesis utiliza de la epidemiología, métodos y conceptos que son útiles para evaluar este problema, pero no comparte la tradición del modelo de enfermedad infecciosa, considera que el individuo no es una víctima pasiva, sino con intención propia en la búsqueda del agente. Se considera la utilidad de la epidemiología para identificar factores asociados con una variedad de problemas sociales y de salud tales como la violencia, las enfermedades mentales y los problemas derivados del abuso de sustancias psicoactivas, en este contexto el énfasis se aleja del agente, como sucede en el marco de las enfermedades infecciosas para subrayar las interacciones entre el huésped y el medio ambiente. Se concede a los factores psicosociales un papel preponderante y se estudian factores provenientes de múltiples contextos, en su capacidad de aumentar o disminuir el riesgo de aparición de la conducta. Así se toman elementos del contexto y de las interacciones interpersonales, tomando a la unidad social y no al individuo como objeto de estudio.

¿Por qué la unidad social y no el individuo?. La evidencia científica sugiere que el riesgo de las consecuencias más adversas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas, es una función monótona de la cantidad consumida, a pesar de que la forma de la distribución varía de problema (p.e. cirrosis) a problema (p.e. suicidio) (Makela y cols., 1985, 1988; Roizen, 1980; Péquignot, 1974; Borges, 1992). Sin embargo, la mayor cantidad de problemas ocurre en los bebedores moderados (Medina-Mora y cols., 1990). Esto es, a pesar de que la tasa de problemas es menor entre los usuarios moderados que entre los fuertes, debido a que estos son más numerosos son los principales contribuyentes en el índice de problemas que presenta una sociedad. Por lo tanto, las medidas orientadas a la población general tendrán un valor preventivo importante. Delimitar el estudio a los bebedores más severos, se limitarían también las posibilidades de intervención.

Esta observación tiene implicaciones en la selección de la población de estudio y en la elección de los indicadores para definir las variables de interés. En 1980, el clásico artículo de Room, llama ya la atención a los dos mundos de los problemas de alcohol. El que se desprende de los estudios clínicos y el de los estudios en población general, señalando cómo los problemas observados en un "mundo" no tenían similitud con los observados en el otro.

Los estudios en población general nos permiten estudiar a un amplio rango de bebedores pero incluyen muy pocos bebedores fuertes y dependientes (Room, 1985; Caetano, 1988, Roizen, 1980; Medina-Mora, 1988, 1992) por lo que no es práctico dedicar tanto interés al extremo de la curva en donde se ubican.

Los estudios en poblaciones clínicas, por otra parte, pueden estudiar mejor este sector de la población, sin considerarlo como un ente separado, no hay evidencia que indique que existe un salto cualitativo entre los bebedores de un grupo y otro, se sabe que el desarrollo de la dependencia es lento (Makela, 1991), y que no todos los sujetos que presentan problemas con su forma de beber progresan irremediablemente a la falta total de control. Tampoco hay razón para asumir, que las poblaciones clínicas, considerando dentro de estas, no solamente a la última parte de la curva, sino también a los bebedores menos afectados que sin embargo tienen problemas con su forma de beber, no son influidos por las normas sociales. Ni aún los bebedores crónicos más aislados, consumen regularmente la misma dosis de alcohol, determinada fisiológicamente, sino que son afectados por las interacciones sociales y por la cultura que los rodea (Makela, 1991). Por lo que los resultados de los estudios poblacionales son también útiles para entender e intervenir en poblaciones más propias de la clínica.

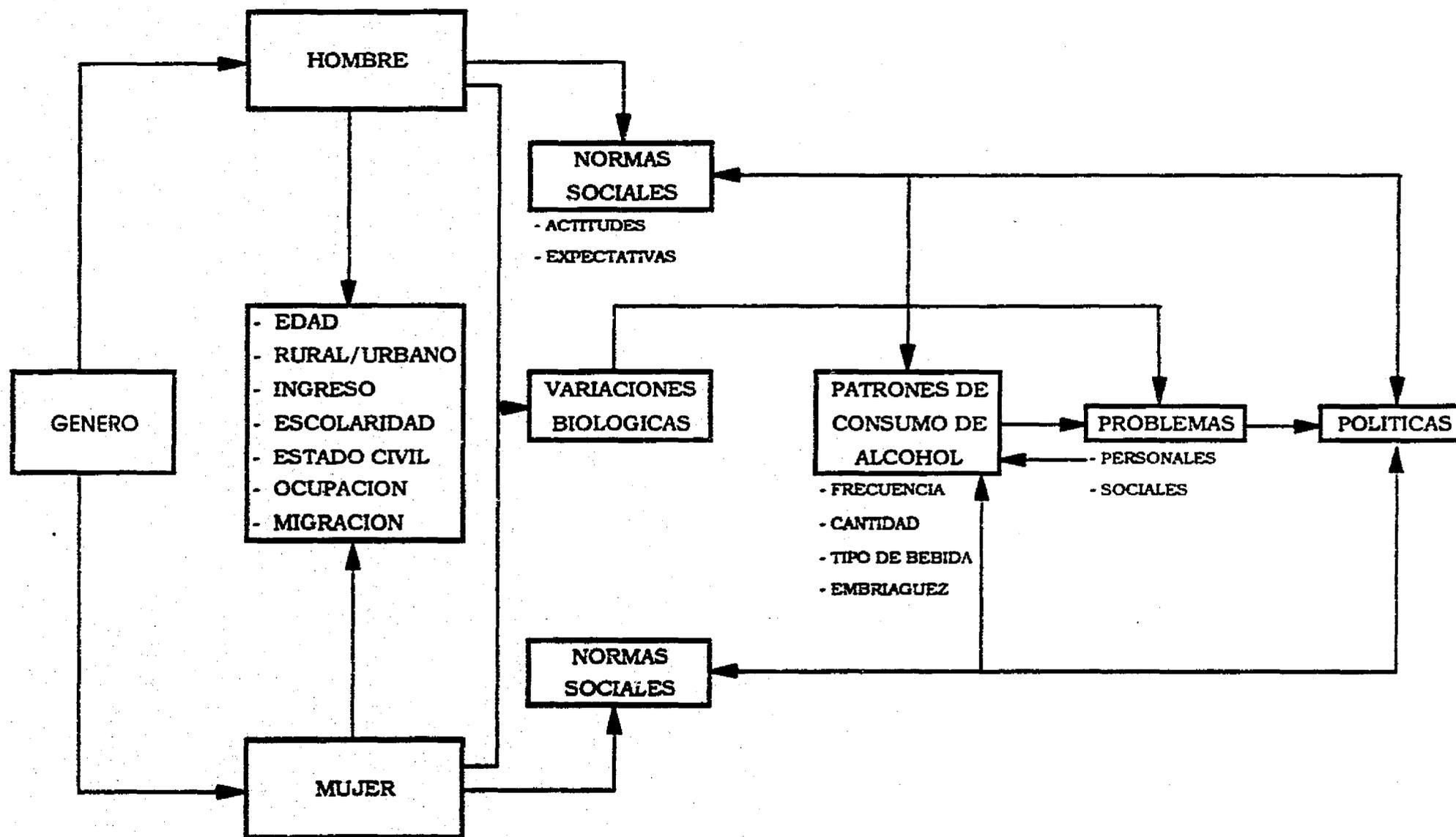
A manera de conclusión podríamos decir que diferentes enfoques de investigación nos permiten observar diferentes ángulos de los fenómenos y que, a pesar de que utilicen diferentes indicadores, más que ser excluyentes, son complementarias. Contestan a preguntas distintas, ambas necesarias para entender el problema.

Es dentro de este contexto que se ubica este trabajo, se basa en la metodología de encuestas, incluye indicadores e instrumentos derivados de la psicología social con énfasis en las variaciones por género. Tiene como objeto de estudio a la unidad social, pretende estudiar cómo bebe la población, y cuáles son las normas y expectativas que regulan esta conducta. A pesar de que identifica al sector más afectado, no sacrifica el estudio de otros grupos, por lo que utiliza indicadores propios para la población general. No pretende que las conceptualizaciones utilizadas sean suficientes para analizar las necesidades de intervención ni el progreso en tratamiento de la población que presenta problemas con su forma de beber, ni contestar preguntas más propias de poblaciones clínicas.

En este trabajo pretende estudiar las consecuencias del consumo de alcohol a partir del siguiente modelo:

RELACION ENTRE GENERO, CONSUMO DE ALCOHOL Y PROBLEMAS MODELO

11



1.2 EL ESTUDIO DEL ALCOHOL DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIAL

En este estudio se eligió estudiar la forma en que el alcohol es consumido por la población, las normas sociales en torno a esta práctica y la relación entre consumo y normas en la manifestación de problemas. En este capítulo se revisarán estos conceptos y la forma de medirlos.

La forma en que el alcohol se consume y sus consecuencias han sido abordados desde muy diferentes perspectivas. Pueden estudiarse los hábitos de consumo de una población, o el abuso de alcohol como factor de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales o de salud. En el primer caso nos interesaría saber por ejemplo, cuáles son los patrones de consumo de una población, cuáles son las funciones sociales que tiene esta práctica, cuántas personas son alcohólicas o cuál es el nivel de problema que existe en un grupo social determinado; en el segundo caso, qué papel juega el uso de sustancias en la manifestación de otros desórdenes como podría ser el cáncer, la cirrosis o los accidentes y violencias. La definición dependerá entonces del objeto de estudio y con ella los indicadores para su estudio y las aproximaciones de identificación de caso.

En este estudio se intenta dar respuesta al primer tipo de preguntas, esto es, interesa principalmente conocer los patrones de consumo de alcohol en dos comunidades una urbana y otra rural del centro de México.

En un inicio la mayor parte de los estudios enfocaban a los bebedores que presentaban problemas o alcohólicos. Posteriormente se amplió la concepción de este problema y se estudiaron los hábitos de consumo de la población bebedora. Se sabe que no todos los consumidores tendrán problemas y que, en un momento dado cualquier persona puede sufrir consecuencias adversas, ya sea por haber ingerido grandes cantidades o por consumir en ocasiones en que se supone no debería de hacerlo. (i.e. antes de manejar) aunque no sea adicta y probablemente nunca desarrolle dependencia, por lo que enfocar el estudio en la detección de adictos dejaría fuera un número importante de problemas asociados con el consumo.

Se considera que el alcohólico es solamente responsable de una proporción menor de problemas relacionados con esta práctica. Por ejemplo en la Encuesta Nacional de Adicciones, se encontró que del total de personas que sufrieron accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol, solamente 18% era dependientes a esta sustancia, esto también ocurrió solamente en una cuarta parte de los problemas con la policía (25%) y de otros accidentes no automovilísticos (25%), solamente 18% de las personas que perdieron o casi

perdieron el trabajo por problemas relacionados con el abuso de alcohol, eran dependientes y en menos de la mitad (41%) de las peleas, en las que el alcohol estuvo involucrado, participaron dependientes. (Medina-Mora, Tapia y cols, 1991).

Este estudio parte entonces de una concepción amplia e intenta conocer toda la gama desde la abstinencia, el uso, el abuso y los problemas que se derivan de las diferentes formas en que el alcohol es consumido.

El uso de sustancias es una condición incierta, su distinción del abuso no es clara, está influida por el carácter legal de la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación de las diferentes sustancias.

En el caso del alcohol el uso no está sancionado legalmente y aún más, la sociedad le atribuye características positivas en su función de integración social y aún, tomado en pequeñas dosis, preventivo de mortalidad por ciertas condiciones médicas, como es el caso de problemas de circulación coronaria (NIAAA, 1992). Sin embargo puede definirse como abuso, el uso en el primer trimestre del embarazo o antes de conducir.

En fechas recientes se han hecho intentos de definir niveles de consumo sin riesgo que se ha denominado consumo moderado (NIAAA, 1992). A pesar del riesgo de incluir concepciones moralistas, el definir límites seguros de consumo presenta múltiples ventajas.

Este término no debe confundirse con el de bebedor social que se refiere a los patrones de consumo aceptados en los grupos sociales en que ocurren. El consumo permitido a menudo puede asociarse con altos niveles de problemas, por ejemplo, en México, la embriaguez episódica, entre la población masculina, es una práctica aceptada socialmente, sin embargo esta forma de beber se asocia con un número importante de consecuencias adversas (Medina-Mora, y cols., 1988).

El consumo moderado puede definirse como aquél que generalmente no causa problemas, ni para el usuario ni para la sociedad. Definir qué cantidad de alcohol, no causa problemas es complicado por las diferentes formas en que el alcohol afecta a diferentes personas. El Departamento de Salud de los Estados Unidos (NIAAA 1990), establece como límite para el consumo moderado, la ingestión de no más de una copa por día para la mayoría de las mujeres, no más de dos copas por día en el caso de la mayoría de los hombres y no más de una copa por día en personas de edad avanzada. Se considera una copa o bebida estandar, una cerveza de 12 onzas, 5 onzas de vino, 1.5 onzas de destilados. Cada una de estas bebidas contiene aproximadamente la misma cantidad de alcohol absoluto, 0.5 onzas o 12 gramos¹.

1. Las equivalencias y fórmulas para estimar niveles de alcohol aparecen en el apéndice 5.

El Departamento de Salud, de los Estados Unidos excluye de estos lineamientos a los siguientes grupos de personas quienes, considera, no deben de beber alcohol:

- i) mujeres embarazadas, o que pretenden concebir. Evidencia reciente sugiere que el consumo de 2 ó 3 copas diarias durante el embarazo, se asocia con bebés de menor talla, peso y circunferencia craneana al nacer; con un número mayor de anomalías físicas a la edad de 3 años, y con menor coeficiente intelectual a la edad de 7 años.²
- ii) personas que van a conducir automóviles o se van a involucrar en actividades que requieren atención y habilidad;
- iii) personas que están tomando medicinas. Se sabe que el alcohol interactúa con más de 100 fármacos incluyendo algunos que se venden sin receta;
- iv) alcohólicos; y
- v) menores de edad.

Las recomendaciones sobre cantidades límite deben de ser tomadas con cautela, por ejemplo, puede resultar difícil para ciertos grupos en riesgo, como los hijos de alcohólicos, mantener formas de consumo moderadas sin progresar a patrones más fuertes. Por otra parte, existe evidencia, aún incipiente, de que estos bajos niveles de consumo pueden estar asociados con la manifestación de ciertos tipos de cáncer (NIAAA, 1992).

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1988), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, en su tercera versión revisada (DSM-III-R) considera el abuso de sustancias psicoactivas como una categoría residual para indicar los modelos desadaptativos del uso que no cumplen los criterios de dependencia de ese tipo particular de sustancia. Los modelos desadaptativos de uso se caracterizan por: i) el uso continuado de la sustancia psicoactiva a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia, ó ii) el uso recurrente de la sustancia en situaciones en que éste resulta físicamente arriesgado (por ejemplo, conducir intoxicado). El diagnóstico se efectúa solo si algunos síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo o bien han aparecido repetidamente por un período prolongado de tiempo.

2. Para una revisión de éste tema, puede consultarse: Medina-Mora, y cols, Consumo de Tabaco, Alcohol y otras sustancias y Salud Reproductiva, 1992.

Las definiciones de uso y abuso están en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo y se miden a través de indicadores tales como consumo per cápita o patrones de consumo.

CONSUMO PER CAPITA

Una de los indicadores más utilizados para evaluar el nivel de consumo de una población, así como de sus variaciones temporales, es a través del consumo per capita, indicador que se obtiene dividiendo el volumen total de alcohol consumido, entre el número de consumidores potenciales. Los denominadores más frecuentes son la población total, o la población mayor de 15 años, los numeradores el volumen de producción o de venta. Este indicador se produce en términos de litros de alcohol consumido, usualmente por tipo de bebida, o en términos de su concentración de alcohol produciéndose una medida sumaria de litros de etanol o alcohol absoluto, independiente del tipo de bebida.

Se espera que sociedades con niveles altos de consumo per capita, tendrán también niveles altos de problemas y aún más que una reducción en el volumen total circulante reducirá el número de bebedores y también el de bebedores problema. Ejemplos de esta relación ocurrieron después de la época de la prohibición y en el período de la segunda guerra mundial cuando la disponibilidad de bebidas alcohólicas se redujo de manera importante al igual que las tasas de cirrosis (Moser, 1980).

Sin embargo, en la práctica, esta medida, no siempre explica el nivel de problemas que se observan en las diferentes culturas. Cuando el alcohol disponible es consumido más o menos homogéneamente por la población, el consumo per capita, o consumo promedio, puede describir el nivel de consumo del grupo social en cuestión. Sin embargo cuando el alcohol disponible es consumido por un pequeño sector de la población, entonces el consumo promedio dirá muy poco sobre el nivel de consumo.

El primer caso se observa, por ejemplo, en países consumidores de vino como es Francia, en donde la mayor parte de la población consume alcohol, principalmente vino de mesa; el alcohol disponible es accesible a toda la población. México sería un ejemplo del segundo caso, existe un gran número de abstemios, principalmente en la población femenina, el alcohol disponible es consumido principalmente por hombres de edad media. Las encuestas de población han demostrado cómo el 25% de los bebedores más fuertes, por lo general hombres entre 30 y 49 años, consumen, el 78% del alcohol disponible (Medina-

Mora, Tapia y cols, 1991). Así mientras que el nivel de consumo per capita es relativamente bajo (Rosovsky et al, 1992b), el índice de problemas es elevado. Por ejemplo las tasas de muerte por cirrosis, son de las más altas del mundo y ocupan el primer lugar de causa de muerte en la población masculina joven. Los índices de urgencias traumáticas con niveles altos de alcohol en sangre son también superiores a las observadas en otros países (Stephens y cols, 1992).

Una de las explicaciones a esta aparente contradicción se debe a la forma peculiar que el mexicano consume alcohol, con poca frecuencia pero con grandes cantidades de alcohol asociadas con cada ocasión de consumo y en donde las ocasiones de consumo son también ocasiones de embriaguez, esta forma de consumir origina una gran cantidad de problemas (Medina-Mora, y cols 1988b).

Para dar cuenta de esta aparente contradicción y para facilitar la comparación internacional, Room (1989) propuso una caracterización de las diferentes culturas como "Secas o Húmedas", que, de acuerdo con esta clasificación, presentarán diferentes actitudes frente al consumo y también variará su nivel de problemas. El consumo "fuerte" en una cultura "Húmeda" -con altos niveles de consumo per capita- es, típicamente, frecuente, esta forma de consumo está asociada con tasas más altas de cirrosis hepática y con tasas menores de muerte por envenenamiento con alcohol y de violencia y problemas sociales asociados con el consumo. El consumo fuerte en culturas "Secas" - reflejado en niveles bajos de consumo per capita -, es más probable que sea poco frecuente pero cuando se consume suelen ingerirse grandes cantidades. Esta forma de consumo está asociada con tasas más bajas de cirrosis hepática, tasas más altas de envenenamiento con alcohol, de violencia y otros problemas sociales.

La forma de consumo más frecuente de la población mexicana se ubica en el grupo de países "Secos", el consumo frecuente es raro, y el consumo excesivo es más bien episódico, coincide en la existencia de altos niveles de intoxicaciones y violencias, mayores a las encontradas en otros países (Stephens y Rosovsky, 1990), por lo que no se esperaría que el consumo per capita correlacionara con el nivel de problemas. Sin embargo, contrario a lo que se esperaría, se presentan simultáneamente altas tasas de cirrosis, principalmente en la población masculina. Algunos autores han propuesto la introducción de una tercera categoría de países "Mixtos". En cualquier caso, los problemas que se presentan en nuestro país pueden explicarse por la forma en que el alcohol disponible se distribuye en la población. De ahí la importancia de conocer cómo bebe la población el alcohol disponible, es decir, sus patrones de consumo.

El objetivo de este estudio es precisamente conocer cuáles son los patrones de consumo, sin embargo antes de pasar a definir más ampliamente esta dimensión, sus alternativas de medición y aquella elegida en este estudio es útil conocer otras alternativas para abordar este problema.

Una de las medidas más objetivas para determinar consumo de sustancias es su medición en metabolitos en fluidos biológicos. Da cuenta de la presencia de la sustancia en el momento en que se toma la muestra, generalmente de orina. En el caso del alcohol existen dispositivos más económicos, como es el alcosensor, que funciona a través de mediciones de aliento o el "dipstick" que utiliza saliva y un metro de comparación de tonalidades de color. Resultados de investigación han mostrado que, en el caso de las bebidas alcohólicas, el autoreporte, la evaluación médica y las medidas objetivas de este último tipo dan resultados comparables (Rosovsky, 1992a; Roizen, 19809). Este indicador no es útil para determinar consumo crónico, ni nivel de dependencia o de problemas, solamente nos dice, si en el momento de la toma, había alcohol en el organismo, por este motivo no cubre los objetivos de este estudio.

Una alternativa interesante es la utilización del método del informante, originalmente propuesto por Jellinek para evaluar la percepción de la comunidad del uso de alcohol, fue adaptado por Natera (1981) para su aplicación en el contexto mexicano. En términos generales consiste en formación de grupos de discusión que logren la representación de la comunidad en términos de sus características sociodemográficas. Los grupos contestan en grupo un cuestionario, se busca, hasta donde es posible, el consenso, y cuando éste no se logra así se hace constar en el cuestionario. Se interroga sobre la extensión del consumo en los diferentes subgrupos de la comunidad, la forma de uso, las consecuencias y la opinión y normas sociales en torno a esta práctica. Tiene la ventaja de que no se pide a los entrevistados información directa sobre sus propios hábitos y que resulta más económico que la encuesta de hogares. Al comparar la información proveniente de este método con aquél proporcionado mediante encuesta directa se encontró que éste proporcionó mejor estimación de los volúmenes de ventas (Smart, y cols., 1981). Sin embargo da una estimación alta de problemas.

Los ambiciosos objetivos de este proyecto nos orillaron a elegir el cuestionamiento directo que nos diera información individual de los hábitos de consumo, su relación con problemas, los contextos de uso, las normas y actitudes en torno a esta práctica.

1.2.1 PATRONES DE CONSUMO

INTRODUCCION

El estudio de la forma en que la población consume el alcohol disponible es un fenómeno relativamente reciente. Hasta hace algunos años los estudios se enfocaban en los alcohólicos o bebedores problema y eran conducidos por lo general en escenarios clínicos.¹ El estudio de poblaciones generales ofrece un sin número de ventajas que pueden variar desde un abordaje socio-antropológico que analice el papel que juegan las bebidas alcohólicas como un bien de consumo en una sociedad, hasta el obtener un panorama más completo del abuso de alcohol y sus consecuencias. Sabemos que en un momento dado cualquier persona puede presentar un problema con su forma de beber ya sea por haber ingerido grandes cantidades o por beber en ocasiones en que se supone no debería de hacerlo. (i.e. antes de manejar) aunque no sea alcohólica y probablemente nunca desarrolle dependencia al alcohol, por lo que enfocar el estudio en la detección de alcohólicos dejaría fuera un número importante de problemas derivados del consumo, que en muchos casos superan al número de alcohólicos.

Los estudios de población general comunmente describen la distribución de la población según los patrones de bebida y las variaciones según los grupos poblacionales definidos por variables demográficas tales como sexo, edad, nivel socioeconómico, entre otros. Algunos estudios incluyen también aspectos socioculturales tales como los contextos en que se consume alcohol y la cantidad que se ingiere. El estudio de estas variables ha adquirido cada vez más importancia reforzada por la diversidad de los patrones de bebida y la forma en que se emplea el alcohol en las diferentes sociedades.

METODOS PARA EVALUAR PATRONES DE CONSUMO

Existen dos maneras de preguntar a las personas sobre su forma de consumir alcohol, 1) pedir que enlisten todas las ocasiones recientes de consumo y 2) pedirles una apreciación sumaria de sus patrones actuales. Los investigadores británicos y escandinavos han seguido la primera forma y los americanos y mexicanos la segunda.

1 La conceptualización y medición de los patrones de consumo propuesta en este estudio no es aplicable para hacer diagnóstico, definir necesidades de tratamiento y evaluar progreso de pacientes. Para estos propósitos se requieren medidas más específicas. Para mayor información consultar a Ayala (1993).

Métodos Sumarios

De acuerdo con Room (1985), las discusiones metodológicas sobre la mejor forma de estudiar los patrones de consumo datan por lo menos de 1926 cuando Perl habló de la importancia de separar a los bebedores diarios "normales" de los bebedores ocasionales con grandes problemas. Straus y Bacon (1953), en su estudio sobre consumo de alcohol en universitarios, pidieron a sus entrevistados la frecuencia de consumo y la cantidad promedio normalmente consumida por ocasión de consumo, sobre cada tipo de bebida (vino, cerveza, y destilados). Mientras tanto Knupfer (1964), preguntó para cada tipo de bebida la frecuencia de consumo y luego la proporción de ocasiones de consumo en las que se bebieron una o dos, tres o cuatro, y cinco o más copas. Estas preguntas fueron introducidas por Cahallan (1969)² en sus estudios sobre consumo de alcohol en los Estados Unidos y por Jessor (1968) en sus estudios con jóvenes norteamericanos, y por el grupo de Medina-Mora (1980, 1980b), De la Parra (1979, 1980) y Terroba y Medina-Mora (1979) y posteriormente por Natera (1982) en sus estudios en diferentes poblaciones mexicanas.

De acuerdo con Room (1985), el método de preguntar sobre la proporción de ocasiones en las que se consumen cantidades específicas condujo naturalmente a definir dos dimensiones de la cantidad consumida de cualquier bebida: la "cantidad modal", cantidad consumida más de la mitad de las veces y el "rango" o la cantidad consumida de vez en cuando. De estas dimensiones de cantidad junto con la dimensión de frecuencia se derivaron un buen número de medidas sumarias.

Room y otros investigadores que usaban estas medidas cuestionaban la validez del rango superior que empezaba con cantidades tan bajas como 5 copas por ocasión de consumo. De manera que se introdujo una nueva pregunta sobre la frecuencia en que se ingirieron 12 copas o más en una sola ocasión de consumo. Los investigadores de Berkley intentaron una nueva forma de evaluar los patrones de consumo preguntando directamente sobre la frecuencia con la que se consumen diferentes cantidades de alcohol por ocasión de consumo. El estudio llevado a cabo por Room (1990) en San Francisco, preguntó directamente qué tan frecuente los bebedores consumieron por lo menos 12, 8-11 y 4-7 copas junto con una pregunta sobre la frecuencia global. Se combinaron los diferentes tipos de bebida y se dieron a los respondientes equivalencias de los diferentes tamaños de botellas para el número de copas que se preguntaba. El estudio de seguimiento de 1976 además de usar la serie de preguntas sobre proporción de ocasiones también se preguntó sobre el tiempo y cantidad de consumo de las dos últimas ocasiones (Room, 1985).

2 La adaptación de este método para incluir las bebidas típicas mexicanas se presenta más adelante en este mismo capítulo página 28.

El estudio Nacional de población norteamericana de 1969, combinó los dos métodos usando la proporción de ocasiones específica para cada tipo de bebida (5+, 3-4, y 1-2 copas y la pregunta global de 8-11 y 12+ bebidas). Y en lugar de hacer las preguntas sobre el momento actual se amplió el término para preguntar sobre la conducta de beber en los doce últimos meses. Dos estudios posteriores utilizaron un periodo de tiempo poco usado hasta entonces, la Encuesta de Salud de 1983 utilizó un periodo de dos semanas y preguntó la cantidad usual de copas por día, en un día de consumo ocurrido en estas semanas y el número total de copas de cada bebida consumidas durante este periodo mientras que el Hispanic HANES, (1982) utilizó las mismas preguntas para un periodo de cuatro semanas.

De esta manera de preguntar se derivaron dos tipos de medidas agregadas de consumo de alcohol, ordenes unidimensionales y multidimensionales (principalmente bidimensionales), ejemplos de la segunda corriente son las medidas de frecuencia cantidad "QF", y "QFV" en sus diferentes definiciones. Quienes buscaban variables continuas para realizar análisis multivariados que permitieran predecir el consumo (variable criterio - continua y unidimensional) a partir de una serie de variables predictoras (sexo, edad, nivel social, entre otras), utilizaron la aproximación unidimensional, estimaron volúmenes de alcohol consumido, o volúmenes de alcohol absoluto en un periodo específico de tiempo, a partir de estas mismas preguntas combinándolas de diferentes maneras. El grupo de Berkley introdujo otra dimensión originalmente derivada de la serie de preguntas de Knupfer y cols. (1963), "Qué tan a menudo el respondiente bebe 5 ó más copas", usualmente tricotomizada entre nunca, menos de una vez a la semana y por lo menos una vez a la semana, la última categoría denomina el "consumo frecuente consuetudinario".

Métodos de Ocasiones Recientes

Los métodos que se basan en ocasiones recientes consisten en pedir a los entrevistados que proporcionen en detalle las ocasiones y cantidades de alcohol consumido en un tiempo específico, usualmente la última semana. Una de las desventajas de esta aproximación es que tratan de manera diferente a personas que beben en forma irregular y aquellas con patrones más regulares de consumo. Por ejemplo en el caso del método de la "ocasión más reciente" para una persona que bebe cada fin de semana, (viernes y sábados), el tiempo promedio entre el día de la entrevista y la ocasión más reciente, sería el mismo que el tiempo entre ocasiones de consumo; mientras que para una persona que bebe en intervalos regulares, por ejemplo, cada cuarto día, el tiempo promedio entre el día de la entrevista y la última ocasión de consumo sería la mitad del promedio entre las ocasiones de consumo (Room 1985).

Si bien este método da cuenta adecuada de la distribución de consumo en poblaciones que consumen alcohol regularmente, en las que además asegura información confiable sobre ocasiones de consumo, no da cuenta del consumo en aquellas poblaciones que beben con menos regularidad a pesar de que abusen del alcohol, afecten su salud y ocasionen un buen número de problemas sociales, como sería el caso de sociedades que usualmente consuman y con frecuencia se embriaguen cada quince días, en ocasiones de fiestas, o con otro patrón.

Los finlandeses han resuelto este problema variando el periodo sobre el que interrogan, Makela (1971) para su estudio de 1968 desarrolló un método de obtener información que consistió en preguntar a los respondientes qué tan frecuentemente bebían alcohol. Las frecuencias reportadas son utilizadas para determinar los intervalos de ocasiones de consumo que se investigan de acuerdo con el siguiente criterio:

CUADRO 1.2.1

LONGITUD DEL PERIODO DE CONSUMO INVESTIGADO: ENCUESTAS DE HOGARES FINLANDESAS.

| FRECUENCIA DE CONSUMO | LONGITUD DEL PERIODO INVESTIGADO | COEFICIENTE |
|--------------------------|----------------------------------|-------------|
| Diario | uno a la semana | 52 |
| 4-5 veces por semana | una semana | 52 |
| dos veces por semana | dos a la semana | 26 |
| una vez por semana | cuatro semanas | 13 |
| dos veces por mes | dos meses | 6 |
| una vez por mes | cuatro meses | 3 |
| una vez en dos meses | ocho meses | 1.5 |
| 3-4 veces por año | doce meses | 1 |
| 1-2 veces por año | doce meses | 1 |
| menos de una vez por año | doce meses | 1 |
| nunca | ----- | 0 |

Fuente: SImpura, 1987.

Los coeficientes son utilizados para convertir el consumo que ocurrió durante el periodo apropiado en estimaciones anuales de consumo. La longitud de los periodos fue determinada a fin de que los respondientes reportaran un promedio de cuatro ocasiones de consumo si las recordaban con exactitud. Por supuesto esto no se aplica a respondientes que

beben diario o a aquellos que solo toman tres o cuatro veces por año o con menor frecuencia. Los días en que se condujeron las encuestas fueron incluidos en los periodos que se pidió a los respondientes recordaran.

Las estimaciones del periodo investigado se compilaron usando todas las ocasiones de consumo que habían ocurrido durante el periodo relevante. Las cantidades reportadas se estimaron en centilitros 100% de alcohol multiplicándolos por los siguientes factores:

CUADRO 1.2.2

**FACTORES DE CONCENTRACION DE ALCOHOL EN DIVERSAS BEBIDAS:
ENCUESTAS FINLANDESAS.**

| BEBIDA | FACTOR DE CONCENTRACION |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Cerveza mediana | 0.048 |
| Cerveza fuerte, tragos grandes | 0.055 |
| Cerveza tradicional casera | 0.06 |
| Vinos ligeros | 0.12 |
| Vinos fortalecidos | 0.19 |
| Destilados | 0.39 |
| Alcohol de farmacia | 0.96 |
| Alcohol no de consumo | 0.90 |

Fuente: Simpura, 1987.

Las cantidades reportadas por los respondientes en los periodos relevantes fueron sumadas juntas por tipo de bebida. Posteriormente se sumaron estos totales para obtener el consumo de alcohol en el periodo total. Multiplicando las cantidades consumidas en el periodo por un coeficiente correspondiente a la frecuencia de consumo finalmente se obtuvo el consumo anual de alcohol del individuo.

Las estimaciones semanales se compilaron solamente con base en los reportes de las ocasiones de consumo que tuvieron lugar en la semana anterior a la entrevista. Los valores obtenidos fueron reestimados en términos de alcohol absoluto (100% alcohol) utilizando el mismo método mencionado y posteriormente se sumaron juntos. Los totales fueron multiplicados por el factor de "52" con el fin de obtener las tasas anuales de consumo: todos los datos se refirieron al periodo de una semana.

Los coeficientes fueron utilizados para realizar estimaciones para la población total. Se siguió el mismo procedimiento cuando el número de respondientes en una categoría son utilizados para un propósito diferente al de medir el consumo. El coeficiente indica cuántos respondientes dentro de una categoría de consumo se obtuvieron por cada entrevista lograda. Multiplicando el número de respondientes por el coeficiente de estimación se obtienen estimaciones para la población total.

La Concentración de Alcohol en Sangre se obtuvo tomando la cantidad total de alcohol consumido en una ocasión de consumo dada de la manera antes descrita. En forma adicional se pidió a los entrevistados proporcionar su peso y cuánto tiempo duró la ocasión de consumo, estos valores se utilizaron de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\frac{7.9 \times \text{la cantidad de alcohol consumido (cl. 100\% alcohol)}}{7 \times \text{la duración del periodo de consumo (h)}}$$

$$6.8 \times \text{peso corporal (kg)}$$

El problema involucrado en medir de esta manera y se estiman los volúmenes anuales de consumo, los datos representan solamente una tercera parte de las ventas registradas por ALKO³ Los problemas de memoria y falla en la proporción de información en periodos largos de tiempo es algo que deben contemplar los investigadores que eligen esta aproximación.

Una alternativa también usada por los investigadores finlandeses consiste en preguntar sobre tipos específicos de bebidas la frecuencia de consumo y cuánto bebieron en una sola ocasión de consumo, se considera más completo que el preguntar sencillamente por las ocasiones de consumo, en un estudio realizado en 1984 este método dio cuenta del 35% de las ventas de alcohol agregadas, 35% de las ventas de cervezas, 44% de las ventas de vino y 32% de la venta de destilados.

3 La legislación Finlandesa establece que bebidas alcohólicas son bebidas con más de 2.25 % de alcohol etílico por peso. Solamente las tiendas de ALKO, monopolio gubernamental, tienen licencia para vender en envase cerrado. Las bebidas también pueden ser vendidas para su consumo en establecimientos con licencia. (Ostenberh, 1987).

Como se mencionó, el problema del método finlandés es, el olvido de lo que ocurrió durante las primeras semanas del mes (Makela, 1971). Por otra parte esta alternativa no resuelve el problema del consumo durante festividades que no ocurren regularmente durante los meses del año. Parecería entonces que para sociedades con frecuencia irregular de consumo, como es la nuestra, el método que pregunta sobre el consumo usual sería más adecuado.

Una medida alternativa, relacionada con el método de ocasiones recientes es la estimación del VOLUMEN TOTAL de alcohol consumido, es una medida muy atractiva, es unidimensional y continua, fácil de conceptualizar, incluye todo el consumo. En países en donde se cuenta con cifras de ventas confiables, esta medida se usa como control de validez de los resultados de las encuestas (Room, 1985). Las características de esta variable la hacen especialmente atractiva para epidemiólogos que pretenden estudiar el riesgo del consumo de alcohol en índices de mortalidad y morbilidad tales como la cirrosis.

La aceptación del modelo de Lederman (1954) ha reforzado su utilización. Según este modelo, la distribución de consumidores en una población es logarítmica normal, lo que quiere decir que existen muchos bebedores leves, menos bebedores moderados y aún menos bebedores de grandes cantidades. Este modelo tiene importantes implicaciones de prevención ya que si bien se considera que existirán siempre una proporción de bebedores patológicos cuyo consumo se ve poco influenciado por medidas de control de disponibilidad, si el volumen total de alcohol circulante se disminuye, disminuirán entonces el número total de bebedores y por lo tanto también el número de bebedores problema y de ahí las consecuencias adversas asociadas con el consumo de esta bebida. Ejemplos de esta relación ocurrieron después de la época de la prohibición y en el período de la segunda guerra mundial cuando la disponibilidad de bebidas alcohólicas se redujo de manera importante al igual que las tasas de cirrosis (Moser, 1982).

Sin embargo, de acuerdo con esta medida ocuparán el mismo lugar en la distribución una persona que bebe una copa todos los días antes de comer, (30 copas por mes) que una persona que presenta dos episodios de embriaguez severa (15 copas por episodio) en el mismo período (30 copas por mes). Por lo tanto no puede considerarse variaciones en patrones de consumo que tienen importantes implicaciones sociales y de salud, una proporción importante de los problemas derivados del consumo de alcohol tales como los accidentes, tienen que ver con la cantidad consumida por episodio. Esto ha llevado a los investigadores norteamericanos (Room, 1985) y por influencia suya a los

mexicanos (Medina-Mora, 1987) a definir categorías discretas de patrones de consumo. Esta categorización ha sido criticada por investigadores europeos quienes consideran que las categorías discretas ocultan la verdadera distribución del problema en la población además de que resultan poco adecuadas para evaluar cambios en los patrones de consumo a partir de estudios de cortes transversales.

DIFERENCIAS EN LOS RESULTADOS OBTENIDOS A PARTIR DE DIFERENTES METODOS DE PREGUNTAR LOS PATRONES DE CONSUMO:

Comparación de métodos sumarios y de ocasiones recientes

En su revisión histórica, Room (1985) cita un trabajo de Harford (1979) en el que compara tres métodos de estimar el patrón de consumo: a) medida de volumen en la cual, el consumo diario de alcohol fue estimado pidiendo a los respondientes reportar el **NUMERO TOTAL** de bebidas de cada tipo de bebida consumida en el periodo reportado, b) una medida de volumen similar fue estimada a partir de la frecuencia de consumo y la cantidad **USUAL** de consumo de cada bebida y c) finalmente se pidió a los respondientes llenar un **DIARIO** detallado sobre su consumo de cada día de los 28 días que comprendían el periodo bajo comparación. Harford encontró que las dos medidas de volumen, estimadas a partir del reporte del número total de bebidas y utilizando la cantidad usual reportaron resultados similares. La cantidad absoluta de alcohol consumida fue de .71 y .77 respectivamente. Estas estimaciones fueron similares a las obtenidas utilizando el método del diario, .69 con un ligero sobrerreporte cuando se utiliza el método de cantidad usual.

Comparación entre Métodos Sumarios

Room (1977) encontró que al aumentar las preguntas de 12 ó más copas y 8-11 copas, a las preguntas originales de Knupfer cuyo límite superior era de 5 copas o más, aumentaba el volumen total de consumo en un 16%. Otro estudio de la Universidad de Oregón, (Gwartney-Gibbs 1982), comparó las respuestas dadas cuando se preguntaba la cantidad total de alcohol consumida en la última semana y el número de días que el respondiente había consumido 1+, 4+, 8+ y 12+ copas en las últimas semanas. El volumen agregado medio fue prácticamente igual en ambas mediciones .87 y .88 copas por día respectivamente, sin embargo las medidas de consumo global difirieron, en el primer método 31% de los respondientes reportaron no haber consumido en la última semana y en el segundo, esto ocurrió solamente en un 16% de los casos.

El estudio nacional de población norteamericana de 1979 utilizó dos métodos alternativos para preguntar la cantidad consumida. Para cada tipo de bebida se pidió a los entrevistados reportaran la frecuencia en la que habían consumido 18 copas o más en una ocasión, y posteriormente se les preguntó 15-17, 12-14, 8-11, 5-7, 3-4, y 1-2 copas. También se les pidió a los entrevistados que reportaran el consumo de cada tipo de bebida en el último mes, en términos de la frecuencia y cuánto habían bebido en una ocasión en promedio. A partir de estas dos formas de preguntar se estimó el volumen total de copas consumidas por mes derivado de cada alternativa de pregunta. Se encontró que una proporción de los bebedores de grandes cantidades - presumiblemente aquellos que a menudo consumen más que sus cantidades usuales - obtuvieron una estimación mayor a partir del método de frecuencia de niveles específicos (Room, 1985).

El estudio nacional de 1984 conducido por el Alcohol Research Group, (Room, 1985b) incluyó preguntas que permitieron estimar diversas medidas del volumen consumido:

- 1) medida basada en el método de Cahallan (pero incluyendo el volumen total consumido por lo menos una vez al año) basado en las medidas de Knupfer de 5+, 3-4, 1-2 bebidas consumidas. Este método asume que todas las bebidas tienen un contenido equivalente de alcohol, asume un contenido de 0.5 onzas de alcohol absoluto por copa.
- 2) una medida de volumen computado a partir de las mismas preguntas pero utilizando el método de Jessor et al (1968). Este método estima las onzas de alcohol absoluto consumido por día por tipo específico de bebida, asigna un valor de 0.6oz. a un vaso de vino, 0.48 oz. a una cerveza, y 0.675 oz. a una copa de licor.
- 3) una medida de volumen que se denominó "método óptimo" que suma el volumen extra atribuible a preguntas sobre la frecuencia de consumo de 8-11 y 12+ copas al volumen computado en el primer método(1). Asumiendo que 8-11 y 12+ copas por ocasión se hubieran reportado como "5+" ocasiones (y por lo tanto ya contados con un valor de 6), la frecuencia en la que se consumieron 8-11 se multiplicó por 3.5 y la frecuencia en la que se bebieron 12 copas o más, por 7.0, para incluir las bebidas extras, y estos productos fueron sumados al total computado por el método 1.

- 4) un volumen estimado a partir del método de las "dos últimas ocasiones" computado con base en el tiempo desde las dos últimas ocasiones y la cantidad consumida en estas ocasiones. Cómputo del volumen de bebidas por mes sumando juntos las cantidades para las dos últimas ocasiones, dividido por el número de días desde la penúltima ocasión de consumo y multiplicada por 30. Este método asume que el tiempo transcurrido desde la última ocasión de consumo es el mismo que el tiempo entre las ocasiones, este método proporciona una estimación del volumen que usualmente termina en el lado de la sobreestimación aún para bebedores que consumen cantidades relativamente regulares. Como lo ha demostrado Skog (1981) a partir de razonamientos estadísticos.

A través del método de Cahallan la media de copas consumidas por mes fue de 39.93 ± 78.93 ; el método de Jessor proporcionó una media de 47.82 ± 92.94 , el "método óptimo" 45.18 ± 94.67 y finalmente el método de las dos últimas ocasiones 30.31 ± 62.40 .

El método de Jessor estima un 19% más de copas que el método de Cahallan a pesar de estar basados en las mismas preguntas. Esto ocurre porque, como se hacía mencionado, el método de Jessor asigna contenidos de alcohol diferente para cada tipo de bebida (0.6oz. a una copa de vino, 0.48 oz. a una cerveza y 0.675 oz. a una copa de licor), mientras que el método de Cahallan asume que todas las bebidas tienen un contenido equivalente de alcohol (0.5oz.) Otra diferencia radica en que el método de Cahallan distingue entre todas las categorías de respuestas, asigna proporciones de ocasiones a los niveles de consumo de 5+, 3-4, 1-2 mientras que el método de Jessor une las categorías "de vez en cuando" y "menos de la mitad de las veces" y "más de la mitad de las veces" con "casi todas las veces". El rango de valores otorgado por estos dos métodos a la frecuencia de consumo también varía, Jessor sólo asigna el doble de valor a la categoría "casi todas las veces" que la que otorga a la "de vez en cuando", mientras que en el método de Cahallan el rango varía de 4:1 y 10.6:1 de acuerdo con los patrones de respuesta. Debido a que el método de Jessor eleva las estimaciones de las ocasiones "de vez en cuando" y empuja un número importante de los bebedores leves a un nivel medio de consumo Room (1985) concluye que el método de Cahallan proporciona una medición más cercana a la realidad.

MEDIDAS DE PATRONES DE CONSUMO UTILIZADAS EN MEXICO

Definiciones de Cahallan

En México los primeros estudios que evaluaron los patrones de consumo de alcohol en población general se llevaron a cabo en la primera mitad de la década de los 70's, siguiendo la tradición americana se utilizaron las definiciones de patrones de consumo de alcohol y las definiciones de QFV de Cahallan y Cisin (1979). Este índice se obtuvo de la combinación de las siguientes variables:

1. la cantidad de alcohol consumida por ocasión de consumo, "INDICE QV", que se midió por separado para i) vino y pulque, ii) cerveza, iii) destilados, iv) tequila y mezcal, preguntando qué tan a menudo la persona entrevistada bebía, de 5 a 6, de 3 a 4, y de 1 a 2 copas, con opciones de respuesta de "a) casi todas las veces, b) menos de la mitad de las veces, c) ocasionalmente y d) nunca". A cada una de estas opciones de respuesta se otorgó un valor como se indica en el siguiente cuadro.

CUADRO 1.2.3

INDICE CANTIDAD-VARIABILIDAD "QV"

| INDICE QV | TÍPICAMENTE | MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES | OCASIONALMENTE | NUNCA |
|-----------|-------------|--------------------------------|----------------|-------|
| 1 | 5-6 copas | | | |
| 2 | 3-4 | 5-6 | | |
| 3 | 3-4 | | 5-6 | |
| 4 | 1-2 | 5-6 | | |
| 5 | | 5-6 | 1-2 | |
| 6 | 3-4 | | | 5-6 |
| 7 | 1-2 | | 5-6 | |
| 8 | | 1-2 | 5-6 | |
| 9 | 1-2 | 3-4 | | 5-6 |
| 10 | 1-2 | | 3-4 | 5-6 |
| 11 | 1-2 | | | 3-6 |

2. La frecuencia "usual" de consumo de cada uno de los cuatro tipos de bebidas.
3. La variabilidad del consumo resultado de una combinación de la cantidad modal consumida y la máxima cantidad consumida por lo menos ocasionalmente. "INDICE QFV". Para la construcción de este índice de variabilidad se consideró la cantidad ingerida del tipo de bebida consumida con más frecuencia.

CUADRO 1.2.4

CLASIFICACION DE CONSUMIDORES DE ACUERDO CON EL INDICE "QFV".

| INDICE QFV | FRECUENCIA CANTIDAD MODAL | INDICE QV | PATRON DE CONSUMO |
|------------|---|-----------|-----------------------------|
| 17 | 3 o + veces diario | 1 a 11 | bebedores consuetudinarios. |
| 16 | 2 veces diario | 1 a 9 | |
| 15 | 1 vez al día o casi diario | 1 a 8 | |
| 14 | 3 o 4 veces por semana | 1 a 5 | |
| 13 | 1 o 2 veces por semana | 1 a 4 | |
| 12 | 2 o 3 veces por mes | 1 | |
| 11 | 2 veces por día | 10 a 11 | bebedores moderados |
| 10 | 1 vez al día o casi diario | 9 a 10 | |
| 9 | 3 o 4 veces por semana | 6 a 9 | |
| 8 | 1 o 2 veces por semana | 5 a 9 | |
| 7 | 2 o 3 veces por mes | 2 a 8 | |
| 6 | una vez al mes | 1 a 6 | |
| 5 | 1 vez al día o casi diario | 11 | bebedores leves |
| 4 | 1 o 4 veces por semana | 10 a 11 | |
| 3 | 2 o 3 veces al mes | 9 a 11 | |
| 2 | una vez al mes | 7 a 11 | |
| 1 | beben por lo menos una vez al año pero menos de una vez al mes. | | bebedores infrecuentes |
| 0 | beben menos de una vez al año. | | abstemios |

De la combinación de estas variables se derivaron los siguientes patrones de consumo:

1. **ABSTEMIOS** - incluye a todas aquellas personas que reportaron no consumir alcohol durante el año previo al estudio. Puntaje QFV 0.

2. **BEBEDORES INFRECIENTES.** Incluye a todas aquellas personas que reportaron consumir alcohol por lo menos una vez durante los doce meses previos al estudio pero menos de una vez al mes. Puntaje QFV 1.
3. **BEBEDORES LEVES.** Califica a todas aquellas personas que reportaron beber por lo menos una vez al mes, pero que limitan su consumo a una o dos copas en cualquier ocasión. Una persona que reporta consumir todos o casi todos los días pero que nunca toma más de una o dos copas sería considerado un bebedor leve. Puntaje QFV 2 a 5.
4. **BEBEDORES MODERADOS.** Son personas que beben por lo menos una vez al mes pero típicamente varias veces durante el mes, por ejemplo alguien que bebe un par de copas todos los días y ocasionalmente toma 3 o 4 tragos, sería clasificado como un bebedor moderado, de manera similar quien bebe una o dos veces por semana y usualmente toma 3 o 4 copas en cada incidente y ocasionalmente toma 5 o 6 copas... sería considerado como un bebedor moderado. Puntaje QFV 6 a 11.
5. **BEBEDORES CONSUEUDINARIOS.** Son personas que beben todos los días, si beben dos veces o más al día, necesitan consumir 1 ó 2 copas en cada incidente para ser considerados bebedores consueudinarios, si beben menos de esto, pero típicamente consumen 3 ó 4 copas y ocasionalmente 5 ó 6 ... serán considerados también en esta categoría. Puntaje QFV 12 a 17.

VALUACION DEL INDICE QFV.

Relación entre puntajes de consumo y problemas

La pertinencia de esta forma de definir los patrones de consumo fue evaluada por Medina-Mora y Terroba (1980) utilizando los datos recabados por Terroba y Medina-Mora (1979), en una encuesta de hogares sobre prácticas de consumo de alcohol realizado en la población general de la ciudad de Mexicali, B.C. en el que se utilizó el mismo diseño de muestra, instrumento y procedimiento que las otras encuestas de hogares realizadas en el País incluyendo la que se reporta en este trabajo. En estos estudios se utilizó un diseño muestral multietápico estratificado, en donde la variable de estratificación fue el nivel socioeconómico. El tamaño de muestra estimado para el estudio realizado en la ciudad de Mexicali fue de 905 sujetos seleccionados de 271 000 unidades habitacionales. El cuestionario fue respondido por 684 sujetos, la tasa de no respuesta fue de 8.9% y las unidades en marco, no habitadas o no existentes en el momento del levantamiento fue de 15.9%.

Un 60.7% de la muestra total reportó haber usado alcohol en el año previo y por lo tanto alcanzaron un puntaje QFV oscilando entre 1 y 17. Del total de bebedores, 47% obtuvo una calificación de 1; 16% calificaciones de 2 a 5; 10% de 6 a 11 y 26% de 12 a 17. 45% de los hombres bebedores y solamente 8% de las mujeres que consumieron alcohol en el año previo, alcanzaron un puntaje QFV de 12 a 17, que define a los bebedores consuetudinarios. La distribución de los puntajes QFV para hombres, mujeres y la población total aparece en el cuadro siguiente.

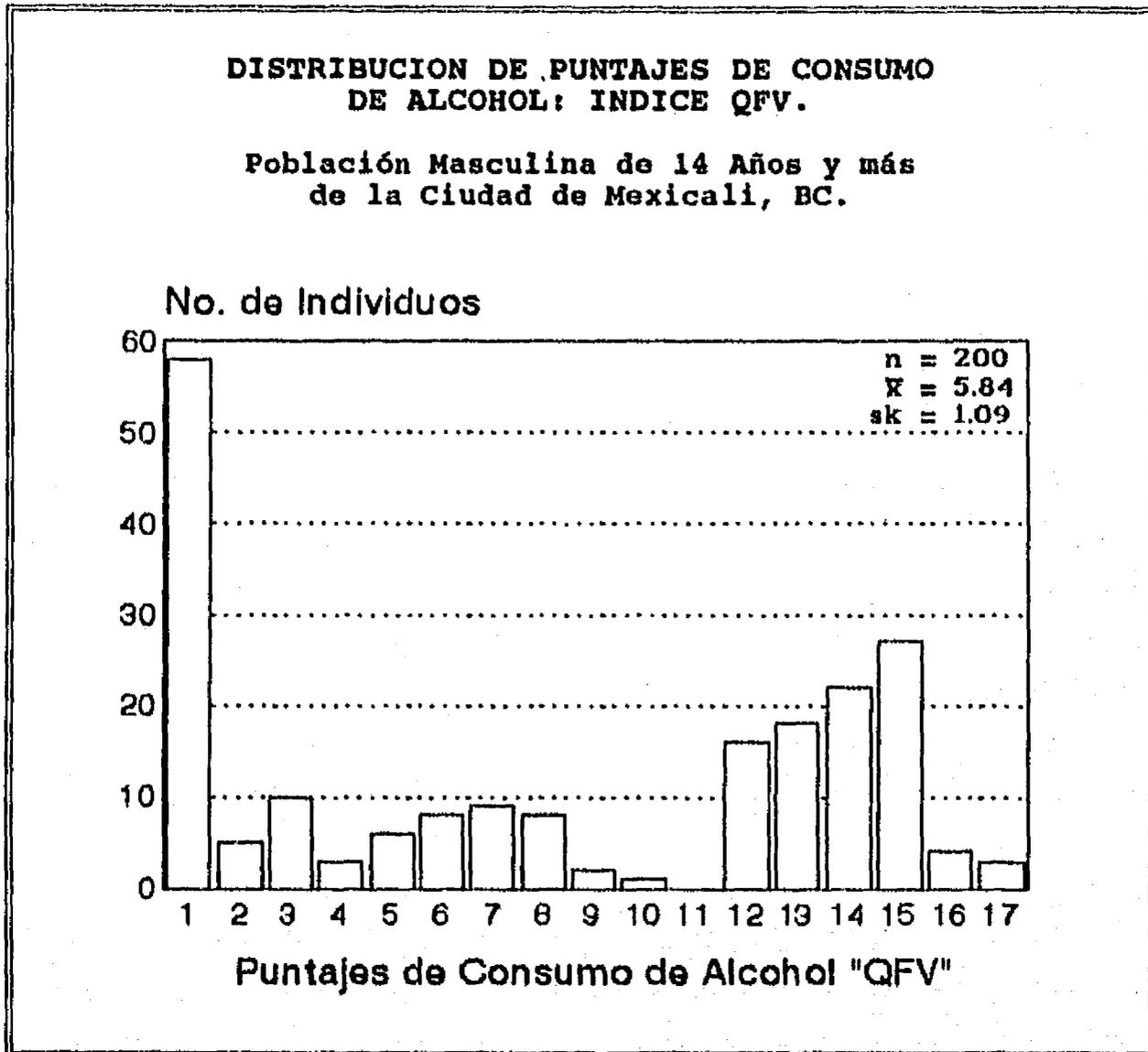
CUADRO 1.2.5

DISTRIBUCION DE PUNTAJES QFV.
Población de 14 años y más de la ciudad de Mexicali, BC.

| PUNTAJE | P. MASCULINA (n=200) | P. FEMENINA (n=204) | TOTAL (n=404) |
|-------------|-------------------------|------------------------|------------------|
| 1 | 58(29) | 133(65.2) | 191(47) |
| 2 | 5(2.5) | 13(6.4) | 18(4.4) |
| 3 | 10(5.0) | 18(8.8) | 28(6.9) |
| 4 | 3(1.5) | 10(4.9) | 13(3.2) |
| 5 | 6(3.0) | 1(0.5) | 7(1.7) |
| 6 | 8(4.0) | 4(2.0) | 12(3.0) |
| 7 | 9(4.5) | 6(2.9) | 15(3.7) |
| 8 | 8(4.0) | 2(1.0) | 10(2.5) |
| 9 | 2(1.0) | 0(0) | 2(0.5) |
| 10 | 1(0.5) | 1(0.5) | 2(0.5) |
| 11 | 0(0) | 0(0) | 0(0) |
| 12 | 16(8.0) | 2(1.0) | 18(4.4) |
| 13 | 18(9.0) | 3(1.5) | 21(5.2) |
| 14 | 22(11.0) | 3(1.5) | 25(6.2) |
| 15 | 27(13.5) | 5(2.5) | 32(7.9) |
| 16 | 4(2.0) | 1(0.5) | 5(1.2) |
| 17 | 3(1.5) | 2(1.0) | 5(1.2) |
| $\bar{X} =$ | 5.84 | 1.41 | 3.19 |

Como puede observarse en el cuadro, la distribución no es continua con skewness de 1.09 para los hombres y 4.1 para las mujeres, sobre todo en el caso de los hombres se asemeja más a una distribución bimodal, lo que sugiere que el método no permite elaborar una medición unidimensional que pueda ser utilizada como variable criterio en análisis multivariados.

GRAFICA 1.2.1.a



Este comportamiento se explica por la concepción subyacente a esta categorización de que el consumo de grandes cantidades por ocasión de consumo implica un riesgo mayor que el consumo más frecuente con cantidades limitadas de alcohol por ocasión de consumo. Utilizando este criterio, recibe una calificación mayor aquel individuo que bebe solamente 2 veces por mes pero que típicamente bebe 5 a 6 copas por ocasión, "bebedor consuetudinario", que aquel que bebe diario si nunca consume más de 2 copas por ocasión de consumo, "bebedor leve". En esta distribución los valores QFV que reportaron un número relativamente bajo de individuos y que es responsable del comportamiento bimodal, son aquellos que califican a individuos que reportan consumo frecuente pero que limitan su cantidad de alcohol típicamente a 1 ó 2 copas por ocasión. Este patrón de consumo frecuente en otras poblaciones, como es la española (Martines, 1988), es poco común en nuestro país (Calderón y cols, 1981).

El índice QFV fue comparado con el índice de problemas reportados por los individuos entrevistados. Los problemas se preguntaron solamente a las personas que reportaron uso de alcohol en el mes previo a la encuesta; se les hicieron las siguientes preguntas: 1) ¿Alguna vez ha tenido problemas con su familia debido a su forma de consumir alcohol?, 2) ¿Alguna vez ha tenido problemas con la policía...?, 3) ¿Alguna vez ha tenido problemas o se ha ausentado de su trabajo o escuela por....?, 4) ¿Considera que el uso de bebidas alcohólicas es un problema para usted?. A partir de estas preguntas se obtuvo una calificación de problemas asignando un valor de 1 a cada problema positivo, de tal manera que el rango de calificaciones fue de 0 a 4.

Un 32% (684 sujetos) de la muestra total reportó uso de alcohol en el último mes, 49% (108 individuos) de este grupo reportó haber experimentado uno o más problemas relacionados con su uso de alcohol, solamente un 3% reportó haber experimentado los cuatro tipos de problemas. La distribución es cercana al tipo lognormal ($X = .82$, $SK = 0.359$). El tipo de problema más comúnmente reportado fue el considerar que el alcohol era un problema (57% del total que reportaron haber experimentado 1 ó más problemas), seguido por problemas familiares (49%), escolares o laborales (31%) y con la policía (30%).

La relación entre los puntajes de consumo de alcohol, QFV, y los de problemas se reporta en el cuadro 1.2.6 Como puede observarse a medida que aumenta el puntaje de consumo de alcohol también se incrementa el puntaje de problemas. A pesar de que la elección del puntaje de 12 como punto de corte para definir a los bebedores consuetudinarios es arbitrario, los datos de este estudio apoyan su elección. Como puede observarse puntajes menores de 12 incluyeron 69% de aquellos que no reportaron problemas de alcohol, puntajes de 12 ó más incluyeron a 51% de las personas con un problema, 85% de aquellos que reportaron 2 problemas, 93% de aquellos con tres y a todos los sujetos que reportaron cuatro problemas.

A pesar de que el índice QFV resultó satisfactorio en población mexicana en términos de su capacidad para diferenciar personas con problemas y sin problemas, debido al patrón típico de consumo del mexicano, poco frecuente y con grandes cantidades, no resulta práctica para desarrollar medidas unidimensionales.

CUADRO 1.2.6

RELACION ENTRE PUNTAJES DE CONSUMO DE ALCOHOL Y DE PROBLEMAS.
Población de 14 años y más de la ciudad de Mexicali, BC.

| QFV | PUNTAJE DE PROBLEMAS | | | | | MEDIA DE PROBLEMAS |
|-------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------------|--|
| | 0 (n=113) | 1 (n=61) | 2 (n=26) | 3 (n=15) | 4 (n=6) | |
| 2 | 14(12.3) | 3(4.9) | 1(3.8) | ----- | ----- | B. Leve n = 73 |
| 3 | 22(19.4) | 5(8.1) | ----- | 1(6.6) | ----- | |
| 4 | 11(9.7) | 2(3.2) | ----- | ----- | ----- | |
| 5 | 2(1.7) | 5(8.1) | ----- | ----- | ----- | |
| 2-5 | 49(46.5) | 15(24.5) | 1(3.8) | 1(6.6) | ----- | |
| 6 | 6(5.3) | 6(9.8) | ----- | ----- | ----- | B. Modera <u>do</u> . n = 41 |
| 7 | 9(7.9) | 5(8.1) | 1(3.8) | ----- | ----- | |
| 8 | 5(4.4) | 3(4.9) | 2(7.6) | ----- | ----- | |
| 9 | 1(0.8) | 1(1.6) | ----- | ----- | ----- | |
| 10 | 2(1.7) | ----- | ----- | ----- | ----- | |
| 11 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | |
| 6-11 | 23(21.6) | 15(24.5) | 3(11.5) | ----- | ----- | X = 0.51 |
| 12 | 8(7.0) | 5(8.1) | 3(11.5) | 1(6.6) | 1(16.6) | B. Con- suetudi- nario. n = 106 |
| 13 | 4(3.5) | 6(9.8) | 4(15.3) | 5(33.3) | 2(33.3) | |
| 14 | 8(7.0) | 9(14.7) | 6(23.0) | 2(13.3) | ----- | |
| 15 | 10(8.8) | 6(9.8) | 9(34.6) | 5(33.3) | 2(33.3) | |
| 16 | 2(1.7) | 1(1.6) | ----- | 1(6.6) | 1(16.6) | |
| 17 | 2(1.7) | 4(6.5) | ----- | ----- | ----- | |
| 12-17 | 34(32.0) | 31(50.8) | 22(84.6) | 14(93.3) | 6(100) | |
| \bar{X} = | 6.8 | 9.8 | 12.8 | 13.3 | 14 | \bar{X} = 0.82 |

TIPOLOGIA PROPUESTA POR LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

Estudio de Respuestas de la Comunidad

El estudio de la OMS "Respuestas de la Comunidad" utilizó otra serie de preguntas para definir los patrones de consumo, se preguntó la FRECUENCIA de consumo de la siguiente forma: ¿ qué tan seguido consume usted una bebida que contenga alcohol? Las respuestas se agruparon en cuatro categorías: BEBEDOR REGULAR. Bebe por lo menos una vez a la semana. ii) BEBEDOR INTERMEDIO: Bebe de una a tres veces por mes. iii) BEBEDOR OCASIONAL: Bebe menos de una vez al mes pero por lo menos una vez al año y iv) ABSTEMIO: No bebió durante el último año.

La CANTIDAD de alcohol ingerida en cada ocasión fue estimada a partir de diferentes procedimientos, se tomaron en cuenta ocasiones comunes y especiales. Se preguntó a los entrevistados qué tan frecuentemente bebieron cantidades suficientemente fuertes para sentir los efectos del alcohol sin embriagarse y la frecuencia con que se emborracharon, esto es la periodicidad con que ingirieron cantidades sustanciales de la bebida suficientes como para poner en riesgo de emborracharse, de causar un estado de embriaguez y de provocar consecuencias de orden social a causa de la bebida. Se estimó también la cantidad total de alcohol consumida en términos de alcohol absoluto con diferentes parámetros de tiempo: ocasión de mayor consumo durante el último mes, durante el último año, etc. Siguiendo la tradición inglesa de las ocasiones recientes, se les pidió a los individuos que enlistaran los días de consumo por lo menos durante la última semana⁴.

Para definir TIPOLOGIAS de bebedores se combinaron preguntas de frecuencia con que se bebe y estimaciones de la cantidad de bebida ingerida, en términos de alcohol absoluto, en la ocasión de mayor consumo en el último mes. Se hicieron divisiones arbitrarias en los ejes de frecuencia cantidad buscando definir mejor los patrones de consumo y las variaciones en los cuatro países (Roizen, 1980) de la forma en que aparecen en el cuadro siguiente.

4 Las preguntas específicas utilizadas en este estudio aparecen en el apéndice 2.

CUADRO 1.2.7

TIPOLOGIA FRECUENCIA-CANTIDAD.
Estudio de la OMS, Respuestas de la Comunidad.

| | | | |
|--|-------------------|-----------------------|-------------------|
| CANTIDAD MAXIMA MENSUAL | ALTA (+200 ml) | MEDIA (100-200 ml) | BAJA (-100 ml) |
| FRECUENCIA ALTA (1 ó + v. x semana) | ALTA-ALTA | ALTA-MEDIA | ALTA-BAJA |
| F. MEDIA (1-3 v. x mes) | MEDIA-ALTA | MEDIA-MEDIA | MEDIA-BAJA |
| F: BAJA (menos de 1 v. x mes) | BAJA-ALTA | BAJA-MEDIA | BAJA-BAJA |

Fuente: Calderón, Campillo y Suárez, 1981.

En México, dada la escasa frecuencia con que la mujer reporta consumir alcohol, esta tipología no pudo ser aplicada de acuerdo con la definición inicial. En México, para esta población, se utilizó la cantidad de alcohol ingerida en la ocasión en que fue mayor el consumo durante el último año (Calderón y cols, 1981). El método de las ocasiones recientes (detalle de consumo durante la última semana), resultó inadecuado para la población mexicana en donde el consumo diario es poco frecuente, al preguntar sobre el consumo durante la última semana se excluyen la mayor parte de las ocasiones de consumo y consumo fuerte. En este estudio solamente el 22% de los hombres y el 9% de las mujeres reportaron consumo durante la última semana (Calderón y cols, 1981).

Esta forma de preguntar cantidad de alcohol consumida a fin de definir tipologías, resulta muy larga y poco práctica para estudios con grandes muestras sobre todo si los patrones de consumo pueden estudiarse de una forma más sencilla.

CONCLUSION. PROPUESTA DE DEFINICION DE PATRONES DE CONSUMO

Estudio realizado en una población del estado de Michoacán

En este estudio se decidió utilizar las mismas preguntas utilizadas en las encuestas de hogares previas al estudio de la OMS a fin de poder comparar los resultados de este estudio con los previamente realizados en México, pero se utilizaron medidas bidimensionales, desarrolladas por el Alcohol Research Group (Room, 1985) para definir los patrones de consumo de alcohol esencialmente cruzando medidas de frecuencia con aquellas de cantidad con el fin de separar a los bebedores que limitaban su cantidad de alcohol por ocasión de consumo de aquellos que bebían 5 copas o más en cada ocasión que consumían alcohol⁵ ya que se pensó que esta categorización explicaría mejor el patrón de consumo poco frecuente con embriaguez episódica. Los datos sobre patrones de consumo que se presentan en este trabajo no son por lo tanto estrictamente comparables con los estudios previos con la excepción de la categoría bebedores/abstemios⁶. Como medida unidimensional se estimó el número total de copas consumidas por mes⁷, índice que se utilizó como variable criterio en análisis de regresión múltiple que pretendieron explicar la influencia de variables sociodemográficas y los índices de problemas en la cantidad global de alcohol consumida por una persona al mes.

Para obtener los patrones de consumo se preguntó a los entrevistados la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas incluyendo vino de mesa, cerveza, destilados, pulque y alcohol de caña de 96° y la cantidad consumida de cada una de estas bebidas en los doce meses previos al estudio. La frecuencia de consumo se clasificó en once categorías que oscilan de "nunca" a "tres o más veces al día". Para conocer la cantidad de alcohol consumida se pregunta a las personas en muestra la proporción de ocasiones de consumo en las que toma 5 ó 6, 3 ó 4 y 1 ó 2 vasos de cada uno de los tipos de bebida investigados y la frecuencia con la que en el año previo al estudio consumieron 12 ó más copas o de 8 a 11 copas de cualquier bebida. Mediante la combinación de las respuestas de frecuencia y cantidad de consumo es posible clasificar a los individuos de acuerdo a si consumieron 5 copas o más por lo menos una vez a la semana, por lo menos una vez al año o nunca. Cruzando las variables de frecuencia y cantidad se definen 7 categorías (Room, 1985):

5 Para una descripción del programa utilizado para crear patrones de consumo ver apéndice 2.1.

6 Para una comparación extensa ver Medina-Mora, 1989, reporte interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

7 Para una definición amplia del programa utilizado para crear esta variable ver apéndice 2.2

1) **ABSTEMIOS**, personas que reportan no consumir bebidas alcohólicas en los 12 meses previos al estudio. 2) **BEBEDORES POCO FRECUENTES**, personas que reportan beber cuando menos una vez al año pero menos de una vez por mes. 3) **BEBEDORES MODERADOS**, personas que reportan consumir cuando menos una vez al mes, pero menos que una vez a la semana, este patrón se divide en dos tipos de bebedores de acuerdo con la cantidad usual de alcohol consumida por ocasión de consumo en 3.1) **BEBEDORES MODERADOS DE BAJO NIVEL**, que clasifica aquellas personas que reportan no consumir 5 copas o más por ocasión de consumo y en 3.2) **BEBEDORES MODERADOS DE ALTO NIVEL**, que clasifica a aquellas personas que reportan consumir 5 copas o más por ocasión de consumo cuando menos una vez al año. 4.) **BEBEDORES FRECUENTES**, personas que reportan consumir alcohol cuando menos una vez por semana que también se divide en dos grupos: 4.1) **BEBEDORES FRECUENTES DE BAJO NIVEL** y 4.2) **BEBEDORES FRECUENTES DE ALTO NIVEL**, siguiendo los mismos criterios que la clasificación anterior. Finalmente 5) **BEBEDORES CONSUEUDINARIOS**, que son aquellas personas que reportan beber alcohol una vez por semana o con más frecuencia y que toma cinco copas o más por ocasión de consumo con esta misma frecuencia⁸

1.2.2 NORMAS, RAZONES DE CONSUMO, ACTITUDES HACIA EL CONSUMO Y LA EMBRIAGUEZ

El estudio de los patrones de consumo es importante porque proporciona información sobre la extensión y magnitud del uso y abuso en una población. Sin embargo el significado que pueden tener va a depender en buena parte de la definición cultural que se de a la acción de beber, es decir a las propiedades, poderes y funciones que se atribuyen al alcohol. Se ha adoptado el marco teórico propuesto por la Organización Mundial de la Salud para estudiar las respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el consumo de alcohol (WHO, 1981).

De acuerdo con la sociedad que se trate, el alcohol puede ser considerado como un recurso que proporciona una serie de beneficios y al mismo tiempo como una práctica que acarrea diversas consecuencias indeseables. Es decir, por una parte se destaca su función integradora al ser utilizado socialmente, como reductor de tensiones y ansiedades, como símbolo de ritos y experiencias seculares y no seculares y como un bien económico,

8 Una descripción detallada del programa para generar los patrones de consumo a partir de las preguntas específicas del cuestionario aparecen en el apéndice 2.1.

generador importante de impuestos y empleos, mientras que por el otro lado sobresale el poder que tiene para desorganizar al bebedor, provocar diferentes tipos de daños y accidentes y estimular la violencia, la pasión sexual o una tendencia compulsiva hacia la bebida hasta llegar a un estado de dependencia en la que las actividades y las relaciones interpersonales principales del bebedor se ven seriamente afectadas (trabajo, familia, etc).

El dilema que existe al sopesar las cualidades y daños que ocasiona el alcohol, da origen a que en cada cultura se propongan diversas soluciones para permitir que prevalezcan las propiedades favorables del alcohol a la vez que se intenta reducir a un mínimo los problemas relacionados con el consumo de éste. El estudio de las razones para el consumo permite conocer, desde un punto de vista cultural, algunas de las soluciones que se han aplicado en las comunidades rural-urbana en estudio y las diferencias en la percepción de las reglas que tienen hombres y mujeres y que se basan en los diferentes significados y funciones (motivos y actitudes) que para los individuos tiene la bebida.

Las expectativas culturales se reflejan también en las normas sociales. Estas han sido abordadas desde diferentes marcos teóricos y por lo tanto definidas de manera muy diferente. En este estudio se definen como reglas que se aplican a una conducta determinada y que son culturalmente específicas. Estas reglas varían con el grupo social, el sexo, la edad, la ocupación o el nivel socioeconómico que se trate y de acuerdo con la situación en que se encuentre el individuo.

Para cada posición social existe una serie de expectativas relacionadas con lo que la persona debe o le está prohibido hacer. Puede suceder que lo que está permitido en un grupo y aún más que lo que se espera que haga un individuo, puede estar prohibido en otro grupo y aún cuando se asignan características y tareas a diferentes posiciones sociales, su ejecución puede variar en frecuencia, intensidad, razones para actuar, escenarios en donde tiene lugar y consecuencias de la conducta.

En cualquier cultura que acepta el consumo de alcohol, algunas situaciones parecen ser compatibles con el consumo y otras en cambio no están consideradas como ocasiones para beber. Es decir, la definición de la situación en que se puede beber es un mecanismo que organiza la conducta convencional del consumo, de la misma forma en que las normas se relacionan con el sexo y la edad. Las normas pueden ser más o menos explícitas según haya o no consenso, en donde éste no existe cabe esperar cierta ambigüedad en las normas y diferencias en las prácticas de bebida.

Las normas sociales y los problemas se relacionan de manera importante. Los problemas se derivan de las practicas de consumo, por lo tanto se espera que el consumo excesivo cause problemas al individuo, sin embargo su manifestación dependerá de otros factores que interactúan con la conducta. De una forma importante, los problemas dependerán de las reacciones de otros, de la tolerancia social hacia la embriaguez, de las recompensas sociales hacia la intoxicación repetida y de la personalidad del individuo. Cuando se viola lo generalmente aceptado, esto es, la norma social, surgirán problemas. Los problemas también dependen de factores del entorno inmediato, se relacionan con la forma en que el consumo individual afecta a otras personas, de tal manera que un problema dado puede o no estar relacionado con un consumo excesivo o una conducta irresponsable.

Una vez que hombres y mujeres han desarrollado dependencia, su sintomatología será muy similar. Sin embargo, el efecto de una intoxicación frecuente en su vida diaria variará en forma importante debido a las diferencias en su función social y a las expectativas culturales. Así es que, la existencia de normas diferentes para hombres y mujeres no dependen del hecho de que una mujer intoxicada pueda ser más irresponsable, deshonesto o egoísta comparada con el hombre en las mismas circunstancias, sino porque se piensa que la mujer no debe de beber. Estas normas no dependen de argumentos racionales, sino que son expresión de valores (Knupfer, 1982).

A la luz de los importantes cambios que han ocurrido en los roles sexuales, podemos esperar variaciones en la conducta de consumo de hombres y mujeres en diferentes grupos sociales. Se esperaría más liberalismo y por lo tanto más consumo de alcohol en mujeres pertenecientes a los grupos menos tradicionales de la sociedad o entre aquellas en las que el movimiento de liberación ha tenido más impacto.

Parfraseando a Knupfer (1982), concluiremos diciendo que "no es fácil estudiar las normas debido a que involucran diferentes grados y dimensiones. Aún en situaciones en donde se acepta el consumo excesivo, existen diferentes estandares en relación a lo que significa excesivo". A pesar de estas diferencias consideramos que las variaciones en normas en relación con el sexo representa una magnifica oportunidad de estudiar la relación entre controles sociales y conducta.

Junto con las normas de conducta para los diferentes grupos sociales definidos por su sexo y edad, la definición de la situación en que tiene lugar el consumo es un segundo gran organizador de la conducta convencional de consumo. En toda sociedad en la que se da el consumo, se considera a algunas situaciones como de no consumo y otras en las que se considera adecuado beber. Esta definición puede variar también para diferentes grupos de la población.

1.2.3 PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO

La mayor parte de los efectos que ocasiona el consumo de sustancias psicotropicas pasan, por lo general, inadvertidos para el consumidor; el grado de intoxicación puede variar desde un leve estado de euforia, hasta el completo estupor. El consumo de sustancias modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales del consumidor, independientemente de su grado de intoxicación, sin embargo el tipo y la magnitud de sus efectos son el resultado de sistemas causales relativamente complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo.

A pesar de que las características farmacológicas de las drogas son importantes, por ejemplo, - el consumo de grandes cantidades, independientemente de la presencia de otros factores, puede causar estados de coma y aún la muerte, - éstas no son las únicas que determinan sus efectos. El estado emocional del individuo en el momento del consumo; las diferencias en su susceptibilidad; factores tales como género, peso, talla, edad del consumidor; la frecuencia en que consume; las ocasiones y circunstancias en las que tiene lugar el consumo y las expectativas de los individuos que lo rodean cuando ocurre la ingesta, juegan un papel importante en que los efectos de las drogas sean positivos o negativos.

El consumo frecuente puede tener importantes consecuencias médicas por ejemplo, la dependencia o los problemas de hígado se presentan independientemente de las circunstancias en que se consume y aún sin que se llegue a intoxicación notable. Estos problemas suelen ser más frecuentes en sociedades en las que es común el consumo diario.

Las consecuencias sociales, en cambio, ocurren más a menudo en aquellas sociedades en las que se consume en exceso o hasta llegar a la intoxicación, aún cuando no se beba con regularidad. Como se había dicho, este tipo de problemas no se asocian necesariamente con dependencia, sino con consumo en ocasiones de riesgo. Algunas de los problemas dependen de la combinación poco afortunada de la intoxicación episódica en ambientes peligrosos y demandantes. Otras consecuencias son el resultado de haber consumido en situaciones en las cuales se debía estar "sobrio" lo que ocasiona que se considere al usuario como irresponsable o poco confiable.

Estos problemas están relacionados con las expectativas culturales del grupo en torno al consumo y la intoxicación, en relación con quien puede consumir y quien no, y en

qué circunstancias está permitido hacerlo. Por ejemplo, el hecho de que una ama de casa use anfetaminas para combatir el cansancio o para bajar de peso, se considera como una decisión individual con poca trascendencia en la comunidad, sin embargo, si un muchacho usa drogas, como la marihuana, para sentir sus efectos o lograr un estado de ánimo placentero, se le reprocha su conducta y quizás se le considere como un delincuente.

Resulta útil, por lo tanto, estudiar por una parte los problemas personales, más relacionados con el consumo frecuente, y la susceptibilidad al daño del individuo y los problemas sociales más relacionados con intoxicación episódica y con las expectativas culturales. Aún más, se ha demostrado que la percepción de problemas personales de tipo psicológico/cognitivo (p.e. dificultad de control), y por lo tanto se reporte, tienden a estar influidas por las actitudes más permisivas o restrictivas del grupo social, en diferentes momentos históricos, y en ocasiones siguen tendencias diferentes a los síntomas físicos (p.e. abstinencia, tolerancia). Mientras el reporte de un tipo de problema incrementa, el otro puede estar disminuyendo. (Room, 1989a) Es por esto recomendable estudiarlos por separado mas que reportar solamente medidas agregadas como ocurre con los criterios diagnósticos de abuso y dependencia.

En este estudio se incluyeron 17 diferentes tipos de problemas tanto personales o relacionados con la salud como sociales⁹. Incluyen los siguientes problemas personales: señales de abuso; tolerancia; dificultad de control; periodos de intoxicación que duran varios días; problemas de salud síntomas de abstinencia. Y problemas sociales: violencia; problemas con la policía, accidentes; problemas con el trabajo; financieros; o con la familia.

Los problemas que hemos denominado sociales, evidencian fricciones entre el bebedor y su ambiente social, de ahí que sea de especial importancia acompañar la evaluación de estos problemas del conocimiento de las normas sociales en torno a esta práctica (Medina-Mora, y cols, 1988a).

Los accidentes y violencias se asocian con relativa frecuencia con el consumo de alcohol. Se ha observado que concentraciones de alcohol en sangre de 0.05 por ciento interfieren en las habilidades necesarias para conducir un automóvil, con un rápido deterioro conforme se incrementa la concentración. Un hombre que pesa 63 kilos, puede

⁹ La definición de como fueron operacionalizados estos problemas aparece en el capítulo de metodología en la sección en que se describe el instrumento empleado.

alcanzar una concentración de alcohol en sangre de 0.05% después de consumir dos copas (NIAAA, 1992). Si bien estas definiciones de abuso son útiles para evaluar los riesgos del desarrollo de los trastornos en cuestión, deben de ser tomados con cautela ya que la evidencia de que los efectos dependen también de otros factores como la susceptibilidad del individuo, es contundente.

Las condiciones del entorno contribuyen también en la manifestación de problemas, como es el caso, por ejemplo, del incremento del riesgo de accidentes por carreteras mal señaladas. El importante papel que juegan estos factores del entorno físico ha llevado a algunos programas de prevención a incluir, como una de sus metas, el procurar un entorno más seguro para el usuario de sustancias.

Los problemas de tipo personal incluidos apuntan más hacia la evaluación de la dependencia. La concepción moralista del alcoholismo como una desviación fue superada cuando Jellinek (1960), como resultado de su experiencia con una muestra de alcohólicos anónimos, propuso que el alcoholismo era una enfermedad con diferentes fases: pre-alcohólica, prodromal, crucial y crónica y los síntomas que se asociaban con cada una de estas etapas. Jellinek en 1960, definió al alcoholismo como enfermedad, consideró que el alcoholismo era cualquier uso de bebidas alcohólicas que ocasiona daño al individuo, a la sociedad o a ambos, con tres fases: EPSILON o alcoholismo periódico o dispsomanía, GAMMA, o alcoholismo con incremento en la tolerancia, metabolismo celular adaptativo, síndrome de dependencia y pérdida de control y DELTA que incluye los síntomas de la fase previa a los que se añade la incapacidad de abstenerse.

Investigadores, entre los que destacan los canadienses, han cuestionado la estrechez del concepto médico de alcoholismo, principalmente en sus implicaciones para tratamiento. De acuerdo con sus estudios, solamente en una proporción menor de personas que manifiestan problemas con su forma de beber, la gravedad de los síntomas empeoran con el tiempo. Aún mas, los bebedores "problema" pueden tener periodos de abuso, periodos de abstinencia y periodos de consumo crónico. De ahí que consideran que conceptualizaciones que ubican al bebedor "problema" invariablemente en un estado inicial de desarrollo progresivo de alcoholismo, son equivocadas y limitan las posibilidades de intervención.

Actualmente en el mundo científico existe un consenso relativo de considerar a la dependencia a las drogas como un mecanismo neuroadaptativo, (Edwards y Gross 1976). La dualidad en las concepciones sobre lo que es el alcoholismo y la dependencia al alcohol

ha estado presente en los grandes sistemas diagnósticos. El DSM-III utilizó los conceptos clásicos de dependencia descritos por Jellinek, en 1952. Por otra parte la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su novena revisión, ICD 9 y posteriormente en su décima revisión ICD 10, incorporó el concepto propuesto por Edwards y Gross en 1976, posteriormente la dualidad se resolvió en parte debido a que el DSM-III-R incorporó también el concepto propuesto por este último autor.

Esta conceptualización está basada en los siguientes principios: i) el síndrome puede ser reconocido por una serie de elementos. No todos ellos tienen que estar siempre presentes, o presentes en el mismo grado. ii) el síndrome no se presenta de una forma de todo o nada sino que puede manifestarse con diferentes grados de intensidad. iii) su forma de presentación se verá moldeada por la influencia patoplástica de la personalidad y cultura. iv) introduce un concepto biaxial en donde el síndrome de dependencia constituye un eje y los problemas relacionados con el consumo otro. Esta formulación no asume progresión o irreversibilidad en el síndrome.

Los indicadores de dependencia incluyen compulsión de uso, incapacidad de control, abstinencia, uso para aliviar abstinencia, tolerancia, reducción del repertorio conductual, abandono de actividades y placeres alternativos por el uso de alcohol, persistencia del abuso a pesar de consecuencias dañinas y reinstalación rápida del síndrome después de un periodo de abstinencia. A pesar de que Edwards y Gross (1976), establecieron que la dependencia no era una condición de todo o nada sino que podía presentarse en diferentes grados de severidad, el ICD 10, establece un punto de corte y considera que hay dependencia cuando se encuentran presentes por lo menos tres de estos elementos en un período de 12 meses.

De igual manera, el DSM-III-R, plantea la presencia, como mínimo, de tres de los siguientes síntomas: uso en mayor cantidad o más tiempo de lo que pretendía el sujeto; deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso; uso de gran parte del tiempo en obtener las sustancias o en recuperarse de sus efectos; intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto debe desempeñar obligaciones laborales, escolares o domésticas; uso continuado a pesar de estar consciente de tener problemas; tolerancia notable; síntomas de abstinencia; consumo para aliviar la abstinencia. Se requiere además que algunos de estos síntomas hayan estado presentes durante un mes como mínimo o hayan aparecido repetidamente por un periodo prolongado de tiempo. Esta clasificación permite calificar la gravedad de la dependencia en: i) leve, pocos o ningún

síntoma, ii) moderado, entre leve y grave, iii) grave, muchos síntomas además de los requeridos para hacer el diagnóstico, que interfieren con la vida del sujeto. En el caso de la nicotina, el deterioro de la vida social o laboral no es requisito para la valoración de una dependencia grave.

La tolerancia está muy relacionada con la dependencia. Una persona que usa drogas con efectos psicoactivos usualmente quiere que los efectos deseados duren tanto como sea posible. El proceso del metabolismo de la droga limita la duración de su acción. La exposición repetitiva ocasiona que la droga sea metabolizada más rápidamente y que la duración e intensidad del efecto deseado se reduzca considerablemente. En estos casos se dice que la persona es tolerante metabólicamente a los efectos de la droga. A fin de volver a obtener los mismos efectos, esta persona tiene que aumentar tanto la dosis como la frecuencia con que se la administra. Sin embargo, los efectos seguirán disminuyendo cada vez más.

Con el uso crónico, la mayor parte de las drogas psicoactivas producen tolerancia, siendo necesario aumentar la cantidad de la droga para experimentar sus efectos con la misma intensidad. En otras palabras, siempre puede obtenerse el efecto deseado si la dosis administrada es suficientemente alta. Por lo tanto, en el caso las drogas que la producen, el usuario tiende a aumentar tanto la dosis de la droga como la frecuencia con que se la administra.

En el caso de las bebidas alcohólicas se observa también la necesidad de aumentar la dosis para alcanzar la respuesta previamente obtenida con dosis menores, sin embargo, después de este proceso algunos bebedores pierden la tolerancia, es decir presentan una tolerancia invertida, muy relacionada con daño hepático y cerebral y que se manifiesta a través de síntomas y signos de intoxicación severos que aparecen después de ingerir dosis aún menores que las que se utilizaban antes de los primeros signos de tolerancia.

Debido a que el enfoque de este estudio fue el estudio de la sociedad más que de los patrones de conducta extremos o patológicos, se estudiaron por separado los diferentes tipos de problemas más que intentar llegar a un diagnóstico de alcoholismo. El estudio individual de cada tipo de problemas permite profundizar en la relación entre las diferentes formas y contextos de consumo, las normas sociales y la manifestación de problemas.

1.2.4 GENERO, DEPRESION Y ABUSO DE ALCOHOL

Con el fin de estudiar las variaciones por género en la relación entre depresión y el consumo de alcohol se escogió la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos y se valoró el papel del estrés y del apoyo social.

Existe una gran controversia con respecto a la definición de depresión. Existe consenso en el sentido de que una depresión Clínica involucra bastante más que un ánimo deprimido, sin embargo no hay mucho acuerdo sobre qué tanto más. Beck (1967), la ha descrito en términos de i) sentimientos de minusvalía, ii) mundo externo sin significado y iii) futuro sin esperanza. La definición e identificación de este trastorno se ve complicada por el hecho de que la mayor parte de las personas, en un momento u otro, presentan conductas que involucran estos tres elementos, tales como llorar por cosas insignificantes, sentimiento persistentes de tristeza, pérdida de interés en personas o cosas que en otras circunstancias causan gran emoción, dificultad para decidir sobre cosas pequeñas, sentimientos de preocupación y cansancio y aún desesperanza suficiente para albergar, aun cuando no serias, ideas de suicidio. Surgen entonces preguntas tales como, ¿ es posible diferenciar estos estados normales de cuadros depresivos? es sólo cuestión de intensidad y duración, esto es de diferentes grados o se trata de dos fenómenos cualitativamente diferentes? en relación con el abuso de alcohol, qué es de interés ¿El estado de ánimo depresivo o la depresión clínica?

En la historia de la psiquiatría se ha usado este término para nombrar una gran variedad de conjuntos de síntomas diferentes. A pesar de que se espera que una persona que está clínicamente deprimida presente algunos de los cambios en el estado de ánimo descritos (llanto, tristeza, pérdida de interés) acompañado de modos variantes de otros síntomas cognitivos, somáticos y conductuales, no se requiere de un ánimo deprimido para emitir un diagnóstico de depresión, se considera que cuando hay otros elementos presentes como la falta de energía acompañadas de otras quejas conductuales o somáticas, puede tratarse de una depresión enmascarada.

En el diagnóstico de la depresión pueden observarse dos grandes escuelas. Por una parte observamos definiciones diferenciales basadas en la etiología de los trastornos. Esto ha conducido a definiciones tales como depresión endógena para nombrar aquella que tiene una base biológica más fuerte y depresión reactiva para nombrar aquella que resulta como respuesta a un evento externo. Estas definiciones que basan la diferenciación de estados en

su etiología, están estrechamente ligadas a modelos teóricos específicos. Más recientemente se ha preferido definir los estados o padecimientos en base a los síntomas observables objetivos sobre los cuales pueda haber acuerdo independientemente del modelo conceptual que haya adoptado el diagnosticador. No se resta importancia a la etiología ni a sus variaciones, sin embargo se dejan estos aspectos como parte de la investigación de casos y no como elementos de diagnóstico. Los sistemas de clasificación internacionales definen la depresión y otros estados relacionados de la siguiente manera: Feighner y sus colegas (1972), consideraron que el diagnóstico de desorden de depresión podía hacerse cuando la persona presentaba por lo menos cuatro de los siguientes criterios: i) pérdida del apetito o pérdida de peso, ii) dificultades en el sueño incluyendo hipersomnia, iii) fatiga, iv) agitación o retardo, v) pérdida de interés, vi) dificultad de concentración, vii) sentimientos de culpa, viii) ideas suicidas o deseos de muerte. El DSM III R (1988), ubica a los trastornos depresivos dentro de los trastornos del estado de ánimo que corresponden a un estado emocional permanente que colorea por completo la vida psíquica, tanto en el sentido de la depresión o de la euforia y que no se debe a otro trastorno mental o físico. El síndrome de depresión mayor se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés durante dos semanas como mínimo acompañado de síntomas graves asociados, tales como pérdida de peso y dificultad de concentración no debidas a una reacción normal a la muerte de un ser querido, (duelo no complicado). Este síndrome puede ser leve cuando no hay o se dan pocos síntomas además de los requeridos para hacer el diagnóstico y síntomas de ligero deterioro en la actividad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás; moderado, cuando hay síntomas de deterioro funcional entre "leve y grave"; y grave cuando aparecen varios síntomas además de los mínimos para realizar el diagnóstico y que interfieren notablemente en la vida laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás. La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (1989), establece que un individuo que sufre un episodio depresivo presenta reducción del estado de ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad, capacidad para regocijo, interés y concentración disminuidas, y cansancio marcado aun después de esfuerzos menores. Usualmente el sueño está perturbado y el apetito disminuido. La autoestima y confianza en uno mismo casi siempre están reducidos y aún en forma leve, algunas ideas de culpa y falta de valor están usualmente presentes, el futuro se ve desolado e ideas o actos suicidas son comunes. De acuerdo con esta clasificación, los trastornos depresivos deben de tener una duración de por lo menos dos semanas.

A partir de diferentes marcos teóricos y definiciones de Depresión, se han desarrollado un amplio número de instrumentos que varían según:

- 1) su uso como (1.1) instrumentos de tamizaje, que son utilizados para identificar casos probables, usualmente con alta sensibilidad y baja especificidad y (1.2) instrumentos de diagnóstico, altamente específicos que se usan para confirmar casos¹.
- 2) según los trastornos que incluyen en (2.1) generales que intentan detectar cualquier caso de trastorno mental basados en la suposición de que subyacente a cualquier trastorno existe un núcleo común de síntomas identificables y (2.2) específicos para cada tipo de trastorno basados en supuestos teóricos que rechazan la concepción de "enfermedad mental" y prefieren hablar de "enfermedades mentales".
- 3) según lo que pretenden evaluar, en (3.1) instrumentos de diagnóstico y en (3.2) instrumentos que pretenden evaluar evolución o cambios en estados previamente diagnosticados.
- 4) según el tipo de trastorno que pretenden medir (4.1) atributos duraderos menos sensibles al cambio como son los instrumentos de personalidad y (4.2) y sensibles al cambio como son aquellos que evalúan estados de ánimo.
- 5) según el grado de especialización que requiere del aplicador en (5.2) instrumentos que requieren ser aplicados por clínicos especializados en el campo de la psiquiatría y trastornos mentales, quienes siguen un patrón de evaluación preestablecido y que prueban su confiabilidad en el diagnóstico después del entrenamiento en la aplicación del instrumento e (5.3) instrumentos altamente estructurados, confiables cuando son aplicados por legos.

El instrumento que se escogió para esta investigación es la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) que ha sido ampliamente utilizada en investigación social en muestras de población general y en estudios que han pretendido estudiar la relación entre síntomas de depresión y abuso de alcohol. Es específico sobre depresión, pretende identificar estados depresivos más que depresión clínica, se basa en la escuela que pretende eliminar consideraciones de etiología en la definición de trastornos mentales, se aplica a base de preguntas y respuestas sin requerir del juicio clínico especializado para su calificación.

1 Se entiende por sensibilidad el poder de un instrumento de detectar casos probables y por especificidad su capacidad para identificar solo casos verdaderos. Se espera que un instrumento de tamizaje detecte la mayor parte de probables casos es decir, un buen número de falsos positivos y que pierda el menor número de casos, esto es que minimice la probabilidad de ocurrencia de falsos negativos. Por el contrario, un instrumento de diagnóstico debe de ser altamente específico, esto es, debe incluir solo los casos verdaderos, con baja probabilidad de falsos positivos.

La asociación entre alcoholismo y depresión ha sido interés de clínicos e investigadores desde hace mucho tiempo. Weissman y Myers (1980), en una revisión del tema, reportan grandes variaciones en las prevalencias reportadas en estudios que se han realizado en muestras clínicas de alcohólicos que oscilan entre 3% y 98%. La explicación de estas variaciones puede encontrarse en artefactos metodológicos especialmente en las variaciones en el diagnóstico de depresión. Weissman (1977), reporta una prevalencia de 71% de depresión diagnosticada según el RDC, (Criterio Diagnóstico para Investigación) en la población general en una ciudad norteamericana. Canino y cols (1986), utilizando los criterios del DSM III, encontraron que el 7% de aquellos que tenían un diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol también tenían un diagnóstico de depresión. Midanik (1983), utilizando el CES-D encontró tasas de depresión de 7% en hombres y 16% en mujeres, todos bebedores, en un estudio nacional sobre prácticas de consumo en los Estados Unidos. Caetano (1987), en una muestra nacional de población de origen hispánico en los Estados Unidos, utilizando también el CES-D, encontró que la depresión era más común entre las mujeres, el consumo y el consumo fuerte del alcohol eran más comunes entre los hombres, los bebedores fuertes tenían el doble de probabilidad de estar deprimidos comparados con el resto de la población y que esta relación era independiente del género. En el estudio que se propone se pretende estudiar esta relación en una población mexicana en México.

La literatura reporta una variedad de estudios en donde el estrés y más concretamente, la experiencia de eventos productores de estrés a los que se ha llamado "eventos de vida", se asocian con depresión y/o con consumo de alcohol. El término estrés ha sido definido de diferentes formas, se ha usado para referirse a condiciones ambientales o a la respuesta a una condición ambiental. En este trabajo se adoptara la definición de Lazarus (1966), quien considera al estrés como un proceso psicológico, esto es, el estado interno del individuo que percibe las amenazas sobre su bienestar físico o psicológico. La investigación experimental indica que los efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales de la mayor parte de los estresores, dependen en gran medida de los factores psicológicos. Por lo tanto, si las situaciones no son contempladas como peligrosas, o amenazadoras pueden ocurrir respuestas fisiológicas menores o aún opuestas a las esperadas. Estudios que han medido simultáneamente el número de hormonas y las respuestas cardiovasculares también indican que estresores específicos pueden producir patrones específicos de respuestas fisiológicas. Por lo que puede concluirse que las características de las situaciones estresoras, y concretamente el modo como las percibe el individuo, las demandas conductuales y los recursos con los que cuenta para enfrentarlas, influyen en el patrón de respuesta.

Aún más, se ha encontrado que el estrés crónico y la acumulación de dificultades constantes pueden ocasionar similares e incluso más fuertes niveles de estrés, que los eventos agudos (i.e. pérdidas). Es por esto importante considerar también las dificultades y los estilos de vida de las personas.

Dohrenwend y Dohrenwend, (1974a), sugirieron que los eventos estresantes disruptores, no eran necesariamente negativos, de ahí que puedan incluirse como "eventos de vida" una gran cantidad de incidentes, negativos como pérdidas y separaciones y positivos como ascenso en el trabajo, ganarse la lotería, el matrimonio o el nacimiento de un niño. Estos mismos autores establecen una distinción entre el grado de estrés que puede resultar de estos eventos. Brown y Harris (1978), en sus estudios sobre estrés y trastornos mentales encuentran que algunos de los eventos que ocurren previos a la aparición de síntomas de patología mental incluyen tanto eventos altamente tensionantes como simples cambios de rutina. Estos autores en su estudio sobre esquizofrenia elaboraron una lista de 38 tipos de eventos agrupados en las siguientes categorías:

- i) Cambios en el papel social del individuo tales como cambios de trabajo, o la adquisición o pérdida de un amigo(a) del sexo opuesto en caso de los solteros.
- ii) Cambios el papel social de los parientes cercanos o miembros del hogar tales como la falta de trabajo del esposo debido a una huelga.
- iii) Cambios mayores en el estado de salud tales como ser internado en un hospital o enfermedad grave y
- iv) Cambios similares en parientes cercanos o miembros del hogar.
- v) Cambios de residencia y cualquier cambio marcado en la cantidad de contacto con parientes cercanos o miembros del hogar.
- vi) Anticipación de cambios tales como aviso de cambio de residencia.
- vii) Logros o fallas en lograr metas valoradas por la persona, tales como recibir un ofrecimiento de casa en renta a un precio módico.
- viii) Otros eventos dramáticos a) que involucren al sujeto p.e. ser testigo de un accidente o ser detenido por la policía al ir conduciendo o, b) que involucren a un pariente cercano o miembro del hogar, como podría ser el enterarse de que un hermano ha sido arrestado.

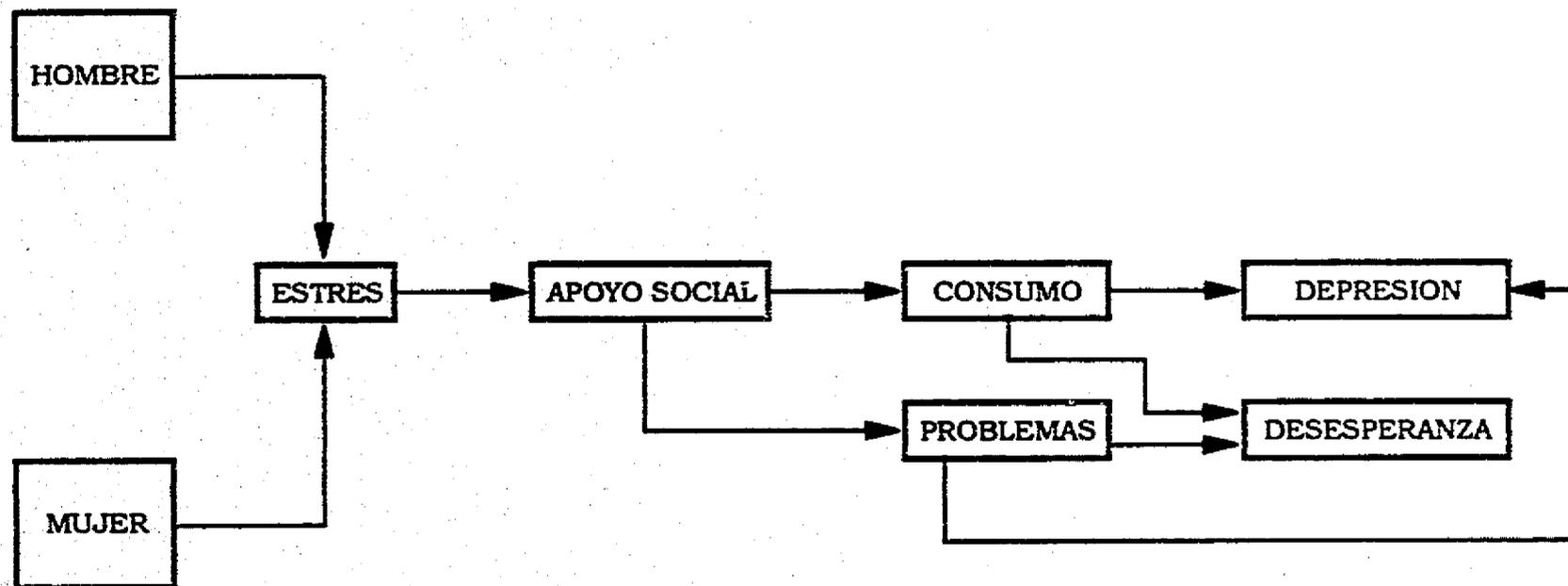
En todos los casos puede considerarse que los "eventos" involucraron cambio, en una actividad, papel social, persona o idea. En el estudio piloto sobre esquizofrenia, que llevaron a cabo Brown y sus colaboradores en 1960², encontraron que la ocurrencia de eventos de vida eran particularmente comunes en las tres semanas previas al establecimiento de un trastorno esquizofrénico. Más concretamente en relación con el alcohol se ha encontrado que el abuso de esta sustancia puede ocurrir como una respuesta o mecanismo para enfrentar el estrés ("coping"), producto de diversas situaciones como puede ser la migración, lo que ocasiona otro tipo de problemas (Cervantes, Castro, 1985).

El tercer componente de esta relación es el apoyo social. Diversos estudios han resaltado la importancia de este factor en la manifestación y curso de los trastornos. Las redes de apoyo o el sistema de soporte social del individuo se ha definido como la ayuda emocional, instrumental o informativa, obtenida de las ligas sociales del individuo y de los recursos comunitarios, antes, durante y después de que ocurran eventos estresantes. Actualmente, se debate sobre el papel que juega el apoyo social, por una parte se considera que actúa directamente reduciendo la probabilidad de que ocurra la enfermedad y por otra parte se hipotetiza que sus efectos son indirectos, esto es, que el apoyo social sirve como "colchón" o mediador entre los estresantes de la vida y la pobre salud. Así mismo, se ha observado que el apoyo social es un factor significativo que puede explicar por lo menos alguna proporción de las diferencias en la vulnerabilidad entre grupos de individuos estresados. Se han diferenciado dos medidas de apoyo social, las estructurales (i.e. matrimonio) y las funcionales (i.e. calidad de la relación), estas segundas han mostrado más fuerza como factores de protección y en ausencia de riesgo, tanto para la enfermedad física como la mental.

2 Trabajo citado en Brown and Harris, 1978.

**RELACION ENTRE GENERO, DEPRESION Y CONSUMO DE ALCOHOL
MODELO**

52



1.3 GENERO Y CONSUMO DE ALCOHOL

1.3.1 EL HOMBRE Y LA MUJER EN LA CULTURA MEXICANA. ASPECTOS DEMOGRAFICOS, SOCIOECONOMICOS Y CULTURALES

La cultura Mexicana establece diferencias especialmente marcadas entre géneros. Esta diferenciación, con profundas raíces históricas, influye en la manera en que hombres y mujeres se perciben a si mismos, perciben al mundo que los rodea y actúan en consecuencia. Una de las áreas en que esta diferenciación se hace muy evidente es en torno a las normas y conducta de consumo de bebidas alcohólicas. Es por este motivo que a fin de comprender mejor los orígenes e implicaciones de esta conducta, es importante entender sus raíces en la cultura así como la situación sociodemográfica de la mujer, en términos de su nupcialidad e integración en la vida económicamente activa.

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

A pesar de que en México, desde siempre la mujer ha participado en la economía, colaborando y con frecuencia como el único proveedor del hogar, tradicionalmente se le ha asignado un papel secundario en el desarrollo del país, valorando principalmente su función en las labores domésticas y de crianza de los hijos. Sin embargo, datos provenientes de muy diversas fuentes de información sugieren que a partir de los ochentas la condición de las mujeres pasa por cambios de magnitud insospechada. De Barbieri (1989), plantea que estos cambios provienen de tendencias observadas en distintas dimensiones sociales con tiempos diferentes y que se han conjuntado en años recientes. "Entre ellas, tendencias estructurales de carácter cultural y político, que se iniciaron quince o veinte años atrás y que cuestionan y desmantelan el imaginario social dominante y producen revoluciones pasivas porque cambian el sentido de la acción y se revierten en nuevas prácticas sociales".

Entre los cambios demográficos más importantes, están la reducción de la tasa de fertilidad junto con un incremento de la esperanza de vida; la integración de la mujer a la economía y su acceso a una mejor educación; una importante modificación en la composición religiosa con un incremento en el protestantismo, que trae consigo diferentes normas y valores en torno al consumo; un acelerado proceso de urbanización y de migración rural-urbana que afecta de manera diferente a hombres y mujeres; una intensa

migración internacional de trabajadores estacionales, con continuos cambios de residencia entre México, Canadá y Estados Unidos. Este proceso ha incrementado el número de mujeres madres de familia, y aún de pequeños poblados en dónde los únicos varones residentes permanentes son viejos y niños, lo que implica ajustes de roles de género importantes.

En materia demográfica, la esperanza de vida actual de la mujer es de 71 años, se casan jóvenes y tienen en promedio 2.9 hijos¹, el descenso del número de hijos de 3.6 en 1970 y de 7 en las décadas anteriores, ha ocasionado que la mujer sea cuantitativamente menos madre y con más tiempo para dedicarse a otras actividades. Sin embargo la nupcialidad es aún joven lo que apunta hacia la permanencia de una alta vocación matrimonial y por la vida de pareja y al lugar central que sigue teniendo el papel de esposa. El número de hijos está relacionado con la escolaridad y el estatus ocupacional, el promedio de hijos de mujeres que han alcanzado niveles universitarios es de 1, comparado con 5 de madres sin educación formal. Las madres trabajadoras tienen en promedio 1.6 hijos.

Desde el punto de vista educativo se observa un aumento en la escolaridad y la caída del analfabetismo, actualmente las matriculas escolares en los ciclos primario y secundario son casi equiparables entre varones y mujeres. Entre 1985 y 1987, en el primer grado de primaria el 47.8%, y de secundaria el 47.7%, de las inscripciones eran de mujeres. Según De Barbieri (1989), se da también una fuerte presencia femenina en los ciclos terminales de capacitación para el trabajo cuya exigencia mínima de escolaridad en el ingreso es la primaria terminada y la secundaria completa, en los niveles medio y medio superior el crecimiento de las matriculas se explica por el aumento de incorporación de las mujeres.

En relación con el trabajo, se observa una acelerada tendencia a la incorporación de las mujeres al mercado laboral, registrado desde 1970, su proporción en la población económicamente activa aumentó de 17.6 en 1970 a 19.6 en 1990, lo que representa un aumento de 112.3% de mujeres trabajadoras, en relación al número en condiciones similares hace dos décadas. Sin embargo aún hoy día, 78.5% de las mujeres mayores de 12 años no perciben un salario fijo (INEGI, 1990). No solo ha aumentado el número de mujeres que ejercen actividades generadoras de ingresos sino que también la composición

1. Promedio estimado para la población de mujeres de 15 años y más.

ha cambiado cualitativamente, a la dominancia de mujeres jóvenes solteras se han sumado las mujeres casadas, madres de familia, como resultado de un aumento en la oferta de empleo para mujeres y del deterioro de los ingresos familiares ocasionado de la política de contención salarial y de desempleo de la población masculina.

A pesar de estos cambios, las mujeres aún se ocupan en las posiciones de menor estatus, perciben menor ingreso que los hombres, 21% de las mujeres trabajadoras son oficinistas; 13%, asistentes en comercios o vendedoras, 11% realizan labores domésticas o son sirvientas. Otras ocupaciones comunes incluyen a maestros, 9%, artesanas y trabajadoras, 7%.

Sin embargo estos cambios no parecen llevar a modificaciones en la atribución femenina del trabajo doméstico, puede pensarse que las formas tradicionales de resolución se han mantenido en muchos hogares lo que ha ocasionado que la mujer trabajadora, que no tiene suficientes recursos para contratar ayuda doméstica, esté realizando el equivalente a dos jornadas y media de trabajo semanal.

En periodos de transición, antes de que ocurran ajustes inevitables, es común que se den tensiones importantes, la mujer es ahora "menos madre", se incorpora formalmente a la economía pero no cambia su papel tradicional. Esto llevará a diferentes épocas de crisis, como son la tensión ocasionada por el doble papel de madre y trabajadora. Crisis en la edad media cuando los hijos se despegan del hogar y la mujer, principalmente la que no se ha incorporado en la fuerza de trabajo, pierde su identidad tradicional. Y la ya tradicional crisis de la edad involutiva. A estas tensiones se suman las provenientes de los problemas de reajustes en la relación de pareja y de competencia con los hombres.

En Inglaterra, Brown y Harris (1978), encontraron que la presencia de hijos menores de 12 años en el hogar era un factor provocador de estrés importante con participación significativa en el aumento de índices de depresión. En México, Lara (1992), encontró evidencia que señala que las mujeres trabajadoras pueden tener mejores niveles de bienestar emocional que aquellas que se quedan en el hogar, a pesar de trabajar dobles jornadas. Esta autora encontró que enfermeras, de clases sociales medias y bajas, con niños pequeños en el hogar, tenían niveles de depresión mayores a la media observada en población general (Medina-Mora, y cols., 1992), sin embargo estos niveles eran menores a los reportados por un grupo control de mujeres no trabajadora, de equiparable nivel socioeconómico y de escolaridad.

Los cambios han afectado a los hombres de manera diferente, ellos deben de enfrentar tensiones originadas de las normas culturales que tienden a devaluar aquellos hombres cuyas esposas trabajan, se considera que no son suficientemente "hombres" para mantener a la familia. Su inevitablemente creciente participacón en actividades consideradas tradicionalmente femeninas, cuestiona su rol masculino. La competencia con la mujer, por posiciones laborales en ocasiones limitadas, es cada vez más importante. Así mismo la cultura define como único camino de éxito para el hombre, su desarrollo profesional. En este sentido la situación es más flexible para la mujer quien puede obtener reconocimiento y es una fuente de autoestima, de diferentes actividades, como trabajadoras, como esposas, madres de familia, ésto puede no ser cierto para mujeres de los niveles más desfavorecidos.

Los cambios en los papeles y atribuciones femeninas y masculinas se reflejarán sin duda en las prácticas de consumo de alcohol, conducta tradicionalmente definida como propia del sexo masculino. Con estos cambios, las mujeres tienen ahora más ocasiones para beber, la modificación en sus roles de género han afectado las normas que las limitaban a beber. Sin embargo los cambios no serán inmediatos y no están ocurriendo de manera simultánea en todos los subgrupos de la población.

La coexistencia de múltiples subgrupos en la población, con diferentes antecedentes étnicos, grado de urbanización e industrialización, niveles de ingreso y educación, dificulta el entendimiento del modo en que los roles de género afectan los patrones de consumo, pueden esperarse variaciones importantes.

México se formó por un proceso de mestizaje de una multiplicidad de grupos étnicos con españoles, quienes dominaron el país por siglos. De acuerdo con el último Censo de Población de 1990, el 7.5% de la población mayor de 5 años, habla una lengua indígena. 5.282,347 millones de indios, distribuidos a lo largo del país, hablan 57 diferentes lenguas, 80% de ellos también hablan español.

En estos grupos étnicos, las normas relacionadas con el consumo tienen algunas comunales y difieren en muchos aspectos. Las normas culturales que prevalecían antes de la llegada de los españoles, influyeron en la forma en que el alcohol fue consumido por la emergente población mexicana que difería, tanto de la forma precolombina como de la del conquistador español.

Otra tendencia demográfica que influye en la conducta de consumo, es la migración tanto nacional como internacional. La migración femenina rural/urbana, ha sido numéricamente más importante que la masculina, desde 1930. Se equilibró de los 50's a los 70's y desde los 80's hasta nuestros días, las mujeres sobrepasan en número a los hombres nuevamente.

Las características de la migración son también diferentes para hombres y mujeres, es común que estas últimas, o bien migren con su esposo o padres, o cuando migran solas, usualmente llegan a trabajar a hogares como sirvientas. Los hombres, en cambio, se convierten en trabajadores no calificados, o sobreviven en el sector informal de la economía (Corona, 1989).

Puede decirse que en este sentido, las mujeres están más protegidas que los hombres, ya que cuando migran solas, si no son objeto de abuso, viven en un ambiente protegido, en donde sus necesidades básicas están cubiertas, reciben además un salario fijo. Los hombres enfrentan una situación bastante diferente, dependen de su salario para vivir, tienen que moverse en una ciudad, en condiciones bastante diferentes a las acostumbradas en sus poblados de origen.

Cuevas (1993), en un estudio de casos y controles, de población migrante que tenía menos de 5 años de vivir en un área suburbana de la zona metropolitana de la ciudad de México, y de un grupo control de no migrantes, encontró importantes diferencias de género en el estado mental. La somatización fue más frecuente en los hombres migrados en comparación con los no migrados, las mujeres nativas, en cambio, superaron a las mujeres migrantes en sus niveles de este desorden. La ansiedad y depresión tuvieron comportamientos similares, fueron más frecuentes entre los hombres migrantes y entre las mujeres nativas. En un estudio previo, (Cuevas y cols., 1991), esta misma autora, encontró una evidencia de que los hombres modificaban sus hábitos de consumo después de migrar, reduciendo sus ocasiones de consumo.

Más recientemente, desde el siglo XIX, un nuevo proceso de aculturación es observado como resultado de la intensa migración internacional hacia los Estados Unidos. Una parte de esta migración no es permanente, es decir se trata de trabajadores, usualmente no documentados, que presentan cambios continuos de residencia entre México y nuestro vecino país. En este proceso son aculturados a otras normas y costumbres, que traen a su regreso al país, influenciando a su vez a las comunidades a donde regresan.

El principal motivo de migración es económico, los trabajadores pretenden mejorar su nivel de vida, incrementando su ingreso. La mayor parte de los migrantes internacionales son adultos hombres provenientes de zonas rurales, campesinos, aunque recientemente se han observado algunos cambios.

Este tipo de migración tiene importantes implicaciones para las comunidades en donde se ha establecido este proceso. Los trabajadores migrantes dejan a sus familias, muchos de ellos planean regresar una vez que tengan suficiente dinero para comprar tierra, construir su casa y en general mejorar su nivel. Las familias en México reciben dolares de sus parientes, por lo que adquieren mayor poder de compra y prestigio en las comunidades, pero de esta manera se afecta la economía de las familias no migrantes al incrementarse los precios de los productos básicos.

En un nivel social se ha observado que las comunidades exportadoras, están pobladas principalmente por mujeres, niños y viejos. Las normas sociales y morales se ven fuertemente afectadas por estos trabajadores quienes después de varios periodos de residencia en los Estados Unidos, regresan a sus comunidades de origen. Salgado y Maldonado (1992) encontraron que las mujeres que se quedan, sufren de estrés, ansiedad y tensión emocional generalizada asociada con la ausencia de sus esposos. Estas mujeres recien convertirse de pronto en la cabeza de la familia, durante la ausencia del esposo. También manifiestan preocupación acerca del bienestar de sus cónyuges en un país desconocido, y temen el abandono definitivo, se sienten solas y desprotegidas. En estas mujeres se observa una gran ambivalencia, quienes por una parte deben de llenar las expectativas de sus roles de género tradicionales caracterizados por pasividad y dependencia, y por el otro, ser fuertes, independientes y en control para dirigir sus familias y a la comunidad.

Finalmente otra transición social reciente que sin duda afectará la conducta que nos ocupa, es la modificación de la afiliación religiosa de los mexicanos en las últimas dos décadas. En el Censo de 1970, 96.2% de la población se refirió a si mismo como católico, esta proporción cambió a 89.7% en 1990. El grupo creciente de protestantes, de diferentes afiliaciones, tienen valores claros y definitivos de temperancia, que difieren radicalmente de las normas de los católicos en relación con el consumo de alcohol.

ASPECTOS CULTURALES

Las diferencias en las normas, roles y conductas de hombres y mujeres tienen raíces histórico-culturales importantes. Díaz Guerrero (1988) define la relación hombre - mujer en la cultura mexicana de la siguiente forma: " Es bien posible que un aspecto crucial de la sociocultura mexicana sea el resultado de históricas y dramáticas relaciones interpersonales. Nos referimos a la unión en los albores del siglo XVI, del conquistador, el poderoso, el macho, el español y la conquistada, la hembra, la subyugada, la indígena. En un momento dado, y no sabemos como, conciente o inconscientemente esta relación de hombre y mujer cristalizó en una decisión que parece ser la clave que explica la mayor parte de las interacciones dentro de la familia y de la sociocultura mexicana. La decisión fue que todo el poder quedaría en manos del hombre y todo el amor en manos de la mujer". Esta diferenciación entre las concepciones y las conductas atribuidos a ambos sexos se manifiesta en un sin fin de áreas como son la práctica religiosa, la relación de pareja, la conducta sexual y el consumo de alcohol entre otras.

Los roles, complementarios, que han predominado son el "machismo" y la "sumisión", o "síndrome de la mujer sufrida". Lara (1992) estima que las raíces del machismo en México, son más profundas que lo que se observa en otros países latinoamericanos, y que las mujeres aceptan de tal manera su papel de sumisión, que el movimiento feminista ha tenido poco impacto, la incorporación de la mujer a la economía ha afectado muy poco sus roles tradicionales y su conciencia de género, y tienen un nivel de educación inferior a lo que se observa en otros países latinoamericanos.

La palabra "macho" describe una orientación que puede resumirse como un culto a la virilidad, y cuyas atribuciones más importantes son una agresividad sexual exagerada, intransigencia entre los hombres y una actitud arrogante, y agresiva sexual hacia las mujeres. Debido al papel central que se le otorga a la dignidad, los hombres machos, pueden interpretar cualquier comentario como un insulto. Se ha considerado que probablemente en el alto grado de violencia masculina, contribuya la necesidad de mantener una dignidad elevada. Una preocupación central, al grado de la ansiedad extrema, es la demostración de la virilidad, que se manifiesta en la sumisión de la mujer, que logra especialmente preñandola y teniendo múltiples relaciones extramaritales. El síndrome de la mujer sufrida ha sido descrito como un culto a la superior espiritualidad femenina sobre los hombres, junto con una sumisión y timidez, se considera que la mujer vale en la medida de su sufrimiento.

Existe una ambivalencia marcada en la cultura mexicana hacia la figura femenina, simultáneamente son santificadas y adoradas, y devaluadas. Algunos autores (González Pineda, 1973), remontan el origen de estos roles de género complementarios a la conquista, cuando los hombres españoles procrearon hijos con las mujeres indígenas. Solo los españoles tenían privilegios, y por lo tanto los mestizos que resultaron de estas uniones, valoraban y trataban de emular a su padre español, y rechazaban a sus madres por su sangre indígena. Sin embargo ellos mismos eran rechazados por sus padres por la misma razón de sangre, por otra parte, las madres indígenas eran amorosas y aceptantes, por lo que eran simultáneamente odiadas y amadas. Otros autores consideran al machismo como una búsqueda por la identidad perdida.

El grado de asimilación de estos roles, varía en diferentes subgrupos de la población. Lara (1992) establece que entre los grupos económicamente menos favorecidos, la diferenciación de los roles de género es más evidente. Las familias que provienen de estos sectores de la población tienen más hijos, con más frecuencia migran de zonas rurales a urbanas por lo que son más tradicionales, y tienen niveles más bajos de escolaridad. Los roles están claramente delimitados en términos de la ocupación, los hombres trabajan fuera de la casa y mantienen a la familia, y las mujeres permanecen en el hogar y cuidan a los hijos. A pesar de esto muchas mujeres, debido a problemas económicos, o al no poco frecuente abandono del hombre, tienen que trabajar para sostener a la familia, sin embargo mantienen sus ocupaciones tradicionales. Las mujeres jóvenes se socializan en estos roles al ayudar a sus madres a cuidar a sus hermanos varones, al padre y a los pequeños.

Lara (1992), también describe que los grupos indígenas, y aquellos que viven en zonas rurales, comparten muchas de estas características. Sin embargo entre los grupos étnicos más puros, debido a una cosmovisión precolombina diferente, los roles de género son más equitativos, las mujeres con frecuencia se consideran a sí mismas como autónomas, no devalúan su trabajo al considerarlo de igual importancia que el del hombre. Pueden ocupar incluso, altos rangos como es el de curandera.

Entre las clases media y alta, las actitudes son más liberales, las mujeres han cambiado más rápidamente que los hombres, pero aún en estos grupos, los roles de género están influidos por los estereotipos tradicionales. Se ha dicho que las mujeres con mejores posiciones económicas, han sido capaces de trabajar fuera del hogar porque tienen los medios económicos de pagar a otras mujeres para que se ocupen del trabajo de la casa y no porque el hombre esté participando más en las actividades tradicionales de la mujer.

Lara (1992) ha reportado cierta evidencia de cambio en los estereotipos de género, en un estudio que abarcó a diferentes niveles socioeconómicos encontró que los tres roles más importantes, atribuidos a mujeres de clase baja fueron "ser responsable de la familia", "ser la compañera del hombre" y "estar hecha para las actividades de la casa". A las mujeres de clases altas se les atribuyeron los siguientes roles: "ser la compañera del hombre", "ser iguales al hombre" y "ser el centro de la familia". Para las mujeres de clases bajas, los valores más importantes fueron aquellos que estaban ligados a los roles tradicionales como "ser limpia" o ser "una mujer de su casa" mientras que para las mujeres de niveles altos, el valor más apreciado fue "el ser inteligente". Los atributos menos apoyados, tanto por hombres como por mujeres, fueron ser "sufrida", "sumisa", "aguantadora", "aventada".

El uso de alcohol juega un papel importante en las relaciones hombre/mujer. Roizen (1981) ha observado que entre parejas mexicanas existe un nivel de tensión considerablemente alto, más alto de lo que se observa en otras culturas, que se manifiesta por el modo en que el alcohol es usado. Al comparar los patrones de consumo, las definiciones culturales y normas sociales en torno al beber, los problemas derivados y la respuesta de la comunidad en tres países con diferente nivel de desarrollo, Zambia, México y Escocia, encuentra variaciones entre hombres y mujeres en las tres culturas que en el caso de México, califica como la "guerra entre los sexos". En México, las mujeres beben con poca frecuencia y en los hombres la embriaguez es frecuente, hombres y mujeres apoyan esta doble normatividad. Los hombres beben con frecuencia en el hogar pero las mujeres son dejadas fuera de esta práctica. Como consecuencia las mujeres presentan muchas quejas en relación con esta práctica, más frecuentes de lo que se esperaría al considerar la frecuencia y cantidad de alcohol consumido y más frecuentes de lo que se observa en Escocia en donde las mujeres tienen más "permiso" para beber y la compañía principal de los hombres casados cuando beben es la esposa.

Estas tensiones pueden ser mejor comprendidas a la luz de las diferentes formas en que, en México, los géneros perciben y están satisfechos con las relaciones interpersonales y con el matrimonio. A manera de ejemplo citaremos algunos estudios en los que esta diferencia se hace evidente y que pueden ayudar a la comprensión de las diferencias entre los sexos en la conducta de consumo de alcohol, en la importancia atribuida al mismo y en la base cultural en la que se desarrolla la respuesta de la comunidad ante este problema.

Díaz Loving, Canales y Gamboa, (1988) encontraron que hombres y mujeres definen y evalúan su relación interpersonal de manera distinta. Las mujeres de su estudio atribuían al amor romántico un componente mayor de cariño y confianza; mientras que los hombres lo consideraban cursi y le atribuían conceptos de pasión y sexo. Las mujeres percibían al amor conyugal más agradable, tierno y duradero que los hombres quienes daban más importancia al sexo, al apoyo, a la privación de la libertad y a la responsabilidad. Finalmente, en el caso del amor pasional, las mujeres atribuían más importancia a la atracción, al cariño, y a la fidelidad mientras que los hombres enfatizaban lo pasajero, emocionante y erótico.

Estos mismos autores, encontraron que hombres y mujeres perciben de manera diferente en el noviazgo y matrimonio, los hombres atribuyen en general más aspectos positivos al noviazgo que las mujeres, un fenómeno diferente se observa en relación con el matrimonio. Así mismo las mujeres asociaban la infidelidad con culpa-arrepentimiento, desconfianza y los hombres con aventura, diversión (Díaz-Loving, Gamboa, Canales, 1988)

Andrade Palos, Pick y Díaz Loving, (1988), en un estudio sobre satisfacción marital, encontraron que las mujeres se sentían significativamente, más aburridas en su relación que los hombres. A este respecto, Rivera, Díaz-Loving y Flores (1988) encontraron, que los hombres se encontraban significativamente más satisfechos que las mujeres de su relación de pareja, esto es la distancia entre su descripción de la pareja ideal y la real era similar. Las mujeres más insatisfechas en su relación de pareja eran las que estaban casadas.

En lo que se refiere a la interacción marital, celos y ciclo vital, Andrade, Díaz-Loving y Pick (1988), encontraron que las mujeres de su estudio se encontraban más frustradas, menos satisfechas con el trato de la pareja, tenían mayores sentimientos de dolor por celos, mayor temor a interactuar y mayor gusto por conocer a su pareja, en comparación con los hombres. Encontraron interacciones interesantes de edad por sexo, la frustración es alta en los hombres jóvenes (15 a 25 años), disminuye en los de 26 a 30, vuelve a aumentar en los de 31 a 35 años para finalmente disminuir en los de mayor edad (36 años o más). En contraste, las mujeres más jóvenes se encuentran más frustradas y este aspecto se incrementa con la edad.

Pick, Díaz-Loving y Andrade (1988) en esta misma muestra encontraron que las mujeres piensan que los hombres son más infieles y en realidad lo son, además las mujeres reportaron más aceptación de la infidelidad de sus parejas que los hombres.

En estudios que han enfocado los aspectos sociales del consumo de alcohol esta diferencia en la conducta y en las concepciones de hombres y mujeres, sus expectativas y su nivel de frustración se reflejan en su respuesta frente a esta práctica. Es por estos motivos especialmente interesante estudiar las variaciones en las normas de género y su repercusión en el consumo de bebidas alcohólicas por nivel de ingreso, ocupación, escolaridad, migración y situación rural-urbana.

1.3.2 PANORAMA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN MEXICO: VARIACIONES POR GENERO.

Este capítulo, presenta un panorama del consumo de alcohol en México. Se incluyen antecedentes históricos y el consumo per cápita; se abordan las diferencias en el consumo de alcohol en hombres y mujeres, los patrones de consumo, las consecuencias médicas y sociales.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Durante la época Pre-Colombina, el tipo de bebidas alcohólicas consumidas en México eran derivadas de la fermentación de frutas, muchas de las cuales se consumen aún hoy en día. No es sino hasta la llegada de los españoles a finales del siglo XV que se introdujeron las bebidas destiladas.

Taylor (1979) en una excelente revisión de la evidencia prehispánica describe que el patrón de consumo prevaleciente en esa época era el consumo comunal ritual asociado principalmente con la agricultura la religión, y los ciclos vitales como el nacimiento, el matrimonio y la muerte. A pesar de que el uso ocasional, limitado a ciertas festividades era el patrón prevalente, la embriaguez era permitida en ciertas ocasiones, el consumo alcohol estaba severamente regulado, se aplicaban serios castigos cuando las normas eran violadas.

No se ha escrito mucho en relación con las diferencias por género antes del ahora llamado "encuentro entre dos mundos" en 1492. Algunas descripciones parecen ubicar a hombres y mujeres en el mismo nivel. Podemos encontrar referencias tales como ".. durante las festividades de Izcalli, que quiere decir, "crecer", se permitía la embriaguez y era una practica comunal... hombres y mujeres, niños y niñas, viejos y jóvenes. Parece ser que las personas involucradas en las fiestas se embriagaban en público, y todos traían su pulque". El Códice Mendoza menciona la edad de 60 años para empezar a beber sin restricciones, otras fuentes mencionan los 50 años, esto era válido para ambos géneros. Se decía que la "embriaguez" daba a los viejos la sensación de plenitud y realización que coincidía con el declive de la vida natural", "para esta edad, se enfriaba la sangre y el alcohol era un remedio para calentarse y dormir". Durante la festividad de Tlaxuchimaco,...los viejos, hombres y mujeres consumían alcohol, se embriagaban y se peleaban entre ellos,.... " Había una creencia de que aquellos nacidos bajo el signo del conejo, estarían inevitablemente inclinados a beber, ésto era cierto tanto para hombres como para mujeres (Corcuera de Mancera, 1991).

La conquista española modificó radicalmente los patrones indígenas, que cambiaron de un uso ocasional, limitado a ciertas festividades, a un uso profano e indiscriminado. De acuerdo con Rojas Gonzales (1942), al principio de la conquista española no había leyes ni disposiciones que limitaran el uso de alcohol y por lo tanto el uso de alcohol y el alcoholismo alcanzaron proporciones alarmantes, entre otras razones, debido a la disminución del rigor empleado por las autoridades indígenas en la persecución del alcoholismo debido a que habían perdido su prestigio y libertad política. Otros factores también contribuyeron, tales como la miseria y el incremento en la producción de bebidas alcohólicas.

Hoy día, los patrones de consumo de alcohol en las culturas indígenas, muestran variaciones importantes, un ejemplo es el uso estricto, limitado a ciertas ocasiones entre los Tarahumaras de Chihuahua (Kenedy, 1963) y la completa integración del alcohol en todos los aspectos de la vida de los Chamulas de Chiapas. Entre este grupo, los hombres beben más que las mujeres, pero la alcoholización es común entre estas últimas, el consumo diario por varios días, durante festividades puede durar hasta una semana. Entre los Chamulas, el uso de alcohol es sí mismo no es penado, si el consumo y la intoxicación están ligadas a funciones del grupo social. Por el contrario, se condena cuando se convierte en "vicio" no ligado a actividades sociales (Bunzel, 1940).

En las zonas rurales, de diferentes orígenes étnicos, el consumo y la embriaguez son comunes durante festividades especiales que pueden durar varios días. Durante estas ocasiones, en ciertos grupos étnicos, se permite a las mujeres beber (Natera, 1987).

Madsen y Madsen (1969), estudiaron dos comunidades indígenas de diferente grado de aculturación, en la ciudad de México. En Tecospa, todavía se hablaba Nahuatl y el pulque era la bebida más consumida. El alcohol era un vehículo de integración social, era consumido en contextos sociales y en festividades, la embriaguez era aceptada entre los hombres pero no era tolerada entre las mujeres. En la otra comunidad, con nivel más alto de aculturación, Tepepan, el beber servía como medio de obtención de seguridad personal y para alcanzar un lugar en la sociedad, el consumo estaba íntimamente ligado al machismo y a la idea de que la conducta agresiva y violenta era parte de ser hombre. Estos autores describen una gran ambivalencia hacia el uso y abuso del alcohol, el cometer actos antisociales durante la intoxicación era rechazado, se consideraba como una debilidad el consumo frecuente, especialmente si se acompañaba de intoxicación. Pero al mismo tiempo se veía al alcohólico como una víctima del destino y como una persona que no era responsable de sus problemas.

CONSUMO PER CAPITA, MORBILIDAD, MORTALIDAD Y CONSECUENCIAS SOCIALES

En México, el alcohol está más o menos integrado en la cultura y a diferencia de lo que se observa en otros países el consumo per cápita ha incrementado, los principios económicos han prevalecido sobre aquellos relacionados con la salud, cuando se dicta la política en este campo. Un ejemplo de esto es la reciente liberalización de las restricciones de importación de productos que se inició en 1984, que se reforzó con el ingreso al GATT en 1986 y que se espera que continúe en la misma línea si se firma el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá. Entre 1984 y 1990, los impuestos a bebidas extranjeras se redujeron del 80% al 10% de su precio.

El consumo per cápita, estimado a partir de las ventas legales, alcanzó 3 litros de alcohol absoluto en 1989 para toda la población y 4.7 litros si solo se considera a la población mayor de 15 años (Rosovsky y cols., 1992a).

La mortalidad, morbilidad y otras consecuencias sociales son altas, con proporciones mayores a lo que podría esperarse debido al relativamente bajo consumo per cápita. México podría ser calificado como un país "seco" (Room, 1989) en donde se espera que ocurra intoxicación y violencia debido a la forma que asume el consumo fuerte, no

frecuente pero con grandes cantidades asociadas. En este tipo de sociedades no se espera que el consumo per cápita correlacione con problemas. El alcohol disponible no se consume homogéneamente, por lo tanto la cantidad promedio no describe la tasa de uso de la sociedad. La alta incidencia de problemas se asocia con la ingesta de grandes cantidades especialmente en ocasiones de riesgo.

En nuestro país, el consumo de alcohol está relacionado con una importante proporción de problemas sociales. Por ejemplo, las estadísticas oficiales indican que los accidentes automovilísticos ocurridos mediante el conductor se encontraba ebrio, aumentaron de 8% en 1968 a 16% en 1983 y que la proporción de crímenes cometidos bajo la influencia del alcohol creció de 17% en 1975 a 23% en 1984 (PGR, 1984). En 1985, 21% de los casos atendidos por traumatismos en hospitales de urgencias en la Ciudad de México, tuvieron lecturas positivas de alcohol; en 1987, en Acapulco, la proporción de casos positivos fue de 22% (Rosovsky, 1988). Así mismo en 1980, 24% de los casos de suicidio notificados tenían una historia significativa de problemas relacionados con el consumo de alcohol, y 38% de todos los casos presentaron un contenido de alcohol en sangre de más de 10 mg/ml (Terroba y cols., 1986). En 1985, 49% de las personas que fueron condenadas por homicidio confesaron haber consumido bebidas alcohólicas en exceso antes del crimen (Heman, 1987).

Al mismo tiempo como ocurre con los países "húmedos", la muerte por cirrosis hepática es frecuente, ocupa uno de los 10 primeros lugares de muerte en la población general y es la primera causa entre hombres entre 35 y 54 años. La mortalidad por cirrosis entre la población femenina (9.3 por 100,000 habitantes) es considerablemente más baja que la de los hombres (30.7 por 100,000 habitantes) pero aún alta en relación con el bajo nivel de consumo de esta población.

PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL Y VARIACIONES POR GENERO

En la Encuesta Nacional de Adicciones (Medina-Mora, y cols., 1991) la cantidad consumida se estimó con base en la frecuencia y cantidad de alcohol reportada por la población mayor de 18 años, los litros consumidos por tipo de bebida fueron convertidos a su equivalente en términos de ethanol y sumados. Se estimó una ingesta per cápita de 5.6 litros, entre los hombres alcanzó 8.1 litros y en mujeres solamente .85 litros. Se encontró que el 25% de los bebedores más fuertes consumieron el 78% del alcohol disponible.

A fin de comparar esta estimación con las cifras de ventas, la cantidad de etanol debida al pulque y al alcohol del 96º fueron excluidos. La tasa estimada a partir de las ventas fue de 4.7 litros, mientras que la reportada por la ENA fue de 3.71 litros. Esta diferencia que alcanzó un 16%, puede explicarse en función de que la ENA solamente incluyó población urbana excluyendo a la población rural que se estima en un 25% de la población total del país. Esta estimación tampoco incluye a la población menor de 18 años ni a la mayor de 65 años, los estudios llevados a cabo en éstos grupos indican que el consumo es menor al observado en el grupo considerado 18 a 64 años (Medina-Mora, 1987), aún así contribuyen al consumo total del país.

Las tasas de abstención son altas, 46.5% de la población mayor de 18 años es abstemia. Esta tasa es especialmente alta entre las mujeres (63.5%), entre la población adulta (18 a 65 años) hay una proporción de 2 hombres bebedores por cada mujer. Entre los adolescentes de 12 a 17 años, la tasa de abstención es mayor (72%), y la diferencia por género es menor con una razón de 1.4 a 1. Entre los estudiantes de enseñanza media y media superior las diferencias por género en los índices de consumo/abstención son también menores, 1 hombre bebedor por cada mujer (Medina-Mora, y cols., 1993). Parece ser que al llegar a la edad legal para beber (18 años) los hombres incrementan su consumo casi al doble, mientras que un mayor número de mujeres, se mantiene abstemia.

Más del 60% de las mujeres bebedoras, beben menos de una vez por mes, entre los hombres el patrón típico es el consumo poco frecuente (por lo menos una vez al mes, pero menos de una vez por semana) con grandes cantidades de alcohol asociadas (66% de los bebedores), las categorías de consumo que incluyen bajas cantidades de alcohol por ocasión no son comunes. Las tasas más altas de consumo frecuente y excesivo se observan en los grupos de edad media (30 a 49 años). Entre las mujeres las tasas más altas de consumo se observan entre el grupo de 30 a 39 años.

Seis por ciento de la muestra total estudiada en la ENA, alcanzó el criterio del ICD10 de dependencia, ésto fue cierto para el 12.5% de la población masculina y solamente para el 0.6% de la femenina.

En una encuesta llevada a cabo en 1986 en un hospital general público se encontró que 10% de los casos atendidos en el servicio de urgencias, 4% de los pacientes internados y 3% de los enfermos atendidos en consulta externa eran bebedores excesivos (Terroba y

cols., 1986). Otro estudio muestra que 19% de los casos atendidos en hospitales de urgencia por complicaciones médicas mostraban síntomas de dependencia alcohólica (Rosovsky y cols., 1988). En una investigación llevada a cabo en el Instituto Nacional de la Nutrición (De la Fuente y cols., 1987) en una muestra de pacientes internados y de consulta externa, se encontró que 30% de los hombres y 5% de las mujeres eran bebedores excesivos, y 17% del total era dependiente a esta sustancia.

1.3.3 EL ALCOHOL EN EL HOMBRE Y LA MUJER: CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES

Cualquier intento por entender las repercusiones del abuso de alcohol en la mujer en comparación con el hombre, debe de tomar en cuenta tanto las diferencias en las consecuencias médicas que resultan del consumo de alcohol como las diferencias en las condiciones biológicas que pueden alterar el riesgo de desarrollar conducta adictiva en las personas que beben.

La mayor parte de la investigación en este campo se ha realizado con varones, quienes por otra parte son el sector de la población más afectado. Sin embargo, en años recientes, el consumo de alcohol en la mujer y las consecuencias derivadas de esta práctica han atraído la atención de diversos investigadores. Entre los factores que han contribuido podemos citar el importante incremento de consumo de alcohol en las últimas décadas, con una participación cada vez mayor de la mujer en esta práctica; el papel especial de la mujer como madre, núcleo central de la familia, agente de socialización; y el surgimiento de las ideologías y movimientos feministas en todo el mundo. A pesar de esto, el mayor interés se ha centrado en los efectos sobre el producto en gestación y la salud de la mujer ha sido objeto de secundaria importancia.

Ahora bien, no todo el interés en el uso de sustancias en la mujer puede ser atribuido a un neo-moralismo. Desde el punto de vista de la investigación, el objeto de estudio es importante en si mismo, ya que la mujer presenta riesgos específicos diferentes al hombre, tanto desde el punto de vista biológico como psicológico y social.

La mujer se intoxica más rápidamente que el hombre con dosis semejantes de alcohol, después de controlar peso y talla. Esto se debe en parte, a la diferencia en la actividad de enzimas contenidas en el tejido del estómago que desdoblan el alcohol antes de llegar al torrente sanguíneo, esta enzima es cuatro veces más activa en el hombre que en

la mujer. También tiene la mujer más proporción de grasa que de agua en el organismo, y debido a que el alcohol es más soluble en el agua que en la grasa, cualquier dosis se concentra más en el organismo femenino que en el masculino.

También se ha encontrado que la mujer alcohólica presenta mayor riesgo de desarrollar enfermedad del hígado, en una edad más temprana, después de un periodo menor de consumo consuetudinario y aparentemente asociado con un menor nivel de consumo, que el hombre. Una vez que el hígado ha sido dañado, las mujeres parecen tener el riesgo adicional de mayor mortalidad en comparación con los hombres.

La mayor susceptibilidad al daño que se observa en la mujer puede deberse a un volumen sanguíneo sustantivamente menor y a una mayor proporción de grasa, debido a que el alcohol no es liposoluble, las concentraciones de alcohol en los tejidos celulares son mayores. La tasa de absorción es más rápida en la mujer, quien llega a mayores concentraciones de alcohol, más rápido que el hombre y los niveles pico son consistentemente y significativamente más altos. Las mujeres, especialmente en el período premenstrual, se intoxican más rápidamente que el hombre, aún después de controlar la influencia del peso corporal (Dunne, 1988).

En este trabajo se hace una revisión de la literatura más reciente en relación con el consumo de bebidas alcohólicas y su relación con su salud reproductiva. Se describe el índice de consumo de estas sustancias en la mujer mexicana, en las diferentes etapas del ciclo vital. Se analiza la evidencia internacional y las investigaciones realizadas en México, en relación con: los efectos sobre el riesgo para la salud de la mujer, sobre la sexualidad y sobre el desarrollo fetal y perinatal; se discuten los modelos de atención y las políticas de acción.

RIESGO REPRODUCTIVO ASOCIADO CON EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

El sistema reproductivo es diferente a los otros sistemas del organismo en la complejidad de los mecanismos que los controlan y que deben operar para mantener un adecuado funcionamiento. Muchas clases de drogas pueden alterar estos mecanismos de control y por lo tanto alterar la función reproductiva. Sin embargo, los efectos sobre la reproducción constituyen un proceso sutil que puede no ser detectado sino cuando se hacen valoraciones específicas, por ejemplo cuando se desea favorecer la fertilidad. Por este motivo, los efectos de las drogas sobre la reproducción pueden pasar inadvertidos por muchos años.

El riesgo reproductivo asociado con el consumo de alcohol depende de muchos factores. Un factor importante es la extensión del consumo, esto es, la cantidad que se consume, la frecuencia en que ésto ocurre y la cantidad y tipo de ingredientes activos y contaminantes de las sustancias consumidas. Un solo episodio de intoxicación implica menos riesgo a las hormonas reproductivas que el uso diario.

Otro factor importante es la edad del usuario y el tiempo en que se ha usado la sustancia. El uso frecuente durante la adolescencia es potencialmente más peligroso debido a que los eventos endócrinos asociados con la pubertad dependen del desarrollo normal del eje hipotálamo - pituitario. El abuso en la adolescencia puede ocasionar un retraso o detención en el desarrollo reproductivo (Smith y cols. 1987). A pesar de su importancia, la investigación sobre el impacto del abuso durante la adolescencia, en el desarrollo reproductivo, es aún incipiente.

El abuso/dependencia del alcohol en la mujer, se ha asociado con amenorrea, anovulación y disfunciones de la fase luteal y en algunas instancias, menopausia prematura. Los estudios sobre autoadministración de alcohol en mujeres estudiadas en condiciones controladas, demuestran que al ingesta de 4 a 8 copas al día consistentemente produce problemas en el funcionamiento menstrual en mujeres que, en ausencia de alcohol, tienen ciclos menstruales normales (Mello, 1988).

El riesgo con frecuencia se potencializa al mezclarse con otros factores como un mal estado nutricional; vivir en pobres condiciones; bajo niveles de escolaridad; estar expuesta a una variedad de elementos teratógenos del medio ambiente, como el plomo, los pesticidas, etc.

En el caso del varón, el abuso crónico de alcohol se ha asociado con atrofia testicular, bajos niveles de testosterona y ginescomastía (Mello, 1988). Se han reportado incidencia de aberraciones cromosómicas en los linfocitos de la sangre de los hombres alcohólicos, sobre todo en los mayores de 30 años (Badr, 1982). En biopsias de testículos de alcohólicos se ha observado que los espermatozoides tiene menor movilidad, son menos abundantes y presentan malformaciones, aún en hombres sin cirrosis hepática, como efecto directo del alcohol sobre las gónadas (Galvao-Telest y cols, 1983).

En años recientes han aparecido trabajos que reportan los efectos del etanol en la libido masculina, en la capacidad de erección y de eyaculación, la impotencia y el interés sexual disminuido son quejas frecuentes de los alcohólicos. También se han observado efectos en la espermatogénesis, en su asociación con patologías endócrinas y con el daño celular en la gestación señalándola a menudo la ignorada responsabilidad de la conducta del padre en la salud del bebé.

Pocos trabajos estudian la sexualidad femenina y su relación con el alcohol, aún en el trabajo ya clásico de Masters y Johnson, se toma en cuenta solamente el efecto del alcohol sobre el hombre. En estudios que han abordado el fenómeno en la mujer se refiere que éstas, al igual que los hombres, experimentan un aumento en el deseo sexual al aumentar el nivel de alcohol en sangre (Abel, 1986).

Tradicionalmente se ha caracterizado a la mujer alcohólica como promiscua. Estos estudios generalmente reflejan las características particulares de los grupos estudiados (p. ej. convictas), mas que una característica asociada con el alcoholismo femenino. A pesar de esto, se ha observado que las mujeres alcohólicas buscan, con mucha más frecuencia, relaciones sexuales cuando beben, que lo reportado por las mujeres no alcohólicas. Debido a que muchas drogas desinhiben, la mujer educada con valores represivos de su sexualidad, puede tal vez mostrar conductas explosivas bajo sus efectos. Sin embargo, muchos de los estudios sobre el tema no han controlado otros posibles confusores como son la psicopatología, y reflejan actitudes prevalentes en la sociedad, una conducta similar en el hombre con menor frecuencia se califica como promiscua.

El incremento del riesgo de contraer el SIDA añade importancia al tema. A pesar de que el mayor riesgo de adquisición de VIH en la mujer y de su posible transmisión perinatal se asocia con el uso de drogas por vía intravenosa, debido a la utilización de jeringas infectadas, el abuso de sustancias puede relacionarse de otras dos maneras con el riesgo de seroconversión, a saber, el debilitamiento del sistema inmunológico, y la incidencia de prácticas sexuales riesgosas durante la intoxicación con sustancias. A la fecha poca investigación se ha hecho a este respecto en México.

VULNERABILIDAD GENETICA Y PSICOSOCIAL

Las explicaciones de las diferencias en la vulnerabilidad a los efectos del alcohol se han buscado en dos ámbitos, el genético y el sociocultural. A la fecha, la mayor parte de la investigación en este campo se ha realizado para el caso del alcohol. Jellinek en 1944, decía que el alcoholismo era una enfermedad familiar y como tal podía transmitirse.

Los estudios genéticos se han realizado en gemelos monozigóticos y dizigóticos, así como en hijos adoptados de familias con historia positiva de alcohol (FHP) o en hijos de familias sin historia de alcohol (FHN). Estos estudios han aportado evidencias de la influencia genética de transmisión, del padre alcohólico al hijo varón, hecho que no ha sido probado en el caso de la mujer. Se ha encontrado alcoholismo entre el 18% y 27% de los hombres adoptados hijos de alcohólicos y solamente el 5% y 6% de aquellos sin padre biológico con este padecimiento. (Hawkins y cols. 1992).

Sin embargo lo familiar no necesariamente debe entenderse como hereditario. Han sido encontradas algunas ligas en los cromosomas 4 y 13 (Hill et al, 1988) pero ningún gen en específico que influya en el riesgo o expresión del alcoholismo. Los estudios que sugieren la presencia de un factor genético para el alcoholismo masculino, también revelan que menos del 30% de los hijos de alcohólicos se convierten a su vez en alcohólicos, y aún mas, que cerca de la mitad de los alcohólicos hospitalizados no tienen una historia familiar de alcoholismo (Goodwin, 1985), lo que da lugar a buscar factores etiológicos en el medio ambiente.

Los estudios de ambiente familiar reportan evidencias que hijos de alcohólicos tienen más problema que hijas de padres con este padecimiento; y que niños, hijos, de madres alcohólicas tienen más problemas que los que tienen padres alcohólicos (Werner 1986).

Goodwin (1979) sugiere que los hombres descendientes de alcohólicos están más predispuestos al alcoholismo mientras que las mujeres a la depresión. De hecho, en México, las tasas de ambos padecimientos están claramente influidas por el género (12% de dependencia al alcohol en el hombre, en comparación con solamente 0.6% en las mujeres, (SS, 1990) y 8% y 17%, de depresión respectivamente, en población urbana del país (Medina-Mora et al, 1992).

Reich (1981), adopta la teoría multifactorial de la herencia y estudia la transmisión cultural y genética. Sugiere un "apareamiento selectivo" y dice que las hijas de alcohólicos pueden estar más propensas a involucrarse con un compañero alcohólico. Plantea que existe "contagio" entre las parejas que a la larga conduce a estilos semejantes de consumo.

En nuestro país, la investigación sobre transmisión familiar de las adicciones, es aún escasa. Una de las excepciones es un estudio, en el que se compararon parejas con varón alcohólico, parejas con un cónyuge masculino en AA y parejas sin problemas de abuso de alcohol. Se encontraron antecedentes familiares de abuso de alcohol en un 54% de los hombres alcohólicos (pertenecientes tanto a AA como alcohólicos activos).

Solamente un 1% de las esposas, en los dos grupos, tenían problemas de alcohol, sin embargo 74% tenían antecedentes familiares de alcoholismo, lo que refuerza el concepto de "apareamiento selectivo", no así de "contagio" ya que la mujer, más influida por las normas culturales de nuestro medio, permanecía sin beber, con índices de consumo problemático similares a los observados en la población general femenina de la Ciudad de México (SS, 1990). En el grupo control solo el 17% de ambos cónyuges reportaron antecedentes de abuso de alcohol en sus familias de origen (Natera, et al. 1988).

No obstante que los hombres estudiados presentaban problemas severos de alcoholismo, las familias permanecían casadas, asimismo los hombres obtuvieron perfiles psicológicos más problemáticos y el rol de la mujer fue más bien de contener y controlar los límites de la estructura familiar (Natera, 1990).

EFFECTOS DEL ABUSO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO, EL DESARROLLO FETAL Y PERINATAL

Se sabe que el abuso de sustancias es teratogénico, es decir, que es un agente que produce efectos en el producto en útero. En 1973, Jones y Smith (1973) acuñaron el término "síndrome alcohólico fetal" (FAS) para describir un patrón de anomalías observadas en niños nacidos de madres alcohólicas. Originalmente se había postulado que la desnutrición podía ser responsable de éstos defectos. Sin embargo, el patrón de malformación asociado con FAS no se observa en niños nacidos de mujeres mal nutridas y se ha encontrado que el alcohol es tóxico para el feto, independientemente de los efectos de la desnutrición.

Los criterios para definir el FAS fueron estandarizados por el Grupo de Estudio del Síndrome Alcohólico Fetal, de la Sociedad de Investigación en Alcoholismo en 1984, y en 1989 Sokol y Clarren propusieron una serie de modificaciones. Los criterios propuestos incluyen: 1) retardo en el crecimiento pre y/o postnatal (peso y/o talla inferior al 10º percentil); 2) problemas del sistema nervioso central incluyendo anomalías neurológicas, retrasos en el desarrollo, problemas de conducta, deficiencia intelectual, y malformaciones de cráneo o cerebro; y 3) una cara característica con fisuras palpebrales cortas (aperturas de ojo), un labio superior delgado, y aplanamiento del área del maxilar (el surco en la parte media del labio superior).

Los efectos más devastadores asociados con el FAS son las incapacidades mentales y la hiperactividad. Los problemas de aprendizaje, de atención, memoria y solución de problemas son importantes junto con incoordinación, impulsividad, y problemas de audición y lenguaje (Streissguth et al, 1985, 1989). Se ha observado que las deficiencias en las habilidades de aprendizaje persisten en la adolescencia y la edad adulta (Streissguth et al, 1991).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo (NIAAA, 1991), los efectos adversos de la exposición prenatal al alcohol existen en un continuo con el síndrome alcohólico fetal completo en un extremo del espectro y rasgos incompletos del mismo, incluyendo deficiencias cognitivas y conductuales en el otro extremo. El primer tipo de problemas se ha observado a partir de un consumo mayor de 80g. u 8 unidades diarias, y el segundo con cantidades tan pequeñas como 10g o 1 unidad diaria (Waterson, 1990).

Se ha observado que no todos los niños muestran efectos negativos de su exposición en el útero a las drogas. Una variedad de factores genéticos del feto y de las características maternas, así como las diferencias de los patrones de consumo, interactúan para influenciar la vulnerabilidad del producto.

Shannon y cols. (1990), en una revisión del tema concluyen que la fase embrionica, que abarca desde la segunda hasta la octava semana de embarazo, es particularmente crítica en la vulnerabilidad a las sustancias químicas. Esta fase es en la que los órganos se están formando por lo que la exposición a dosis tóxicas, de ciertas drogas, puede ser letal o ciertas malformaciones pueden ocurrir en algunos órganos o miembros, esto es particularmente relevante dado que muchos embarazos no son planeados y la mujer confirma su estado varias semanas o meses después de la concepción. Es en esa fase que se piensa que los efectos teratogénicos del alcohol pueden producir las características más severas del síndrome alcohólico fetal.

La exposición a sustancias después de la octava semana se asocia frecuentemente con retraso en el crecimiento y daño neurológico en el feto. El uso cerca del tiempo de trabajo de parto puede precipitarlo y aumentar el peligro de complicaciones.

MODELOS DE ATENCION

Las estrategias de tratamiento para los problemas del alcohol pueden agruparse en: a) desintoxicación y manejo del síndrome de abstinencia, b) tratamiento de la dependencia y/o la prevención de la recaída.

En México existen instituciones como hospitales, centros de tratamiento y grupos de autoayuda donde se atienden aspectos como los señalados anteriormente, los cuales cuentan con una larga tradición prestando apoyo al adicto para que pueda recuperarse. Sin embargo, dichos lugares sectorizan el problema, es decir, existen hospitales donde se desintoxica al enfermo, otros donde prevalece el manejo psiquiátrico, farmacológico, con limitadas intervenciones psicoterapéuticas, etc. Existen además, centros de tratamiento especializado para jóvenes farmacodependientes, cuya droga de consumo más problemático es con frecuencia el alcohol, con limitado servicio de internamiento. Actualmente se

observa un incremento de centros de tratamiento en ciertas regiones del país orientados al manejo de pacientes privados y también a dependientes de escasos recursos. Sin embargo, se requiere de un enfoque integral en donde no se vea al paciente en forma aislada, sino como parte de un entorno biopsicosocial. Además de atender todas las fases por las que pasa el adicto hasta su rehabilitación e integración a la sociedad.

En nuestro país existen pocos estudios sobre tratamiento y menos sobre su relación con el género. Una de las pocas excepciones la constituyen el estudio de Rosovsky (1992) sobre Alcohólicos Anónimos. En este estudio se reporta que la alternativa de AA es aparentemente un buen recurso para la mujer quien se encuentra sobre representada en proporción a los hombres de acuerdo con lo que se esperaría, dados los índices de dependencia que se observan en la población general. En la Ciudad de México, las mujeres constituyen un 10% de la membresía de AA, es decir, mientras que en esta región, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (SS, 1990), existe una mujer con dependencia al alcohol por cada 16.7 hombres, en AA existe una mujer por cada 10 hombres.

En México, a diferencia de lo que se observa en otros países (Rosenquist, 1991), no existen muchos grupos exclusivos de mujeres ni programas especiales para atender sus necesidades especiales. Rosovsky (1992), encontró solo un grupo exclusivo para mujeres de 175 seleccionados aleatoriamente de los grupos registrados, pero concluye que el programa de AA presenta características que pueden ser de especial atractivo para la mujer como son: el anonimato, la variedad de horarios y lugares disponibles para las juntas, y, especialmente el que AA permite desarrollar prácticas asociadas con lo "femenino" tradicional como son el analizarse a uno mismo y a sus relaciones con los seres cercanos, el amor y las relaciones de pareja, la expresión y el compartir las emociones, entre otros.

Socialmente es más aceptado el consumo de alcohol entre hombres que entre mujeres, hecho por el cual probablemente exista un subregistro de las tasas de consumo para el sexo femenino. Sin embargo, cuando la mujer tiene problemas con su forma de beber, tiende a ser rechazada por su grupo, a diferencia del varón. Se ha observado que cuando la mujer pide ayuda generalmente ha sufrido ya una serie de pérdidas comparativamente superiores a las que reporta el hombre que llega a solicitar tratamiento.

Por ejemplo, entre los miembros de Alcohólicos Anónimos (AA), de la Ciudad de México, seleccionados aleatoriamente de los grupos registrados, un 33% de las mujeres eran separadas o divorciadas, contra un 8.1% de los hombres. Estos últimos conservan con más frecuencia el apoyo familiar (Rosovsky, 1992).

De acuerdo con la literatura, las mujeres que buscan tratamiento, han consumido alcohol durante menos tiempo que en el caso de los hombres (Duckert, 1986), probablemente como resultado de su mayor vulnerabilidad tanto física como social. Sin embargo, en la Ciudad de México, entre los miembros de AA, se encontró que un 22% de las mujeres ingresaron a AA en el mismo año en que sintieron que el alcohol era un problema, mientras que solo 11% de los hombres reportaron lo mismo. Ambos reportaron que el inicio en el consumo de alcohol se dio antes de los 20 años de edad, sin embargo entre las mujeres, las proporciones fueron más bajas (74% y 93% respectivamente); una mayor parte de las mujeres que de hombres, comienzan a beber posteriormente (26% vs 7.3%), en general no hay grandes diferencias en cuanto al número de años transcurridos entre el inicio en el consumo y el que se percibe como problema, un 58% de los hombres y un 65% de las mujeres reportaron que pasaron 10 años o más (Rosovsky, 1992).

El reconocimiento de que la mujer pueda tener necesidades específicas de atención diferentes a los hombres ha dado surgimiento, en los Estados Unidos y en otras partes del mundo, a grupos especiales para solo mujeres dentro de la tradición de AA y al surgimiento de programas, que si bien parten de los principios de AA, abordan lo que ellos consideran las necesidades específicas de la mujer. Tal es el caso del movimiento conocido como "mujeres por la sobriedad" fundado en 1975 por una mujer alcohólica.

El programa se basa en el principio de que las mujeres tienen necesidades de recuperación diferentes a los hombres, debidas principalmente a que en la mujer persisten sentimientos de culpa, mientras que en el hombre lo que se observa es básicamente remordimiento. El papel tradicional que se ha asignado a la mujer difícilmente puede ser desempeñado por ella si no puede controlar su forma de beber, esto hace que se sienta más inadecuada. El programa de tratamiento busca entonces restablecer la autoconfianza, se basa en el supuesto de que la autodestrucción de la mujer solo puede ser corregida con pensamientos positivos. Los trece pasos del programa pueden traducirse en 1. abstinencia,

2. pensamiento positivo, 3. creencia de que uno es competente, 4. crecimiento espiritual y emocional. En lugar de pedir ayuda a un ser superior como lo postulan los principios de AA, este programa busca descubrir los principios de la dependencia y apoya el convencimiento de que la mujer puede cambiar estas situaciones, modificando su manera incorrecta de pensar (Kaskutas, 1989).

En lo que se refiere al tratamiento del bebé expuesto y de la madre usuaria se han reportado una serie de experimentos que buscan incidir en el estilo de vida de las madres durante la gestación y mejorar el cuidado postnatal de la madre hacia su bebé. Incluyendo la atención de las complicaciones del bebé producto de la exposición in útero.

Para el tratamiento de la dependencia, se pueden mencionar métodos como psicoterapia individual y/o grupal, los grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos y sus definiciones para la familia del enfermo, como Al-Anon y Alateen, el tratamiento farmacológico para el manejo del síndrome de abstinencia y como ayuda para mantener la sobriedad. Los tipos de tratamiento incluyen terapias conductuales intensivas, tratamientos que pueden reducir la ingesta compulsiva a través del manejo de patologías psiquiátricas asociadas, los microtransmisores neurohormonales para detener la conducta de beber.

Las intervenciones dirigidas a prevenir las recaídas son principalmente de carácter conductual, donde se enfatiza la importancia de los factores medioambientales y se busca el desarrollo de mecanismos para hacer frente a las situaciones que representen un riesgo de beber. Existen tratamientos que combinan dos o más de las estrategias mencionadas.

Los grupos de autoayuda constituyen una de las alternativas más reconocidas y a los que generalmente se canaliza al enfermo una vez terminado el manejo profesional. Hay escasos ejemplos de servicios que sigan el modelo Minnesota, programa multidisciplinario residencial combinado con AA, éstos son en la actualidad privados y resultan de un costo elevado y, por lo tanto inaccesible para el grueso de la población.

POLITICAS

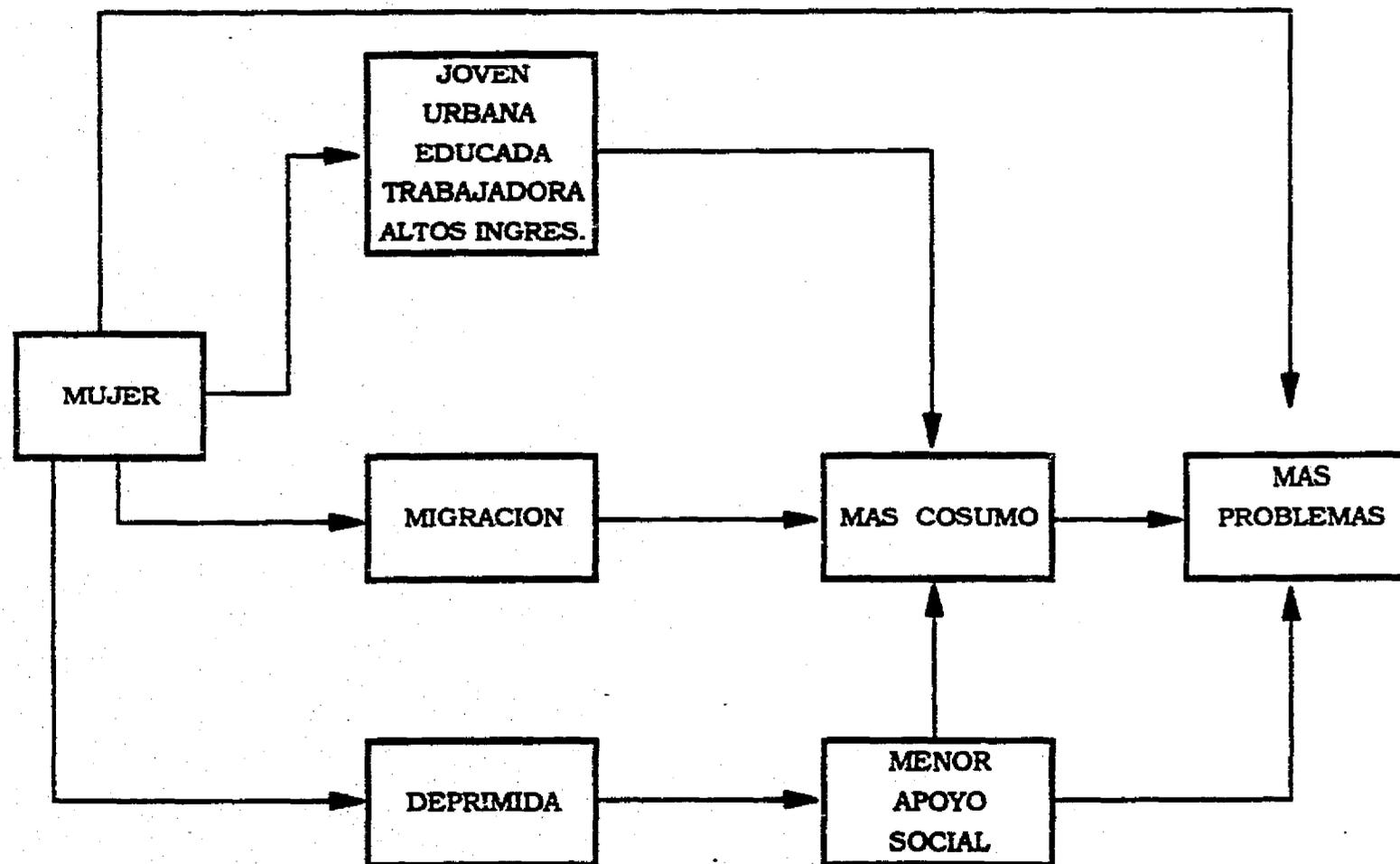
Las respuestas sociales a este problema se han centrado principalmente en el consumo durante el embarazo y en la crianza, ya que se considera que en estos casos no se trata solamente de la salud de quien toma la decisión de usar drogas sino de la salud de otro ser. En los países desarrollados, estas respuestas pueden englobarse en tres categorías: a) persecución criminal de la madre; b) alegatos de descuido o abandono infantil por parte de la madre e interrupción de la custodia; y c) tratamiento para el abuso de sustancias. Muchas son las implicaciones de estas políticas, entre ellas el derecho de tomar muestras de fluidos para detectar uso en la madre embarazada, el papel que debe jugar el personal de salud en la denuncia del caso, los criterios para el personal de salud en la denuncia del caso, los criterios para clasificar a la madre como incompetente, la concepción de que los hogares sustitutos puedan desempeñar un mejor papel que los padres naturales, la relativa eficiencia de los tratamientos para las adicciones.

La educación y el tratamiento parecen ser las alternativas mejores. Waterson y cols. (1990), sugieren que debe de tenerse mucho cuidado en el contenido de cualquier programa educativo. Debe de contener información exacta proveniente de fuentes científicas, sin exageraciones y sin provocar ansiedades innecesarias que puedan tener efectos contrarios en la fertilidad o en el reporte de la madre sobre su adicción.

Para finalizar puede decirse que si bien en México, el consumo de bebidas alcohólicas en la mujer, no es aún una práctica muy extendida, su uso puede estar aumentando con el consiguiente incremento de problemas de salud asociados con esta práctica, derivados, en parte de su mayor vulnerabilidad biológica, psicológica y social. Desde el punto de vista biológico se encuentra mayor morbimortalidad en la mujer consumidora, en lo psicológico se maneja un nivel de culpa mayor y en lo social repercute en un mayor rechazo hacia la mujer que bebe y un mayor número de pérdidas en comparación con la población masculina.

Estudios sobre alternativas de detección e intervención y sobre educación para la salud, son especialmente relevantes, éstos deben de enfocarse a las características y necesidades propias de la mujer que como se ha demostrado son diferentes a las del hombre.

**TRANSICIONES SOCIALES Y MODIFICACION EN LAS PRACTICAS DE
CONSUMO EN LA MUJER
MODELO**



SEGUNDA PARTE: INVESTIGACION

INTRODUCCION

En esta segunda parte se presenta la investigación. Se introduce definiendo las características de la región estudiada; su demografía, características económicas, sociales y culturales.

El primer capítulo aborda el método: los objetivos, la descripción del Instrumento, su construcción y prueba; las hipótesis, la definición de variables, la descripción de la población de estudio, el diseño y la selección de la muestra. El procedimiento de recolección de información, la supervisión del trabajo de campo y el plan de análisis de resultados; muestra los resultados sobre manejo del estudio, la evaluación de la muestra obtenida de acuerdo con la estructura sexo, edad censal y del hogar seleccionado.

A partir del segundo capítulo se presentan los resultados de la investigación. En este capítulo, se abordan los patrones, frecuencia y cantidad de consumo de bebidas alcohólicas; la frecuencia de embriaguez, la tipología de los patrones de consumo y se determinan los predictores de abstinencia, del uso de alcohol y de la embriaguez.

EL tercer capítulo se dan resultados de acuerdo con los siguientes incisos: i) número y tipo de problemas; ii) predictores de problemas y iii) problemas relacionados con el consumo y iv) la relación entre forma de consumo y manifestación de problemas

En el cuarto capítulo se presentan las normas, razones de consumo, actitudes hacia el consumo y la embriaguez por género, ocasiones y circunstancias de consumo, control social; actitudes hacia el tratamiento y la prevención.

En el quinto capítulo se comparan los resultados de este estudio con los reportados para población mexicana que vive en los Estados Unidos (Caetano y Medina-Mora, 1985), con población no hispana de ese país (Caetano, 1988) y con la población española que habita en Madrid (Martines, 1988). En todos estos estudios se utilizó el mismo cuestionario, método y procedimiento.

En el sexto capítulo se abordan los siguientes puntos: la relación entre depresión, estrés y apoyo social con el uso y abuso de bebidas alcohólicas.

Por último en el capítulo siete se presentan la discusión, las conclusiones y sugerencias para futuras investigaciones.

2.1 METODO

2.1.1 OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de ésta tesis es el estudio de las diferencias entre hombres y mujeres del fenómeno del consumo de alcohol en dos comunidades una rural y otra urbana del estado de Michoacán.

Objetivos Específicos

- i) Describir las variaciones en los patrones normales de consumo de alcohol.
- ii) Determinar las variaciones en la prevalencia del consumo patológico y de los problemas asociados con esta práctica.
- iii) Estudiar las variaciones en las normas, valores y actitudes que dirigen el consumo.
- iv) Estudiar las variaciones en las actitudes hacia el tratamiento y la prevención.
- v) Estudiar la relación entre consumo de alcohol, depresión, estrés y apoyo social, y sus variaciones entre hombres y mujeres.

2.1.2 INSTRUMENTO DE ESTUDIO Y DEFINICION DE VARIABLES

Se utilizó un cuestionario diseñado para ser administrado en una entrevista cara a cara en donde un entrevistador registró las respuestas dadas por el entrevistado en el cuestionario mismo. Como se verá en la descripción de cada sección, la mayor parte de los indicadores y preguntas que componen este instrumento han sido validados en estudios previos, aún así, antes de su aplicación en la muestra seleccionada, el cuestionario fue evaluado en un estudio piloto, en el que se analizó la comprensión del lenguaje utilizado, el tiempo de aplicación y la lógica interna.

SECCION 1. VARIABLES DEMOGRAFICAS. Esta sección incluye las preguntas usuales que establecen la edad, el ingreso, la ocupación, la escolaridad, etc. Así mismo, se incluye información especial sobre experiencia de migración nacional e internacional.

SECCION 2. PATRONES DE CONSUMO. Las preguntas que se incluyen en esta sección han sido seleccionadas de manera de asegurar la máxima comparabilidad con los estudios previos realizados en nuestro país. Asimismo se incluyen las preguntas que permiten comparar los resultados obtenidos en este estudio y el estudio transcultural anterior, realizado en tres países, México, Zambia y Escocia (Moser, 1980), y finalmente que aseguren la comparabilidad con los estudios que se llevaron a cabo en Estados Unidos con mexicano-norteamericanos (Caetano, 1985, 1988) y con la población de origen anglosajona (Room, 1985). Esta inclusión de variables comunes permitirá establecer comparaciones transculturales con otros grupos. Existe un énfasis particular en las variaciones por género, en las conductas de beber, en las ocasiones en las que se bebe, en las situaciones sociales y en los días de la semana en las que esto ocurre. Esta información permitirá también estudiar la relación entre los problemas relacionados con el abuso con diferentes estilos situacionales o temporales de beber. El instrumento también analiza la experiencia de embriaguez y de consumo de grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo, lo que permitirá analizar la manifestación de problemas derivados de diferentes formas de consumir bebidas alcohólicas.

Los patrones de consumo se definen a través del índice de "frecuencia-cantidad" basado en el propuesto por Cahalan et al. (1974), que se ha utilizado tanto en las encuestas nacionales de hogares en Estados Unidos (Room, 1985), incluyendo aquellos llevados a cabo con población de origen hispano (Caetano, 1985), como en las encuestas de hogares llevadas a cabo en México en 6 ciudades de la República (Medina-Mora et al, 1980a, 1980b, Parra et al, 1976,1980, Natera et al, 1982, Terroba et al, 1979).

Para obtener este índice se pregunta a los entrevistados la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas incluyendo vino de mesa, cerveza, destilados, pulque y alcohol de caña de 96° y la cantidad consumida de cada una de estas bebidas en los doce meses previos al estudio. La frecuencia de consumo se clasifica en once categorías que oscilan de "nunca" a "tres o mas veces al día". Para conocer la cantidad de alcohol consumida se pregunta a las personas en muestra la proporción de ocasiones de consumo en las que toma 5 ó 6, 3 ó 4 y 1 ó 2 vasos de cada uno de los tipos de bebida investigados y la frecuencia con la que en el año previo al estudio consumieron 12 o mas copas o de 8 a 11 copas de cualquier bebida. Mediante la combinación de las respuestas de frecuencia y cantidad de consumo es posible clasificar a los individuos de acuerdo a si consumieron 5 copas o mas por lo menos una vez a la semana, por lo menos una vez al año o nunca. Cruzando las variables de frecuencia y cantidad de se definen 7 categorías (Room, 1985):

1) **ABSTEMIOS**, personas que reportan no consumir bebidas alcohólicas en los 12 meses previos al estudio. 2) **BEBEDORES POCO FRECUENTES**, personas que reportan beber cuando menos una vez al año pero menos de una vez por mes. 3) **BEBEDORES MODERADOS**, personas que reportan consumir cuando menos una vez al mes, pero menos que una vez a la semana, este patrón se divide en dos tipos de bebedores de acuerdo con la cantidad usual de alcohol consumida por ocasión de consumo en 3.1) **BEBEDORES MODERADOS DE BAJO NIVEL**, que clasifica aquellas personas que reportan no consumir 5 copas o mas por ocasión de consumo y en 3.2) **BEBEDORES MODERADOS DE ALTO NIVEL**, que clasifica a aquellas personas que reportan consumir 5 copas o mas por ocasión de consumo cuando menos una vez al año. 4.) **BEBEDORES FRECUENTES**, personas que reportan consumir alcohol cuando menos una vez por semana que también se divide en dos grupos: 4.1) **BEBEDORES FRECUENTES DE BAJO NIVEL** y 4.2) **BEBEDORES FRECUENTES DE ALTO NIVEL**, siguiendo los mismos criterios que la clasificación anterior. Finalmente 5) **BEBEDORES CONSUECUDINARIOS**, que son aquellas personas que reportan beber alcohol una vez por semana o con mas frecuencia y que toma cinco copas o mas por ocasión de consumo con esta misma frecuencia¹.

A partir de las mismas preguntas de las que se derivan los patrones de consumo es posible estimar también la cantidad global de alcohol consumida por mes y analizar las diferencias que manifiestan las personas que beben diferentes cantidades de alcohol².

SECCION 3. CONTEXTOS DE CONSUMO. Incluye preguntas relacionados con el consumo en el contexto de la vida familiar, del escenario laboral y de otros grupos de afiliación social. Esta sección incluye información sobre la conducta de consumo de los padres del entrevistado en el tiempo en que fue pequeño, el consumo por parte de otras personas significativas en su vida, lo que la familia espera acerca del consumo del propio respondiente.

SECCION 4. ACTITUDES Y NORMAS. Incluye preguntas en relación con el consumo de Alcohol y con la embriaguez. Roizen (1981), establece que la manera mas sencilla de obtener una visión del significado del consumo en cada escenario cultural es preguntar sobre las razones para beber. Se pregunta a los entrevistados qué tan importantes

-
- 1 Una descripción detallada del programa para generar los patrones de consumo a partir de las preguntas específicas del cuestionario aparecen en el apéndice 2.1.
 - 2 El programa para cuantificar la cantidad de alcohol consumida al mes por cada persona aparece en el apéndice 2.2.

(muy importante, importante, sin importancia) eran una lista de 11 razones sociales y personales para inducirle a tomar bebidas alcohólicas. Los aspectos positivos atribuidos al alcohol son evaluados a través de medidas de actitud fraseadas en un sentido positivo. Se pide a los entrevistados que muestren acuerdo o desacuerdo ante 8 reactivos que evalúan actitudes positivas hacia la bebida. Las razones para no beber se preguntan tanto a bebedores como a no bebedores; a los segundos se les pide que establezcan qué tan importantes eran una serie de 10 razones relacionadas con consecuencias sociales y personales, para no beber; a los bebedores se les pide que contesten la pregunta diciendo qué tan importante son estas 10 razones para controlar o no aumentar el consumo. Las actitudes negativas son evaluadas a través de seis reactivos fraseados en este sentido.

Las normas sociales se obtienen preguntando a los individuos acerca de la cantidad de alcohol que consideran que es aceptable que beban tanto hombres como mujeres de 4 grupos de edad, 16, 21, 30, 40 y 60 años. Las opciones incluyen: ningún consumo, 1 o 2 copas, suficiente para sentir los efectos sin emborracharse y a veces está bien emborracharse.

Para evaluar las normas en relación con las circunstancias de consumo, se pide a las personas entrevistadas que reporten qué cantidad de bebidas alcohólicas creen que se debe de consumir (ninguna, 1 ó 2 copas, lo suficiente para sentir los efectos sin emborracharse, algunas veces está bien emborracharse), en 13 diferentes circunstancias. En ésta ocasión se pide también la información para cualquier consumo y consumo fuerte utilizando la misma definición empleada en el caso de las normas por sexo y edad.

SECCION 5. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL. Esta sección contiene los reactivos básicos que se necesitan para comparar con otros estudios previos, especialmente el de "Respuestas de la Comunidad ante los Problemas Relacionados con el Consumo del Alcohol" (Moser, 1980). Se mantuvieron los reactivos principales pero se añadió un componente temporal que permite conocer la prevalencia de problemas el año anterior y antes de este tiempo.

En este cuestionario se valoran diferentes tipos de problemas asociados con el consumo, que incluyeron 17 problemas personales, tomados como reportes positivos de que el alcohol está teniendo consecuencias negativas en el bienestar físico o psicológico del individuo y que evalúan señales de abuso, necesidad de beber, aumento en la tolerancia, falta de control, síntomas de abstinencia, embriaguez por varios días seguidos y problemas

de salud. Se incluyen también 12 problemas sociales que evidencian fricciones entre el bebedor y su ambiente social y que evalúan violencia, problemas financieros, con la policía y en el trabajo.

La forma en que está estructurada esta sección permite sumar el total de problemas que presenta la población de bebedores en los 12 meses previos al estudio. También es posible analizar el tipo específico de problema presentado, los problemas analizados pueden agruparse en los siguientes tipos de problemas:

SEÑALES DE ABUSO valorado a través de preguntas tales como, el consumo de alcohol ha interferido en sus actividades?, ha dejado de comer por estar bebiendo?

NECESIDAD DE BEBER: Ha sentido la necesidad de tomar una copa?,

AUMENTO DE TOLERANCIA: Ha requerido tomar mas alcohol para sentir los mismos efectos?

DIFICULTAD DE CONTROL: Ha sentido que no puede dejar de beber? Ha roto una promesa?

INTOXICACION POR VARIOS DIAS: Ha estado embriagado por varios días seguidos?

PROBLEMAS DE SALUD: Se ha enfermado por el uso de alcohol, el alcohol es una amenaza para su salud?, Un médico le ha aconsejado que beba menos?

SINTOMAS DE ABSTINENCIA: Toma alcohol la primera cosa cuando se levanta?, ha tomado en la mañana para aliviar abstinencia?, le han temblado las manos? ha sudado? no recuerda al día siguiente lo que hizo mientras estaba bebiendo?

VIOLENCIA: Se ha involucrado en discusiones por estar bebiendo?, ...en peleas?.

PROBLEMAS CON LA POLICIA: Un policía lo ha interrogado?, ha tenido problemas con las autoridades?, ha sido arrestado por estar bebiendo?.

ACCIDENTES: Ha sufrido un accidente automovilístico? alguien ha sido lesionado?

PROBLEMAS CON EL TRABAJO: Ha perdido el trabajo?, sus compañeros le han sugerido que beba menos?, el beber le ha impedido un ascenso o aumento de sueldo?

PROBLEMAS FINANCIEROS: Ha tenido problemas económicos originados por su forma de beber?

PROBLEMAS CON LA FAMILIA: Ha tenido problemas con su esposa, ella ha amenazado con dejarlo?

SECCION 6. EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO. Esta sección se inicia con una pregunta en la que se pide al respondiente si alguna vez ha hablado de su problema de alcohol con alguna persona. También incluye una lista de personas con las que ha platicado sobre este problema y finalmente si ha tenido experiencia directa con varias categorías de tratamiento formal por problemas relacionados con el alcohol y como evalúa esta experiencia. También se pregunta sobre que tipo de tratamiento recomendaría a alguien que estuviera buscando ayuda para este problema. Estas preguntas fueron tomadas del estudio transcultural de la Organización Mundial de la Salud en 4 países, Respuestas de la Comunidad (Moser, 1982).

SECCION 7. DEPRESION, ESTRES Y APOYO SOCIAL. En el cuestionario se incluye una sección que evalúa la ocurrencia de factores productores de estrés con el fin de analizar su papel como variables precipitantes de estados de ánimo o conductas desadaptadas como pueden ser el abuso de alcohol o la depresión. Esta sección permitirá también conocer la relación entre estas dos respuestas, abuso de alcohol y depresión, así como probar hipótesis con respecto a la relación entre estas y el genero. Incluye una parte sobre apoyo social, basado en la hipótesis de que este funciona como amortiguador del estrés y por lo tanto modifica la respuesta del individuo, a mayor apoyo social, en similares condiciones de estrés, menor respuesta de depresión o abuso de alcohol.

Depresión. Se incluyó una versión simplificada del CESD de 20 reactivos, diseñado para ser usado en estudios de población general, cubre las siguientes áreas de sintomatología depresiva: ánimo depresivo, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo (helplessness and hopelessness), retardo psicomotor, falta de apetito, y trastornos del sueño. En la versión original, se califican los síntomas de 0 a 3 de acuerdo con la frecuencia de ocurrencia durante la última semana y el rango de calificaciones globales es de 0 a 60. Cada pregunta consta de cuatro categorías de frecuencia: rara vez o nunca, algunas veces o un poco del tiempo, ocasionalmente o una moderada parte del tiempo, y la mayor parte o todo el tiempo. La evidencia científica sugiere que la escala tiene un alto nivel de consistencia interna pero que las correlaciones test-retest son moderadas (Radloff, 1977 citado en Caetano, 1987).

En México, Caraveo y Ramos (1990), encontraron que la concordancia de este instrumento con la cédula de entrevista diagnóstica (DIS) que basa su definición de depresión en el DSM III, en muestras de pacientes psiquiátricos era baja, sugiriendo que ambos instrumentos se basan en concepciones diferentes de la depresión. Resultados de un estudio piloto en el que se probó el lenguaje y nivel de comprensión del mismo en población rural similar a la que se seleccionaría en el estudio definitivo, se observó que la población rural de bajo o nulo nivel de escolaridad, encontraba sumamente difícil diferenciar las cuatro opciones de respuesta dando respuestas poco consistentes, por este motivo se simplificó la versión original a tres opciones, con variaciones en la calificación de 0 a 40, por lo que no se pretende calificar a la población como caso, (puntuación de 16 ó mas) no caso como se hace en la versión original, y se limitará a calificar variaciones de mayor a menor intensidad de depresión basadas en la sumatoria del número de síntomas presentes multiplicadas por su valor: (0) nunca o casi nunca, (1) ocasionalmente, (2) casi siempre o todo el tiempo.

Medina-Mora y cols. (1992), realizaron un estudio de hogares en población urbana mayor de 18 años a nivel nacional sobre trastornos mentales, en este estudio se encontró que el 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. Un 13% de la población presentó sintomatología depresiva severa con importantes variaciones de acuerdo con el género -17% de las mujeres en comparación con 8.5% de los hombres-. Las respuestas dadas al CES-D se sometieron a un análisis factorial y se obtuvieron los puntajes alpha de cada reactivo y de la escala global. Se encontró que las respuestas fueron consistentes; el coeficiente alpha global fue de .93, y los coeficientes para cada reactivo oscilaron entre .92 y .93. A través del análisis factorial fue posible conceptualizar tres factores independientes: "tristeza, , desanimo", "dificultades en el sueño" y "fracaso e inseguridad".

Eventos estresantes o de vida. Los reactivos que se contienen en esta sección fueron tomados de un estudio que los aplicó con éxito en los Estados Unidos en 1961, posteriormente fueron utilizados en la encuesta nacional de hogares sobre prácticas de consumo de alcohol, de los Estados Unidos realizado en 1985 (Room 1985). A la versión original se le añadieron reactivos que evalúan eventos estresantes propios de zonas rurales. Interroga sobre la ocurrencia de 20 diferentes cambios significativos en las siguientes áreas: i) cambios en la vida familiar o interpersonal: divorcio, viudez, matrimonio, no vivir con la familia, el último hijo se fue de la casa, aumento el núcleo familiar, muerte o rompimiento de una relación; ii) cambios en la vida académica o laboral; se graduo de un programa

universitario, cambio de empleo, estuvo desempleado; iii) problemas de salud: sufrió una enfermedad grave; iv) problemas con autoridades: se involucro en peleas a golpes, problemas con las autoridades; v) problemas estado patrimonial: perdió algún terreno, tuvo una mala cosecha, perdió animales; vi) problemas con el alcohol: se reunía con personas que tomaban mucho, estaba tomando seis o mas copas una vez por semana, perdió el control, lo presionaron para que tomara menos.

Apoyo social. Se evalúa a través de interrogar a las personas entrevistadas, sobre la frecuencia en que se reúnen con personas de: su vecindario, su iglesia, que conocieron por su trabajo, amistades allegadas. Las opciones de respuesta incluyen: (2) a menudo, (1) de vez en cuando, (0) casi nunca. El índice de apoyo social se obtuvo sumando las calificaciones individuales con calificaciones que oscilan entre 8 y cero.

2.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

- Descripción de las Comunidades

Las comunidades seleccionadas para el estudio fueron la ciudad de Morelia y el municipio rural de Tarímbaro en el estado de Michoacán. Este estado está localizado en la parte central del país. Tiene la doble tradición de haber sido un imperio indígena en la época precolombina, y una importante provincia en la época colonial que abarcaba una extensión geográfica mayor a sus límites actuales. Sus habitantes han jugado un papel importante en la historia tanto durante la Independencia como durante la Revolución. La influencia de las culturas indígenas que florecieron en el área aunadas a los rasgos culturales españoles pueden observarse en la rica variedad de artesanía de la región.

En el momento en que se seleccionó la muestra es estado contaba con una población total de 3 millones de habitantes, 62% habitaban en regiones urbanas³ y 38% en áreas rurales. Es uno de los estados con mas habitantes, en el reside el 4.8% de la población del país. De 1970 a 1980 su población aumentó en un 31.5% a pesar de presentar un amplio nivel de migración tanto hacia el área metropolitana de la Ciudad de México como hacia los Estados Unidos. De acuerdo con la Investigación Nacional de Migración hacia la Frontera Norte y a los Estados Unidos (Zazueta y García, 1982), 34.5% de los trabajadores migrantes provienen ya sea de la región central de México que comprende los estados de

3 Se considera urbana una población de mas de 2 500 habitantes.

Guanajuato, Jalisco y Michoacán, de los estados de Guerrero y México o de Baja California. Entre estos estados, Michoacán aporta la mayor cantidad de trabajadores indocumentados que son deportados de los Estados Unidos (Corona y Ruiz, 1982).

Morelia, la capital del estado, tiene 427,964 habitantes, 60% de los cuales tienen menos de 20 años de edad, la población económicamente activa representa el 35% de la población. Una proporción importante de los ingresos de la ciudad provienen del turismo. Tarímbaro, el segundo escenario de la investigación, está localizado a 12 kilómetros de Morelia. Tiene 27 878 habitantes, 60% son menores de 20 años de edad y 28% son económicamente activos. Las actividades económicas de este poblado incluyen ganadería, agricultura y alguna industria incipiente. Alrededor del 76% de las casas tienen agua corriente y electricidad sin embargo solamente 14% tiene drenaje.

- Población de estudio

El universo de estudio lo constituyeron todas las personas de 14 años en adelante que habitaban viviendas normales en el momento del estudio. Se excluyeron personas que, en el momento del estudio estuvieran internadas en residencias colectivas tales como escuelas, hospitales, cárceles, etc. En este reporte se analiza exclusivamente la población de 18 años y mas, que comprende el 86% de la muestra original.

2.1.4 DISEÑO Y SELECCION DE LA MUESTRA

En la zona urbana se eligió un diseño multietápico, estratificado, en donde la variable de estratificación fue el nivel socioeconómico de la zona. Siguiendo servicios censales, de servicios públicos y de calidad de las construcciones, se dividió a la ciudad en cuatro estratos: alto, medio, bajo y marginado. Se definió además un estrato de alto riesgo para el abuso de sustancias⁴.

La muestra fue proporcionalmente distribuida a cada estrato de acuerdo con el tamaño de la población en 1980. Las manzanas dentro de cada estrato se seleccionaron con la misma probabilidad. En la segunda etapa se listaron las unidades habitación en cada manzana seleccionada y cinco de ellas se eligieron siguiendo un procedimiento sistemático.

4 Una descripción amplia de las características de las viviendas ubicadas en cada estrato aparece en el apéndice 3.

En la tercera etapa se listaron los sujetos de 14 años y mas, con domicilio permanente⁵ en el hogar seleccionado. Dependiendo del número de personas elegibles se entrevistan uno dos o tres individuos quienes son seleccionados a través de un procedimiento aleatorio.

En el municipio de Tarímbaro se empleó un esquema aleatorio multietápico. En la primera etapa se seleccionaron localidades y en la segunda hogares en las localidades en muestra. En estas dos etapas la selección se hizo con probabilidad proporcional al tamaño. El procedimiento seguido para la selección del individuo fue el mismo que para la población urbana.

La información fue analizada tomando en cuenta la probabilidad de selección del individuo en cada etapa y en cada área (rural - urbana).

Selección del Individuo a ser Entrevistado

Una vez enumerados los residentes de 14 años o mayores, se seleccionan los sujetos a entrevista de acuerdo al número de candidatos de la vivienda (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 o más), mediante la aplicación del patrón impreso en el cuestionario.

Las personas a entrevistar son aquellas que se identifican con el número circulado en el patrón, en la columna apropiada según el total de residentes de 14 años o mayores. Cada patrón se utiliza en 1/6 de los cuestionarios impresos y se asignan a ellos en forma aleatoria. Los distintos patrones utilizados aparecen en el apéndice 4.

2.1.5 PROCEDIMIENTO

Con el fin de realizar el trabajo de campo se contrató a 21 entrevistadores, 6 supervisores y un coordinador general de campo. Este grupo de personas tenía experiencia previa como encuestadores. Los supervisores fueron responsables del trabajo de los encuestadores, checaron que en efecto la entrevista se realizó en el hogar y a la persona correcta, también verificó la consistencia interna de las preguntas y la codificación de las entrevistas. El coordinador general de campo estuvo involucrado en las dos fases del trabajo de campo, coordinó tanto la elaboración de croquis y selección de la muestra de hogares, como la fase de entrevistas. Durante el trabajo de campo tuvo la responsabilidad

5 Se considera domicilio permanente si el individuo no cuenta con otra residencia o reside en la vivienda seleccionada por mas de seis meses.

de checar la consistencia de la información obtenida por cada entrevistador, verificando la selección del respondiente y resolviendo todas las dudas de encuestadores y supervisores. Otras tres personas estuvieron involucradas en la supervisión del trabajo de campo: un estadístico con especialización en técnicas de muestreo, quien tuvo a su cargo la supervisión de la fase de diseño de croquis y selección de la muestra incluyendo la selección del entrevistado. También trabajaron dos psicólogas quienes se responsabilizaron de la calidad de la información recabada incluyendo la consistencia interna de los datos.

El curso de entrenamiento tuvo una duración de 10 días, incluyó los siguientes temas: a. objetivos y descripción del estudio (2 horas), b. Información general sobre uso, abuso de alcohol, problemas, normas y actitudes y abuso de otras sustancias (5 horas). c. Instrucciones para llenar el cuestionario, objetivos de cada sección, patrones de salto u omisión de preguntas, codificación. El entrenamiento en esta sección incluirá técnicas de "rol playing", (4 horas). d. Habilidades para entrevistar (4 horas). e. Diseño de la muestra, procedimiento de selección, manejo de la no respuesta (7 horas), f. procedimiento de trabajo de campo (5 horas). g. práctica supervisada. Los entrevistadores serán divididos en grupos de dos, con un supervisor por grupo, cada persona completara dos entrevistas completas mientras que el resto del grupo actuara como observador e independientemente llenarán el cuestionario, se discutirán dudas y discrepancias en la forma de codificar las respuestas. (35 horas).

Trabajo de campo: Los entrevistadores fueron divididos en grupos de tres o cuatro personas, cada uno con un supervisor. Cada entrevistador tuvo la responsabilidad de llenar un mínimo de 5 entrevistas por semana. El supervisor tuvo la responsabilidad de conducir entrevistas pero a una razón más baja, tres por semana. El supervisor visitó cada casa seleccionada en cuatro ocasiones diferentes antes de considerar una no respuesta. En el caso de que una persona seleccionada, rehusó ser entrevistada, la entrevista fue asignada a otra persona, de preferencia de diferente sexo y edad y la vivienda fue reentrevistada. El mismo procedimiento se siguió cuando no se encontró al entrevistado después de cuatro visitas.

A cada entrevistador se le asignaron viviendas específicas. Cada cuestionario fue previamente numerado y asignado a cada vivienda específica. Los entrevistadores listaron a todas las personas, de 14 años en adelante, de mayor a menor, que habitaban en las viviendas seleccionadas por un periodo mayor de 6 meses. La persona a ser entrevistada estaba previamente determinada en cada cuestionario. Los entrevistadores anotaron y

entrevistaron individuos en todas las viviendas que no aparecieron en sus croquis de manzanas y en aquellas que estaban marcadas como desocupadas pero que tuvieron habitantes en el momento del estudio. Se les proporcionaron cuestionarios adicionales para estos casos.

Una vez cubierta el 50% de la muestra, se realizaron comparaciones de la estructura de sexo y edad de las personas seleccionadas, con la estructura de sexo y edad del hogar seleccionado y con proyecciones de la información censal. Se aceptó un máximo de no respuesta de 10%, se compararon las características de las viviendas o individuos que no proporcionaron información con aquellos entrevistados con objeto de asegurar una muestra no sesgada.

2.1.6 PLAN DE ANALISIS DE RESULTADOS

En un primer momento se hizo una descripción de las variaciones en hombres y mujeres en cada uno de los capítulos en que se divide la sección de resultados y que se mencionan en el índice propuesto. Se realizaron pruebas de X^2 para probar relaciones individuales. La consistencia interna de la escala de depresión se probó con análisis factorial y coeficientes alpha. La relación entre cantidad de alcohol consumido y problemas se probó con correlaciones producto momento. La predicción de consumo vs no consumo, problemas vs no problemas a partir de variables como el sexo, variables demográficas seleccionadas, actitudes, prácticas de consumo en el caso de problemas, se probaron a través de regresión logística múltiple y razones de momios (odds ratio). La regresión logística se realizó usando el subcomponente de logit del procedimiento Probit del SPSSx (1986). El modelo estimado en este programa es $LOGIT(p)/2+5 = a+bx_1+bx_2+\dots+bx_n$.

La "razón de momios" (odds ratio) es una medida de asociación muy relacionada con el riesgo relativo. Si un evento ocurre con una probabilidad "p", entonces a la razón p/q, en donde $q=1-p$, se le llama el "momio", (the odds). Por ejemplo, si $p=1/14$ representa el riesgo de por vida que tienen las mujeres americanas de padecer cáncer de mama, entonces el "momio" (the odds) de padecer cáncer de mama es 1/13. Para enfermedades raras, el riesgo de una enfermedad p y el "momio" (the odds) de la enfermedad p/q son virtualmente idénticas.

Si p denota la tasa de incidencia entre individuos expuestos, el "momio" (odds) de enfermar es p_1/q_1 . Similarmente, si p_2 denota la tasa de incidencia entre los no expuestos, los momios (odds) correspondientes de enfermar son p_2/q_2 . A la razón de momios (odds) de enfermar en individuos expuestos en relación con los no expuestos, se le llama razón de momios o momio relativo (odds). Utilizando la letra griega ψ (psi), se puede representar de la siguiente manera:

$$\psi = p_1 q_2 / q_1 p_2 = AD/BC \quad (1)$$

La distinción entre riesgo relativo y razón de momios es ahora estandar a pesar de que en los primeros estudios epidemiológicos, los términos fueron usados en forma intercambiable. A las razones de momios se les denomina ahora por el coeficiente ψ (psi).

La razón de momios, en el caso de enfermedades raras, se aproxima muy de cerca al riesgo relativo, puede determinarse a partir de estudios de cohorte o de estudios de casos y controles. En general el riesgo relativo puede determinarse exactamente solo a partir de estudios de cohorte, sin embargo puede estimarse a partir de un estudio de casos y controles, o de estudios en muestras de población adecuando los datos como si se tratara de un estudio de casos y controles, utilizando la aproximación de razón de momios (odds).

Para ejemplificar como la razón de momios se aproxima al riesgo relativo considerese una tasa de muerte de 7 por 100,000 por año, que prevaleció entre doctores no fumadores en 1965. El riesgo de muerte para doctores que fumaban 25 ó mas cigarrillos por día fue de 227 por 100,000 por año. El riesgo relativo de muerte en fumadores comparado con los no fumadores fue de:

$$R = 227/7 = 32.43.$$

El momio relativo de muerte en fumadores comparado con los no fumadores fue de:

$$\psi = (227 \times 99993) / (7 \times 99773) = 32.5.$$

El porcentaje de error al usar ψ como una aproximación de R fue de 0.2%. Utilizando cualquiera de las dos aproximaciones, se estimó que el riesgo de muerte para fumadores fuertes era treinta y dos veces más altas que el riesgo para los no fumadores.

La razón de momios (odds ratio) ψ se define entonces en términos de los momios (odds) de enfermar en individuos expuestos en relación con los momios (odds) de enfermar de los individuos no expuestos. Una definición equivalente puede darse en términos de los momios (odds) de exposición. Entre los individuos enfermos los momios (odds) de exposición son A/C, los momios (odds) de exposición son B/D entre sujetos no enfermos. La razón de momios (odds) de exposición en individuos enfermos comparada con la de los no enfermos se da entonces por:

$$\psi = (A/C) / (B/D) = AD/BC \quad (2)$$

por lo tanto la razón de momios (odds) de exposición definida por la ecuación (2) es equivalente a la razón de momios (odds) de enfermedad definida por la ecuación (1). La relación es usualmente útil cuando se considera el diseño y el análisis de los estudios con diseños originales de casos y controles o cuando se adecuan los datos provenientes de estudios de población para analizarlos como si se tratara de datos provenientes de estudios originales de casos y controles.

En el caso de la regresión logística, el logaritmo natural de el coeficiente logístico equivale a la razón de momios (odds ratio), esto es el cambio en los momios (the odds) de la variable dependiente que se da por un cambio de una unidad en la variable predictora cuando se controlan los otros predictores. Cuando la variable predictora es una dicotomía, la razón de momios (odds ratio) representa cuanto más o menos probabilidad de, por ejemplo, ser bebedor, tiene un individuo de una categoría predictora cuando se le compara con individuos de otra categoría del mismo predictor manteniendo constantes todas las otras variables.

2.1.7 RESULTADOS DEMOGRAFICOS Y DE MANEJO DEL ESTUDIO

Este capítulo aborda los resultados sobre manejo del estudio, la tasa de no respuesta por razón de no respuesta, las características de la población estudiada. La evaluación de la muestra obtenida, de acuerdo con la estructura sexo-edad censal y del hogar seleccionado.

La muestra para este estudio incluyó 1200 unidades habitación, 800 en zonas urbanas y 400 en zonas rurales. A fin de obtener la muestra se elaboraron mapas de la zona y se hicieron mapas a detalle de manzanas seleccionadas que, a su vez, incluyeron las viviendas que fueron seleccionadas en una siguiente etapa. Estos mapas se hicieron durante los tres meses previos al levantamiento de las encuestas. Debido a la gran movilidad de la población en la zona, los encuestadores tenían instrucciones de seleccionar en forma aleatoria, de acuerdo con el procedimiento prefijado, a una persona de cada una de las casas habitación de reciente construcción, que no aparecían en sus mapas. Debían además visitar los hogares marcados como desocupados, en caso de estar habitados en el momento del estudio, debían también seleccionar aleatoriamente a uno de sus ocupantes.

Este número de viviendas generó un tamaño de muestra de 1541 personas que incluyó a 36 personas seleccionadas de casas habitación no enlistadas en los mapas o marcadas como unidades desocupadas.

La tasa de respuesta global fue de 92.4%. El cuadro 2.1 muestra los resultados de la fase de levantamiento de datos. El último renglón muestra el porcentaje de no respuesta para las áreas rurales y urbanas, esta última dividida en los cuatro estratos socioeconómicos. Las tasas representan todas las entrevistas perdidas, en proporción al número total de unidades habitación en la muestra original, con excepción de aquellas que estaban desocupadas en el momento del levantamiento de los datos. La tasa de no respuesta osciló entre .7% en el área marginal y 11.6% en el estrato medio de la zona urbana.

Para este reporte se considera únicamente a la población mayor de 18 años, esto es del total de 1424 viviendas encuestadas de las que se seleccionó un solo miembro entre 14 y 64 años al azar, en 1175 (82%) el entrevistado tenía 18 años o más. Se analiza la información exclusivamente de este último grupo.

CUADRO 2.1.7.1

TASA DE RESPUESTA POR ESTRATO SOCIOECONOMICO.

| | RURAL | URBANA | | | | Total | % |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-------------|-----|
| | | Marginal | Bajo | Medio | Alto | | |
| Muestra Original. | 525 | 72 | 417 | 471 | 56 | 1541 | 100 |
| Rehusaron la entrevista. | 6 | - | 13 | 14 | 3 | 36 | 2.3 |
| No fueron localizados. | 4 | - | 13 | 15 | 1 | 33 | 2.1 |
| No hablaban español. | - | - | 1 | - | - | 1 | .06 |
| Incompletas. | 5 | 1 | 7 | 15 | - | 28 | 1.8 |
| Imposibilitado para ser entrevistado. | 4 | - | 3 | 11 | - | 19 | 1.2 |
| Casas desocupadas. | 8 | 5 | 11 | 12 | 3 | 38 | 2.5 |
| NO RESPUESTA TOTAL. | 3.6% | 0.7% | 8.9% | 11.6% | 7% | 7.6% | |

Una vez obtenida la muestra se verificó su representatividad en términos del universo del que fue seleccionada. Se compararon los parámetros de género y edad, tanto para la muestra rural como para la urbana. En un primer momento, la distribución de la muestra se comparó con la distribución del hogar de la que fue seleccionada. Posteriormente se hicieron las mismas comparaciones con la estructura del Censo General de Población y Vivienda.

Se obtuvieron porcentajes para cada grupo por género, edad y zona de residencia, de la muestra de individuos seleccionada, de la muestra de hogares y del Censo y se compararon dividiendo la distribución de la muestra de individuos primero con la de hogares y después con la censal. La representatividad ideal se da cuando el cociente resultado de esta división es igual a uno. Se dio una tolerancia de hasta ± 10 de diferencia para determinar la baja o seprerepresentación de cada nivel.

Dado que por razones gráficas el porcentaje obtenido en la muestra se tomó como numerador y el porcentaje de la ENH como denominador, cuando el cociente resultado de la división es mayor que la unidad, indica sobrerepresentación, por el contrario, un cociente inferior que la unidad indica baja representación.

Se efectuó además una prueba de X^2 para determinar la existencia o ausencia de diferencias significativas entre ambas muestras para cada uno de los parámetros, de género y edad, para cada una de las zonas, rural y urbana.

Como se recordará, las muestras no fueron autoponderadas, por lo que fue necesario estimar los resultados con base en la probabilidad de selección en cada etapa. Por este motivo se compararon tanto los datos muestrales con la estructura del hogar y los datos ponderados con la estructura censal.

Los resultados de este análisis indicaron que la proporción de sujetos en muestra por género, en las dos zonas estudiadas, era equivalente a la estructura de los hogares en muestra y a la del Censo de Población. Esto implica que aunque se observaron 41% de hombres y 59% de mujeres en muestra, esta era la distribución de la población en el momento del estudio.

De acuerdo con la estructura del hogar y con la reportada en el Censo, el grupo de 40 a 49 años estuvo ligeramente bajo representado en las dos zonas geográficas, éste bajo representación se ubicó en el grupo de mujeres urbanas y en los hombres rurales.

La comparación con los datos del Censo mostró mayores variaciones en la distribución por edad, sin embargo debe de tomarse en cuenta que entre el Censo y el trabajo de campo ocurrieron 6 años, y se esperan grandes variaciones en la composición de la población, especialmente en términos de la migración que afecta diferencialmente a estos grupos. De cualquier forma no se encontraron diferencias significativas, en ninguno de los parámetros, al comparar las estructuras mediante la prueba X^2 .

CUADRO 2.1.7.2a

COMPARACION DE LA ESTRUCTURA DE INDIVIDUOS EN MUESTRA CON LOS HOGARES EN MUESTRA Y CON LA ESTRUCTURA CENSAL

| | URBANO | | | RURAL | | |
|-----------------------|--------------------|---------|----------|--------------------|---------|----------|
| | HOGARES EN MUESTRA | MUESTRA | COCIENTE | HOGARES EN MUESTRA | MUESTRA | COCIENTE |
| HOMBRES | | | | | | |
| 14-17 | 14.2 | 18.3 | 0.77** | 15.8 | 15.0 | 1.05 |
| 18-29 | 36.3 | 32.3 | 1.12 | 34.3 | 30.0 | 1.14 |
| 30-39 | 17.1 | 18.3 | 0.93 | 15.8 | 17.7 | 0.89 |
| 40-49 | 11.5 | 11.2 | 1.02 | 11.7 | 7.7 | 1.51* |
| 50-59 | 10.3 | 10.1 | 1.01 | 10.7 | 12.7 | 0.84 |
| 60 ó más | 10.3 | 9.3 | 1.1 | 11.4 | 15.9 | 0.71 |
| | $\chi^2 = 1.7$ | | | $\chi^2 = 4.26$ | | |
| MUJERES | | | | | | |
| 14-17 | 13.2 | 11.5 | 1.14 | 17.7 | 12.3 | 1.43* |
| 18-29 | 35.2 | 36.5 | 0.96 | 37.3 | 42.0 | 0.88 |
| 30-39 | 18.8 | 22.1 | 0.85 | 15.6 | 18.1 | 0.86 |
| 40-49 | 12.6 | 7.6 | 1.65* | 11.5 | 10.1 | 1.09 |
| 50-59 | 8.9 | 6.4 | 1.05 | 8.5 | 8.6 | 0.98 |
| 60 ó más | 11.1 | 13.0 | 0.85 | 9.1 | 7.9 | 1.15 |
| | $\chi^2 = 4.3$ | | | $\chi^2 = 3.5$ | | |
| TOTAL POR EDAD | | | | | | |
| 14-17 | 13.7 | 14.3 | 0.95 | 16.9 | 13.5 | 1.25* |
| 18-29 | 35.7 | 34.8 | 1.02 | 35.8 | 36.6 | 0.97 |
| 30-39 | 18.0 | 20.5 | 0.87 | 15.7 | 17.9 | 0.87 |
| 40-49 | 12.1 | 9.1 | 1.32* | 11.6 | 9.2 | 1.26* |
| 50-59 | 9.6 | 9.1 | 1.05 | 9.6 | 10.4 | 0.92 |
| 60 ó más | 10.7 | 11.5 | 0.93 | 10.2 | 11.4 | 0.89 |
| | χ^2 | | | | | |
| TOTAL POR SEXO | | | | | | |
| HOMBRES | 47.7 | 41.2 | 1.15 | 48.1 | 44.3 | 1.08 |
| MUJERES | 52.2 | 58.7 | 0.88 | 51.8 | 55.6 | 0.93 |

* Nivel bajo representado

** Nivel sobre representado

CUADRO 2.1,7.2b

COMPARACION DE LA ESTRUCTURA DE INDIVIDUOS EN MUESTRA CON LOS
HOGARES EN MUESTRA Y CON LA ESTRUCTURA CENSAL

| | URBANO | | | RURAL | | |
|-----------------------|--------------------|---------------------|----------|--------------------|---------------------|----------|
| | CENSO DE (1980) | DATOS PONDERADOS | COCIENTE | CENSO DE (1980) | DATOS PONDERADOS | COCIENTE |
| HOMBRES | | | | | | |
| 14-17 | 17.8 | 20.3 | 0.87 | 19.0 | 15.9 | 1.19 |
| 18-29 | 39.1 | 36.4 | 1.07 | 33.0 | 30.4 | 1.08 |
| 30-39 | 15.7 | 16.6 | 0.94 | 16.2 | 15.2 | 1.06 |
| 40-49 | 11.3 | 9.2 | 1.22* | 13.2 | 8.8 | 1.62* |
| 50-59 | 7.4 | 8.7 | 0.85 | 8.3 | 13.8 | 0.60** |
| 60 ó más | 8.4 | 8.5 | 0.98 | 9.5 | 15.4 | 0.61** |
| | $\chi^2 = 1.7$ | | | $\chi^2 = 4.26$ | | |
| MUJERES | | | | | | |
| 14-17 | 17.0 | 12.2 | 1.39* | 19.6 | 14.3 | 1.37* |
| 18-29 | 36.8 | 35.9 | 1.02 | 34.0 | 39.8 | 0.85 |
| 30-39 | 16.2 | 21.0 | 0.77** | 15.5 | 17.1 | 0.90 |
| 40-49 | 11.9 | 7.5 | 1.58* | 13.4 | 11.7 | 1.14 |
| 50-59 | 7.9 | 8.7 | 0.90 | 7.5 | 8.8 | 0.85 |
| 60 ó más | 9.7 | 14.5 | 0.66** | 9.0 | 7.6 | 1.18 |
| | $\chi^2 = 4.3$ | | | $\chi^2 = 3.5$ | | |
| TOTAL POR EDAD | | | | | | |
| 14-17 | 17.4 | 15.6 | 1.11 | 19.3 | 15.0 | 1.28* |
| 18-29 | 37.9 | 36.1 | 1.04 | 33.5 | 35.5 | 0.94 |
| 30-39 | 16.0 | 19.1 | 0.83 | 15.9 | 16.3 | 0.97 |
| 40-49 | 11.6 | 8.2 | 1.41* | 13.2 | 10.0 | 1.32* |
| 50-59 | 7.7 | 8.7 | 0.88 | 7.9 | 11.1 | 0.71** |
| 60 ó más | 9.0 | 11.9 | 0.75** | 9.2 | 11.2 | 0.82 |
| | χ^2 | | | | | |
| TOTAL POR SEXO | | | | | | |
| HOMBRES | 47.9 | 42.3 | 1.13 | 49.9 | 45.9 | 1.08 |
| MUJERES | 52.0 | 57.6 | 0.90 | 50.0 | 54.0 | 0.92 |

* Nivel bajo representado
** Nivel sobre representado

Las características sociodemográficas de las muestras estudiadas se presentan en el cuadro 2.1.2. En la zona rural la escolaridad predominante del jefe de familia fue de 0 a 5 años cursados (82%). En la zona urbana la escolaridad se distribuyó mas homogéneamente en todos los niveles con un 21% de jefes de familia con estudios universitarios. En la zona rural la ocupación predominante fue la de campesino y agricultor con ingreso igual o menor al salario mínimo (60%). En la zona urbana predominaron los obreros con ingresos superiores al salario mínimo (46%), aunque también hubo porcentajes importantes de empleados, propietarios de pequeños comercios, profesionistas y subempleados.

CUADRO 2.1.7.3

**CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA ESTUDIADA
(N = 1191)**

| SEXO | % | ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO | % |
|---------------------|----------|--|----------|
| Hombres | 41 | Ninguna | 20 |
| Mujeres | 59 | 1-5 años cursados | 25 |
| | | 6 años cursados | 16 |
| | | 7-9 años cursados | 14 |
| | | 10-12 años cursados | 10 |
| | | 13 ó más | 15 |
| EDAD | | INGRESO FAMILIAR | |
| Hombres | | Menos del salario mínimo | 22 |
| 18-29 | 38 | Salario mínimo | 21 |
| 30-39 | 22 | Hasta 2 veces salario min. | 38 |
| 40-49 | 12 | Tres el salario mínimo | 11 |
| 50-59 | 13 | | |
| 60 ó más | 14 | ESCOLARIDAD DEL JEFE DE FAMILIA | |
| Mujeres | | Ninguna | 22 |
| 18-29 | 44 | 1-5 años cursados | 29 |
| 30-39 | 23 | 6 años cursados | 16 |
| 40-49 | 10 | 7-9 años cursados | 11 |
| 50-59 | 10 | 10-12 años cursados | 7 |
| 60 ó más | 13 | 13 ó más | 14 |
| ESTADO CIVIL | | OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA | |
| Casados | 69 | Profesionista, inversionista | 8 |
| Solteros | 23 | Empleado, pequeño propietario | 24 |
| Otros | 9 | Obrero calificado | 7 |
| | | Obrero no calificado | 22 |
| | | Campesino/ejidatario | 24 |
| | | Subempleado | 8 |

RESULTADOS

2.2 PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

Este capítulo aborda los resultados de la investigación de acuerdo con los siguientes incisos: i) Patrones de consumo. ii) Normas, razones de consumo, actitudes hacia el consumo y la embriaguez. iii) Problemas personales y sociales relacionados con el consumo. iv) Ocasiones y circunstancias de consumo, control social. v) Actitudes hacia el tratamiento y la prevención. vi) Relación con antecedentes familiares de uso de alcohol. vii) Relación entre depresión, estrés, apoyo social con el uso y abuso de bebidas alcohólicas.

La forma en que la población consume alcohol se describe en términos de la frecuencia de consumo, de la cantidad de alcohol ingerida, de la frecuencia de embriaguez y de una tipología que combina las dimensiones de frecuencia y cantidad de consumo.¹

2.2.1 FRECUENCIA DE CONSUMO

Consistentemente con lo que se ha observado en otros estudios, el índice de abstinencia² en las poblaciones estudiadas del estado de Michoacán, es alto, principalmente entre las mujeres 26% y 66% respectivamente. El índice de abstemios, tanto en hombres como en mujeres, aumenta con la edad; entre los hombres rurales es más frecuente que en los hombres urbanos, principalmente entre los de 40 años y más. En las mujeres, la situación rural/urbana no influyó en el estatus de bebedor.

Una proporción relativamente baja de la población estudiada reportó consumir alcohol todos los días, 3% de los hombres y 1% de las mujeres. Este índice tiende a ser mayor en los dos géneros, en la población rural. El grupo que presenta los índices más altos fue el de hombres, rurales, mayores de 39 años; poco más de uno de cada 10 hombres (11%) con estas características, reportaron beber todos los días.

En la población rural se observan simultáneamente mayores índices de abstemios y de bebedores diarios, sugiriendo que un grupo menor de personas consumen alcohol, pero aquellos que consumen lo hacen con más frecuencia, esto es el consumo no es homogéneo.

1 El marco conceptual en la que se basa esta tipología, la forma de construirla y su aplicabilidad al contexto mexicano se discuten en el capítulo 1.2.1.

2 Se definió como abstemio a toda aquella persona entrevistada que reportó no haber consumido bebidas alcohólicas en los doce meses previos al estudio.

CUADRO 2.2.1.1

FRECUENCIA DE CONSUMO POR GENERO, AREA RURAL Y GRUPOS DE EDAD

POBLACION MASCULINA

| | URBANA | | RURAL | | TOTAL (478) |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|----------------|
| | <40 AÑOS (183) | >40 AÑOS (111) | <40 AÑOS (105) | >40 AÑOS (79) | |
| DIARIO | 7 | 2 | 8 | 9 | 3 |
| 1 - 6 VECES POR SEMANA | 26 | 10 | 20 | 19 | 13 |
| 1 - 3 VECES POR MES | 57 | 27 | 33 | 15 | 28 |
| MENOS DE UNA VEZ POR MES PERO AL MENOS UNA VEZ POR AÑO | 53 | 34 | 19 | 13 | 29 |
| MENOS DE UNA VEZ POR AÑO O NUNCA | 22 | 24 | 44 | 44 | 26 |

POBLACION FEMENINA

| | URBANA | | RURAL | | TOTAL (682) |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|----------------|
| | <40 AÑOS (300) | >40 AÑOS (150) | <40 AÑOS (160) | >40 AÑOS (72) | |
| DIARIO | 3 | 1 | 6 | 2 | 1 |
| 1 - 6 VECES POR SEMANA | 12 | 1 | 6 | 3 | 3 |
| 1 - 3 VECES POR MES | 39 | 9 | 10 | 1 | 11 |
| MENOS DE UNA VEZ POR MES PERO AL MENOS UNA VEZ POR AÑO. | 63 | 25 | 32 | 13 | 20 |
| MENOS DE UNA VEZ POR AÑO O NUNCA | 61 | 75 | 65 | 73 | 6 |

1 Sujetos en muestra

2 Porcentajes obtenidos de datos pesados de acuerdo con la probabilidad de selección.

2.2.1.2 Frecuencia de Consumo por Tipo de Bebida

Variaciones sociodemográficas de sus consumidores

Se preguntó a la población la frecuencia y cantidad de copas que acostumbraban consumir para cinco tipos de bebidas: cerveza, pulque, vino, destilados, alcohol de 96°. Se encontró que, tanto en población urbana como rural, la cerveza era la bebida de preferencia, 83% y 89% de los bebedores respectivamente, reportaron consumir ésta bebida. En la zona urbana los destilados ocuparon el segundo lugar de preferencia, con índices de consumo altos 77%; en la zona rural el pulque y los destilados fueron reportados por una proporción similar de bebedores (51%), solamente uno de cada tres bebedores de la zona urbana (29%) reportó consumo de pulque. La situación opuesta se observó para el vino de mesa, en la zona urbana es consumido por 1 de cada 2 bebedores (51%) mientras que en la zona rural, solamente 1 de cada 5 reportó su consumo (21%). El alcohol de 96° fue reportado por cuatro veces mas bebedores en la zona rural (20%) que en la zona urbana (5%).

CUADRO 2.2.1.2

CONSUMO DE ALCOHOL POR TIPO DE BEBIDA EN ZONA RURAL Y URBANA.

| | ZONA RURAL | ZONA URBANA |
|----------------|------------|-------------|
| CERVEZA | 89% | 83% |
| PULQUE | 51% | 29% |
| VINO | 21% | 51% |
| DESTILADOS | 51% | 77% |
| ALCOHOL DE 96° | 20% | 5% |

Porcentajes obtenidos del total de bebedores (personas que reportaron consumo en los doce meses previos al estudio).

Variaciones sociodemográficas en las preferencias por el alcohol.

Con el fin de probar probar la hipótesis de que los bebedores de cada bebida provenían de poblaciones diferentes, se construyó una tipología que divide a la población en dos grupos: bebedores y no bebedores de cada tipo de bebida. Dado el elevado nivel de poliuso, los bebedores de cada bebida pueden consumir también otras bebidas, no así la bebida contra la cual se comparan. Así por ejemplo se comparó el género, edad, estado civil, escolaridad e ingreso de aquellas personas que incluyen al pulque dentro de las bebidas que consumen en comparación con quienes no beben pulque, y así sucesivamente para los diferentes tipos de bebidas incluidas (vino de mesa, destilados, cerveza, alcohol de 96°).

Más hombres que mujeres reportan consumir cualquier tipo de bebida alcohólica. Sin embargo si se controla ésta diferencia se observa que las mujeres prefieren beber vino; 56% de las bebedoras en comparación con 48% de los varones consumidores. El resto de las bebidas son consumidas preferentemente por los hombres.

El consumo de pulque y de alcohol de 96° tiende a incrementarse con la edad, para llegar a su máxima elevación entre los 40 y 49 años y a decrecer a partir de los 50 años. Los destilados encuentran su elevación entre los 30 y 39 años. Los consumidores de vino de mesa y de cerveza se distribuyen más o menos homogéneamente en la población menor de 50 años, cuando el consumo decrece. Se observaron más bebedores jóvenes de vino y cerveza que de otras bebidas.

El vino es la bebida de preferencia de las personas solteras, los destilados no mostraron diferencias y el entre los consumidores de las otras bebidas sobresalen los casados.

Finalmente, tanto el vino como los destilados son consumidos por personas con mayor escolaridad y mayor nivel de ingresos que los consumidores de pulque y de alcohol de 96°, no se observaron diferencias significativas en el caso de la cerveza.

CUADRO 2.2.1.2b

VARIACIONES SOCIODEMOGRAFICAS EN LAS PREFERENCIAS POR EL TIPO DE BEBIDA ALCOHOLICA

| | | CERVEZA | PULQUE | VINO | DESTILADOS | ALCOHOL 96° |
|--------------------------|-------|---------|--------|------|------------|-------------|
| SEXO | | | | | | |
| HOMBRES | (344) | 89.8* | 31.7 | 48.0 | 81.0 | 7.3 |
| MUJERES | (246) | 79.0 | 26.0 | 56.0 | 78.0 | 2.3 |
| EDAD | | | | | | |
| 18 - 29 | (264) | 87.9 | 25.9 | 51.8 | 79.5 | 1.9 |
| 30 - 39 | (153) | 89.7 | 30.7 | 54.6 | 87.4 | 4.4 |
| 40 - 49 | (67) | 88.7 | 40.5 | 53.1 | 76.5 | 18.3 |
| 50 - más | (106) | 70.5 | 29.3 | 44.6 | 73.8 | 7.1 |
| ESTADO CIVIL | | | | | | |
| CASADOS | (383) | 88.2 | 31.6 | 48.0 | 82.6 | 8.1 |
| OTROS | (207) | 81.4 | 25.7 | 56.5 | 76.1 | 1.1 |
| ESCOLARIDAD | | | | | | |
| 0 - 5 | (303) | 85.1 | 38.5 | 41.2 | 78.0 | 13.2 |
| 6 ó más | (287) | 85.7 | 24.0 | 57.2 | 81.0 | 0.78 |
| INGRESO | | | | | | |
| HASTA UN SALARIO MINIMO | (211) | 85.9 | 31.3 | 47.2 | 76.3 | 9.3 |
| MAS DE UN SALARIO MINIMO | (379) | 85.4 | 28.5 | 52.9 | 81.3 | 3.8 |

106

x Comparación de usuarios y no usuarios de cada bebida

$\alpha = .05$

Porcentaje obtenido del total de bebedores en cada grupo sociodemográfico

2.2.2 CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO

Practicamente la mitad de los bebedores (49%), reportaron haber consumido 5 o mas copas de alcohol por ocasión de consumo, una tercera parte (29%) reportó haber consumido 12 copas o mas en una sola sentada por lo menos una vez en el año anterior. No solo los hombres beben con mas frecuencia que las mujeres, sino que cuando las mujeres beben lo hacen por lo general en menores cantidades que el hombre. cerca de las dos terceras partes de los hombres (74%) y cerca de la mitad de ellos (46%), reportaron el consumo de 5 y 12 copas por ocasión, respectivamente, en el último año; ésto solo ocurrió en el 16% y 5% de las mujeres bebedoras.

CUADRO 2.2.2

CANTIDAD DE ALCOHOL CONSUMIDO POR GENERO.

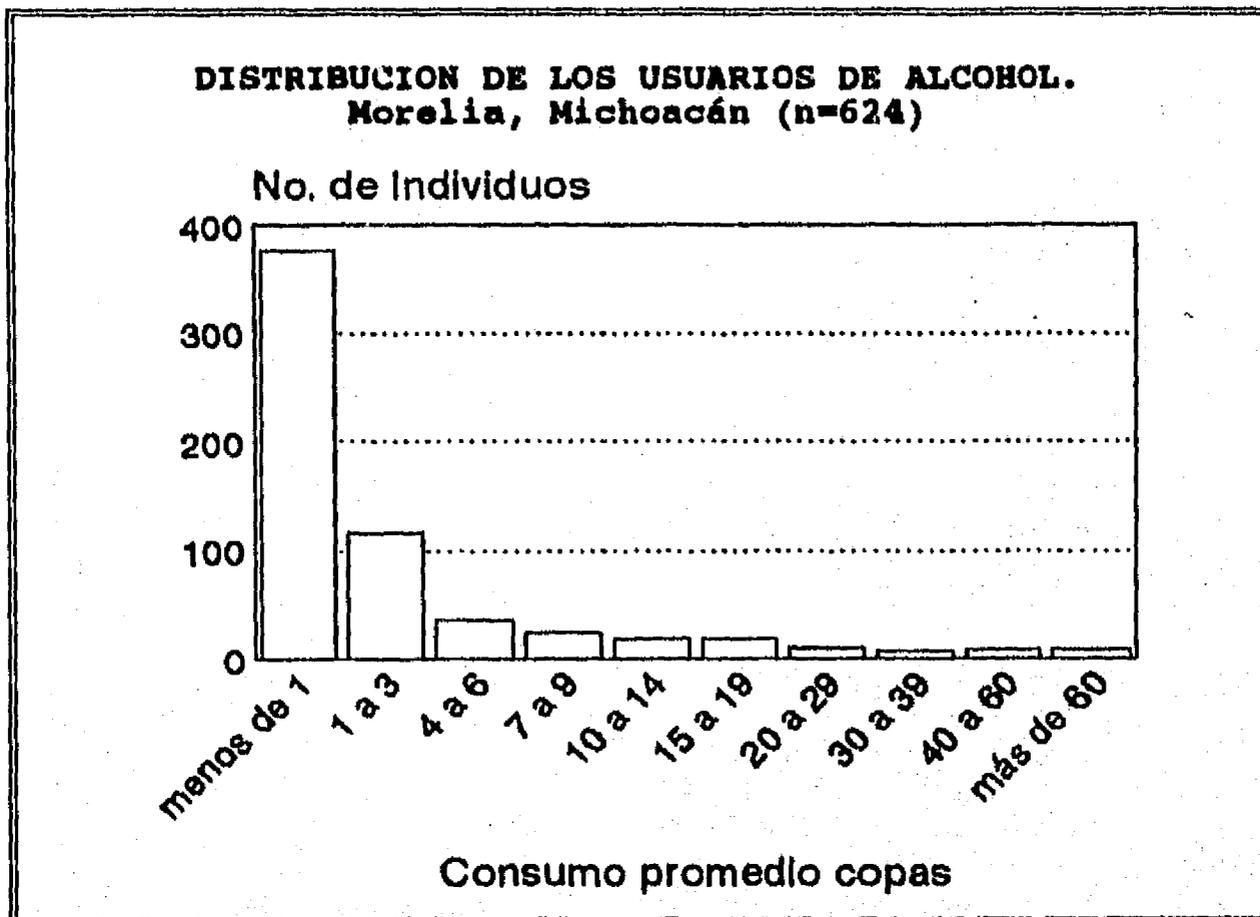
| | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
|--|---------|---------|-------|
| 5 COPAS O MAS POR LO MENOS UNA VEZ POR SEMANA | 8 | 2 | 5 |
| 5 COPAS O MAS POR LO MENOS UNA VEZ AL AÑO. | 66 | 14 | 44 |
| FRECUENCIA DE CONSUMO DE: | | | |
| 12 COPAS O MAS POR OCASION: | | | |
| POR LO MENOS UNA VEZ AL MES | 11 | 2 | 7 |
| 3 - 11 VECES EN EL ULTIMO MES | 17 | * | 10 |
| 1 - 2 VECES EN EL ULTIMO AÑO | 18 | 3 | 12 |
| NUNCA | 54 | 95 | 71 |
| 8 A 11 COPAS POR OCASION: | | | |
| POR LO MENOS UNA VEZ AL MES | 1 | 0 | * |
| 3 - 11 VECES EN EL ULTIMO MES | 3 | 1 | 2 |
| 1 - 2 VECES EN EL ULTIMO AÑO | 20 | 6 | 13 |
| NUNCA | 76 | 93 | 85 |

Porcentajes obtenidos del total de bebedores

Además de conocer el número de bebidas consumidas por ocasión de consumo, se estudió también el consumo total en términos del número de copas consumidas por mes. En la construcción de ésta variable se consideró que todas las bebidas tenían el mismo equivalente de alcohol por lo que se sumaron el número total de copas de cada tipo de bebida. El volumen total de consumo de alcohol al mes, es entonces la suma de los volúmenes de vino, cerveza, pulque, destilados, alcohol de 96°.³

La distribución del consumo de alcohol para la población mayor de 17 años, se asemeja a una distribución logarítmica en donde la mayor parte de los consumidores reportaron consumir un promedio de menos de una copa por mes. Sin embargo una proporción importante de alcohol es consumida por un número pequeño de bebedores. El 10% de los bebedores mas fuertes, consume el 65% del alcohol disponible en la región, estimado a partir del autoreporte de los usuarios.

GRAFICA 2.2.2a



3 La construcción de ésta variable se describe en detalle en la apéndice 2.2.

2.2.2.1 Cantidad de Alcohol Consumido por Tipo de Bebida

El vino de mesa tiende a ser preferido por bebedores moderados, el 72% de las personas que reportaron su uso, limitan el consumo a 1 ó 2 copas por ocasión de consumo, ésto solo ocurre con la mitad de los bebedores de cerveza (48%), de destilados (53%), y de pulque (52%).

CUADRO 2.2.2.1

CANTIDAD DE CONSUMO POR TIPO DE BEBIDA.

| | VINO | CERVEZA | DESTILADOS | PULQUE | ALCOHOL 96° |
|--|------|---------|------------|--------|-------------|
| FRECUENCIA 1 | | | | | |
| 1 VEZ AL MES O MAS | 7 | 20 | 14 | 2 | 1 |
| MENOS 1 VEZ AL MES PERO MAS DE 1 VEZ AL AÑO | 14 | 20 | 23 | 5 | * |
| CANTIDAD CON- SUMIDA POR OCASION 2 | | | | | |
| 5 COPAS O MAS | 7 | 30 | 31 | 21 | 27 |
| 3 A 4 | 12 | 18 | 26 | 15 | 22 |
| 1 A 2 | 72 | 48 | 53 | 52 | 38 |

1 Porcentajes obtenidos del total de la población entrevistada.

2 Porcentajes obtenidos de total de sujetos que reportaron consumir cada tipo de bebida.

2.2.3 FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ POR GENERO Y EDAD

Se interrogó a los entrevistados sobre la frecuencia en que el año anterior bebieron lo suficiente para sentirse embriagados. Las respuestas fueron codificadas de acuerdo con nueve categorías de frecuencia que variaron de diario o casi diario hasta nunca durante el último año. La tabla 13 de éste capítulo muestra las respuestas reclasificadas en 4 categorías.

Los resultados muestran nuevamente la importante influencia del género en ésta conducta. Solamente una de cada 5 mujeres reportaron haber tenido ésta experiencia y esto nunca ocurrió una vez por mes. La escasa frecuencia de embriaguez en éste grupo no permite su análisis por subgrupos sin embargo se ve una tendencia a ser mas frecuente entre mujeres jóvenes especialmente entre aquellas entre 30 y 39 años.

Cerca de la mitad de los hombres reportaron haber tenido ésta experiencia en los 12 meses previos al estudio, 4 de cada 100 reportan embriagarse por lo menos una vez al mes. Se ve con mas frecuencia entre los menores de 40 años, y se torna una conducta poco frecuente a partir de los 60 años.

CUADRO 2.2.3

FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ POR EDAD Y GENERO.

HOMBRES

| | 18-29 (n=184) | 30-39 (n=106) | 40-59 (n=123) | 60 + (n=70) | TOTAL (483) |
|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|----------------|
| Por lo menos una vez al mes | 9 | 5 | 4 | 0 | 4 |
| 3-11 veces en el último año | 33 | 18 | 16 | 6 | 16 |
| 1-2 veces en el último año | 44 | 28 | 37 | 7 | 24 |
| Nunca | 98 | 55 | 68 | 57 | 56 |

MUJERES

| | 18-29 (n=306) | 30-39 (n=165) | 40-59 (n=137) | 60 + (n=90) | TOTAL (698) |
|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|----------------|----------------|
| Por lo menos una vez al mes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 3-11 veces en el último año | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 |
| 1-2 veces en el último año | 4 | 7 | 2 | 2 | 4 |
| Nunca | 95 | 92 | 96 | 98 | 95 |

Porcentajes obtenidos del total de sujetos por grupo

2.2.4 TIPOLOGIA DE LOS PATRONES DE CONSUMO

A partir de la combinación de los indicadores de frecuencia y cantidad se construyeron los patrones de consumo.⁴ En la población estudiada se encontraron 6 hombres, bebedores consuetudinarios⁵ por cada mujer. El patrón de consumo más frecuente en los varones es de frecuencia moderada⁶ con grandes cantidades de alcohol consumido por ocasión⁷ en tanto que en las mujeres es de frecuencia moderada con bajas cantidades de alcohol.

Llama la atención la práctica ausencia de hombres que limitan la cantidad de alcohol que consumen. Solamente 8% de los hombres calificaron para la categoría de bajo nivel de consumo. Visto de otra manera, 67% de los hombres que beben por lo menos una vez al mes, son bebedores de alto nivel, esto ocurre solamente en un 21% de las mujeres que beben con ésta frecuencia.

En la población masculina el índice mayor de bebedores se ubica en el rango de edad de 40 a 49 años, mientras que en las mujeres esto ocurre entre las más jóvenes, entre los 18 y 29 años. En los hombres el índice de abuso (consumo consuetudinario) tiende también a ubicarse en los grupos más jóvenes, (18 a 29 años).

4 Una descripción amplia de los patrones de consumo aparece en el marco conceptual página 18; en la descripción de los instrumentos página 35 y en el apéndice 2.

5 Personas que reportaron consumir 5 copas o más por ocasión de consumo, una vez a la semana o con más frecuencia.

6 Por lo menos una vez al mes, menos de una vez a la semana

7 5 copas o más, por lo menos una vez al año

CUADRO 2.2.4a

PATRONES DE USO DE ALCOHOL POR
EDAD EN POBLACION MASCULINA

| | 18-29 (183) % | 30-39 (105) % | 40-49 (58) % | 50-59 (64) % | 60 + (68) % | TOTAL (478) % |
|---|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------------------|
| ABSTEMIOS | 23 | 19 | 17 | 39 | 48 | 26 |
| BEBEDORES POCO FRE- CUENTES | 31 | 23 | 42 | 22 | 22 | 29 |
| BEBEDORES DE FRECUENCIA MODERADA. BAJO NIVEL DE CONSUMO | 5 | * | 1 | 8 | 13 | 5 |
| BEBEDOR DE FRECUENCIA MODERADA. ALTO NIVEL DE CONSUMO | 22 | 39 | 22 | 18 | 10 | 24 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE BAJO NIVEL DE CONSUMO | 3 | 2 | 4 | 1 | 4 | 3 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE ALTO NIVEL DE CONSUMO | 6 | 11 | 9 | 2 | 3 | 7 |
| BEBEDOR FRECUENTE CONSUELTUDINARIA | 9 | 4 | 5 | 4 | 1 | 6 |

* P<.05

1 Datos en muestra

2 Porcentajes obtenidos de datos pesados

CUADRO 2.2.4b

PATRONES DE USO DE ALCOHOL POR
EDAD EN POBLACION FEMENINA

| | 18-29 (269) % | 30-39 (164) % | 40-49 (66) % | 50-59 (67) % | 60+ (89) % | TOTAL (682) % |
|---|---------------------|---------------------|--------------------|--------------------|------------------|---------------------|
| ABSTEMIAS | 58 | 66 | 63 | 70 | 84 | 66 |
| BEBEDORAS POCO FRECUENTES | 24 | 17 | 30 | 20 | 12 | 20 |
| BEBEDORAS DE FRECUENCIA MODERADA. BAJO NIVEL DE CONSUMO | 9 | 13 | 14 | 2 | 3 | 8 |
| BEBEDORA DE FRECUENCIA MODERADA. ALTO NIVEL DE CONSUMO | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| BEBEDORA FRECUENTE DE BAJO NIVEL DE CONSUMO | 5 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| BEBEDORA FRECUENTE DE ALTO NIVEL DE CONSUMO | 0 | 0 | 0 | 4 | * | * |
| BEBEDORA FRECUENTE CONSUEUDINARIA | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |

* P<.05

1 Datos en muestra

2 Porcentajes obtenidos de datos pesados

2.2.4.1 Patrones De Consumo de Alcohol por Genero Y Lugar de Residencia Rural/urbana

El lugar de residencia rural o urbano, no influye en el patrón de consumo de las mujeres, no así en el caso de los varones entre quienes se observan marcadas diferencias. En la zona rural se observan simultáneamente índices mas elevados de abstención y de consumo consuetudinario, se observaron dos bebedores consuetudinarios en la zona rural por cada uno de la zona urbana. Estos resultados nos indican que el alcohol disponible en la zona rural se distribuye comparativamente entre un menor número de personas.

CUADRO 2.2.4.1

PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL POR GENERO Y LUGAR DE RESIDENCIA RURAL/URBANO.

| | POBLACION URBANA (295) | MASCULINA RURAL (186) | POBLACION URBANA (453) | FEMENINA RURAL (233) |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| ABSTEMIOS | 26 | 33 | 66 | 67 |
| BEBEDORES POCO FRE- CUENTES | 29 | 17 | 20 | 20 |
| BEBEDORES FRECUENTE MODERADO DE BAJO NIVEL | 5 | 1 | 8 | 2 |
| BEBEDOR FRECUENTE MODE- RADO DE ALTO NIVEL | 24 | 23 | 2 | 3 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE BAJO NIVEL | 3 | 2 | 3 | 5 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE ALTO NIVEL | 7 | 11 | * | 2 |
| BEBEDOR FRECUENTE CONSUEUDINARIO | 6 | 12 | 1 | 1 |

* <5

1 Datos en muestra

2 Porcentajes obtenidos de datos pesados.

2.2.4.2 Patrones de Consumo de Alcohol por Género, Edad y Lugar de Residencia Rural/urbano.

Tanto en población rural como urbana, se observan mas consumidores en los grupos mas jóvenes, (menores de 41 años), esto es especialmente cierto para el caso de las mujeres urbanas, entre quienes sobresale el consumo moderado de bajo nivel; éste patrón de consumo es dos veces mayor en mujeres jóvenes urbanas en comparación con las de mas edad, es 3 veces superior que el observado en las mujeres jóvenes rurales y 10 veces mayor al de mujeres rurales de mas edad.

CUADRO 2.2.4.2

PATRONES DE CONSUMO POR GENERO, EDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA RURAL/URBANO.

| <u>POBLACION MASCULINA</u> | URBANA | | RURAL | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| | <40 AÑOS (183) | >40 AÑOS (111) | <40 AÑOS (105) | >40 AÑOS (79) |
| ABSTEMIOS | 22 | 34 | 24 | 44 |
| BEBEDORES POCO FRECUENTES | 29 | 31 | 18 | 17 |
| BEBEDORES FRECUENTE MODERADO DE BAJO NIVEL | 3 | 7 | 1 | 1 |
| BEBEDOR FRECUENTE MODE- RADO DE ALTO NIVEL | 27 | 17 | 30 | 15 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE BAJO NIVEL | 3 | 3 | 2 | 1 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE ALTO NIVEL | 7 | 5 | 10 | 13 |
| BEBEDOR FRECUENTE CONSUEUDINARIO | 8 | 3 | 15 | 9 |

| <u>POBLACION FEMENINA</u> | URBANA | | RURAL | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| | <40 AÑOS (300) | >40 AÑOS (150) | <40 AÑOS (160) | >40 AÑOS (72) |
| ABSTEMIOS | 61 | 75 | 65 | 72 |
| BEBEDORES POCO FRECUENTES | 21 | 17 | 20 | 19 |
| BEBEDORES FRECUENTE MODERADO DE BAJO NIVEL | 10 | 5 | 3 | 0 |
| BEBEDOR FRECUENTE MODE- RADO DE ALTO NIVEL | 3 | 1 | 3 | 2 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE BAJO NIVEL | 4 | 1 | 5 | 5 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE ALTO NIVEL | 0 | 1 | 2 | 2 |
| BEBEDOR FRECUENTE CONSUEUDINARIO | 1 | 0 | 1 | 0 |

1 Datos en muestra

2 Porcentajes obtenidos de datos pesados

2.2.4.3 Patrones de Consumo de Alcohol por Género y Escolaridad del Entrevistado

El índice de bebedores, en ambos géneros, es mayor en la población con mayor escolaridad. En la población masculina ésta tendencia es mas marcada, se observan prácticamente dos bebedores con escolaridad mayor a 5 años cursados por cada uno con menor nivel. Sin embargo, ni en hombres ni en mujeres, el nivel escolar establece diferencias en los niveles de consumo alto.

CUADRO 2.2.4.3

PATRONES DE CONSUMO POR GENERO Y ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO

| | POBLACION 0-5 AÑOS CURSADOS (197) | MASCULINA 6 O MAS AÑOS CURSADOS (280) | POBLACION 0-5 AÑOS CURSADOS (329) | FEMENINA 6 O MAS AÑOS CURSADOS (357) |
|---|--|--|--|---|
| ABSTEMIOS | 42 | 20 | 75 | 61 |
| BEBEDORES POCO FRE- CUENTES | 19 | 33 | 16 | 22 |
| BEBEDORES FRECUENTE MODERADO DE BAJO NIVEL | 5 | 4 | 4 | 11 |
| BEBEDOR FRECUENTE MODE- RADO DE ALTO NIVEL | 18 | 26 | 1 | 3 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE BAJO NIVEL | 1 | 4 | 3 | 2 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE ALTO NIVEL | 6 | 7 | 0 | 1 |
| BEBEDOR FRECUENTE CONSUEUDINARIO | 8 | 6 | * | 1 |

* <.5

2.2.4.4 Patrones de Consumo de Alcohol por Género e Ingreso Familiar

Consistentemente con lo observado en relación con la escolaridad, en los niveles mas altos de ingresos, se ubican el mayor número de bebedores, tanto en hombres como en mujeres, de la misma forma el nivel de ingresos no afectó los niveles mas altos de consumo.

CUADRO 2.2.4.4

PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL POR GENERO E INGRESO FAMILIAR.

| | POBLACION MASCULINA | | POBLACION FEMENINA | |
|---|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| | <SALARIO MIN.> (193) | SALARIO MIN. (258) | <SALARIO MIN.> (314) | SALARIO MIN. (316) |
| ABSTEMIOS | 36 | 21 | 73 | 60 |
| BEBEDORES POCO FRE- CUENTES | 34 | 29 | 18 | 21 |
| BEBEDORES FRECUENTE MODERADO DE BAJO NIVEL | 0 | 6 | 3 | 12 |
| BEBEDOR FRECUENTE MODE- RADO DE ALTO NIVEL | 16 | 26 | 3 | 2 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE BAJO NIVEL | 1 | 4 | 2 | 3 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE ALTO NIVEL | 7 | 7 | 0 | 1 |
| BEBEDOR FRECUENTE CONSUEUDINARIO | 5 | 7 | 1 | 1 |

1 Datos en muestra

2 Porcentajes obtenidos de datos pesados.

2.2.5 PREDICTORES DEL USO Y DE LA ABSTENCION

Se utilizó la regresión logística para investigar los predictores del consumo. El programa utilizado para éste análisis fue el procedimiento "Probit" del SPSS^X (SPSS^X, 1986). El modelo estimado por éste programa es $\text{LOGIT}(p)/2 + 5 = a + b_1x_1 + b_2x_2$

Se analizó la muestra total y cada género por separado. La variable dependiente es dicotómica: consumo en los últimos 12 meses = 1, abstención = 0. De los predictores, la edad y las actitudes hacia el consumo son variables continuas. La calificación de actitud se obtuvo sumando las respuestas a 11 reactivos⁸ dicótomos que reflejan la posición de los entrevistados frente al consumo y a la embriaguez. Se asignó un puntaje de 1 a la respuesta que indicaba una actitud positiva de tal manera que a mayor puntaje, actitud mas liberal.

El género, el estado civil, la educación, el lugar de residencia, la escolaridad y el ingreso se manejaron como variables dicótomos, con los siguientes códigos: casado = 1, soltero, separado o divorciado = 2; 0 a 5 años de escuela completos = 1, secundaria o mayor nivel = 2; menos de un salario mínimo mensual = 1, un salario mínimo o mayor ingreso = 2; urbano = 1, rural = 2; hombre = 1, mujer = 2.

Los resultados indican que los hombres tienen mayor probabilidad de ser bebedores. Cuando el análisis se separó por género se observó que, entre los hombres, influyó el ser joven, el tener mayores ingresos, el ser liberal, el estar casado y el vivir en una zona urbana. En las mujeres el riesgo se incrementó solamente en función de la edad (ser joven), el provenir de una familia con elevados ingresos y el tener actitudes liberales.

El logaritmo natural del coeficiente logístico es igual a la razón de momios, es decir, el cambio en la probabilidad de ocurrencia de la variable dependiente que ocasiona un cambio en una unidad de la variable predictora, cuando las otras variables se mantienen constantes. Cuando la variable predictora es dicótoma, la razón de momios indica qué tanta mayor o menor probabilidad tiene un individuo en una de las categorías, por ejemplo si es hombre, de beber (variable dependiente) en comparación con los individuos de la otra categoría, las mujeres, cuando todas las otras variables están controladas.

⁸ Los reactivos incluidos en ésta escala fueron: embriagarse es una forma inocente de divertirse; las gentes que beben se divierten mas; las gentes que beben tienen mas amigos; una fiesta no es una fiesta si no se sirve alcohol; tomar una copa es uno de los placeres de la vida; tomar una copa con alguien es una forma de ser amistoso; a algunos gentes les hace bien embriagarse de vez en cuando; no puede decirse nada bueno de la bebida; el beber es una de las causas principales por lo que la gente hace cosas que no debería de hacer.

En éste análisis se encontró que los hombres tienen 8 veces más probabilidad de ingerir alcohol que las mujeres; los hombres casados tienen 4 veces más probabilidad de beber, que los solteros, divorciados o viudos; 2.7 más probabilidad de beber si tienen altos ingresos que si perciben menos del salario mínimo; 3 veces más probabilidad de beber si habitan en Morelia en comparación con los que habitan en la zona rural de Tarímbaro. Las mujeres tienen 3.7 veces más probabilidad de beber si tienen altos ingresos en comparación con las de menor nivel.

Debido a que la edad y las actitudes son variables continuas los resultados indican la probabilidad de cambio en la variable dependiente por cada unidad de cambio en la variable predictora, por ejemplo cada año en la edad, o cada punto en la escala de actitudes. Así por ejemplo, por cada punto de incremento en la escala que indica mayor liberalidad hacia el consumo, la probabilidad de que un hombre beba se incrementa a una razón de 1.3.

La interpretación del riesgo asociado con la edad se simplifica si se ven los cambios en la razón de momios de dos grupos, los menores de 39 años y los de 40 y más. Es posible estimar de una manera más sencilla, el incremento en el riesgo de beber en la medida en que los respondientes se mueven en puntos intermedios en cada una de las categorías de edad. Debido a que existen 24 puntos de diferencia entre los puntos medios del primer grupo (28) y del segundo (52), los momios de ser un bebedor cuando se es hombre y se tiene la edad intermedia del primer grupo, comparados con la que tiene el sujeto en la edad media del grupo de mayor edad, es de $-.020 \times 24$ o $.48$.

CUADRO 2.2.5

REGRESION LOGISTICA MULTIPLE
 PREDICCION DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
 VARIABLE DEPENDIENTE:
 CONSUMO EN LOS ULTIMOS 12 MESES =1 0 ABSTENCION =0.

| | P.MASCULINA | | P.FEMENINA | |
|--------------|-------------|----------|------------|----------|
| | COEF/REGR | X2 | COEF/REGR | X2 |
| EDAD | -.022+.004 | 25.05*** | -.007+.003 | 4.40* |
| EDO. CIVIL | -.409+.152 | 7.21** | -.108+.105 | 1.05 |
| URBANO/RURAL | -.309+.139 | 4.92* | -.026+.110 | 0.05 |
| EDUCACIONAL | .129+.153 | 0.70 | -.043+.117 | 0.13 |
| INGRESO | .273+.125 | 4.76* | .377+.097 | 14.85*** |
| LIBERAL | .134+.034 | 15.61* | .50+.025 | 3.89* |

| | P. TOTAL | |
|--------------|------------|----------|
| | COEF/REGR | X2 |
| EDAD | -.012+.002 | 21.86*** |
| EDO. CIVIL | -.054+.086 | 0.40** |
| SEXO | -.843+.075 | 125.10* |
| URBANO/RURAL | .129+.086 | 2.24 |
| EDUCACIONAL | .036+.092 | 0.15* |
| INGRESO | .333+.076 | 19.00* |
| LIBERAL | .78+.019 | 15.58* |

*** P.001

** P.01

* P.05

2.2.5.1 Predictores del Número de Copas Consumidas por Mes

Este análisis intenta identificar los mejores predictores del volumen de alcohol consumido entre las variables sociodemográficas incluidas en el estudio, a través del uso de la regresión lineal múltiple. No se incluyó a los abstemios en éste análisis. La variable dependiente es el logaritmo base 10 del número de copas que el respondiente consume por mes. Los predictores son tanto variables continuas, tales como edad y actitudes hacia el consumo de alcohol o dicotomías que fueron codificadas de la misma manera que en el análisis logístico descrito en la sección anterior. Una descripción detallada de las preguntas consideradas y el procedimiento para estimar el número de copas consumidas por mes aparecen en el anexo 2.

En la muestra total, el género (ser hombre), las actitudes liberales, el ser menor de 40 años, el tener un ingreso familiar mayor de un salario mínimo, y el tener un nivel escolar menor al de primaria, explicaron el 20% de la varianza del número de copas consumidas por mes. En hombres y mujeres el ser joven, el ingreso alto y las actitudes liberales resultaron predictores significativos, en las mujeres además resultó significativo un bajo nivel de escolaridad. En ningún grupo peso de manera significativa el estado civil. Estas variables predijeron en 12% de la varianza de la variable dependiente en el grupo masculino y el 10% en el femenino.

CUADRO 2.2.5.1

ANALISIS DE REGRESION MULTIPLE
VARIABLE CRITERIO

| NUMERO TOTAL DE COPAS CONSUMIDAS AL MES | |
|---|------|
| | BETA |
| SEXO ¹ | -.31 |
| ACTITUDES LIBERALES | .25 |
| EDAD | -.16 |
| INGRESO FAMILIAR ² | .15 |
| EDUCACION ³ | -.06 |
| R=.45; R ² =.20; F=121.94; P ≥.001 | |

Se consideraron las siguientes categorías:

| | |
|--|-----------|
| ¹ Masculino | (valor 1) |
| Femenino | (valor 2) |
| ² Una vez el salario mínimo o menos | (valor 1) |
| Más de un salario mínimo | (valor 2) |
| ³ 0 a 5 años cursados | (valor 1) |
| 6 ó más años cursados | (valor 2) |

2.2.5.2 Predictores de Embriaguez

Con el fin de determinar qué variables predecían la embriaguez se utilizó una regresión logística múltiple con el mismo modelo descrito antes, la variable criterio, embriaguez, era dicótoma, cuando se dió al menos un episodio de embriaguez en los últimos 12 meses, se otorgó un valor de 1; la ausencia de éste tipo de episodios recibió un valor de 0. Las variables sociodemográficas fueron codificadas de la misma forma descrita para los análisis anteriores, se incluyó además la variable de número de copas por mes.

En la población masculina el ser joven, el estar casado y el ingerir un elevado número de copas por mes, aumentaron la probabilidad de embriaguez. Entre las mujeres solamente las actitudes liberales resultaron significativas.

CUADRO 2.2.5.2

REGRESION LOGISTICA MULTIPLE
PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA DE EMBRIAGUEZ VARIABLE DEPENDIENTE:
EMBRIAGUEZ EN LOS ULTIMOS 12 MESES =1 0 AUSENCIA DE
ESTA CONDUCTA =0 BEBEDORES

| | P.MASCULINA | | P.FEMENINA | |
|--------------|-------------|---------|------------|-------|
| | COEF/REGR | X2 | COEF/REGR | X2 |
| EDAD | -.016+.005 | 10.07** | -.005+.007 | 0.546 |
| EDO. CIVIL | -.360+.150 | 5.76* | -.198+.236 | 0.70 |
| URBANO/RURAL | -.112+.159 | 0.49* | -.162+.239 | 0.46 |
| EDUCACIONAL | .187+.169 | 1.23 | -.271+.266 | 1.03 |
| INGRESO | .161+.139 | 1.34* | .230+.202 | 1.29 |
| LIBERAL | .052+.034 | 2.35 | .105+.052 | 4.08* |
| Nº DE COPAS | .012+.005 | 4.92* | .018+.011 | 2.52 |

*** P .001
 ** P .01
 * P .05

2.3 PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

La mayor parte de los efectos que ocasiona el consumo de bebidas alcohólicas pasan, por lo general, inadvertidos para el bebedor; el grado de intoxicación puede variar desde un leve estado de euforia hasta el completo estupor. A pesar de que independientemente del grado de intoxicación, el alcohol ingerido afecta las capacidades físicas, mentales, conductuales y fisiológicas del consumidor, sus efectos dependen de varios factores, entre ellos, la cantidad de alcohol que se haya ingerido, las características del bebedor, las ocasiones y circunstancias en que se bebió y las normas y valores sociales relacionados con esta práctica.

Una gran cantidad de alcohol puede causar estupor y aún la muerte, independientemente de la presencia de otros factores. Sin embargo, los efectos dependen frecuentemente de otros factores tales como el peso y la talla del bebedor, de qué tan frecuentemente bebe y de las propias expectativas sobre los efectos de la bebida y aún de las expectativas de terceras personas.

De la misma manera, no todas las consecuencias adversas dependen de la cantidad de alcohol ingerida. Las consecuencias son el resultado de sistemas causales relativamente complejos, en los que el alcohol que se ha bebido es un factor importante, pero solamente uno de los muchos que contribuyen a que se presenten estas consecuencias adversas. Algunas de estas consecuencias dependen de la combinación poco afortunada de la embriaguez episódica en ambientes peligrosos o demandantes. Otras consecuencias son el resultado de haber bebido en situaciones en las cuales se debía estar sobrio, lo que ocasiona que se considere al bebedor como irresponsable o poco confiable.

El consumo frecuente de alcohol puede tener importantes consecuencias médicas relacionadas con esta práctica. Por ejemplo, la dependencia física y los problemas del hígado se presentan independientemente de las circunstancias en las que beba el individuo y aún sin que llegue a embriaguez notable. Este tipo de problemas suele ser mas frecuente en las sociedades en las que es común ingerir bebidas alcohólicas con los alimentos. (Brenner, 1982).

Las consecuencias sociales, en cambio, ocurren más a menudo en aquellas sociedades en las que se bebe en exceso o hasta llegar a la embriaguez, aun cuando no se beba con regularidad. Son presentados con frecuencia por personas que no son alcohólicas o bebedores problema y que probablemente nunca lleguen a serlo pero que consumieron una cantidad elevada de alcohol en ocasiones o circunstancias de riesgo; se ha estimado que los alcohólicos son solamente responsables de una pequeña parte de los problemas sociales relacionados con esta práctica (accidentes, riñas, delitos, entre otros). El medio ambiente contribuye también a algunas de las consecuencias de beber alcohol, como podrían ser los accidentes favorecidos por carreteras en malas condiciones o mal señaladas.

En este estudio se valoraron diferentes tipos de problemas asociados con el consumo, que incluyeron 17 problemas personales, tomados como reportes positivos de que el alcohol está teniendo consecuencias negativas en el bienestar físico o psicológico del individuo y que evaluaron señales de abuso, necesidad de beber, aumento en la tolerancia, falta de control, síntomas de abstinencia, embriaguez por varios días seguidos y problemas de salud. Se incluyeron también 12 problemas sociales que evidencian fricciones entre el bebedor y su ambiente social y que evaluaron violencia, problemas financieros, con la policía y en el trabajo.

2.3.1 NUMERO TOTAL DE PROBLEMAS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

Se determinó el total de problemas que presentó la población en los 12 meses previos al estudio, se encontró que 66% de los hombres encuestados y 95% de las mujeres no habían experimentado ninguno de los problemas evaluados. Del 34% de los hombres con problemas, 9% reportaron haber experimentado 1 problema, 4%, 2; 5% 3, y 16% reportó 4 o más problemas. Solamente 1% de las mujeres reportaron 4 o más problemas.

En la población masculina, los problemas más frecuentes ocurrieron en la década de los 40 a los 49 años, en segundo lugar aparecieron los jóvenes de 18 a 29 años. Después de la edad media, el índice de problemas decrece. En las mujeres las variaciones son pequeñas, sin embargo se observa un ligero incremento en torno a la edad media. Al igual que en la población masculina, el índice de problemas disminuye a partir de los 60's.

CUADRO 2.3.1

NUMERO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL
POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD

POBLACION MASCULINA

| | 18-29 (183) | 30-39 (106) | 40-49 (58) | 50-59 (64) | 60 + (68) | TOTAL (479) |
|----|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|
| 0 | 60 | 72 | 39 | 91 | 84 | 66 |
| 1 | 12 | 4 | 16 | 0 | 6 | 9 |
| 2 | 3 | 7 | 5 | 0 | 2 | 4 |
| 3 | 5 | 2 | 18 | 0 | 1 | 5 |
| 4+ | 20 | 15 | 22 | 9 | 6 | 16 |

POBLACION FEMENINA

| | 18-29 (294) | 30-39 (164) | 40-49 (66) | 50-59 (67) | 60 + (89) | TOTAL (680) |
|----|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|
| 0 | 95 | 95 | 95 | 90 | 99 | 95 |
| 1 | 2 | 1 | * | 2 | * | 2 |
| 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| 3 | 0 | 0 | 3 | 7 | 1 | 1 |
| 4+ | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 |

Porcentajes obtenidos del total de sujetos en cada grupo de edad (totales de columna)

2.3.1.1 Tipo de Problemas Presentados por Sexo y Grupos de Edad

Con el fin de analizar el tipo específico de problema presentado, los problemas analizados fueron agrupados en 12 tipos de problemas.¹ Los síntomas mas frecuentemente reportados por la población masculina fueron los problemas de salud, las señales de abuso², los síntomas de abstinencia y los problemas financieros. Los problemas fueron mas frecuentes en la población menor de 50 años, los problemas relacionados con la abstinencia

1 Las preguntas mediante las cuales se valoraron este tipo de problemas aparecen en la sección de definición del instrumento utilizado en este estudio, en el capítulo del método.

2 valorado a través de preguntas tales como, el consumo de alcohol ha interferido en sus actividades?, ha dejado de comer por estar bebiendo?

alcohólica predominaron en el grupo de 40 a 49 años, mientras que la violencia y los problemas con la policía en el grupo mas joven. En las mujeres a pesar del bajo índice, sobresalieron los problemas de salud en la década de los 50's y con la policía, en el grupo mas joven (18 a 29 años).

CUADRO 2.3.1.1

TIPO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL
POR GRUPOS DE EDAD

POBLACION MASCULINA

| | 18-29 (183)* | 30-39 (106) | 40-49 (58) | 50-59 (64) | 60 + (68) | TOTAL (479) |
|--------------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|
| SEÑALES DE ABUSO | 27** | 8 | 29 | 4 | 5 | 15 |
| NECESIDAD DE BEBER. | 7 | 1 | 7 | 3 | 0 | 4 |
| AUMENTO TOLERANCIA | 8 | 5 | 8 | 0 | 0 | 6 |
| DIFICULTAD DE CONTROL | 13 | 5 | 10 | 0 | 6 | 9 |
| INTOXICACION/VARIOS DIAS | 8 | 9 | 3 | 1 | 0 | 6 |
| PROBLEMAS DE SALUD | 21 | 19 | 24 | 9 | 13 | 19 |
| SINTOMAS ABSTINENCIA | 17 | 10 | 28 | 6 | 7 | 15 |
| VIOLENCIA | 14 | 8 | 7 | 2 | 2 | 9 |
| PROBLEMAS POLICIA | 6 | 5 | 3 | 4 | 0 | 5 |
| ACCIDENTES | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| PROBLEMAS TRABAJO | 13 | 7 | 22 | 4 | 3 | 11 |
| PROBLEMAS FINANCIEROS | 19 | 8 | 21 | 4 | 6 | 14 |

POBLACION FEMENINA

| | 18-29 (294) | 30-39 (164) | 40-49 (66) | 50-59 (67) | 60 + (89) | TOTAL (680) |
|--------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|
| SEÑALES DE ABUSO. | 1 | 1 | 4 | 4 | 0 | 1 |
| NECESIDAD DE BEBER. | 0 | 0 | 0 | 0 | * | * |
| AUMENTO TOLERANCIA | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | * |
| DIFICULTAD DE CONTROL | * | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| INTOXICACION/VARIOS DIAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PROBLEMAS DE SALUD | 2 | 3 | 4 | 8 | 0 | 3 |
| SINTOMAS ABSTINENCIA | 1 | 3 | 0 | 2 | 1 | 1 |
| VIOLENCIA | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| PROBLEMAS POLICIA | 6 | 5 | 3 | 4 | 0 | 5 |
| ACCIDENTES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PROBLEMAS TRABAJO | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | * |
| PROBLEMAS FINANCIEROS | * | 0 | 0 | 0 | 0 | * |

* Sujetos en muestra.

** Porcentajes obtenidos de los datos ponderados.

2.3.1.2 Diferencias por Género en la Población Rural y Urbana en la Manifestación de Problemas Relacionados con el Alcohol

En general la población rural reportó un mayor índice de problemas, estas variaciones, importantes en el caso de los hombres, son apenas visibles en el caso de las mujeres. Los hombres del medio rural presentaron mas problemas que aquellos provenientes de la zona urbana manifestaron dificultad de control, síntomas de abstinencia, problemas de salud, en el trabajo y financieros.

CUADRO 2.3.1.2

DIFERENCIAS POR GENERO EN LA POBLACION RURAL Y URBANA EN LA MANIFESTACION DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL.

| | <u>Población Masculina</u> | | <u>Población Femenina</u> | |
|------------------------------|----------------------------|--------|---------------------------|--------|
| | Rural | Urbana | Rural | Urbana |
| Señales abuso | 15 | 16 | 2 | 1 |
| Necesidad de beber | 4 | 4 | 2 | * |
| Aumento de tolerancia | 7 | 6 | 0 | * |
| Dificultad de control | 15 | 9 | 1 | 1 |
| Intoxicación por varios días | 5 | 6 | 0 | 0 |
| Problemas de salud | 24 | 19 | 3 | 3 |
| Síntomas de abstinencia | 23 | 15 | 5 | 1 |
| Violencia | 10 | 9 | 0 | 1 |
| Problemas con la policía | 4 | 5 | 0 | 1 |
| Accidentes | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Problemas en el trabajo | 18 | 11 | 1 | * |
| Problemas financieros | 18 | 14 | 2 | * |

2.3.2 PREDICCIÓN DE LA APARICIÓN DE PROBLEMAS

Al igual que en el caso de los patrones de consumo, se utilizó la regresión logística para investigar los predictores de los problemas derivados del uso de alcohol.³

Se analizó la muestra total y cada género por separado. La variable dependiente es dicotómica: consumo en los últimos 12 meses = 1, abstención = 0. De los predictores, la edad y las actitudes hacia el consumo son variables continuas. La calificación de actitud se obtuvo sumando las respuestas a 11 reactivos⁴ reactivos dicótomos que reflejan la posición de los entrevistados frente al consumo y a la embriaguez. Se asignó un puntaje de 1 a la respuesta que indicaba una actitud positiva de tal manera que a mayor puntaje, actitud más liberal.

El género, el estado civil, la educación, el lugar de residencia, la escolaridad y el ingreso se manejaron como variables dicótomas, con los siguientes códigos: casado = 1, soltero, separado o divorciado = 2; 0 a 5 años de escuela completos = 1, secundaria o mayor nivel = 2; menos de un salario mínimo mensual = 1, un salario mínimo o mayor ingreso = 2; urbano = 1, rural = 2; hombre = 1, mujer = 2.

Se incluyeron dos variables relacionadas con el consumo, el número de copas por mes⁵, y el índice de embriaguez, ésta último predictor se manejó en forma dicótoma con código 1 para cualquier evento en el último año y 0 a la ausencia.

Los resultados indican que entre las variables sociodemográficas estudiadas, el género es la única variable que predice la manifestación de problemas, los hombres presentan 4.47 veces más riesgo que las mujeres de desarrollar problemas con el alcohol. Tanto en hombres como mujeres, las variables que mostraron una asociación significativa fueron el número de copas y la experiencia de embriaguez, la probabilidad de tener problemas es 1.4 veces más alta para aquellos bebedores que tuvieron una experiencia de embriaguez en comparación con los que no la tuvieron.

-
- 3 El programa utilizado para este análisis fue el procedimiento "Probit" del SPSS^x (SPSS^x, 1986). El modelo estimado por éste programa es $\text{LOGIT}(p)/2 + 5 = a + b_1x_1 + b_2x_2$
 - 4 Los reactivos incluidos en ésta escala se describen en los resultados sobre patrones de consumo, inciso, 2.2.5 de éste mismo capítulo.
 - 5 Una descripción de la construcción de esta variable aparece en el apéndice 2.

CUADRO 2.3.2

REGRESION LOGISTICA MULTIPLE
 PREDICCION DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS
 VARIABLE DEPENDIENTE: PRESENCIA DE UNO O MAS PROBLEMAS
 EN LOS ULTIMOS 12 MESES =1 O ABSTENCION =0.

| | P.MASCULINA | | P.FEMENINA | | | |
|--------------|-------------|------|------------|-------|------|----------|
| | COEF/REGR | X2 | COEF/REGR | X2 | | |
| EDAD | .044 | .157 | 0.07 | .132 | .217 | 0.37 |
| EDO. CIVIL | -.146 | .152 | 0.092 | .61 | .225 | 0.07 |
| URBANO/RURAL | .176 | .151 | 1.35 | .284 | .215 | 1.74 |
| EDUCACIONAL | .017 | .162 | 0.01 | -.265 | .233 | 1.28 |
| INGRESO | .155 | .138 | 1.26 | .197 | .192 | 1.05 |
| LIBERAL | .036 | .033 | 1.16 | -.067 | .052 | 1.68 |
| No. DE COPAS | .017 | .007 | 6.18* | .027 | .012 | 4.66* |
| EMBRIAGUEZ | 1.40 | .139 | 101.62*** | 1.31 | .218 | 36.24*** |

| | P. TOTAL | | |
|--------------|-----------|------|-----------|
| | COEF/REGR | X2 | |
| EDAD | .086 | .126 | 0.46 |
| EDO. CIVIL | -.098 | .125 | 0.61 |
| SEXO | -.447 | .121 | 13.47*** |
| URBANO/RURAL | .223 | .123 | 3.27 |
| EDUCACIONAL | -.051 | .130 | 0.15 |
| INGRESO | .165 | .111 | 2.14 |
| LIBERAL | .003 | .027 | 0.01 |
| No. DE COPAS | .019 | .006 | 9.08** |
| EMBRIAGUEZ | 1.38 | .115 | 142.20*** |

*** P.001
 ** P.01
 * P.05

2.3.3 PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

Los hombres en México, reportaron mas problemas que aquellos en los Estados Unidos, 34% y 22% respectivamente, reportaron al menos un problema en el último año. En los Estados Unidos, las tasas fueron muy similares. Los hombres en México, presentaron con mas frecuencia problemas de salud, en el trabajo, de tipo financiero, embriaguez por varios días, señales de abuso, dificultad de control y síntomas de abstinencia. Estos dos últimos problemas fueron también especialmente altos en la población nacida en México, que vive en los Estados Unidos. La población entrevistada en España, reportó un índice bajo de problemas.

CUADRO 2.3.3

NUMERO DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL POR LUGAR DE NACIMIENTO. POBLACION MASCULINA.

| | NACIDOS EN MEXICO (179) | ESTADOS UNIDOS 1ª GENERACION (91) | OTRA (137) | TOTAL (467) | MEXICO (479) |
|-----------------|-------------------------------|---|---------------|----------------|-----------------|
| NINGUN PROBLEMA | 76 | 65 | 80 | 78 | 66 |
| UNO | 8 | 23 | 6 | 10 | 9 |
| DOS | 3 | 3 | 1 | 2 | 4 |
| TRES | 3 | 4 | 1 | 3 | 5 |
| CUATRO O MAS. | 10 | 5 | 6 | 7 | 16 |

1 Datos en muestra

2 Porcentajes obtenidos de datos pesados.

Caetano reporta que cuando los hombres nacidos en México, llevan viviendo en los Estados Unidos 5 años, su consumo es mas similar al norteamericano que al mexicano. En las mujeres en cambio, el tiempo de residencia no modifica sustancialmente las prácticas de consumo, siendo mas importante el grado de aculturación a esa cultura, medido en términos del idioma que utilizan, el tipo de amigos y personas con las que se reúnen, entre otros indicadores (Caetano, 1988).

Al comparar los resultados de éste estudio con los reportados por Caetano para población mexicano-americana, se encuentra que los hombres y las mujeres en México, tienden a mostrar más restricciones hacia el consumo, excepto para los menores de 18 años, en donde las restricciones fueron similares en ambos estudios. En México, tanto hombres como mujeres están de acuerdo en restringir el consumo a estas últimas. Ambos grupos, cuando emigran hacia los Estados Unidos, se vuelven más liberales y esa tendencia es más marcada cuando la población ha nacido en ese país.

2.3.4 RELACION ENTRE LA FORMA DE BEBER Y LA MANIFESTACION DE PROBLEMAS

La población estudiada reportó un elevado índice de problemas asociados con el consumo de alcohol, índice que, como se mencionó, se antoja desproporcionado al número de bebedores consuetudinarios que se encontraron. Esta observación, había sido ya realizada por Roizen en el estudio de la O.M.S. Respuestas de la Comunidad, (1980) quien sugiere que el elevado índice de problemas que reportan personas que consumen bebidas alcohólicas en raras ocasiones puede estar más asociados con intoxicación aguda que con abuso crónico o alcoholismo. De hecho en México, los estudios de corte antropológico, (Natera, Orozco, Mas, Rojas, 1985; Berruecos, Velazco, 1977), señalan que en zonas rurales se consume más alcohol en fiestas cívicas o religiosas que en otras ocasiones, las mujeres participan en estas festividades y es común el consumo y la embriaguez por varios días seguidos.

Con el fin de lograr un mejor entendimiento de los problemas asociados con el consumo se hicieron una serie de análisis que se detallan a continuación.

2.3.4.1 Consistencia Interna de los Indicadores de Problemas

El cuadro 2.3.4.1 muestra la matriz de correlación entre los síntomas objetos de éste estudio. Se observan algunas asociaciones esperadas entre síntomas, así por ejemplo, los síntomas de abstinencia muestran correlaciones altas con incremento de tolerancia y con la necesidad de beber, dimensiones de la dependencia alcohólica; las señales de abuso con la dificultad de control; los indicadores de dependencia, la intoxicación por varios días seguidos, la violencia y los problemas con la policía, se asocian de manera significativa con los problemas laborales.

Sin embargo los datos también muestran asociaciones bajas o prácticamente inexistentes, en algunos síntomas, lo que indicaría que miden dimensiones independientes y aún más, que pueden relacionarse con otros factores además del uso de alcohol o que el consumo de ésta bebida incrementa el riesgo de manifestación de un problema ya existente.

CUADRO 2.3.4.1

MATRIZ DE CORRELACION ENTRE PROBLEMAS

| | Seña- les de abuso | Necesidad de beber | Toleran- cia | Nec. de control | Itox. por días | Prob. salud | S.de abs- tinencia | Violen- cia | Prob. policia | Prob. trabajo | Prob. finan- cieros |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------|--------------------|-------------------|----------------|-----------------------|----------------|------------------|------------------|---------------------------|
| 1. Señales de abuso | | | | | | | | | | | |
| 2. Necesidad de beber | 0.24 | | | | | | | | | | |
| 3. Tolerancia | 0.14 | <u>0.39</u> | | | | | | | | | |
| 4. Dificultad de control | <u>0.40</u> | -0.01 | 0.06 | | | | | | | | |
| 5. Intox. por días | 0.23 | 0.13 | 0.23 | <u>0.49</u> | | | | | | | |
| 6. Salud | 0.10 | -0.01 | 0.11 | 0.29 | 0.30 | | | | | | |
| 7. S. de abs- tinencia | 0.25 | <u>0.39</u> | <u>0.49</u> | 0.21 | <u>0.40</u> | 0.29 | | | | | |
| 8. Violencia | 0.06 | -0.02 | 0.17 | 0.21 | 0.23 | 0.23 | 0.18 | | | | |
| 9. P. con policia | 0.59 | 0.04 | 0.17 | 0.26 | 0.24 | 0.24 | 0.01 | 0.28 | | | |
| 10. P. con trabajo | 0.23 | 0.15 | <u>0.34</u> | <u>0.36</u> | <u>0.40</u> | 0.42 | <u>0.34</u> | <u>0.35</u> | <u>0.46</u> | | |
| 11. P. finan- cieros | 0.44 | 0.06 | 0.20 | 0.25 | 0.22 | <u>0.36</u> | 0.28 | 0.21 | 0.22 | <u>0.48</u> | |
| 12. P. con esposa | 0.25 | <u>0.32</u> | 0.17 | 0.22 | <u>0.30</u> | 0.12 | <u>0.34</u> | 0.16 | 0.13 | <u>0.41</u> | 0.26 |

2.3.4.2 Relación entre Número de Copas Consumidas por mes y Número de Problemas

Se analizó la relación entre número de problemas y el número de copas consumidas por mes (ver cuadro 2.3.4.2), así como la media y la desviación estandar de problemas que manifestaban personas que consumían diferente número de copas al mes. Los problemas se dividieron a su vez en problemas personales⁶ y sociales⁷.

CUADRO 2.3.4.2

RELACION ENTRE NUMERO DE COPAS CONSUMIDAS POR MES Y NUMERO DE PROBLEMAS.

POBLACION MASCULINA

| NUMERO DE COPAS | PROBLEMAS SOCIALES | | PROBLEMAS PERSONALES | | TOTAL | |
|-----------------|--------------------|------|----------------------|------|-------|-----|
| | X | SD | X | SD | X | SD |
| _ 1 | 0.17 | 0.53 | 0.71 | 1.49 | 0.9 | 1.9 |
| 1 - 3.9 | 0.90 | 1.38 | 2.19 | 2.56 | 3.1 | 3.6 |
| 4 - 6.9 | 0.65 | 1.18 | 2.09 | 2.71 | 2.7 | 3.6 |
| 7 - 9.9 | 0.88 | 1.50 | 3.22 | 3.30 | 4.1 | 4.1 |
| 10 - 14.9 | 1.71 | 1.81 | 5.14 | 3.50 | 6.8 | 4.7 |
| 15 - 19.9 | 1.14 | 2.60 | 2.5 | 4.27 | 3.7 | 6.8 |
| 20 - 29.9 | 1.3 | 1.56 | 4.1 | 2.51 | 5.4 | 3.4 |
| 30 - 39.9 | 2.7 | 3.0 | 5.57 | 3.40 | 9.0 | 6.5 |
| 40 - 60.9 | 1.83 | 3.2 | 5.33 | 4.96 | 7.1 | 8.1 |
| 61 + | 1.55 | 2.9 | 4.33 | 5.93 | 5.9 | 8.7 |

6 Señales de abuso, necesidad de beber, tolerancia, síntomas de abstinencia, intoxicación por varios días, problemas de salud.

7 Problemas con la esposa, el trabajo, la policía, violencia, accidentes.

POBLACION FEMENINA

| NUMERO DE COPAS | PROBLEMAS SOCIALES | | PROBLEMAS PERSONALES | | TOTAL | |
|-----------------|--------------------|------|----------------------|------|-------|------|
| | X | SD | X | SD | X | SD |
| _ 1 | 0.03 | 0.24 | 0.24 | 0.87 | 0.30 | 1.0 |
| 1 - 3.9 | 0.05 | 0.22 | 0.30 | 0.65 | 0.39 | 0.78 |
| 4 - 6.9 | ---- | ---- | 0.33 | 0.57 | 0.33 | 0.58 |
| 7 - 9.9 | 1.6 | 2.4 | 3.8 | 5.7 | 2.2 | 3.8 |
| 10 - 14.9 | 0.75 | 0.95 | 4.0 | 4.0 | 4.7 | 4.9 |
| 15 - 19.9 | ---- | ---- | 0.75 | 0.96 | 0.75 | 0.97 |

Problemas sociales: la esposa, el trabajo, la policía, violencia, accidentes.

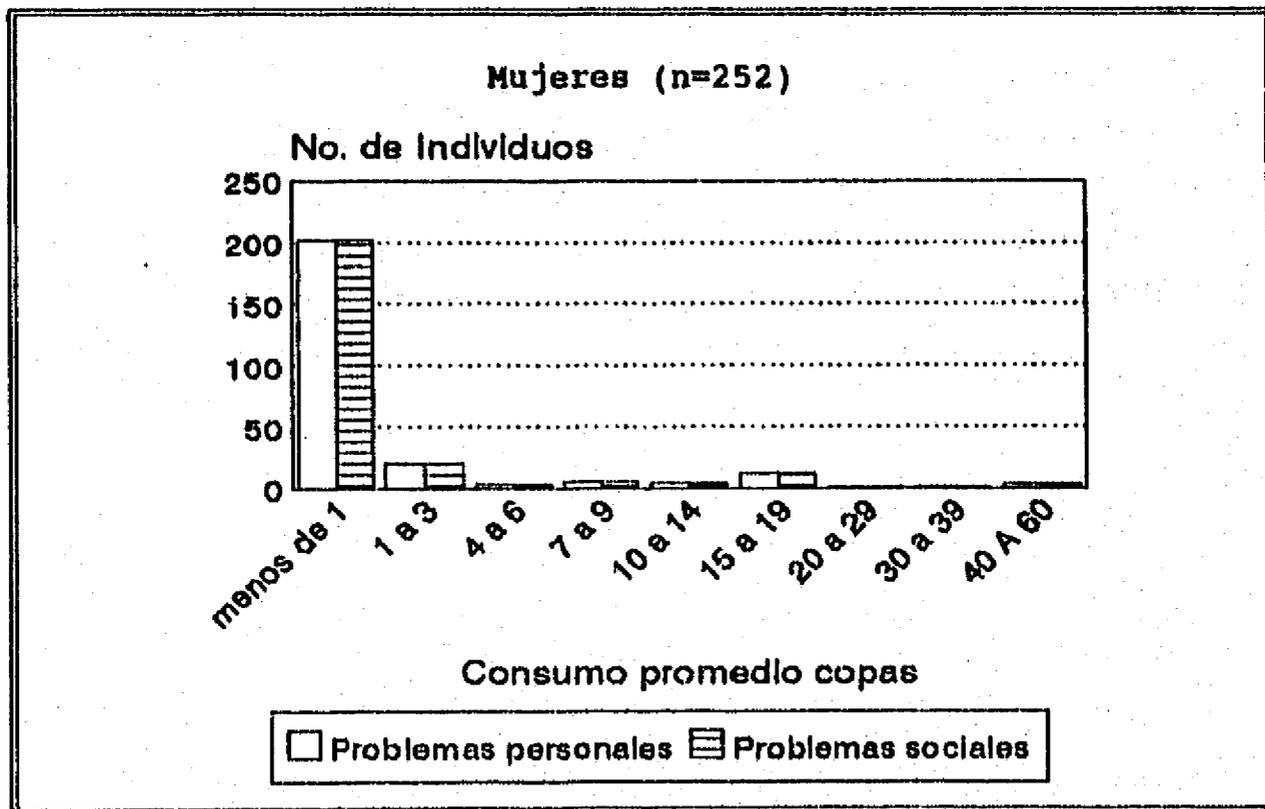
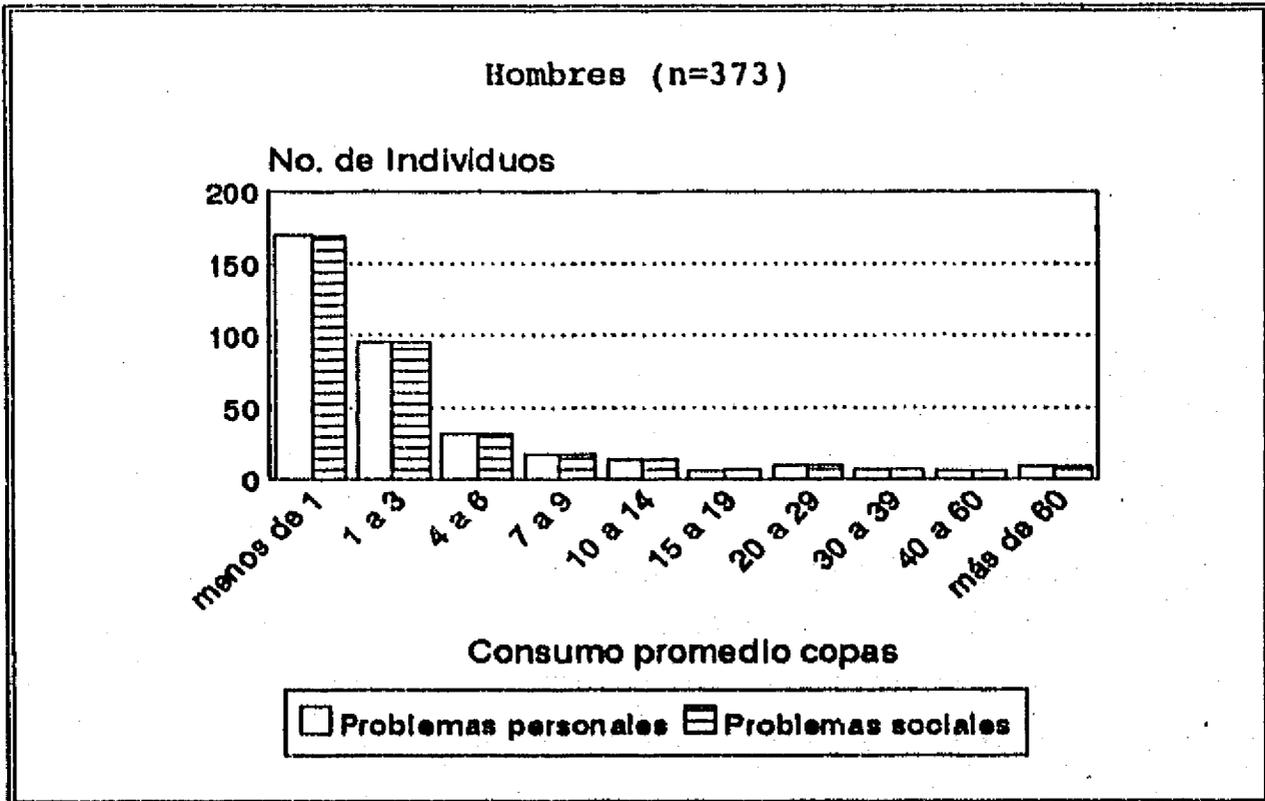
Problemas personales: señales de abuso, necesidad de beber, tolerancia, síndrome de abstinencia, intoxicación por varios días, problemas de salud.

Los resultados muestran una tendencia de asociación positiva entre el número de copas consumidas por mes y el índice de problemas, de tal manera que un varón que consume de 1 a 3 copas por mes, presentó una media de problemas de 3.1, mientras que aquél que consumió 61 ó mas copas, presentó una media de 5.9. Esta misma tendencia se observa en el caso de las mujeres. Sin embargo, como puede apreciarse, el índice de problemas no incrementa homogéneamente con la cantidad global consumida por mes, de hecho ésta variable solamente explicó un 11% de la varianza de los problemas ($R^2=11$), lo que indica que otras dimensiones, como podrían ser el número de copas por ocasión de consumo, están en juego.

Cuando se analizan los datos por problemas personales y sociales, se observa que el número de copas por mes, se asocia mejor con los problemas personales, pero es menos sensible para explicar el número de problemas sociales, esto es especialmente claro para las mujeres. En éste caso podría también jugar un papel, el bajo índice de mujeres bebedoras (ver gráfica 2.3.4.2a).

GRAFICA 2.3.4.2a

**DISTRIBUCION DE LOS USUARIOS DE ALCOHOL,
ASOCIADA A PROBLEMAS SOCIALES Y PERSONALES.
Morelia, Michoacán**



2.3.4.3 Relación entre Patrones de Consumo y Manifestación de Problemas

Se analizaron los patrones de consumo en relación con la presencia o ausencia de problemas, así como con el tipo específico de problemas. Una tercera parte de los bebedores (33%) reportaron haber experimentado al menos uno de los problemas investigados, 46% de los hombres bebedores y solo el 14% de las mujeres que consumieron durante el año anterior a la encuesta. Del total de personas con problemas, 81% reportaron el consumo de grandes cantidades por ocasión, si solo se considera a los hombres la proporción aumenta a 89%. Estas observaciones confirman la hipótesis de que los problemas están más asociados con la forma en que la cantidad de alcohol consumido se distribuye en las diferentes ocasiones que con la cantidad total, esto es, el consumo de grandes cantidades por ocasión explica mejor el índice de problemas.

Sin embargo, en el caso de la mujer, ésta asociación es menos clara, solamente el 47% de las mujeres con problemas fueron bebedoras de grandes cantidades, solo en el caso del consumo frecuente de alto nivel y consuetudinario, la asociación es clara, 92% de las mujeres en el primer patrón y 100% en el segundo, tuvieron al menos un problema.

El cuadro 2.3.4.3, muestra cómo se distribuyen los problemas en los diferentes patrones de consumo; tanto en hombres como en mujeres, el índice de problemas es mayor en los patrones que incluyen altas cantidades en comparación con los patrones que indican límite en la cantidad ingerida, con excepción del patrón poco frecuente en donde no se observan diferencias en el índice de personas con problemas y sin problemas. Esto indica que si bien la cantidad puede tener un mayor peso, es también importante beber con cierta regularidad.

CUADRO 2.3.4.3

RELACION ENTRE PATRONES DE CONSUMO Y MANIFESTACION DE PROBLEMAS.

| | HOMBRES | | MUJERES | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Sin problemas | Con problemas | Sin problemas | Con problemas |
| BEBEDORES POCO FRECUENTES | 32 | 7 | 53 | 36 |
| BEBEDORES FRECUENTE MODERADO DE BAJO NIVEL | 19 | 19 | 7 | 6 |
| BEBEDOR FRECUENTE MODERADO DE ALTO NIVEL | 11 | 1 | 27 | 10 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE BAJO NIVEL | 24 | 42 | 5 | 19 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE ALTO NIVEL | 5 | 3 | 7 | 7 |
| BEBEDOR FRECUENTE CONSUELTUDINARIO | 6 | 12 | * | 8 |

Porcentajes obtenidos del total de hombres o mujeres bebedores con y sin problemas (total de columnas).

* Porcentajes inferiores a 0.5

2.3.4.4 Relación entre Patrones de Consumo y Síntomas de Dependencia

El cuadro 3.2.5.4. muestra la manera en que los síntomas que se relacionan con la dependencia alcohólica se asocian con las diferentes formas de beber. En términos generales puede decirse que mientras mas severo sea el patrón en términos de la cantidad, mayor número de síntomas de dependencia aparecen. Esto es válido a partir de las personas que consumen alcohol por lo menos una vez al mes. Sin embargo llama la atención el índice de personas que respondieron consumir menos de una vez al mes, que limitaron el alcohol que consumieron a 1 ó dos copas y que reportaron haber experimentado éste tipo de problemas.

CUADRO 2.3.4.4

RELACION ENTRE PATRONES DE CONSUMO Y SINTOMAS DE DEPENDENCIA.

| | B. POCO FRECUENTE | | B. MODERADO | | B. FRECUENTE | | B. CONSUE- TUARIO | TOTAL |
|--|-------------------|-------|-------------|--------|--------------|-------|----------------------|-------|
| | Bajo | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Alto | | |
| Ha dejado de comer por estar bebiendo. | 5.5 | * | * | 7.1 | 1.6 | 26.1 | 41.6 | 5.8 |
| Toma una copa por la mañana con frecuencia. | 3.2 | - | 3.3 | 8.1 | 8.6 | 13.0 | 20.7 | 4.5 |
| Tomar en la mañana para sobreponer la noche de embriaguez. | 5.3 | - | 3.3 | 12.5 | - | 12.5 | 15.1 | 5.2 |
| No recordar lo que hizo mientras bebía. | 5.3 | * | * | 15.1 | 3.4 | 18.9 | 53.9 | 7.3 |
| Temblores de manos después de beber mucho. | 2.6 | - | 1.1 | 13.7 | 9.8 | 6.8 | 32.6 | 5.2 |
| Aumento de Tolerancia. | 3.8 | - | - | 10.7 | 5.3 | * | 15.6 | 4.4 |
| Consumo Interfiere con tiempo libre. | 3.3 | 5.2 | 2.1 | 16.1 | 12.9 | 13.5 | 54.3 | 7.5 |
| Dificultad de concentración por falta de bebida. | 2.3 | - | 0.9 | 7.0 | 4.7 | 7.4 | 10.6 | 2.9 |
| Sudoración por falta de bebida. | 1.3 | - | - | 6.3 | - | 6.3 | 18.6 | 4.4 |
| | (31.5) | (4.3) | (12.3) | (15.0) | (4.8) | (3.8) | (4.4) | |

Porcentajes obtenidos del total de personas por patrón de consumo (total de columna).

* Porcentaje menor a 0.5%.

2.3.4.5 Relación entre Patrones de Consumo y Dificultad de Control

El reporte de las preguntas que evaluaron la dificultad de control sigue la misma tendencia observada en el caso de los síntomas de dependencia. Los bebedores mas fuertes tienden a reportar mas síntomas que indican dificultad de control. Una proporción pequeña contestó que una vez que iniciaba a consumir le era difícil parar, debido a que es un síntoma considerado central es importante buscar alternativas para preguntar por éste síntoma de una manera inteligible para la población. El continuar tomando a pesar de tener una promesa de parar e intentar reducir el consumo sin éxito, en los bebedores frecuentes, se modifica poco por la cantidad consumida.

CUADRO 2.3.4.5

RELACION ENTRE PATRONES DE CONSUMO Y DIFICULTAD DE CONTROL.

| | B. POCO FRECUENTE | | B. MODERADO | | B. FRECUENTE | | B. CONSUETU- DINARIO | TOTAL |
|--|-------------------|------|-------------|------|--------------|------|-------------------------|-------|
| | Bajo | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Alto | | |
| Estuvo em- briagado por varios días. | 2.0 | - | - | 7.5 | - | 8.3 | 37.9 | 3.8 |
| Una vez empe- zado a tomar le es difícil parar. | - | * | - | * | * | * | * | * |
| Continuado tomando a pesar de pro- mesa de parar. | 4.2 | * | 3.3 | 6.7 | 9.6 | 1.1 | 47.4 | 5.4 |
| Intentó redu- cir sin éxito | 5.0 | 13.9 | 6.2 | 14.4 | 15.0 | 10.5 | 46.1 | 8.7 |

Porcentajes obtenidos del total de personas por patrón de consumo (total de columna).
* porcentaje menor a 0.5%.

2.3.4.6 Relación entre Patrones de Consumo y Problemas de Salud

Los problemas de salud tienden a distribuirse mas en los diferentes patrones de consumo, sin embargo consistentemente se presentan con mas frecuencia en los patrones de altas cantidades en comparación con las bajas y se incrementan con la frecuencia de consumo.

CUADRO 2.3.4.6

RELACION ENTRE PATRONES DE CONSUMO Y PROBLEMAS DE SALUD.

| | B. POCO FRECUENTE | | B. MODERADO | | B. FRECUENTE | | B. CONSUETU- DINARIO | TOTAL |
|--|-------------------|------|-------------|------|--------------|------|-------------------------|-------|
| | Bajo | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Alto | | |
| Se ha enfer- mado a causa del alcohol. | 1.6 | * | - | 7.9 | * | 9.2 | 20.7 | 3.0 |
| Considera que el consumo es una amenaza seria para su salud. | 5.2 | 6.6 | 2.3 | 21.9 | 14.6 | 37.9 | 50.2 | 9.9 |
| Un médico le recomendó beber menos. | 5.0 | * | 5.9 | 17.5 | 1.6 | 10.3 | 33.7 | 7.1 |
| Ha pensado que es alcohólico. | 2.2 | 6.6 | 4.9 | 11.0 | 9.9 | 4.4 | 30.0 | 5.2 |

Porcentajes obtenidos del total de personas por patrón de consumo (total de columna).

* porcentaje menor a 0.5%.

2.3.4.7 Relación entre Patrones de Consumo y Violencia

Los problemas relacionados con la violencia tanto verbal como física y los problemas con la policía, se manifiestan muy consistentemente asociados con la cantidad consumida y con la frecuencia con que ésto se hace. Nuevamente se observa que una proporción aunque baja, no esperada, de bebedores que beben menos de una vez al mes, y que reportan no haber consumido 5 o mas copas por ocasión de consumo, que sin embargo dicen haber experimentado éste tipo de problemas por causa del alcohol.

CUADRO 2.3.4.7.

RELACION ENTRE PATRONES DE CONSUMO Y VIOLENCIA.

| | B. POCO FRECUENTE | | B. MODERADO | | B. FRECUENTE | | B. CONSUETU- DINARIO | TOTAL |
|------------------------------------|-------------------|------|-------------|------|--------------|------|-------------------------|-------|
| | Bajo | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Alto | | |
| Discusión agitada. | 2.5 | 14.3 | - | 11.0 | 3.3 | 7.5 | 45.9 | 5.5 |
| Felca. | 1.9 | - | - | 3.1 | - | 6.6 | 24.8 | 2.4 |
| Policia interrogó. | 1.4 | 6.5 | - | 4.8 | - | 4.0 | 16.4 | 2.3 |
| Problemas con auto- ridades. | 0.9 | - | 2.6 | 1.7 | 7.9 | - | 20.9 | 2.4 |

Porcentajes obtenidos del total de personas por patrón de consumo (total de columna).

* Porcentaje menor a 0.5%.

2.3.4.8 Relación entre Patrones de Consumo y Problemas Laborales

La relación entre las prácticas de consumo y los problemas laborales sigue la misma tendencia observada para los problemas anteriores, sin embargo llama la atención la limitada frecuencia comparativa con la que éste ocurre, aún en los patrones mas severos de consumo. Solamente la sugerencia de los compañeros de beber menos resulta importante, aparentemente la tolerancia hacia el consumo y la embriaguez en el lugar de trabajo es alta en México, por ejemplo, 38% de los bebedores consuetudinarios reportaron haber estado intoxicados por varios días seguidos, un 54% no ha recordado lo que hacía mientras bebía, a un 34% le ha recomendado un médico que beba menos, el 25% se ha visto involucrado en una pelea y solamente un 7% no fue promovido por causa de la bebida y un 14% perdió su trabajo.

CUADRO 2.3.4.8

RELACION ENTRE PATRONES DE CONSUMO Y PROBLEMAS LABORALES.

| | B. POCO FRECUENTE | | B. MODERADO | | B. FRECUENTE | | B. CONSUE- DINARIO | TOTAL |
|--|-------------------|------|-------------|------|--------------|------|-----------------------|-------|
| | Bajo | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Alto | | |
| Perdió trabajo. | 1.4 | - | - | * | - | * | 14.3 | 1.1 |
| Compañero le sugirió que bebiera menos. | 0.7 | * | - | 10.7 | 3.4 | 3.8 | 35.1 | 3.8 |
| No ascenso o aumento de salario. | 0.9 | - | 2.6 | 1.8 | 3.3 | * | 6.9 | 1.2 |

Porcentajes obtenidos del total de personas por patrón de consumo (total de columna).

* Porcentaje menor a 0.5%.

2.3.4.9 Relación entre Patrones de Consumo y Problemas Maritales

Los problemas con la pareja son frecuentes en la población estudiada, fueron reportados por todo tipo de bebedores, siempre con mas frecuencia entre los bebedores mas fuertes. Por el contrario la amenaza de ruptura de la relación de pareja a causa del abuso de alcohol es poco frecuente.

CUADRO 2.3.4.9

RELACION ENTRE PATRONES DE CONSUMO Y PROBLEMAS MARITALES.

| | B. POCO FRECUENTE | | B. MODERADO | | B. FRECUENTE | | B. CONSUETU- DINARIO | TOTAL |
|----------------------------|-------------------|------|-------------|------|--------------|------|-------------------------|-------|
| | Bajo | Alto | Bajo | Alto | Bajo | Alto | | |
| Problemas con la pareja. | 5.7 | 10.4 | 2.6 | 17.9 | 3.4 | 17.4 | 36.3 | 7.7 |
| Su pareja amenazó dejarlo. | 2.9 | - | - | 3.5 | * | - | 17.9 | 2.3 |

Porcentajes obtenidos del total de personas por patrón de consumo (total de columna).

* porcentaje menor a 0.5%.

2.3.4.10 Relación entre Patrones de Consumo de Altas y Bajas Cantidades de Alcohol por Ocasión y Problemas

Finalmente, con la finalidad de evaluar la significancia estadística de éstas relaciones, se unieron los problemas en dos categorías, los personales mas relacionados con la salud y con la dimensión de dependencia y problemas sociales resultado de la interacción con otras personas; y se analizó su manifestación en el consumo de altas y bajas cantidades de alcohol. Como puede observarse las relaciones son significativas tanto cuando se analizan todos los problemas juntos como cuando se analizan los problemas sociales y personales por separado.

CUADRO 2.3.4.10

RELACION ENTRE PATRONES DE CONSUMO DE ALTAS Y BAJAS CANTIDADES DE ALCOHOL POR OCASION Y PROBLEMAS.

| | N | X | SD | ERROR ST | RANGO | T | GL |
|--|-----|------|------|----------|-------|-------|---------|
| PROBLEMAS SOCIALES | | | | | | | |
| Patrones Altos | 249 | 0.87 | 1.53 | 0.09 | 0-8 | 7.32 | 306.9** |
| Bajos | 338 | 0.11 | 0.61 | 0.03 | 0-7 | 8.17 | 585.0** |
| H0: Varianzas iguales: F = 6.23; gl = 248 y 339; Prob F' = 0.0001. | | | | | | | |
| PROBLEMAS PERSONALES | | | | | | | |
| Patrones Altos | 249 | 2.44 | 3.18 | 0.20 | 0-16 | 9.06 | 315.6** |
| Bajos | 338 | 0.49 | 1.37 | 0.07 | 0-11 | 10.08 | 587.0** |
| H0: Varianzas iguales: F = 5.40; gl = 248 y 339; Prob F' = 0.0001. | | | | | | | |
| NUMERO TOTAL DE PROBLEMAS | | | | | | | |
| Patrones Altos | 249 | 3.32 | 4.42 | 0.28 | 0-24 | 9.08 | 311.3** |
| Bajos | 338 | 0.11 | 0.61 | 0.03 | 0-18 | 10.11 | 585.0* |
| H0: Varianzas iguales: F = 5.80; gl = 248 y 339; Prob F' = 0.0001. | | | | | | | |

** p 0.0001
* p 0.001

2.3.4.11 Relación entre el Consumo de Diferentes Bebidas y la Manifestación de Problemas

Dada la evidencia encontrada en el sentido de que los bebedores de diferentes tipos de bebidas provengan de diferentes poblaciones se analizó la relación entre su forma de consumir y la manifestación de problemas.

Se encontraron importantes variaciones en las prácticas de consumo de acuerdo con el tipo de bebida. Entre las personas que reportaron consumo por lo menos una vez al mes, aquellas que incluyeron en vino entre las bebidas que ingieren, tienden a consumir, en promedio, menor cantidad de alcohol (5.85 copas al mes) seguidos por los bebedores que ingieren destilados (6.26 copas), el pulque (11.49 vasos), el alcohol de 96° (12.3 copas). Finalmente los bebedores de cerveza tienden a consumir la cantidad mayor de copas al mes (13.16).

La cantidad de alcohol consumida por ocasión de consumo varió también en forma importante. El 72% de las personas que reportaron consumo de vino en el último mes limitan por lo general su ingesta a una o dos copas por ocasión de consumo, en comparación con sólo la mitad de los consumidores de cerveza (48%), de destilados (53%) y de pulque (52%). En el extremo puesto se sitúa el consumo de alcohol de 96°, solamente el 38% de los usuarios reportaron limitar su consumo a una o dos copas en cada ocasión.

Muy relacionado con la cantidad de alcohol consumida está la embriaguez. Solamente el 15% de las personas que reportaron consumir alcohol de 96° no se embriagaron en el año previo al estudio; cerca de la mitad de los bebedores de cerveza, licor o pulque (53%, 52% y 49% respectivamente), y en el extremo opuesto el vino, 68% de sus bebedores no se embriagaron.

La consecuencia natural de ésta forma de beber son los problemas asociados. Los consumidores de vino muestran los índices mas bajos de problemas personales y sociales ($X^2=1.05$, $s=1.9$ y $X^2=2.26$, $s = 87$ respectivamente), seguidos de las personas que reportan consumo de cerveza ($X^2=1.4$, $s=2.5$ y $X^2=4.49$ y $s=1.2$ respectivamente). Los bebedores de pulque $X^2=1.9$, $s=2.9$ y $X^2=1.17$, $s=1.5$) y de destilados $X^2=1.58$, $s=2.6$ y $X^2=1.54$, $s=1.3$) reportaron índices similares y finalmente los bebedores de alcohol de 96° reportaron el mayor número de problemas, ($X^2=4$, $s=4$ y $X^2=1.3$, $s=2.1$, respectivamente).

Estas observaciones tienen a confirmar que los subgrupos de la población se distinguen por la bebida de preferencia, por las formas de beber, y por los problemas que presentan.

CUADRO 2.3.4.12

PATRONES DE CONSUMO DE DIFERENTES BEBIDAS ALCOHOLICAS
Y PROBLEMAS ASOCIADOS

| | CERVEZA (492) | PULQUE (127) | VINO (195) | DESTILADOS (390) | ALCOHOL 96° (43) |
|---|------------------|-----------------|---------------|---------------------|---------------------|
| NUMERO DE COPAS POR MES | | | | | |
| \bar{X} | 5.66 | 6.30 | 5.6 | 5.8 | 15.0 |
| s | 5.10 | 12.23 | 15.5 | 15.7 | 23.2 |
| CANTIDAD CONSUMIDA POR OCASION | | | | | |
| 5 COPAS O MAS | 91% | 24% | 18% | 17% | 35% |
| 3 A 4 | 7% | 6% | 7% | 7% | 16% |
| 1 A 2 | 76% | 70% | 75% | 76% | 49% |
| PROBLEMAS PERSONALES | | | | | |
| \bar{X} | 1.44 | 1.95 | 1.00 | 1.58 | 4.06 |
| s | 2.56 | 3.00 | 1.97 | 2.69 | 4.00 |
| PROBLEMAS SOCIALES | | | | | |
| \bar{X} | 0.49 | 0.72 | 0.26 | 0.54 | 1.34 |
| s | 1.22 | 1.50 | 0.87 | 1.30 | 2.15 |

Porcentaje obtenido de los bebedores de 18 años en adelante

2.4 NORMAS Y RAZONES DE CONSUMO: ACTITUDES HACIA EL CONSUMO, LA EMBRIAGUEZ Y SU PREVENCIÓN. ACTITUDES HACIA EL ALCOHOLISMO Y SU TRATAMIENTO

El estudio de los patrones de consumo es importante porque proporciona información sobre la extensión y magnitud del uso y abuso en una población. Sin embargo el significado que pueden tener va a depender en buena parte de la definición cultural que se de a la acción de beber, es decir a las propiedades, poderes y funciones que se atribuyen al alcohol. En este capítulo se analiza el significado y funciones que tiene el consumo en hombres y mujeres de comunidades rural y urbana así como las normas que rigen esta conducta. Se ha adoptado el marco teórico propuesto por la Organización Mundial de la Salud para estudiar las respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el consumo de alcohol (WHO, 1985).

De acuerdo con la sociedad que se trate, el alcohol puede ser considerado como un recurso que proporciona una serie de beneficios y al mismo tiempo como una práctica que acarrea diversas consecuencias indeseables. Es decir, por una parte se destaca su función integradora al ser utilizado socialmente, como reductor de tensiones y ansiedades, como símbolo de ritos y experiencias seculares y no seculares y como un bien económico, generador importante de impuestos y empleos, mientras que por el otro lado sobresale el poder que tiene para desorganizar al bebedor, provocar diferentes tipos de daños y accidentes y estimular la violencia, la pasión sexual o una tendencia compulsiva hacia la bebida hasta llegar a un estado de dependencia en la que las actividades y las relaciones interpersonales principales del bebedor se ven seriamente afectadas (trabajo, familia, etc).

El dilema que existe al sopesar las cualidades y daños que ocasiona el alcohol, da origen a que en cada cultura se propongan diversas soluciones para permitir que prevalezcan las propiedades favorables del alcohol a la vez que se intenta reducir a un mínimo los problemas relacionados con el consumo de éste. El estudio de las razones para el consumo permite conocer, desde un punto de vista cultural, algunas de las soluciones que se han aplicado en las comunidades rural-urbana en estudio y las diferencias en la percepción de las reglas que tienen hombres y mujeres y que se basan en los diferentes significados y funciones (motivos y actitudes) que para los individuos tiene la bebida.

2.4.1 SIGNIFICADOS Y CONSECUENCIAS POSITIVAS ATRIBUIDAS AL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

2.4.1.1 Razones para beber.

Roizen (1981), establece que la manera mas sencilla de obtener una visión del significado del consumo en cada escenario cultural es preguntar sobre las razones para beber. (esta pregunta se hizo solamente a las personas que dijeron haber consumido bebidas alcohólicas en los doce meses previos a la encuesta por lo que no se tiene información sobre el significado positivo asociado con el consumo en personas abstemias).

Se preguntó a los entrevistados qué tan importantes (muy importante, importante, sin importancia) eran una lista de 11 razones sociales y personales para inducirle a tomar bebidas alcohólicas.

Una proporción mayor de hombres que de mujeres bebedores, consideró que las razones investigadas eran importantes, solo en dos razones las mujeres superaron a los varones, las primeras le atribuyeron mas importancia al alcohol como parte de una buena dieta, y con mas frecuencia reportaron consumir cuando se sentían tensas y nerviosas.

Las razones para las que hubo mayor acuerdo fueron aquellas relacionadas con los usos sociales del alcohol: para celebrar, para ser sociable. Estos resultados resaltan la importancia del alcohol como lubricante social como un medio de integración de actividades de grupo.

CUADRO 2.4.1.1

RAZONES PARA BEBER POR GENERO.
Porcentaje que respondió que éstas razones eran
"muy importantes" o "importantes"

| | HOMBRES | MUJERES |
|---|---------|---------|
| Es una buena forma de celebrar. | 31 | 29 |
| Es lo que hacen la mayoría de mis amigos cuando están juntos. | 37 | 27 |
| Bebo para ser sociable. | 32 | 24 |
| Disfruto el beber. | 36 | 21 |
| No hay otra cosa que hacer. | 13 | 7 |
| Es parte de una buena dieta. | 14 | 20 |
| Me gusta sentir los efectos o emborracharme. | 33 | 21 |
| Ayuda a olvidar preocupaciones. | 18 | 10 |
| Me da mas confianza en mi mismo. | 18 | 9 |
| Bebo cuando me siento tenso/nervioso. | 16 | 21 |

2.4.1.2 Actitudes Positivas hacia el Consumo y hacia la Embriaguez

Los aspectos positivos atribuidos al alcohol fueron también evaluados a través de medidas de actitud fraseadas en un sentido positivo. Se pidió a los entrevistados que mostraran acuerdo o desacuerdo ante 8 reactivos que evaluaban actitudes positivas hacia la bebida.

En general puede decirse que menos de la mitad y con mas frecuencia solo una tercera parte de la población mostró acuerdo con los atributos positivos del alcohol. El mayor índice de apoyo lo recibió la afirmación "beber es uno de los placeres de la vida" aún así no hubo mucho consenso, la mitad de la población estuvo de acuerdo con ésta afirmación mientras que la otra mitad no lo consideró así.

Las creencias en torno al alcohol son compartidas por hombres y mujeres, con pocas variaciones entre los géneros; solamente se encontró mas apoyo de las hombres a considerar que emborracharse es solo una manera inocente de divertirse, y de las mujeres a considerar que las gentes que beben se divierten mas y que un hombre "macho" puede controlar su bebida. Es digno de mención que, a pesar de los prejuicios existentes, solamente un 14% de los hombres estuvieron de acuerdo con esta última afirmación, de hecho fue la afirmación que menor apoyo recibió de éste grupo.

CUADRO 2.4.1.2.

ACTITUDES POSITIVAS HACIA EL CONSUMO Y HACIA LA EMBRIAGUEZ.

| | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
|--|---------|---------|-------|
| Es uno de los placeres de la vida. | 52 | 52 | 52 |
| Tomar una copa es una forma de ser amigable. | 31 | 31 | 31 |
| Las gentes que beben se divierten mas. | 18 | 23 | 21 |
| Las gentes que beben tienen mas amigos. | 29 | 30 | 30 |
| Una fiesta no es fiesta sin alcohol. | 25 | 22 | 23 |
| Le hace bien a la gente emborracharse de vez en cuando. | 26 | 24 | 24 |
| Emborracharse es sólo una manera inocente de divertirse. | 35 | 29 | 32 |
| Un hombre macho puede controlar su bebida. | 14 | 22 | 19 |

2.4.2. SIGNIFICADOS Y CONSECUENCIAS NEGATIVAS ATRIBUIDAS AL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

2.4.2.1 Razones para no beber.

Las razones para no beber fueron preguntadas tanto a bebedores como a no bebedores; a los segundos se les pidió que nos dijeran qué tan importantes eran una serie de 10 razones relacionadas con consecuencias sociales y personales, para no beber, a los bebedores se les pidió que contestaran la pregunta diciendo qué tan importante eran estas 10 razones para controlar o no aumentar el consumo.

Hombres y mujeres comparten el significado cultural del consumo, en ésta población el peligro de enfermar, de perder control, de hacer cosas de las que luego se puede arrepentir y el tener problemas con las autoridades fueron razones muy poderosas para ambos grupos con un alto nivel de consenso. Los problemas con la familia y el trabajo ocuparon el segundo lugar de importancia, finalmente la religión y el miedo al alcoholismo no parecen ser razones importantes ni para hombres ni para mujeres. No existe consenso en la incompatibilidad entre el consumo y la religión, la mitad considera que es un impedimento y la otra mitad no opina lo mismo.

CUADRO 2.4.2.1

RAZONES PARA ABSTENERSE POR GENERO.
Porcentaje que respondió que éstas razones eran
"muy importantes" o "importantes"

| | HOMBRES | MUJERES |
|--|---------|---------|
| Es malo para la salud. | 93 | 95 |
| Cuesta mucho. | 90 | 94 |
| Tu familia o amigos se molestan. | 73 | 81 |
| Puede interferir con tu trabajo. | 83 | 89 |
| Va en contra de tu religión. | 47 | 56 |
| Tienes miedo de volverte alcohólico. | 65 | 65 |
| Te hace hacer cosas de las que te arrepientes. | 92 | 94 |
| Puede enfermarte. | 93 | 94 |
| Problemas con policía o autoridades. | 84 | 90 |
| Te lleva a perder control de tu vida. | 91 | 93 |

2.4.2.2 Actitudes Negativas.

Las actitudes negativas fueron evaluadas a través de seis reactivos fraseados en este sentido.

CUADRO 2.4.2.2.

ACTITUDES NEGATIVAS HACIA EL CONSUMO Y HACIA LA EMBRIAGUEZ.

| | HOMBRES | MUJERES | TOTAL |
|---|---------|---------|-------|
| No puede decirse nada bueno de la bebida. | 78 | 87 | 83 |
| El beber es una de las principales causas por las que la gente hace cosas que no debería. | 91 | 94 | 93 |
| Me daría pena hablar sobre un problema con la bebida. | 27 | 41 | 35 |
| Debería castigarse a quien se emborracha. | 33 | 39 | 37 |

Las respuestas a éstos reactivos ponen de manifiesto la ambivalencia de la población mexicana frente a ésta práctica, por una parte la población entrevistada no le confiere ningún valor positivo al consumo de alcohol, simultáneamente se le considera el responsable del comportamiento de quien bebe aunado a que no se considera que el que se emborracha merezca ser sancionado. Estas actitudes denotan que, al menos en ésta población el acento está en el alcohol y no en la persona.

2.4.2.3 Actitudes ante la embriaguez.

La posición de la población entrevistada frente a ésta práctica fue evaluada también a partir de una serie de reactivos que valoran la respuesta social frente a la persona que ha bebido demasiado.

Las respuestas a éstas preguntas confirman una vez mas la una gran ambivalencia en torno a esta práctica, por una parte mas de las dos terceras partes tanto de la población urbana como de la rural, consideraron que "cuando una persona se emborracha puede ponerse muy cómica y divertida" y simultáneamente una proporción importante consideró que "que una persona borracha es algo que da asco".

En general las actitudes son permisivas en torno a la embriaguez, aún más, una proporción importante estuvo de acuerdo en que la embriaguez era motivo de excusa para conductas normalmente rechazadas socialmente como lo demuestra el acuerdo ante afirmaciones tales como "...si dice algo ofensivo, no se le debe de hacer caso" o "... hay que excusarle su gritería". La embriaguez como excusa para la violencia no recibió consenso, prácticamente la mitad de la población consideró que debería castigarse igual que a una persona sobria mientras que la otra mitad opinó lo contrario.

A partir de estas variables se construyó una escala que valora actitudes frente a la embriaguez que fue utilizada como variable criterio en tres análisis de regresión múltiple en la modalidad de stepwise, en el que se consideraron como predictores características sociodemográficas del sujeto, (edad y escolaridad del entrevistado, escolaridad del jefe de familia e ingreso familiar) y variables asociadas con el consumo de bebidas alcohólicas (número de copas consumidas por mes, frecuencia de consumo y de embriaguez y problemas relacionados con el consumo). En forma adicional se realizaron análisis de varianza con el fin de evaluar las diferencias por sexo y zona rural y urbana.

Las actitudes fueron similares en las poblaciones rural y urbana, pero se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, los primeros mostraron una actitud más permisiva. ($F=10.46$; $p>.003$). El análisis de regresión múltiple, utilizando la técnica de stepwise, en la muestra total mostró que la edad se asociaba significativamente con las actitudes; a menor edad, actitudes más favorables hacia la embriaguez. ($B=-.01$; $F=8.67$; $p>.003$). En la población masculina se encontró una relación positiva con la frecuencia de embriaguez ($B=.10$, $F=7.47$; $p>.006$) y una relación inversa con el número de problemas personales y sociales asociados con el hábito de beber. ($B= -.04$; $F=3.92$; $p>.04$).

2.4.3. NORMAS EN RELACION CON EL CONSUMO

Las expectativas culturales se reflejan también en las normas sociales. Estas han sido abordadas desde diferentes marcos teóricos y por lo tanto definidas de manera muy diferente. En este estudio las definimos como reglas que se aplican a una conducta determinada y que son culturalmente específicas. Estas reglas varían con el grupo social, el sexo, la edad, la ocupación o el nivel socioeconómico que se trate y de acuerdo con la situación en que se encuentre el individuo.

Para cada posición social existe una serie de expectativas relacionadas con lo que la persona debe o le está prohibido hacer. Puede suceder que lo que está permitido en un

grupo y aún más que lo que se espera que haga un individuo, puede estar prohibido en otro grupo y aún cuando se asignan características y tareas a diferentes posiciones sociales, su ejecución puede variar en frecuencia, intensidad, razones para actuar, escenarios en donde tiene lugar y consecuencias de la conducta.

En cualquier cultura que acepta el consumo de alcohol, algunas situaciones parecen ser compatibles con el consumo y otras en cambio no están consideradas como ocasiones para beber. Es decir, la definición de la situación en que se puede beber es un mecanismo que organiza la conducta convencional del consumo, de la misma forma en que las normas se relacionan con el sexo y la edad. Las normas pueden ser más o menos explícitas según haya o no consenso, en donde éste no existe cabe esperar cierta ambigüedad en las normas y diferencias en las prácticas de bebida.

Las normas sociales y los problemas se relacionan de manera importante. Los problemas se derivan de las prácticas de consumo, por lo tanto se espera que el consumo excesivo cause problemas al individuo, sin embargo su manifestación dependerá de otros factores que interactúan con la conducta. De una forma importante, los problemas dependerán de las reacciones de otros, de la tolerancia social hacia la embriaguez, de las recompensas sociales hacia la intoxicación repetida y de la personalidad del individuo. Cuando se viola lo generalmente aceptado, esto es, la norma social, surgirán problemas. Los problemas también dependen de factores del entorno inmediato, se relacionan con la forma en que el consumo individual afecta a otras personas, de tal manera que un problema dado puede o no estar relacionado con un consumo excesivo o una conducta irresponsable.

Una vez que hombres y mujeres han desarrollado dependencia, su sintomatología será muy similar. Sin embargo, el efecto de una intoxicación frecuente en su vida diaria variará en forma importante debido a las diferencias en su función social y a las expectativas culturales. Así es que, la existencia de normas diferentes para hombres y mujeres no dependen del hecho de que una mujer intoxicada pueda ser más irresponsable, deshonesto o egoísta comparada con el hombre en las mismas circunstancias, sino porque se piensa que la mujer no debe beber. Estas normas no dependen de argumentos racionales, sino que son expresión de valores (Knupfer, 1982).

A la luz de los importantes cambios que han ocurrido en los roles sexuales, podemos esperar variaciones en la conducta de consumo de hombres y mujeres en diferentes grupos sociales. Se esperaría más liberalismo y por lo tanto más consumo de alcohol en mujeres pertenecientes a los grupos menos tradicionales de la sociedad o entre aquellas en las que el movimiento de liberación ha tenido más impacto.

Parafraseando a Knupfer (1982) concluiremos diciendo que "no es fácil estudiar las normas debido a que involucran diferentes grados y dimensiones. Aún en situaciones en donde se acepta el consumo excesivo, existen diferentes estándares en relación a lo que significa excesivo". A pesar de estas diferencias consideramos que las variaciones en normas en relación con el sexo representa una magnífica oportunidad de estudiar la relación entre controles sociales y conducta.

Se consideraron dos aspectos de las normas en relación con el consumo: la relación entre el estatus de género y edad y el consumo y la relación entre la definición de la situación en la que tiene lugar la acción y el consumo.

2.4.3.1 NORMAS EN RELACION CON EL CONSUMO Y LA ABSTENCION POR GENERO Y EDAD.

Las normas sociales se obtuvieron preguntando a los individuos acerca de la cantidad de alcohol que consideraban que era aceptable que bebieran tanto hombres como mujeres de 4 grupos de edad, 16, 21, 30, 40 y 60 años. Las opciones incluyen: ningún consumo, 1 o 2 copas, suficiente para sentir los efectos sin emborracharse y a veces, está bien emborracharse.

En general se consideró que los jóvenes de 16 años no deben de beber, las restricciones fueron también elevadas para la población mayor de 60 años. Se observaron diferencias importantes en lo que se permite a hombres y mujeres, siendo más restrictivas las normas para estas últimas, esta doble normatividad es apoyada por la mujer.

Los resultados son también analizados a través de una escala que mide la existencia de dobles parámetros. Esta escala sumaría el grado en el cual los respondientes favorecieron un sexo sobre otro, en relación hacia la permisividad hacia el consumo, sentir los efectos o emborracharse. Combina las respuestas dadas para todos los grupos de edad (16, 21, 30, 40, 60). En cada nivel, la respuesta dada para el ejemplo masculino es comparada con la respuesta dada para el ejemplo femenino. Las respuestas dadas para todos los grupos de edad fueron resumidas en un puntaje global. Los valores pueden fluctuar entre 45, que indica un doble parámetro alto y que indica elevada permisividad para el hombre y total prohibición para la mujer y -45 que indica la situación opuesta. Una calificación de 0 representa la creencia de igualdad de derechos para hombres y mujeres.

CUADRO 2.4.3.1

NORMAS EN RELACION CON EL CONSUMO Y LA ABSTENCION
POR GENERO Y EDAD.

| | | No debe beber | | 1 - 2 copas | | Sentir efectos, no emborracharse | | A veces está bien emborracharse | |
|--------|---------|---------------|-------------|--------------|-------------|----------------------------------|-------------|---------------------------------|-------------|
| | | Hombre (480) | Mujer (695) | Hombre (480) | Mujer (695) | Hombre (480) | Mujer (695) | Hombre (480) | Mujer (695) |
| Hombre | 16 años | 80 | 84 | 16 | 14 | 3 | 2 | 1 | * |
| | 21 | 46 | 43 | 39 | 48 | 13 | 9 | 2 | * |
| | 30 | 32 | 27 | 37 | 44 | 24 | 20 | 6 | 8 |
| | 40 | 36 | 37 | 37 | 37 | 19 | 19 | 8 | 7 |
| | 60 | 70 | 69 | 22 | 21 | 5 | 7 | 3 | 3 |
| Mujer | 16 años | 88 | 89 | 12 | 11 | * | * | 0 | 0 |
| | 21 | 68 | 63 | 29 | 35 | 3 | 3 | 0 | 0 |
| | 30 | 56 | 48 | 36 | 44 | 6 | 6 | 1 | 1 |
| | 40 | 67 | 58 | 28 | 35 | 5 | 5 | 1 | 1 |
| | 60 | 85 | 81 | 12 | 16 | 2 | 2 | * | 1 |

- * \leq
 1 Datos en muestra
 2 Porcentajes obtenidos de datos pesados

2.4.3.2 Normas en Relación con las Circunstancias en las que tiene lugar el Consumo

Junto con las normas de conducta para los diferentes grupos sociales definidos por su sexo y edad, la definición de la situación en que tiene lugar el consumo es un segundo gran organizador de la conducta convencional de consumo. En toda sociedad en la que se da el consumo, se considera a algunas situaciones como de no consumo y otras en las que se considera adecuado beber. Esta definición puede variar también para diferentes grupos de la población.

Las ocasiones y circunstancias en las que se bebe tienen una repercusión directa en las consecuencias del abuso, por ejemplo beber cuando se va conducir un automóvil implicará mas riesgo que consumir la misma cantidad cuando no se tiene que manejar.

Las actitudes de la población frente a una conducta pueden influir de manera importante en su forma de comportarse. Cuando hay consenso social frente a una conducta entonces son claros los límites esperados y sólo las personas "desviadas" adoptaran un comportamiento diferente al acordado por el grupo, si por el contrario, no hay consenso se espera entonces mas variedad de conductas.

Para evaluar este aspecto se pidió a las personas entrevistadas que reportaran qué cantidad de bebidas alcohólicas creían que se debía de consumir (ninguna, 1 ó 2 copas, lo suficiente para sentir los efectos sin emborracharse, algunas veces está bien emborracharse), en 13 diferentes circunstancias (ver cuadro 2.4.3.2).

En general se consideró apropiado tanto en la comunidad urbana como en la rural beber en una fiesta en casa de otra persona (79% y 77% respectivamente) o para un hombre en la cantina con amigos (72% y 75%). El beber con amigos en la casa propia no tuvo consenso, aproximadamente la misma proporción consideró que era apropiado e inapropiado beber en ésta circunstancia (51% y 55%). En general se observó consenso en que no se debía beber antes de manejar y en la opinión de que la mujer debe consumir menos que el hombre. La población urbana se mostró mas restrictiva hacia la conducta de consumo de la mujer y hacia el consumo en actividades sociales y en la comunidad rural se toleró mas el consumo asociado a actividades laborales.

CUADRO 2.4.3.2

PERMISO PARA CONSUMIR EN DIFERENTES CIRCUNSTANCIAS
POBLACION RURAL-URBANA.

| | ZONA URBANA | ZONA RURAL |
|--|-------------|------------|
| En una fiesta en casa de otra persona | 79 | 77 |
| Para un padre/madre de familia pasando un buen rato con sus hijos pequeños | 31 | 34 |
| Para un esposo/esposa cenando en un restaurante con su cónyuge | 62 | 47 |
| Para un hombre en una cantina con sus amigos | 72 | 75 |
| Para una mujer en una cantina con sus amigos | 35 | 34 |
| Durante las horas de trabajo, fuera de la hora del almuerzo | 10 | 21 |
| Para un hombre con compañeros(as) de trabajo durante la hora del almuerzo | 21 | 40 |
| Con amigos(as) en la casa | 51 | 55 |
| Para un hombre después del trabajo con amigos(as) antes de regresar a casa | 30 | 45 |
| Durante una actividad deportiva o recreativa reunido(a) con amistades | 19 | 41 |
| Cuando va a conducir un vehículo motorizado | 3 | 8 |
| Para una mujer con compañeros(as) de trabajo durante la hora del almuerzo | 10 | 17 |
| Para una mujer después del trabajo con amigos(as) antes de regresar a casa | 8 | 17 |

Cuando se analizó únicamente el consumo fuerte (beber hasta sentir los efectos o embriagarse de vez en cuando), la proporción de la población que mostró acuerdo en las diferentes opciones, no sobrepasó el 11% a excepción de beber en una fiesta en casa de otra persona con porcentajes de acuerdo de 18% en la población urbana y 21% en la población rural, para un hombre beber en una cantina con los amigos con 44% y 45% respectivamente.

Al analizar las respuestas por género no encontramos variaciones en las opiniones de hombres y mujeres salvo en el hecho de que estas últimas se mostraron menos tolerantes para el consumo por parte del hombre en una cantina, solo el 68% estuvo de acuerdo con el consumo en esta circunstancia en comparación con el 91% de los hombres. Esta diferencia se mantuvo constante cuando se analizó únicamente el consumo fuerte, 39% y 53% respectivamente.

2.4.4 ACTITUDES EN TORNO A LAS MEDIDAS DE CONTROL DE DISPONIBILIDAD

Un buen número de estudios realizados en países desarrollados sugieren que la cantidad de alcohol disponible en una población tiene una relación directa con los problemas que se derivan de su consumo. Ejemplos dramáticos ocurrieron después de la segunda guerra mundial y de la época de la prohibición, como resultado de una disminución importante de la producción y por ende de la disponibilidad de bebidas alcohólicas, se produjeron decrementos equiparables en las tasas de muertes por cirrosis del hígado, tasas que volvieron a incrementarse con el aumento de la producción (Moser, 1980). A pesar de esto, no toda la población está dispuesta a aceptar como válidas medidas que se orientan a limitar la cantidad de alcohol disponible, con argumentos válidos como son el incremento de otros problemas sociales resultado de la producción ilícita de bebidas alcohólicas, como lo demuestra la amarga experiencia de la prohibición.

Actualmente algunos países han tenido éxito en disminuir las consecuencias adversas del abuso mediante paquetes de medidas que incluyen tanto el control de la oferta como de la demanda (Moser, 1980). Sin embargo, es claro que medidas encaminadas al control de la oferta tienen éxito sólo si cuenta con el consenso de la población y se le integra dentro de un programa que promueva la moderación en el consumo.

El aproximarse a la evaluación de las actitudes ante medidas de control de la disponibilidad, resulta especialmente relevante en este estudio ya que en el momento del levantamiento de los datos, se encontraba en vigor, en el estado de Michoacán un reglamento que limitaba la disponibilidad de bebidas alcohólicas.

El balance entre los beneficios y los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas ha sido una controversia histórica que ha ocasionado diferentes respuestas que oscilan desde la exaltación de sus virtudes, especialmente como lubricante social, hasta la prohibición total. A pesar de que hoy en día las sociedades presentan un amplio rango de respuestas especialmente en la concepción del papel de los gobiernos en limitar la cantidad de alcohol disponible, es en general aceptado que la prohibición total no es una opción viable y que al menos una buena parte de los esfuerzos deben encaminarse a enseñar a la población a beber responsablemente.

El 87% de la población sabía que el Gobierno del Estado había restringido los días y horas en que se podían comprar bebidas alcohólicas, un 73% manifestó acuerdo y consideró que ésta medida podía tener resultados positivos; un 37% de las personas entrevistadas mencionó beneficios sociales tales como disminución de la violencia o de los accidentes, un 15% reportó beneficios para la familia, (i.e. ayuda a que la familia disfrute más de los fines de semana y de las vacaciones o beneficios económicos); un 17% consideró que tenía beneficios para la salud; un 4% consideró beneficios relacionados con el trabajo tales como disminución del ausentismo. Un desacuerdo manifiesto fue reportado únicamente por un 12% de los entrevistados, 10.5% argumentó que producía el efecto opuesto al deseado e incrementaba el índice de violaciones a la ley y el 1.4% restante consideró que afectaba los intereses individuales, ya sea el derecho del consumidor a comprar libremente o los intereses de los comerciantes.

Una de las medidas que con más frecuencia se incluyen en programas de control consiste en limitar la cantidad de establecimientos que expenden bebidas alcohólicas, en este estudio menos de la mitad de la población tanto rural (39%) como urbana (40%), estuvo de acuerdo con la afirmación "por donde vivo, hay demasiadas tiendas que venden bebidas alcohólicas", más o menos la misma proporción, 40% y 41% respectivamente, consideró que por donde vivía "era fácil comprar bebidas alcohólicas por la noche" a pesar de la prohibición vigente y solo una pequeña proporción (9% y 26%) afirmó "mantener una reserva de bebidas en su casa" como mecanismo esperado para contrarrestar el control de disponibilidad.

En general hubo consenso en que "debería prohibirse la venta de bebidas en eventos deportivos" (91% y 94%), también estuvieron de acuerdo (86% y 70%) en que el "no permitir la venta de bebidas alcohólicas después de las 9 p.m. ayuda a que anden menos borrachos por la calle". Una importante proporción de la población rural estuvo de acuerdo en que "el prohibir la venta de alcohol parte del sábado y el domingo, ayuda a que el lunes se presenten a trabajar las personas que acostumbran beber" (78%) en la población urbana la proporción fue menor (66%).

A partir de estos reactivos se construyó una escala de actitudes que indica qué tanto la población favorece las medidas de control de la disponibilidad. Esta escala fue utilizada como variable criterio en un análisis de regresión múltiple en la modalidad de stepwise, en el que se consideraron como predictores características sociodemográficas del sujeto, (edad y escolaridad del entrevistado, escolaridad del jefe de familia e ingreso familiar) y variables asociadas con el consumo de bebidas alcohólicas (número de copas consumidas por mes, frecuencia de consumo y de embriaguez y problemas relacionados con el consumo). En forma adicional se realizaron análisis de varianza con el fin de evaluar las diferencias por género y zona rural y urbana.

Los análisis de varianza no mostraron diferencias significativas por género, no así para el lugar de residencia rural-urbano; las personas entrevistadas en la zona rural mostraron actitudes más favorables ($F=40.22; p>.0001$). Los análisis de regresión múltiple utilizando la técnica de stepwise, mostraron una relación inversa con la escolaridad del entrevistado ($B=-.08; F=25.94; p>.0001$) y con el ingreso familiar ($B=-.07; F=5.01; p>.02$); en la población femenina se asoció además con la escolaridad del jefe de familia ($B=-.024; F=3.95; p>.04$). En la población masculina, la actitud frente al control se correlacionó positivamente con el índice de problemas ($B=.05; p>.03$).

Finalmente cabe mencionar que no hubo consenso con respecto al resultado de esta experiencia; aproximadamente una tercera parte de la población consideró que los diferentes problemas investigados habían disminuido, otra tercera parte que se mantuvieron igual y la otra tercera parte que aumentaron. La única respuesta consistente que se obtuvo en este rubro fue para la opción "la venta ilegal de bebidas alcohólicas", el 49% de la población opinó que se incrementó como resultado de la restricción.

2.4.5 CONCEPTO DE ALCOHOLISMO COMO ENFERMEDAD

En el presente siglo, dos conceptos modificaron el entendimiento y por ende las perspectivas de prevención de los problemas derivados del consumo de alcohol, la definición de alcoholismo como enfermedad (Jellinek, 1960) y el cambio de énfasis de éste a los problemas relacionados con el consumo de alcohol; se reconoció que los alcohólicos eran responsables de tan solo una pequeña proporción de los problemas derivados del abuso. Fue entonces posible proponer medidas preventivas dirigidas a la población general y no exclusivamente a los alcohólicos, que incluyen tanto el control de la oferta como de la demanda (Moser, 1980).

Jellinek en 1960, definió al alcoholismo como enfermedad, consideró que el alcoholismo era cualquier uso de bebidas alcohólicas que ocasiona daño al individuo y a la sociedad o a ambos con tres fases: EPSILON o alcoholismo periódico o dipsomanía, GAMMA, o alcoholismo con incremento en la tolerancia, metabolismo celular adaptativo, síndrome de dependencia y pérdida de control y DELTA que incluye los síntomas de la fase previa a la que se añade la incapacidad de abstenerse. (1). Como resultado de esta conceptualización se espera que se reduzca el estigma hacia estos enfermos y por lo tanto se mejore la utilización de servicios y por ende de rehabilitación.

En el estado de Michoacán, tanto la población rural como la urbana estuvieron de acuerdo en que el alcoholismo era una enfermedad (94%), la misma proporción consideró que si una persona no busca ayuda cuando tiene un problema de alcoholismo, el problema puede ser peor (94% y 95% respectivamente), una proporción importante estuvo de acuerdo que para poder recuperarse un alcohólico tiene que dejar de tomar el resto de su vida" (87% y 80% respectivamente), sin embargo simultáneamente consideraron que el alcohólico es "una persona débil moralmente" (91% y 92% respectivamente) y una proporción también importante consideró que "la mayor parte de los alcohólicos toman porque quieren" (71% y 62% respectivamente).

A partir de estos reactivos se construyó una escala asignando valores positivos a los reactivos consistentes con el concepto de enfermedad y negativos a los que indican una concepción moral. Esta escala fue utilizada como variables criterio en un análisis de regresión múltiple en la modalidad de stepwise, en la que se consideraron como predictores características sociodemográficas del sujeto, (edad y escolaridad del entrevistado, escolaridad del jefe de familia e ingreso familiar) y variables asociadas con el consumo de bebidas alcohólicas (número de copas consumidas por mes, frecuencia de consumo y de embriaguez y problemas relacionados con el consumo). En forma adicional se realizaron análisis de varianza con el fin de evaluar las diferencias por sexo y zona rural y urbana.

No se encontraron diferencias por género ni por lugar de residencia rural-urbano. Sin embargo, entre la población masculina se encontró que a mayor escolaridad, mejor entendimiento del concepto de enfermedad ($B=.035; F=5.04; p>.02$).

En lo que se refiere a las actitudes frente al tratamiento se observó que a pesar de que la población considera que "una persona que logra rehabilitarse merece mucho respeto" (91% y 92%) una proporción importante, especialmente en la población rural respondió que "de tener un problema no sabría cómo encontrar ayuda" (32% y 47%), el estigma hacia estos enfermos se pone de manifiesto en respuestas tales como "si tuviera un problema de alcoholismo le daría pena contárselo a alguien" (50% y 36%)

2.5 COMPARACION DE LOS PATRONES DE CONSUMO EN MEXICO CON LOS OBSERVADOS EN OTRAS POBLACIONES.

En este capítulo se comparan los resultados de éste estudio con los reportados para población mexicana que vive en los Estados Unidos (Caetano y Medina-Mora, 1985), con población no hispana de ese país (Caetano, 1988) y con la población española que habita en Madrid (Martines, 1988). En todos estos estudios se utilizó el mismo cuestionario, método y procedimiento.

En Estados Unidos, el estudio se llevó a cabo, como parte de un estudio mas amplio sobre hábitos de consumo de alcohol en la población general de ese país, en una muestra nacional probabilística multietápica. Las unidades primarias de selección fueron condados metropolitanos. Cerca del 66% de la población de origen hispánico vive en estas unidades primarias. Las zonas con mas densidad de población de origen hispánico, fueron sobremuestreadas con el fin de incrementar su proporción en la muestra. Esta diferencia en la probabilidad de selección fue corregida posteriormente mediante ponderación de datos. En subsecuentes etapas se escogieron, manzanas, área de listado y hogares. En la última etapa se seleccionó a individuos mayores de 18 años para ser entrevistados. En conjunto se seleccionaron 1463 personas de origen hispano, y de éstas, 949 se identificaron como mexicano-americanos. La tasa de respuesta fue de 62%. Los encuestados tenían la opción de ser entrevistados en inglés o español, 43% prefirieron éste último idioma. El resto de la muestra, 4272 individuos fueron estadounidenses (Caetano, 1988).

En España, se estudió a una muestra de la población de la Región Autónoma de Madrid, que incluye a la Ciudad de Madrid y las comunidades vecinas, en áreas semirurales y rurales. Se entrevistó a un total de 3 500 personas mayores de 18 años, 1750 de ellas en Madrid y el resto en los condados vecinos (Martines, 1988).

2.5.1 ANTECEDENTES: CARACTERISTICAS DEL CONSUMO Y DE LAS CONSECUENCIAS EL ABUSO EN LOS TRES PAISES

Las características que presenta el consumo de alcohol en México, varían en forma importante de la observada en población norteamericana y española, por ejemplo, el consumo per cápita de bebidas industrializadas (cerveza, vino y destilados) sujetas a controles fiscales y sanitarios en México, en 1988, fue de 3.7 litros, en Estados Unidos la cifra fue de 7.5. En España, en 1979, el consumo per cápita fue de 11.2 litros.

Sin embargo cuando se compara el consumo con las cifras de cirrosis para estos tres países, se observa que mientras que en España tanto los índices de consumo, como de cirrosis son los más altos, (22.3 por 100,000 habitantes), en México existe un exceso de mortalidad por esta causa. En 1987, la cirrosis hepática ocupó el noveno lugar como causa de muerte en la población general. Esta tasa se ha mantenido estable, a pesar de los incrementos en el consumo per cápita (Rosovsky y cols., 1992a), en alrededor de 20 por 100,000 habitantes, con importantes variaciones por género (9.3 vs. 30.7 en mujeres y hombres respectivamente). En Estados Unidos, el índice de muertes por cirrosis es de poco más de la mitad, 11.7. Es decir mientras el consumo es mayor, la mortalidad por cirrosis es menor.

Es obvio que otros factores deben de estar interviniendo. Borges y colaboradores (1993), en estudios de casos y controles, han encontrado que en México, al consumo de alcohol se suman otros factores de riesgo como las hepatitis B y C. Estos autores también encontraron mayor número de bebedores consuetudinarios en los enfermos de cirrosis que en los grupos control.

En estudios en los que se han comparado los índices de ingresos a salas de urgencia con presencia de alcohol en sangre en grupos específicos de estos tres países se ha encontrado que en México, el índice de lecturas positivas de alcohol en sangre, entre los ingresos por traumatismos, fue el más alto (34.2), seguido por España, (13.7), y finalmente en la población estudiada en Estados Unidos, (18.8).

Cuando las cifras se dividen por género, las variaciones son más importantes, 40.6 de los varones en México tuvieron lecturas positivas, comparados con 20.1 en España y 12.4 en los Estados Unidos, si se analizan niveles de alcohol en sangre, en el caso de los varones, la tendencia es la misma.

Las mujeres en México, tuvieron también los índices más altos, 9.9, seguidas por las norteamericanas, 8.5, y con índices más bajos en las españolas, 6.6. Sin embargo, cuando se analizan niveles de alcohol en sangre, entonces las norteamericanas presentan ventaja con 4.5% con lecturas de ≥ 10 , seguidas por las mexicanas y españolas con proporciones similares, 1.9% (Stephens y cols., 1992).

Estudios llevados a cabo en población mexicano americana en los estados Unidos, demuestran que éste grupo tiene altas tasas de mortalidad por cirrosis, de admisión a centros de atención por problemas debidos al alcohol (Edmundson, 1980), de embriaguez pública (May y cols., 1974), las encuestas de población reportan también altos índices de problemas en éste grupo, que parecen estar asociadas con una mayor aceptación del uso como parte de la vida social (Caetano, 1983).

Estos antecedentes nos indican que los patrones de consumo, deben de jugar también un papel importante en la manifestación de problemas.

2.5.2 PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN MEXICO Y EN ESTADOS UNIDOS

En la población masculina, los índices de abstención son comparables, representan alrededor de una cuarta parte de la población de ambos países, sin embargo el patrón común del mexicano, baja frecuencia-alta cantidad, es raro en aquél país. Los hombres norteamericanos tienden a beber con mas frecuencia, y el índice de bebedores fuertes es también muy superior.

En las mujeres, las variaciones son mas importantes, el índice de bebedoras es casi el doble en la población norteamericana, éstas tienden a beber con mas frecuencia y con mayores cantidades de alcohol que las mujeres mexicanas.

CUADRO 2.5.2

PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN MEXICO Y EN LOS ESTADOS UNIDOS.

| | POBLACION MASCULINA | | POBLACION FEMENINA | |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| | MEXICANOS (478) ¹ % | NORTE AMERICANOS (1683) % | MEXICANAS (682) % | NORTEAMERICANAS (2589) % |
| ABSTEMIOS | 26 | 24 | 66 | 36 |
| BEBEDORES POCO FRE- CUENTES | 30 | 10 | 20 | 19 |
| BEBEDORES FRECUENTE MODERADO DE BAJO NIVEL | 5 | 10 | 9 | 14 |
| BEBEDOR FRECUENTE MODE- RADO DE ALTO NIVEL | 24 | 6 | 3 | 7 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE BAJO NIVEL | 3 | 12 | 3 | 12 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE ALTO NIVEL | 7 | 10 | 4 | 7 |
| BEBEDOR FRECUENTE CONSUELTUDINARIO | 6 | 10 | 1 | 5 |

1 Datos en muestra

2 Porcentajes obtenidos de datos pesados.

2.5.3 PATRONES DE CONSUMO EN POBLACION DE ORIGEN MEXICANO EN MEXICO Y EN ESTADOS UNIDOS, Y EN POBLACION ESPAÑOLA.

Al comparar resultados de estudios sobre patrones de consumo, llevados a cabo en las tres poblaciones, resulta evidente que la abstención no es una práctica común en los hombres españoles, es mas de ocho veces menor que lo reportado por mexicanos y mexicano-americanos. En los tres estudios la abstención entre mujeres fue superior a la observada entre los varones, pero con fuertes variaciones, el índice mas alto se encontró en México que fue casi cuatro veces superior al encontrado en España.

El patrón típico de consumo de hombres mexicanos, de frecuencia moderada pero con grandes cantidades por ocasión de consumo, es prácticamente inexistente entre los españoles, el patrón mas típico entre estos últimos es un consumo frecuente con poca cantidad de alcohol. Los bebedores mexicano-americanos prefieren el consumo frecuente de alto nivel. El nivel de consumo consuetudinario en éstos y en los españoles de la región de Madrid, es prácticamente igual. Las mujeres mexicanas que beben lo hacen con poca frecuencia, las españolas prefieren el consumo frecuente pero limitan el número de copas, las mexicano americanas que beben, lo hacen frecuentemente y en mayor cantidad.

CUADRO 2.5.3

PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL EN DIFERENTES GRUPOS CULTURALES

| | P. MASCULINA | | | P. FEMENINA | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------|-------------|-------------------------------|-------------|
| | MEXICANOS | MEXICANO/ESPAÑOLES AMERICANOS | | MEXICANAS | MEXICANAS/ESPAÑOLA AMERICANAS | |
| | (478) ⁺¹ % | (410) % | (1637) % | (682) % | (539) % | (1861) % |
| ABSTEMIOS | 26 | 27 | 4 | 66 | 46 | 17 |
| B. POCO FRECUENTES | 29 | 8 | 8 | 20 | 23 | 13 |
| FREC. MODERADA, BAJO NIVEL | 4 | 8 | 8 | 10 | 19 | |
| FREC. MODERADA, ALTO NIVEL | 24 | 10 | 1 | 2 | 4 | 1 |
| B. FRECUENTE, BAJO NIVEL | 3 | 6 | 46 | 3 | 2 | 41 |
| B. FRECUENTE, ALTO NIVEL | 7 | 26 | 18 | * | 12 | 6 |
| B. F. CONSUETUDINARIO | 6 | 18 | 16 | 1 | 2 | 3 |

* P<.05. 1 Datos en muestra. 2 Porcentajes obtenidos de datos pesados.

2.5.4 PATRONES DE CONSUMO EN VARONES DE ORIGEN MEXICANO EN MEXICO Y EN ESTADOS UNIDOS POR LUGAR DE NACIMIENTO.

Cuando se divide a la muestra de mexicanos que viven en los Estados Unidos por lugar de nacimiento, se observan importantes variaciones, disminuye el índice de abstención para volverse a incrementar conforme avanza la generación en los Estados Unidos; los mexicanos en México, beben con menor frecuencia, los emigrados nacidos en nuestro país, beben con mas frecuencia y en mayor cantidad que cualquiera de los otros grupos.

CUADRO 2.5.4

**PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL POR LUGAR DE NACIMIENTO
POBLACION MASCULINA.**

| | ESTADOS UNIDOS | | | MEXICO |
|--|----------------------------|-----------------------|---------------|--------|
| | NACIDOS EN MEXICO (182) | 1ª GENERACION (91) | OTRA (137) | (478) |
| ABSTEMIOS | 18 | 21 | 39 | 26 |
| BEBEDORES POCO FRECUENTES | 13 | 6 | 5 | 30 |
| BEBEDORES FRECUENTE MODERADO DE BAJO NIVEL | 4 | 3 | 4 | 5 |
| BEBEDOR FRECUENTE MODERADO DE ALTO NIVEL | 10 | 7 | 11 | 24 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE BAJO NIVEL | 13 | 5 | 1 | 3 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE ALTO NIVEL | 22 | 49 | 30 | 7 |
| BEBEDOR FRECUENTE CONSUELTUDINARIO | 20 | 10 | 9 | 6 |

1 Datos en muestra

2 Porcentajes obtenidos de datos pesados.

2.5.5 PATRONES DE CONSUMO EN MUJERES DE ORIGEN MEXICANO EN MEXICO Y EN ESTADOS UNIDOS, POR LUGAR DE NACIMIENTO.

En la población femenina no se observan muchas diferencias entre aquellas nacidas en México que viven en nuestro país o que han emigrado hacia los Estados Unidos, conforme avanza la generación se empiezan a observar diferencias con una tendencia hacia el incremento en la frecuencia y en la cantidad de consumo.

CUADRO 2.5.5

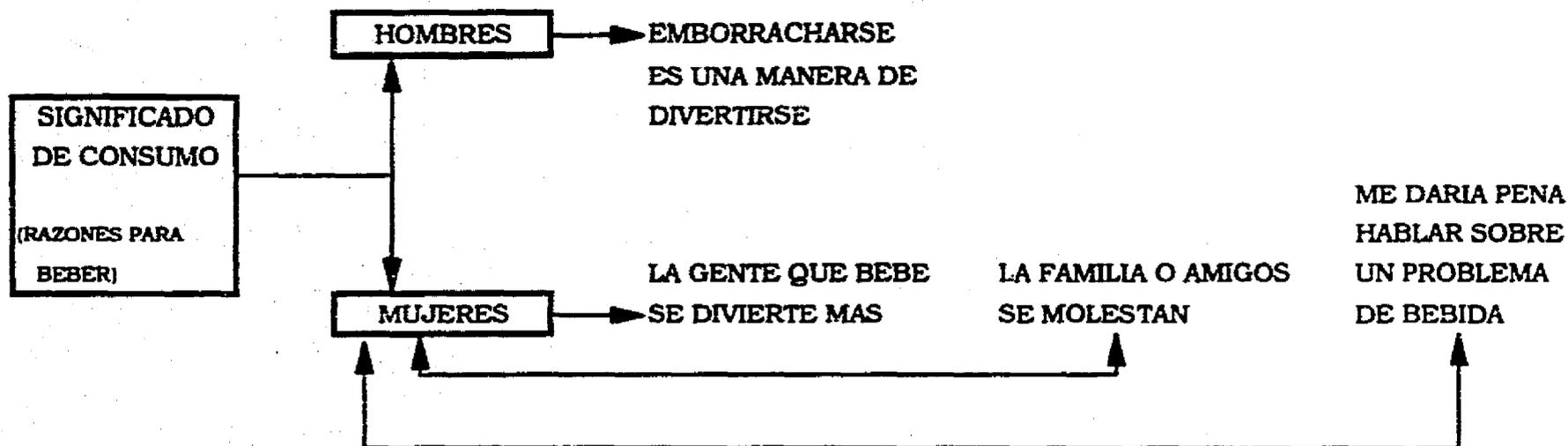
**PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL POR LUGAR DE NACIMIENTO
POBLACION FEMENINA.**

| | ESTADOS UNIDOS | | | MEXICO |
|---|-------------------------------|---|---------------|--------|
| | NACIDAS EN MEXICO (221) | 1ª GENERACION EN ESTADOS UNIDOS (135) | OTRA (180) | (682) |
| ABSTEMIOS | 71 | 21 | 44 | 66 |
| BEBEDORES POCO FRE- CUENTES | 14 | 49 | 9 | 20 |
| BEBEDORES FRECUENTE MODERADO DE BAJO NIVEL | 6 | 16 | 8 | 9 |
| BEBEDOR FRECUENTE MODE- RADO DE ALTO NIVEL | 2 | 4 | 5 | 3 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE BAJO NIVEL | 3 | 2 | 1 | 3 |
| BEBEDOR FRECUENTE DE ALTO NIVEL | 2 | 5 | 31 | * |
| BEBEDOR FRECUENTE CONSUEUDINARIO | 2 | 2 | 1 | 1 |

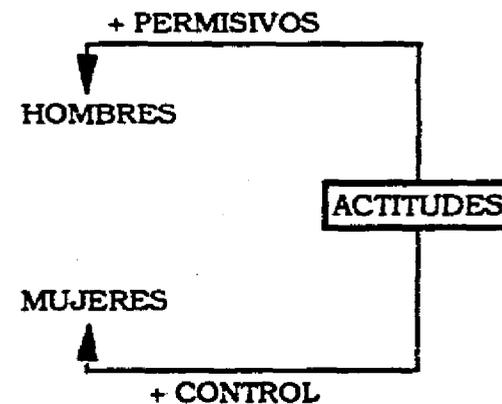
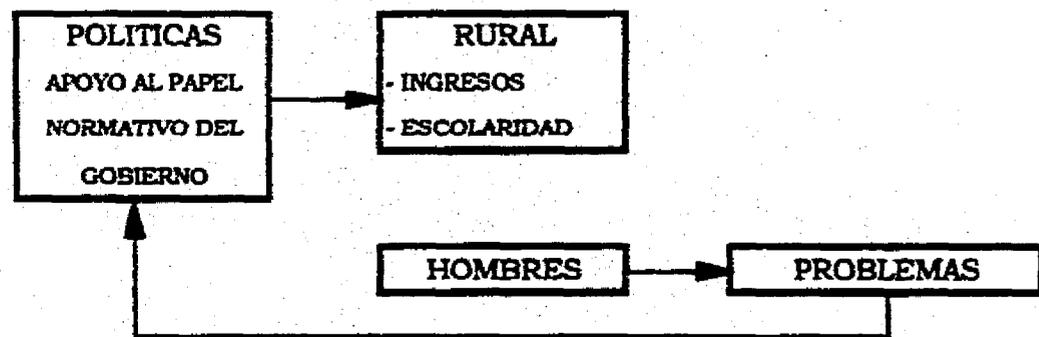
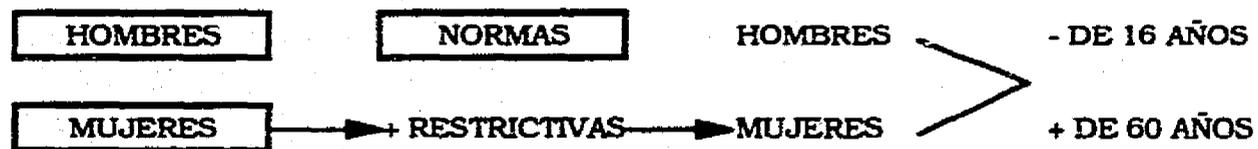
1 Datos en muestra

2 Porcentajes obtenidos de datos pesados.

RELACION ENTRE GENERO Y CONSUMO DE ALCOHOL RESULTADOS



168



2.6 ESTRES, APOYO SOCIAL, DEPRESION Y ABUSO DE ALCOHOL.¹

Se pretendió estudiar la relación entre abuso de alcohol y depresión. El estudio incluyó también una sección que evalúa la ocurrencia de factores productores de estrés con el fin de analizar su papel como variables precipitantes de estados de ánimo o conductas desadaptadas como pueden ser las consecuencias del abuso de alcohol, la depresión o la desesperanza. Se buscó también probar hipótesis con respecto a la relación entre estas variables el género y el apoyo social.

Con el fin de evaluar la depresión, se incluyó una versión simplificada del CESD de 20 reactivos, diseñado para ser usado en estudios de población general, cubre las siguientes áreas: ánimo depresivo, sentimientos de culpa y minusvalía, sentimientos de desesperanza y desamparo (helplessness and hopelessness), retardo psicomotor, falta de apetito, y trastornos del sueño.

Las calificaciones a esta escala, oscilaron entre 20 y 54, la media para la población total fue de 26.60 con una desviación estandar de 6.6. La consistencia interna del CESD se evaluó a través de análisis factoriales y del estadístico alfa. De éste análisis se encontró que los 20 reactivos se factorizaron en subescalas que se denominaron: el coeficiente alfa de esta escala fue de .85. Se encontró que la prueba factorizó de manera diferente a lo descrito en la literatura norteamericana (Radloff, 1977). En lugar de formarse dos factores independientes que indican ánimo depresivo y actividad somática y motora retardada, como se observa en otras muestras, en ésta población aparecen como una sola dimensión.

La desesperanza se evaluó a través de una escala de expectativas de vivir-morir, examina la presencia y la severidad de sentimientos y conductas suicidas. Está integrada por cinco preguntas, las primeras cuatro indagan sobre sentimientos suicidas de diferente severidad y la última interroga sobre los intentos de suicidio. Las calificaciones oscilan de 0 a 5, la media de la población fue de $0.23 \pm .71$.

1 El marco conceptual en que se basa esta sección del estudio aparece en el capítulo 6 de la primera parte de éste trabajo.

El consumo de alcohol se evaluó a través del índice de bebedores², personas que reportaron consumo en el último mes y consumo consuetudinario.³

Con el fin de evaluar las consecuencias del consumo se creó un índice total de problemas que resulta de la suma del número de problemas relacionados con el consumo de alcohol, que se manifestaron el año previo al estudio. Los problemas se dividieron a su vez en problemas personales⁴ y sociales⁵. Las variaciones en el índice de problemas personales podía oscilar entre 0 y 16 ($X=1.32$, $sd=2.51$), los problemas sociales de 0 a 8 ($X=0.43$, $sd=1.16$) y la escala total de 0 a 24 ($X=1.76$, $sd=3.46$).

El índice de estrés se evaluó indirectamente a través de la ocurrencia de 20 diferentes cambios significativos en las siguientes áreas: i) cambios en la vida familiar o interpersonal: divorcio, viudez, matrimonio, no vivir con la familia, el último hijo se fue de la casa, aumento el núcleo familiar, muerte o rompimiento de una relación; ii) cambios en la vida académica o laboral: se graduó de un programa universitario, cambio de empleo, estuvo desempleado; iii) problemas de salud: sufrió una enfermedad grave; iv) problemas con autoridades: se involucró en peleas a golpes, problemas con las autoridades; v) problemas estado patrimonial: perdió algún terreno, tuvo una mala cosecha, perdió animales; vi) problemas con el alcohol: se reunía con personas que tomaban mucho, estaba tomando seis o más copas una vez por semana, perdió el control, lo presionaron para que tomara menos. La calificación a esta escala podía variar entre 0 y 14 y tuvo una media de 4.24 ± 2.45 .

El apoyo social se evaluó a través de interrogar a las personas entrevistadas, sobre la frecuencia en que se reunían con personas de: su vecindario, su iglesia, que conocieron por su trabajo, amistades allegadas. Las opciones de respuesta incluyeron: (2) a menudo, (1) de vez en cuando, (0) casi nunca. El índice de apoyo social se obtuvo sumando las calificaciones individuales con puntajes que oscilan entre cero y quince, la media fue de 7.17 ± 2.13 .

2 Consumo en el año previo al estudio.

3 Se consideró bebedor consuetudinario a aquella persona que reportó beber alcohol una vez por semana o con más frecuencia y que toma cinco copas o más por ocasión de consumo con esta misma frecuencia.

4 Señales de abuso, necesidad de beber, tolerancia, síntomas de abstinencia, intoxicación por varios días, problemas de salud.

5 Problemas con la esposa, el trabajo, la policía, violencia, accidentes.

2.6.1 MATRIZ DE CORRELACION ENTRE LAS VARIABLES

Los indicadores de problemas mostraron índices altos de correlación entre ellos. Los problemas personales correlacionaron significativamente con el nivel de estrés o de eventos de la vida, y en menor medida con la depresión y el apoyo social, esta última variable, en sentido positivo. Los problemas sociales solo mostraron asociación importante con el nivel de estrés. La depresión correlacionó alto con desesperanza y en sentido negativo con el apoyo social aunque con índice bajo.

CUADRO 2.6.1

MATRIZ DE CORRELACION ENTRE LAS VARIABLES.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|------------------|------|------|------|-------|------|-------|
| 1. P. PERSONALES | | | | | | |
| 2. P. SOCIALES | 0.73 | | | | | |
| 3. PROBLEMAS | 0.97 | 0.87 | | | | |
| 4. DEPRESION | 0.13 | 0.09 | 0.12 | | | |
| 5. ESTRES | 0.46 | 0.39 | 0.47 | 0.07 | | |
| 6. DESESPERANZA | 0.09 | 0.07 | 0.09 | 0.33 | 0.08 | |
| 7. APOYO SOCIAL | 0.14 | 0.05 | 0.12 | -0.05 | 0.07 | -0.04 |

2.6.2 RELACION ENTRE DEPRESION Y CONSUMO DE ALCOHOL

El índice de depresión en la mujer que bebe⁶ fue significativamente mayor que aquél encontrado en el hombre bebedor, los varones tuvieron una media de 26.04 ± 5.41 , mientras que las mujeres, 29.79 ± 7.54 , ($t = -6.61$; $gl = 413$; $p \geq .0001$). Las variaciones por género se incrementan cuando se consideran solamente a aquellos sujetos que consumieron el mes anterior al estudio, ($X = 26.06 \pm 5.36$ y $X = 30.40 \pm 7.64$; $t = -5.11$; $gl = 138$; $p \geq .0001$). Cuando se consideró únicamente a los bebedores consuetudinarios las diferencias fueron mayores, los varones mostraron un índice de depresión de 27.86 ± 6.24 , mientras que las mujeres alcanzaron una media de 34 ± 6.59 ($t = -2.07$; $gl = 47$; $p \geq .04$).

6 Consumo en el año previo al estudio.

2.6.3 PREDICCIÓN DEL ÍNDICE TOTAL DE PROBLEMAS

Se probó la asociación entre el índice de problemas con la depresión, la desesperanza, el estrés y el apoyo social, a través de análisis de varianza. En la población masculina, se encontró una asociación significativa entre esta variable y el modelo, ($F=31.03$; $p \geq .0001$), estas variables predijeron un 26.4% de la varianza de los problemas. De manera individual sólo se encontró asociación significativa entre el índice de problemas con la depresión y el estrés. Estos resultados se confirmaron a través de un modelo stepwise. En el modelo entraron el estrés, la depresión y solo en tercer lugar la desesperanza, aunque la inclusión de esta última variable no incrementó la R^2 de manera significativa.

En la población femenina el modelo también resultó significativo ($F=9.92$; $p \geq .0001$). Las variables incluidas explicaron el 13% de la varianza, resultaron significativas la depresión y el estrés. Estos resultados se confirmaron a través de un procedimiento stepwise.

2.6.4 PREDICCIÓN DEL ÍNDICE DE DEPRESIÓN

Se probó la relación entre depresión con el índice total de problemas, la desesperanza, el estrés y el apoyo social, a través de análisis de varianza. Se incluyeron además las variables sociodemográficas de edad, ingreso, escolaridad del entrevistado y escolaridad del jefe de familia.

En la población masculina se encontró una asociación positiva entre estas variables y la depresión ($F=7.94$; $p \geq .0001$) estas variables predijeron un 14% de la varianza de la variable criterio. A nivel individual resultaron significativas la asociación entre depresión y desesperanza, problemas y escolaridad del jefe de familia, en un sentido negativo, es decir a menor nivel escolar, mayor índice de depresión. El ingreso y la escolaridad del interesado mostraron también índices negativos aunque la asociación no alcanzó significancia. Todas las demás variables tuvieron signo positivo. En un análisis de stepwise, entró en primer lugar al modelo el índice de problemas, en segundo término la escolaridad del jefe de familia, la desesperanza y en cuarto lugar la escolaridad del entrevistado, aunque la inclusión de esta última, no incrementó la varianza explicada de manera significativa.

En las mujeres el modelo también fue significativo, ($F=10.57$; $p \geq .0001$), resultó significativa la desesperanza; el estrés; el índice de problemas; el ingreso y la escolaridad del entrevistado en sentido negativo. La edad y el apoyo social mostraron una relación en sentido negativo, aunque con poca fuerza de asociación. En el procedimiento stepwise pesaron la desesperanza, la escolaridad del entrevistado, el nivel de estrés, el ingreso y el índice de problemas. Estas variables juntas explicaron el 26% de la varianza.

2.6.5 PREDICCIÓN DEL NIVEL DE ESTRÉS

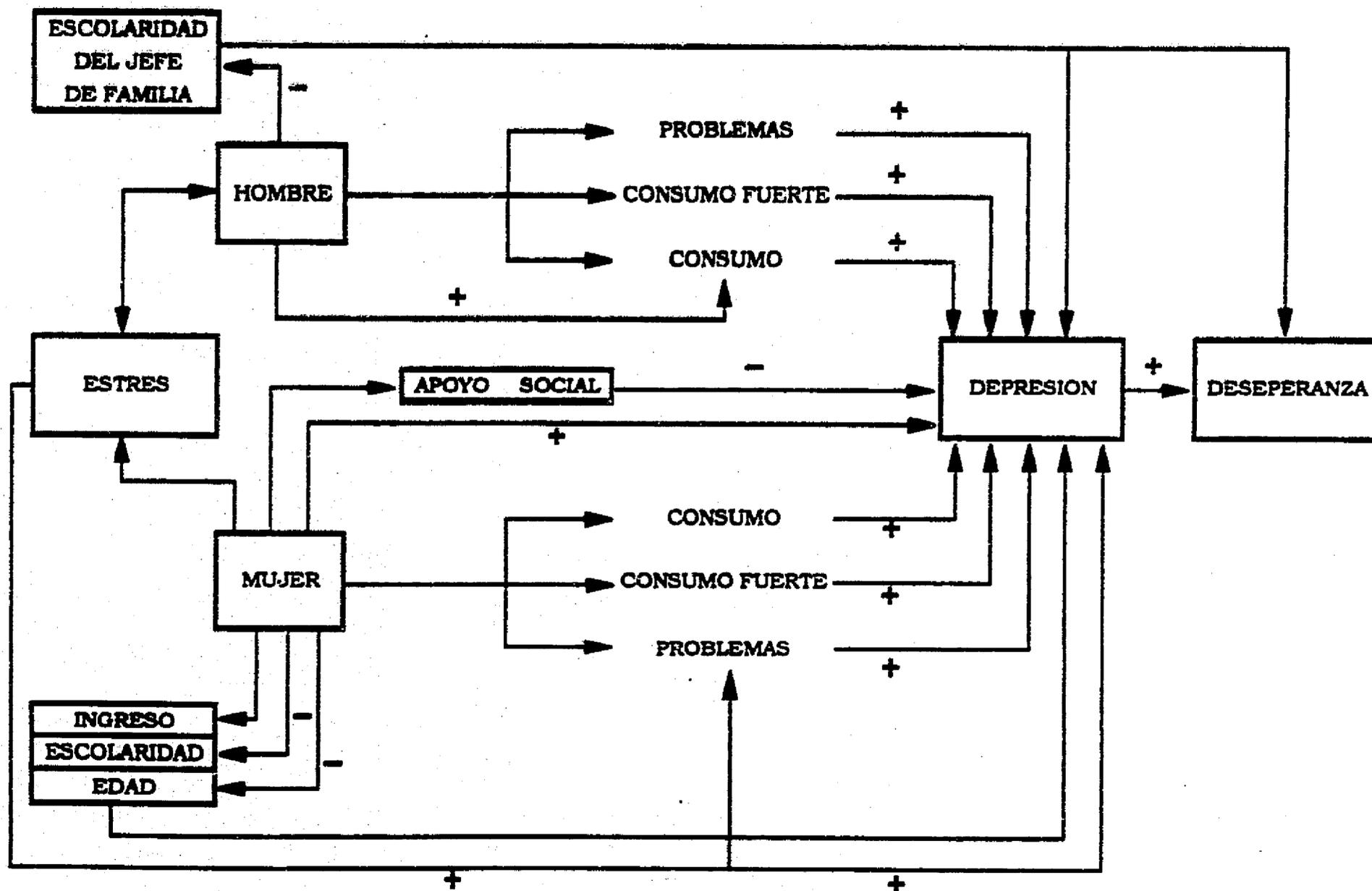
Se evaluó la asociación entre nivel de estrés, variable criterio y el género y consumo de alcohol como variables predictoras. El índice de estrés fue más alto en los hombres ($X=4.85$) que en las mujeres ($X=3.44$); y más alto en las personas que reportaron consumo en el último mes ($X=4.64$) en comparación con las que no bebieron en éste período ($X=3.72$). Se introdujeron en el procedimiento lineal multivariado, como predictoras, el género, el consumo en el último mes y la interacción entre estas dos variables; el modelo resultó significativo ($F=21.3$; $P \geq .0001$). Estas variables predijeron el 9.7% de la varianza del estrés. A nivel individual resultaron significativos el género, el consumo pero no así la interacción entre estas dos variables.

2.6.6 PREDICCIÓN DEL NIVEL DE DESESPERANZA

El nivel de desesperanza es mayor entre las mujeres ($X=0.36$) que entre los hombres ($X=.14$). No se observaron diferencias entre las personas consumen o no consumen bebidas alcohólicas por lo menos una vez al mes ($X=.22$; $X=.24$). Al introducir estas variables en un modelo lineal, junto con la interacción entre género y consumo, se encontró un modelo significativo ($F=5.5$; $p \geq .001$). Sin embargo, solamente se explicó un 3% de la varianza, y la única variable con asociación significativa fue el género.

RELACION ENTRE GENERO, DEPRESION Y CONSUMO DE ALCOHOL RESULTADOS

174



CONCLUSIONES

En este capítulo se presenta un resumen de los resultados más importantes y se derivan conclusiones sobre líneas futuras en la investigación sobre la relación entre género y consumo de bebidas alcohólicas. No se comparan los resultados provenientes de este estudio con los de otros similares ya que este aspecto ha sido tratado en extenso en el inciso anterior. La discusión versa sobre dos grandes aspectos, la aproximación metodológica seguida en este estudio y los resultados obtenidos.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

La forma en que se evaluaron los patrones de consumo resultó altamente satisfactoria, el mexicano no bebe de manera uniforme, su consumo es episódico con grandes cantidades. Con el fin de dar cuenta de esta forma de beber, se requieren de dimensiones no continuas que incluyan la comparación de parámetros de frecuencia y cantidad.

Al comparar el reporte de la forma de beber con la aparición de consecuencias, se confirma la bondad de esta definición. A pesar de que hay una correlación positiva entre número de copas consumidas por mes y número de problemas, la varianza de problemas explicada por esta forma de medir el consumo es baja. Aún más, el número de copas por mes, se asocia mejor con los problemas personales, pero es menos sensible para explicar el número de problemas sociales, esto es especialmente claro para las mujeres, se hace evidente, entonces que otras variables como podrían ser las normas en torno a esta práctica están también interviniendo. Es de esperarse que las mujeres tengan más problemas por el hecho de ir en contra de la norma establecida, más allá de la influencia de la frecuencia y cantidad.

Por otra parte, del total de personas con problemas, 81% reportaron el consumo de grandes cantidades por ocasión, si solo se considera a los hombres la proporción aumenta a 89%. Estas observaciones confirman la hipótesis de que los problemas están más asociados con la forma en que la cantidad de alcohol consumido se distribuye en las diferentes ocasiones que con la cantidad total, esto es, el consumo de grandes cantidades por ocasión explica mejor el índice de problemas.

En el caso de la mujer, esta asociación es menos clara, solamente el 47% de las mujeres con problemas fueron bebedoras de grandes cantidades, solo en el caso del consumo frecuente de alto nivel y consuetudinario, la asociación es clara, 92% de las mujeres en el primer patrón y 100% en el segundo, tuvieron al menos un problema.

El índice de problemas es mayor en los patrones que incluyen altas cantidades en comparación con los patrones que indican límite en la cantidad ingerida, con excepción del patrón poco frecuente en donde no se observan diferencias en el índice de personas con problemas y sin problemas. Esto indica que si bien la cantidad puede tener un mayor peso, es también importante beber con cierta regularidad.

En términos del tipo de problemas observamos que mientras más severo sea el patrón en términos de la cantidad, mayor número de síntomas de dependencia aparecen. Los bebedores más fuertes tienden a reportar más síntomas que indican dificultad de control. Una proporción pequeña contestó que una vez que iniciaba a consumir le era difícil parar, debido a que es un síntoma considerado central es importante buscar alternativas para preguntar por este síntoma de una manera inteligible para la población.

Los problemas de salud y con la pareja, tienden a distribuirse más en los diferentes patrones de consumo, sin embargo consistentemente se presentan con más frecuencia en los patrones de altas cantidades en comparación con las bajas y se incrementan con la frecuencia de consumo. Los problemas relacionados con la violencia tanto verbal como física, los problemas con la policía y los problemas laborales, también se manifiestan muy consistentemente asociados con la cantidad consumida y con la frecuencia con que esto se hace.

Llama la atención el índice de personas que respondieron consumir menos de una vez al mes, que limitaron el alcohol que consumieron 1 ó dos copas y que reportaron haber experimentado problemas del tipo investigado. A pesar de que en general el reporte de la conducta y sus consecuencias fueron consistentes, existe un pequeño sesgo que debe de ser tomado en cuenta.

En resumen podemos decir que la forma propuesta de medir las prácticas de consumo, da cuenta de los problemas que se derivan de esta práctica, sin embargo, la forma en que están fraseadas las preguntas dificultan el interrogatorio, también el programa de cómputo para crear ésta variable es complejo y consume un tiempo considerable. Sería conveniente mantener la tipología pero modificar las preguntas para interrogar directamente sobre la frecuencia en que se consumen diferentes cantidades por ocasión de consumo.

Desafortunadamente no fue posible, por el bajo índice de mujeres bebedoras, hacer el análisis por separado de la forma en que la mujer bebe y la aparición de problemas específicos, los resultados tienden a indicar que la claridad con que se relacionan ambas variables en el caso de la población masculina, no es necesariamente igual para la mujer. Deben de buscarse mejores formas de dar cuenta de las consecuencias del consumo de alcohol en éstas, a la luz de las estrictas normas sociales. Esto es especialmente importante se se considera que las medidas utilizadas han sido desarrolladas para evaluar a hombres, que como se hizo evidente en este estudio, se perciben a sí mismos, al mundo que los rodea y actúan de manera tan diferente a la mujer. Es evidente que la mujer tiene una mayor vulnerabilidad biológica y social, qué implicaciones tiene esto para la manifestación de problemas, qué indicadores necesitamos para medirlos, estas y otras preguntas deben de ser objeto de futuros estudios.

HABITOS DE CONSUMO

Utilizando esta tipología, se encontró que el patrón de consumo más típico de la población masculina es el consumo poco frecuente pero con grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo. El 10% de los bebedores más fuertes, consume el 65% del alcohol disponible en la región, estimado a partir del autoreporte de los usuarios.

Es de llamar la atención la práctica ausencia de hombres que limitan la cantidad de alcohol que consumen. Solamente 8% de los hombres calificaron para la categoría de bajo nivel de consumo, esto es limitan la cantidad de alcohol que beben a 1 ó 2 copas; 67% de los hombres que beben por lo menos una vez al mes, son bebedores de alto nivel (5 ó más copas por ocasión), esto ocurre solamente en un 21% de las mujeres que beben con esta frecuencia.

En la población rural, se observa, lo que a nivel internacional, sucede para el país, coexisten altas tasas de abstinencia, con índices altos de problemas. Esto ocurre porque el alcohol disponible es consumido por una proporción menor de personas que beben grandes cantidades cada vez que beben. En este sentido podría decirse que México, es un país seco, en donde no hay consumo frecuente, el consumo per cápita o promedio, no da cuenta de la forma de consumo de la población y el consumo fuerte se asocia con un índice importante de problemas derivados de la intoxicación y conflictos con el medio social.

Los resultados de este estudio confirman lo observado con anterioridad, los hombres consumen con más frecuencia y en mayor cantidad que las mujeres. Cuando las mujeres beben, no lo hacen igual que el hombre, beben en más proporción vino de mesa, consumen en forma más moderada y tienen menos problemas. Sin embargo cuando beben en cantidades moderadas, tienden a tener proporcionalmente más problemas que los hombres, esto es, más problemas, a cantidades más bajas.

La población estudiada reportó un elevado índice de problemas asociados con el consumo de alcohol, índice que se antoja desproporcionado al número de bebedores consuetudinarios que se encontraron. Esta observación, había sido ya realizada por Roizen en el estudio de la O.M.S. Respuestas de la Comunidad, (1980) quien sugiere que el elevado índice de problemas que reportan personas que consumen bebidas alcohólicas en raras ocasiones puede estar más asociados con intoxicación aguda que con abuso crónico o alcoholismo. Los resultados de este estudio permiten concluir que la manifestación de problemas es muy consistente con el consumo de grandes cantidades de alcohol por ocasión, esto es con la embriaguez, aunque no se beba todos los días. Queda para otros estudios determinar la relación entre esta forma de beber y el desarrollo de dependencia. Esto es qué probabilidad de volverse alcohólico tiene una persona que bebe cada quince días, y cuando lo hace abusa del alcohol, cuando esto ocurre por muchos años. Estos resultados son consistentes con la conceptualización de dependencia de Edwards y Gross (1976), adoptada por ICD 10 y DSM III R, que no considera que se trate de un fenómeno de todo o nada, sino que puede ocurrir en forma gradual. Sin embargo no se sabe qué proporción de estos bebedores llegan a presentar dependencia severa, el concepto de que el síndrome no es necesariamente irreversible, es también consistente con lo observado.

A la fecha se tienen pocos estudios que aborden la manifestación de problemas personales y sociales en bebedores con diferentes patrones de consumo y la relación con la dependencia. Esta es una línea de investigación que merecería más atención, los estudios de Ayala (1993) sobre intervención con alcohólicos y de Rosovsky (1993) sobre alcohólicos en AA, podrán dar mayor luz a este aspecto. Sin embargo es necesario que se estudie este problema en muestras grandes de alcohólicos mexicanos. Hasta ahora la mayor parte de los estudios, que abordan este problema en poblaciones clínicas, se han llevado a cabo en población blanca americana e inglesa cuyos patrones de consumo difieren de lo observado en nuestro país. Esto constituye un hueco importante en la literatura si consideramos que Edwards y Gross (1976), establecen que el síndrome de dependencia estaría inevitablemente moldeado por la influencia patoplástica de la cultura.

Por otra parte, esta conceptualización ha dejado fuera a los problemas sociales, debido probablemente, a la gran dificultad de desarrollar medidas válidas transculturalmente, sin embargo se trata de indicadores muy importantes. El estudio internacional coordinado por la OMS sobre aspectos culturales en el diagnóstico de dependencia, cuyos reposables en México son Campillo (1993) y Romero (1993), ciertamente contribuirá a proponer mejores definiciones.

En este sentido, resulta interesante que en la población incluida en este estudio, se observe un buen entendimiento de lo que implica definir el alcoholismo como enfermedad. Estuvieron de acuerdo en que el alcoholismo era una enfermedad, en la necesidad de tratamiento a fin de detener la progresión de la enfermedad una vez declarada, en la necesidad de abstenerse; sin embargo simultáneamente consideraron que el alcohólico es "una persona débil moralmente" y que "la mayor parte de los alcohólicos toman porque quieren". Así estarían más cercanos a la concepción de AA, el alcohólico no es responsable de su enfermedad, pero sí de lo que hace con ella. En este sentido la responsabilidad se ubica en tomar la primera copa.

DEFINICION CULTURAL DEL CONSUMO

La conducta estudiada, está fuertemente regulada por normas estrictas sobre quién puede beber; son evidentes los dobles parámetros, mientras se considera adecuado que el hombre beba en exceso, la mujer debe de abstenerse. Existe marcado consenso en torno a estas normas, son apoyadas por hombres y mujeres, jóvenes y viejos. Estas normas pueden estar influidas por la mayor vulnerabilidad de la mujer a los efectos del alcohol y por su papel como madre tanto durante la gestación como durante la crianza.

Este fuerte arraigo de la mujer en torno a la abstención del consumo de bebidas con contenido alcohólico se hace patente en los resultados de la comparación internacional. A pesar de que la mujer que migra, se enfrenta a un medio más permisivo para el consumo, a diferencia del hombre, no modifica sus prácticas de consumo, ni por el hecho de migrar, ni con el tiempo de vivir en aquél país. Es necesaria su aculturación con cambios en el idioma y amistades, para que modifique ésta tan arraigada costumbre en nuestro medio. En México, también el tener actitudes liberales hacia el consumo predican el consumo, y es la única variable que pesó para predecir la embriaguez en este género.

Sin embargo los resultados también indican que la situación puede estar cambiando. La mujer se involucra cada vez más en el consumo, son las más jóvenes, las que tienen mejor nivel de ingresos y quienes tienen actitudes liberales hacia el consumo. Probablemente sea este grupo el que también se ha beneficiado más de la transición del papel de la mujer al ingresar en la vida económicamente activa, la mujer con menos recursos, se ha visto más afectada por la necesidad de cubrir dobles jornadas y probablemente tenga menos tiempo para el consumo, es también probable que los roles más tradicionales que se observan en este grupo sean aún más incompatibles con la conducta de consumo.

Una proporción mayor de hombres que de mujeres bebedores, consideró que existían razones importantes para beber, solo en dos razones las mujeres superaron a los varones, las primeras le atribuyeron más importancia al alcohol como parte de una buena dieta, y con más frecuencia reportaron consumir cuando se sentían tensas y nerviosas. Queda para otros análisis estudiar si el mayor índice de problemas que presentan las mujeres que beben en forma moderada, en proporción a los varones, se relaciona con las razones de consumo, podría esperarse que aquellas mujeres que beben por razones de este tipo, puedan manifestar más problemas que aquellas que lo hacen por motivos sociales, con un riesgo incrementado al controlar frecuencia y cantidad de consumo.

Las razones para las que hubo mayor acuerdo fueron aquellas relacionadas con los usos sociales del alcohol: para celebrar, para ser sociable. Estos resultados resaltan la importancia del alcohol como lubricante social, como un medio de integración de actividades de grupo. Sin embargo solo una tercera parte de la población mostró acuerdo con los atributos positivos del alcohol. El mayor índice de apoyo lo recibió la afirmación "beber es uno de los placeres de la vida" aún así no hubo mucho consenso. Esto refleja la ambivalencia del mexicano en torno a esta práctica, por una parte está totalmente integrada en la vida diaria, en la comparaciones internacionales se hace claro que el mexicano no considera que una fiesta sea realmente una fiesta si no se sirve alcohol, cuando en otras culturas esto aparece como más natural (Caetano, 1988), pero por otra parte no se está dispuesto a aceptar los atributos positivos de esta práctica.

Las creencias en torno al alcohol son compartidas por hombres y mujeres, con pocas variaciones entre los géneros; solamente se encontró más apoyo de los hombres a considerar que emborracharse es solo una manera inocente de divertirse, y de las mujeres a considerar que las gentes que beben se divierten más y que un hombre "macho" puede

controlar su bebida. Es digno de mención que, a pesar de los prejuicios existentes, solamente un 14% de los hombres estuvieron de acuerdo con esta última afirmación, de hecho fue la afirmación que menor apoyo recibió de este grupo.

Hombres y mujeres comparten el significado cultural del consumo, en esta población el peligro de enfermar, de perder control, de hacer cosas de las que luego se puede arrepentir y el tener problemas con las autoridades fueron razones muy poderosas para ambos grupos con un alto nivel de consenso. Los problemas con la familia y el trabajo ocuparon el segundo lugar de importancia, finalmente la religión y el miedo al alcoholismo no parecen ser razones importantes ni para hombres ni para mujeres.

No fue posible, en este estudio, evaluar el efecto del cambio de la composición religiosa de la nación sobre las prácticas de consumo, el tamaño de muestra no permitió hacer este análisis, la mayoría de los individuos entrevistados, se autoidentificó como protestante. Llama la atención, sin embargo, que la religión, en este caso, la católica, no constituyó una razón importante para no beber, de hecho, desde antes de la colonia, el consumo está integrado a las festividades religiosas, y no existen, en la actualidad, restricciones asociadas a la religión, sobre la forma y ocasiones de consumo. Es importante estudiar el impacto de las nuevas formas de religión sobre esta conducta y otras que estarán asociadas como es la disminución del gasto en alcohol, su posible repercusión en las relaciones familiares, actualmente tan afectadas por esta práctica, sobre todos en las regiones rurales.

De este estudio se derivan un gran número de preguntas que no fue posible analizar dado lo ya extenso del trabajo, sin embargo sería importante continuar en el análisis de los datos ya recogidos así como en otras muestras orientados a responder preguntas tales como ¿qué diferencias se encuentran en las normas de consumo para diferentes ocasiones entre abstemios, bebedores que limitan el alcohol que consumen y bebedores fuertes?

MEDIDAS DE CONTROL

La actitud de la población frente a medidas de control de disponibilidad son consistentes con la ambivalencia que se observa en torno a esta práctica. Dos terceras partes de la población estuvieron de acuerdo con las medidas instrumentadas por el gobierno pocos meses antes del levantamiento de la encuesta. Estas medidas estaban orientadas a controlar la disponibilidad de bebidas alcohólicas en cuanto a horarios y

limitación de licencias de venta en establecimientos comerciales. Sin embargo solo una tercera parte consideró que las medidas habían de hecho logrado su objetivo. Cerca de la mitad de la población consideró que había aumentado la venta ilegal.

La opinión de la población muestra variaciones importantes, las personas de origen rural, y la población urbana con baja escolaridad y bajos niveles de ingreso estuvieron más de acuerdo con medidas de control de este tipo. En los varones el índice de problemas predijo también una actitud positiva.

RELACION ENTRE CONSUMO Y MALESTAR EMOCIONAL

Se buscó estudiar la relación entre el consumo de alcohol y los problemas que se derivan del abuso con variables de malestar emocional, como son la depresión y la desesperanza; la asociación con otras variables, que podrían tener una importancia etiológica, como es el nivel de estrés y analizar el papel que jugaba el apoyo social en la manifestación de éste problema.

Los resultados de este estudio son consistentes con lo reportado por la literatura en el sentido de que la mujer presenta índices más altos de depresión que el hombre. El consumo de alcohol, no modifica esta relación, la fortalece. Mientras más severo es el patrón de consumo de la mujer, más alto es el nivel de depresión y mayores son las diferencias en relación con el hombre.

La depresión, en los hombres, fue explicado en primer lugar por el índice de problemas con el alcohol, en segundo término por la escolaridad del jefe de familia en sentido negativo, y en tercer lugar por la desesperanza medida en términos de ideación suicida. En las mujeres pesaron más la desesperanza, la baja escolaridad del entrevistado, el nivel de estrés, el poco ingreso y solo en último lugar el índice de problemas con el alcohol. Otras investigaciones deben de profundizar en el estudio del significado de esta asociación, sin embargo llama la atención que mientras que en el hombre, la depresión tiene una relación directa con el abuso de alcohol, en la mujer, son más importantes variables relacionadas con malas condiciones de vida y pobreza.

La predicción de los problemas derivados del abuso de alcohol, mostró también variaciones interesantes. Aparentemente en los varones pesan más las experiencias externas que las internas, mientras que en las mujeres el malestar interno parece tener mayor peso;

las experiencias estresantes y en segundo lugar la depresión, y en tercer lugar la desesperanza predijeron el índice de problemas en los varones. En las mujeres pesó primero la depresión y luego la presencia de eventos externos productores de estrés.

Los problemas personales derivados del consumo (indican problemas de salud, relacionados con la dependencia, y la intoxicación) correlacionaron significativamente con el nivel de estrés o de eventos de la vida, y en menor medida con la depresión y el apoyo social, esta última variable, en sentido positivo. Los problemas sociales solo mostraron asociación importante con el nivel de estrés. Estos resultados tenderían a señalar, por un lado que el apoyo social, no jugó el papel esperado, probablemente en este caso, mayores contactos interpersonales resultan también en mayores ocasiones de consumo, en este caso la operacionalización de la variable pudo no haber sido la óptima, es decir es probable que no haya evaluado, como se esperaba, el papel que las relaciones interpersonales juegan en la mitigación del estrés y por lo tanto su presencia no disminuyó el índice de problemas o el malestar emocional. El hecho de que los problemas sociales solo mostraran correlaciones con el nivel de estrés apoya la orientación teórica que se utilizó en este estudio, que postula que este tipo de problemas evidencian tensiones con el medio, y dependen en gran medida de las definiciones culturales en torno a esta práctica.

Para terminar cabe resaltar que a pesar de que se han hecho estudios sobre el efecto que tiene sobre las prácticas de consumo del mexicano, el enfrentarse a la cultura norteamericana, poco sabemos sobre lo que sucede cuando regresa a su lugar de origen, ni cómo afecta a la comunidad a la que retorna con nuevas normas y patrones de conducta, y cuál es la diferencia entre hombres y mujeres. Es necesario estudiar más a fondo, relación entre épocas de crisis y problemas con alcohol y las variaciones por género. En este trabajo se estudió a una población muy específica con orígenes étnicos muy fuertes pero diferentes al de otras regiones del país. Los hallazgos en relación con las prácticas de consumo, principalmente entre los varones, parecen ser generalizables, ya que coinciden con lo reportado en otros estudios, sin embargo es muy probable que las normas varíen, principalmente en relación con el consumo por parte de la mujer, esto explicaría las variaciones que se observan en relación con otros estudios.

REFERENCIAS

- Abel, E. (1986). A review of alcohol's effects on sex and reproduction. Drug and Alcohol Dependence, 5:321-332.
- Abel, E.L. y Sokol, R.J. (1987). Incidence of fetal alcohol syndrome and economic impact of FAS-related anomalies. Drug and Alcohol Dependence, 19:51-70.
- Abel, E.L. y Sokol, R.J. (1991). Revised conservative estimate of the incidence of FAS and its economic impact. Alcohol Clin Exp Res, 15(3):514-524.
- Amaro, H., Fries, L.E., Cabral, H. y Zuckerman, B. (1990). Violence during pregnancy and substance use. AJPH, 80(5):575-579.
- American Psychiatric Association. (1988). DSM-III-R Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, S.A.
- Andrade, P.P., Díaz-Loving, R. y Pick de Weiss, S. (1988). Interacción marital y celos en hombres y mujeres a través del ciclo vital. La Psicología Social en México, II:190-196.
- Ayala, H. (1993). El curso del Alcoholismo, una Versión Psicológica. Reimpreso, pp. 27.
- Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, Experimental and Theroretical Aspects. London: Dtaples Press.
- Berruecos, L. y Velazco, M.L.P. (1977). Lástima que Mhountía quería y no Papa. Patrón de Ingestión de Alcohol en una Comunidad Indígena de la Sierra Norte de Puebla. México: Centro de Estudios de Salud Mental.
- Blum, K., Noble, E.P., Sheridan, P.J., Montgomery, A., Ritchie, T., Jagadeseswonan, P., Nogami, H., y Cohen, J.B. (1990). Allelic association of human dopamine D₂ receptor gene in alcoholism. Journal of the American Medical Association, 263:2094-2095.
- Borges, G.G., Kershenovich, D., Pelcastre, B., Gil, A., Inda, M. y Garrido, F. (1992). Cirrosis hepática y consumo de alcohol en un estudio colaborativo: Instituto Mexicano de Psiquiatría - Instituto Nacional de la Nutrición. Reseña de la VII Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Anales 3:130-138.
- Borges, G., Tapia, C.R., López-Cervantes, M., Medina-Mora, M.E., Pelcastre, B. y Franco, F. (1992a). Consumo de alcohol y embarazo en la Encuesta Nacional de Adicciones. Bol of San Panam (Enviado para publicación).
- Borges, G., López-Cervantes, M., Medina-Mora, M.E., Tapia, C.R. y Garrido, F. (1992b). Alcohol consumption, low birth weight and preterm delivery in the National Addiction Survey (Mexico). Inter J Addiction (Aceptado para publicación).
- Brown G.W. y Harris, T. (1978). Social Origins of Depression. A study of Psychiatric Disorder in Women. Great Britain: Tavistock Publications Limited.
- Burnam, M.A. (1988) Psychosocial and Health Consequences of Alcohol Involvement among Mexican Americans. En: Alcohol Consumption Among Mexicans and Mexican Americans: A Binational Perspective. Gilbert, J. editor. UCLA, 145-174.

Bunzel, R. (1940). The role of alcoholism in two Central American cultures. Psychiatry, 3:361-387.

Caetano, R. (1987). Acculturation and Drinking Patterns among U.S. Hispanics. Brit. J. Addict, 82: 789-799.

Caetano, R. (1987). Alcohol Use and Depression Among U.S. Hispanics. British Journal of Addiction, 82, 1245-1251.

Caetano, R. (1987). Drinking patterns and alcohol problems in a National Sample of U.S. Hispanics in National Institute on alcohol abuse and alcoholism. Alcohol use among U.S. Ethnic Minorities. Research Monograph No. 18, Washington: Government Printing Office.

Caetano, R. y Medina-Mora, ME. (1988). Patrones de Consumo de Alcohol y Problemas Asociados en México y en Población de Origen Mexicano que habita en Estados Unidos". Rev. Nueva Antropología, 34:137-155.

Caetano, R. y Medina-Mora, M.E. (1988). Acculturation and Drinking among People of Mexican Descent in Mexico and the United States. Journal of Studies on Alcohol, 49(5):462-471.

Cahalan, D. y Room, R. (1974). Problem Drinking among American Men. Monograph No. 7. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Cahalan, D., Cisin, J.H y Crossley H.M. (1979). American Drinking Practices. A National Study of Drinking behavior and Attitudes. Monograph No. 6., New Brunswick NJ: Rutgers Center of Studies.

Calderón, G. Campillo, C. y Suárez, C. (1981). Respuestas de la Comunidad ante los Problemas Relacionados con el Alcohol. México: Monografía OMS-IMP.

Campillo, C. (1993). Diagnóstico y clasificación de desordenes mentales: Problemas relacionados con el abuso del alcohol y las drogas. OMS/ADAMHA. Proyecto en curso, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Campillo, C., Díaz, R., Romero, M., Villatoro, J., Nava, A., Resendiz A., Parra, M.E. y Sánchez, L. (1988). ¿Es el alcohol la unica diferencia entre los abstemios y los bebedores? IV Reunion de Investigación, 245-252. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Canino, G.J., Bird, H., Shrout, P., Rubio, M., Geil, K.P. y Bravo, M. (1986). The prevalence of alcohol abuse and/or dependence in Puerto Rico. NIAAA Research Monograph No. 18, Alcohol Use among Ethnic Minorities, Washington D.C.

Caraveo, A.J., Ramos L.L. y González F.C. (1988). Características clinicas de los pacientes en la practica médica general. IV Reunion de Investigación, 287-293. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Cervantes, R.C., Castro, F.G. (1985). Stress, Coping and Mexican American Mental Health: A Systematic Review. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 7(1):1-73.

Corcuera de Mancera, S. (1991). El fraile, el indio y el pulque. México: Fondo de Cultura Económica.

Corona, R. (1989). Aspectos cuantitativos de la migración femenina interestatal en México. 1950-1980. En: Cooper, J. (Compilador). Fuerza de trabajo femenina urbana en México. UNAM. México: Porrúa.

Corona, V.R. y Rufz, Ch.C. (1982). Migrantes Internacionales con y sin antecedentes de migración interna. Algunas características socioeconómicas. Análisis 2, Encuesta Nacional de Emigración hacia la Frontera Norte del país y a los Estados Unidos, Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Cravioto, P. y Tapia, C.R. (1992). Datos sin publicar. Reporte Interno.

Cuevas, C.S. (1991). Alcohol y Migración. Paper presented at the XII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Acapulco, Gro. México.

Cuevas, C.S., Aranda, O.F. y Madrid, R.R. (1993). Los efectos de la inmigración del campo a la ciudad sobre el nivel de Salud Mental. Reseña de la VIII Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Anales 4. Instituto Mexicano de Psiquiatría. (Aceptado para publicación).

De Barbieri, T. (1989). Cambios en la Condición de las Mujeres. Demos, Carta Demográfica sobre México, No. 2, 12-13.

De la Fuente, J.R., Gutiérrez, R.L.M., Rivero, M.F., García Tsao, G., Rojkind M. y Kersenovich, D. (1982). Detección Precoz del Alcoholismo en una Población Hospitalaria. Revista de Investigación Clínica, 34:1-6.

De la Parra, A., Medina-Mora, M.E., Terroba, G. y Rubio, S. (1979). Estudio Epidemiológico sobre consumo de fármacos en la ciudad de Puebla, Pue. (A través de encuestas de hogares) Cuadernos Científicos CEMESAM, 11: 14-15.

De la Parra A., Terroba, G. y Medina-Mora, M.E. (1979). Prevalencia del Consumo de Alcohol en la Ciudad de San Luis Potosí. Enseñanza e Investigación en Psicología, 2(12): 236-245.

Díaz-Guerrero, R. y Díaz-Loving, R. (1988). El poder y el amor en México. La Psicología Social en México, II:153-159.

Díaz-Loving, R., Gamboa, M. y Canales, L. (1988). Exploraciones en la configuración semántica del noviazgo. La Psicología Social en México, II:172-178.

Díaz-Loving, R., Canales, L. y Gamboa, M. (1988). Desenredando la semántica del amor. La Psicología Social en México, II:160-166.

Díaz-Loving, R. (1990). Configuración de los factores que integran la relación de pareja. La Psicología Social en México, III:133-138.

Dohrenwend, B.P. y Dohrenwend, B.S. (1974). Stressful Life events: Their Nature and Effects. New York: John Willen.

Duckert, F. (1986). The treatment of female problems drinkers". "Woman, alcohol and drug in the Nordic countries". NAS Nordic Council for Alcohol and Drug Research, 16:172-191.

Dunne, F. (1988). Are women more easily damaged by alcohol than men?. British Journal of Addictions, 83:1135-1136.

Edmandson, HA. (1975). Mexican American Alcoholism and death at LAC-USC Medical Central. Testimony before the Subcommittee on Alcoholism of the California Senate.

Edwards E. y Gross MM. (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. 1:1058-1061.

Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G. y Muñoz, R. (1975). Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. Archives of General Psychiatry, 26:56-73.

Fillmore, K.M. (1980). Comments on Wechlers, H. paper: Epidemiology of Male/Female Drinking Over the Last Half Century. En: Alcohol and Women. NIAAA Research Monograph No. 1, 32-39. DHEW Publication No. (ADM) 80-835.

Fisher, H.R., Simpson, R.I. y Kapur, B.M. (1987). Calculation of blood alcohol concentration (BAC) by sex, weight, number of drinks and time. Canadian Journal of Public Health, 78:300-304.

Galvao-Telest, A. y Goncalves, L. (1983). Alterations of testicular morphology in alcoholic disease. Alcoholism, 7(2):144-149.

Gergen, K.J. (1991). El Yo Saturado. Dilemas de Identidad en el Mundo Contemporáneo. México: Paidós.

Gertz, Blurred Genes. (1983). The Refiguration of Social Thought. En: Gertz. Local Knowledge: Further essays in Interpretative Anthropology. Ney York: Basic Books.

González, P.F. (1983). El mexicano, su dinámica psicosocial. Ed. Pax México, 5ª edición.

Goodwin, D. (1979). Alcoholism and heredity: A review and hypothesis. Arch Gen Psychiatry, 36:57-61.

Goodwin, D. (1985). Alcoholism and genetics: The sins of the fathers. Arch Gen Psychiatry, 42:171-174.

Gwartney-Gibbs., 1982. En: Room R. (1990). Measuring alcohol consumption in the United States. En: Kozlowski, L. eds., Research Advances in Alcohol and Drug Problems. 10:39-80. New York and London: Plenum Press.

Harford, T. (1979). Citado en: Room R. Measuring alcohol consumption in the United States. En: Lynn Kozlowski et al, eds. (1990) Research Advances in Alcohol and Drug Problems. New York and London: Plenum Press; 10:39-80.

Harré, R., Clarke, D. y De Carlo, N. (1989). Motivos y Mecanismos: Introducción a la Psicología de la Acclón. Barcelona: Paidós.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin. (In Press).

Heman, A. (1987). Características Psicosociales en Sujetos Homicidas. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Investigación en proceso.

Hill, S.Y., Aston, C. y Rabin, B. (1988). Suggestive evidence of genetic linkage between alcoholism and the MNS blood group. Alcohol Clin Exp Res, 12:811-814.

Hill, Y.S. (1980). Biological and Psychosocial Consequences of Alcohol for Women, Introduction. En: Alcohol and Women, NIAAA Research Monograph No. 1, 45-62. DHEW Publication No.(ADM) 80-835.

Ibáñez T. (1992). La Tensión Esencial de la Psicología Social., En: Teoría y Método en psicología social. Paez, D., Valencia J, Morales, JF., Sarabia, B., Ursua, N. editores. Anthropos, Editorial del Hombre. pp. 13-29, Barcelona, España.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA. XI Censo Nacional de Población y Vivienda, 1990.

Jellinek, EM. (1960) The disease concept of alcoholism. New Haven: College University Press.

Jessor, R., Graves, T.D., Hanson, R.C. y Jessor, S.L. (1968). Society, Personality and Deviant Behavior. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Jones, K.L. y Smith, D.W. (1973). Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. Lancet, 2:999-1001.

Kaskutas, L. (1989). Women for sobriety: a qualitative analysis. Contemporary Drug Problems, 177-200.

Kellam, Sh. Developmental Epidemiologic Framework for Family Research on Depression and Aggression. En: GR Patterson (Ed), Depression and Aggression in Family Interactions. (pp. 11-48) Englewood Cliffs, NJ, Erlbaum.

Kellam, Sh. y Rebok, G. Building Developmental and Etiological Theory Through Epidemiologically Based Preventive Intervention Trials., chapter 8., pp. 162-195. En: J. McCord & R.E. Tremblay (eds). (1992). Preventing Antisocial Behavior: Intervention from Birth through Adolescence, NY Guilford Press.

Kennedy, J.G. (1963). Tescüino complex: the role of beer in Tarahumara culture. American Anthropologist, 65:620-640.

Kuhn, T. (1962). La Estructura de las Revoluciones Científicas. , México: Fondo de Cultura Económica.

Knupfer, G. y Room, R. (1964). Age, sex and social class as factors in amount of drinking in a metropolitan community. Social Problems, 12:224-240.

Knupfer, G. (1982). Problems associated with drunkenness in women. Some research issues. En: Special Population Issues. Alcohol and Health Monograph 4:3-39. DHHS. Publication (ADM) 82-1192, Washington, D.C. USGPO.

Lara, A. (1992a). Inventario de masculinidad y feminidad. México: El Manual Moderno.

Lara, A. (1992b). Características psicológicas de mujeres empleadas (el caso de las enfermeras) y no empleadas y su relación con la conducta de apego de los niños. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reporte Interno.

Lara, A. Medina-Mora, M.E. Gutiérrez, E. (1990). Relations Between Masculinity and Femininity and Alcohol Consumption and Related Behaviors in a General Population Sample. Aceptado para publicación en Drug and Alcohol Dependence.

Lazarus, R.S. (1966). Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill.

Lederman, S.C. (1970). La mortalité per causes dans ses rapports avec l'alcoolisation de la population. Citado en: Popham, R., Indirect methods of alcoholism prevalence estimation: A critical Evaluation en Alcohol and Alcoholism. Popham Reditor, Universites of Toronto press. Canada.

Madsen, W. y Madsen, C. (1969). The cultural structure of mexican drinking behavior. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 30:701-718.

Makela, K. (1971). Measuring the Consumption of Alcohol in the 1968-69 Alcohol Consumption Study. Report No.2. Helsinki, Social Research Institute of Alcohol Studies.

Makela, K., Simpura, J. (1985). Experiences Related to Drinking as a Function of Annual Alcohol Intake and by Age and Sex. Drug and Alcohol Dependence, 15:389-404.

Makela, K. (1991). Impact of changes in availability of alcohol on heavy and dependent drinkers. En: Cohen-Yañez Eds, Proceedings of the International Symposium on Drug Dependence, from the Molecular to the Social level. 369-376p. México.

Makela, K. y Mustonen, H. (1988). Positive and Negative experiences related to drinking as a function of annual alcohol intake. British Journal Addiction, 83:403-408.

Martines, R.M., Martin, M.L. y Calve, A. (1988). Alcohol consumption prevalence in the autonomous region of Madrid. NIDA Monograph series, 85.

McClelland, D.C., Davis, W.N., Kalin, R. y Wanner, E. (1972). The Drinking Man. New York Free Press. Citado en Wechsler, H. (1980). Alcohol and Women, Summary of the Literature. Alcohol and Women, NIAAA Research Monograph No 1. pp 45-62. DHEW Publication No.(ADM) 80-835.

May GW., Baker WE. Human and environmental factors in Alcohol Related Traffic Accidents. En: S. Israelstam & S. Lambert (Eds). (1974). International Conference on Alcohol Drugs and Traffic Safety pp. 129-145. Toronto: Addiction Research Foundation.

Medina-Mora, M.E. y Terroba, G.G. (1980). Relación entre patrones de consumo de alcohol y problemas relacionados: Evaluación de su operacionalización. Reporte Interno, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Medina-Mora, M.E., De La Parra, C.A. y Terroba, G. (1980). Extensión del Consumo de Alcohol en la Población de la Paz, B.C. Encuesta de Hogares. Cuadernos Científicos CEMESAM, 12:(4)193-20.

Medina-Mora, M.E., Rascón, M.L., García, G. y Ezbán, B.M. (1986). Patrones de Consumo de Alcohol y Normas Asociadas en una Población de Michoacán (México). Rev. Salud Mental, 9(4):87-91.

Medina-Mora, M.E. (1987). El Consumo de Alcohol en México y sus Problemas Relacionados. Salud Mental, 10(4):81-91.

Medina-Mora, M.E., Rascón, M.L., Otero, B.R. y Gutiérrez, E. (1988). Patrones de Consumo de Alcohol: El Problema en México. Consumo de Alcohol en México y Estados Unidos. Los Angeles: Ed. UCLA.

Medina-Mora, M.E., Rascón M.L., Otero, M.R., García, G. y Gutiérrez, E. (1988a). La educación en el manejo de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. La Psicología Social en México, II:273-278.

Medina-Mora, M.E., Tapia, R., Sepúlveda, J., Rascón, M.L., Mariño, M.C. y Villatoro, J. (1991). Los patrones de consumo de alcohol y los síntomas de dependencia en la población urbana de la República Mexicana. Reseña de la VI Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Anales 2. 133-137.

Medina-Mora, M.E., Rascón, M.L., Tapia, C.R., Mariño, M.C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. y Gómez, M. (1992a). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un Estudio Nacional. Reseña de la VII Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Anales 3. 48-55.

Medina-Mora, M.E. (1992b). Encuesta Nacional de Uso de Drogas en la Comunidad Escolar. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Investigación en Proceso.

Medina-Mora, M.E., Rascón, M.L., Tapia, R., Mariño, M.C., Juárez, F., Villatoro, J., Caraveo, J. y Gómez, M. (1992). Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un Estudio Nacional. Reseña de la VII Reunión de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Anales 3. 48-55.

Mello, K.N. (1988). Effects of alcohol abuse on reproductive function in women. En: Recent Developments in Alcoholism, Vol. 6. New York: Plenum Press.

Mena, M.R., Fernández, E.R., Carrasco, R.V., Pérez, H.C. y Casanueva, V. (1984). Prevalencia del síndrome alcohólico fetal en escuelas de educación diferenciada de Concepción, Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 97(5):423-433.

Midanik, L. (1983). Alcohol problem and depressive symptoms in a national survey. Advances in Alcohol and Substance Abuse, 2:9-28.

Moser J. (1980). Prevention of alcohol related problems. Canada: World Health Organization Publication. Toronto: Addiction Research Foundation.

Moser, J. (1982). Prevention of Alcohol Related Problems. World Health Organization. Canada: Addiction Research Foundation.

Moss, RH, Cronkite, RC, Billings, A.G., Finney, J.W. (1983). Health and Daily Living Form manual. Social Ecology Laboratory, Veterans Administration and Stanford University medical Center.

Natera, G. (1981). El uso de Alcohol en Zonas Rurales de México. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Manuscrito sin publicar.

Natera, G. y Terroba, G. (1982). Prevalencia del consumo de Alcohol y Variables Demográficas Asociadas de la Ciudad de Monterrey, N.L. Salud Mental, 1(5):82-86.

Natera, G., Herrejón, E. y Rojas, E. (1988). Comparación de algunas de las características de la conducta de las esposas de alcohólicos y no alcohólicos. Salud Mental, 11(1):13-18.

Natera, G. y Holmila, M. (1990). El papel de los roles sexuales en la familia y el consumo de alcohol. Una comparación México-Finlandia. Salud Mental, 13(3):20-26.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1991). Fetal Alcohol Syndrome. Alcohol Alert NIAAA 13.

Ostenberg, E. Recorded and Unrecorded Alcohol Consumption. En: Simpura J. Ed. (1987). Finish Drinking Habits. Results from Interview Surveys Held in 1968, 1976 and 1984. The Finish Foundation for Alcohol Studies. Helsinki.

Overton y Ress. Worlds Views and their Influence on Psychological Theory and Research. Citado en: Paez, D., Valencia J, Morales, J.F., Sarabia, B., Ursua, N. Eds. (1992). Teoría, Metateoría y Problemas Metodológicos en Psicología Social. Barcelona, España: Anthropos, Editorial del Hombre.

Paez, D., Valencia, J, Morales, J.F., Sarabia, B., Ursua, N. (1992). Teoría y Método en psicología social. Barcelona, España: Anthropos, Editorial del Hombre.

Péquignot, G., Chabert C., Eydoux H. y Courcoul, MA. (1974). Augmentation du Riske de Cirrohse en Fonction de la rasion D'alcool. Revue de l'Alcoolisme, 20:191-201.

Pick de Weiss, S., Díaz-Loving, R. y Andrade, P.P. (1988). Conducta sexual, infidelidad y amor en relación a sexo, edad y número de años de la relación. La Psicología Social en México, II:197-203.

Radloff, L. (1977). The CES-D scale: a self report scale for research in the general population. Appl Psychol Measure, 1:385-401.

Reich, T., Cloninger, C.R., Lewis, C. y Rice, J. (1981). Some recent findings in the study of genotype environment interaction in alcoholism. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Menograph No. 5.

Reyes, I. (1990). Actitudes hacia el sida en jóvenes universitarios. La Psicología Social en México, III:316-319.

Rivera, A.S., Díaz-Loving, R. y Flores, G.M. (1988). La distancia entre el Querer (ideal) y el Tener (real) como predictor de la satisfacción con la relación de la pareja. La Psicología Social en México, II:179-182.

Roizen, R., Brace, S., Cameron, T. y Dixon, C. (1980). Drinking Behavior in a Cross-cultural Perspective: some Preliminary Findings from the World Health Organization Project. In: Community Responses to Alcohol Related Problems. Alcohol Research Group Working Paper.

Roizen, R. Brace, S. Cameron, T. Dixon, C. (1980). Drinking behavior in cross-cultural perspective: some preliminary findings from the World Health Organization Project. En Community Responses to Alcohol Related Problems. Alcohol Research Group Working Paper.

Romero, M. (1993). Cultura y Adicciones: el problema de la aplicabilidad transcultural de los instrumentos diagnósticos CIDI, secciones alcohol y drogas. Proyecto en curso, Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Rojas, G.F. (1942). Estudio histórico-etnográfico del alcoholismo entre indios de México. Revista Mexicana de Sociología, IV(2):111-125.

Room, R. (1977). Measurement and Distribution of Drinking Patterns and problems in General Populations. En: Edwards G. et al., Alcohol Related Dissabilities. 62-87. Ginebra, Suiza: OMS-Offset Publications No. 32.

Room R. (1985). Measuring alcohol consumption in the U.S.: Methods and Rationales. Presented at the Alcohol Epidemiology Section meeting, 31 st. International Institute for the Prevention and Treatment of Alcoholism, Rome, Italy, June 2-7.

Room, R. (1989a). Cultural changes in drinking and trends in alcohol problems indicators: recent U.S. experience. Alcologia, 1(2):83-89.

Room, R. (1989b). Responses to alcohol-related problems in an international perspective: Characterizing and explaining cultural wetness and dryness. Paper presented at "La ricerca Italiana delle bevande alcoliche nel confronto internazionale", Santo Stefano Belbo (CN) Italy 22-23.

Room R. (1990). Measuring alcohol consumption in the United States. En: Lynn Kozlowski et al., eds., Research Advances in Alcohol and Drug Problems. 10:39-80. New York and London: Plenum Press.

Room, R. (1991). Paradigms of social research on alcohol and drug use and dependence. En: Proceedings of the international symposium on Drug Dependence, from the molecular to the social level. México: Editor Cohen-Yáñez, 213-220.

Rosovsky, H., García, G., López, J.L. y Narváez, A. (1988). El papel del consumo del alcohol en las urgencias medicas y traumaticas. V Reunion de Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatria. 261-267.

Rosovsky, H. (1992). La mujer en el tratamiento de las adicciones. Trabajo presentado en el III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, Mor.

Rosovsky, H., López, J.L., Narváez, A. y Villatoro, J. (1992a). Alcohol related problems in emergency rooms in México City. International Journal of Addictions. (Aceptado para publicación).

Rosovsky, H., Narváez, A., Borges, G. y González, L. (1992b). Evolución del consumo per cápita de alcohol en México. Salud Mental 15(1):35-41.

Rosovsky, H. (1992c). El componente de auto-ayuda en el tratamiento del alcoholismo: Alcohólicos Anónimos. En: Drug Dependence: From the Molecular to the Social Level. ELSEVIER Publication. (En prensa).

Rosovsky, H. (1993). El Movimiento de Alcohólicos Anónimos en México, Investigación en Proceso, Instituto Mexicano de Psiquiatria.

Salgado, S.N. y Maldonado, M. (1992). Algunas características de funcionamiento psicosocial en esposas de emigrantes mexicanos en los Estados Unidos. Revista Latinoamericana de Psicología. (En prensa).

Secretaría de Salud (1990). Encuesta Nacional de Adicciones. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatria.

Shannon, C.P., Peterson, R. y Tuell, M.D. (1990). Alcohol, tobacco and other drugs may harm the unborn. Office for Substance Abuse Prevention. USA: Department of Health and Human Services.

Shuckit, M.A., Parker, D.C. y Rossman, L.R. (1983). Ethanol related Prolactin Responses and Risk for Alcoholism. Biol Psychiatry, 18:1153-1159.

Skog, O.J. (1981). The Relevance of the Distribution Theory. Br. J. Addictions, 81:743-745.

Smart, R., Natera, G. y Almendares, B.J. (1981). Ensayo de nuevo método para estudiar el consumo de alcohol y sus problemas en tres países de las Américas. Bol. of Sanit Panam, 91(6).

Snell, W.E., Belk, S.S. y Hawkins, R.C. (1987). Alcohol and Drug Use in stressful times, the influence of the masculine role and sex related personality attributes. Sex Roles, 16:359-373.

Sokol, R.J. y Clarren, S.K. (1989). Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 13(4):597-798.

Spence, J.T., Helmreich, R.L. y Holhan, C.K. (1979). Negative and Positive components of Psychological masculinity and femininity and their relationships to self-reports of neurotic and acting out behaviors. Journal of Personality and Social Psychology, 37:1673-1682.

Stephens, C.J. y Rosovsky, H. (1990). Alcohol consumption and casualties: A comparison of U.S. and México emergency room populations. Journal of Studies on Alcohol, 51(4):319-326.

Stephens, C.J., Pares, A., Rodes, J. y Rosovsky H. (1992). Validity of self-reported alcohol consumption in the emergency room: Data from the United States, Mexico and Spain. Journal of Studies of Alcohol, 53(3):203-207.

Straus y Bacon. (1953). citado en Room, R. Measuring alcohol consumption in the United States. En: Lynn Kozlowski et al., eds. (1990). Research Advances in Alcohol and Drug Problems. New York and London: Plenum Press, 10:39-80.

Streissguth, A.P., Aase, J.M., Clarren, S.K., Randels, S.P., Ladue, R.A. y Smith, D.F. (1991). Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. Journal of the American Medical Association, 265(15):1961-1967.

Streissguth, A.P. y Ladue, R.A. (1985). Psychological and behavioral effects in children prenatally exposed to alcohol. Alcohol Health & Research World, 10(1):6-12.

Streissguth, A.P., Sampson, P.D. y Barr, H.M. (1989). Neurobehavioral dose-response effects of prenatal alcohol exposure in humans from infancy to adulthood. Annals of the New York Academy of Sciences, 562:145-158.

Taylor, W.B. (1979). Drinking, homicide and rebellion in colonial mexican villages. Stanford Cal. USA: Stanford University Press.

Terroba, G. y Medina-Mora, M.E. (1979). Epidemiología de la Farmacodependencia en la Ciudad de Mexicali, B.C. (a través de encuestas de hogares). Cuadernos Científicos CEMESAM, 11:45-46.

Terroba, G.G., Saltijeral, M.T. y Del Corral, R. (1986). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. Salud Pública de México, 5(28):489-494.

Valencia, J.F. (1992). Qué es la Realidad Social: lo individual o lo Social, en Páez, D., Valencia J., Morales, J.F., Sarabia, B., Ursua, N. Teoría y Método en Psicología Social. Barcelona, España: Anthropos, Editorial del Hombre.

Waterson, E.J. y Murray-Lyon, I.M. (1990). Preventing alcohol related birth damage: a review. Social Science Medical, 3(3):349-364.

Weissman, M.M., Myers, J.K. (1980). Clinical Depression in Alcoholism. American Journal of Psychiatry, 137:372-373.

Weissman, M.M., Shlomskas, D., Pottermger M., Prusoff, B.A. and Locke, B.Z. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation Study. American Journal of Epidemiology, 106, 203-214.

Werner, E.E. (1986). Resilient off spring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age 18. Journal of Studies on Alcohol, 47:34-40.

Wilsnak, R.W. y Wilsnak, S.C. (1978). Sex Roles and drinking among adolescent girls. Journal of Studies on Alcohol, 39:1855-1874.

Winokur, G. y Clayton, P.J. (1967). Family History Studies: II. Sex Differences and Alcoholism in Primary Affective Illness. British Journal of Psychiatry, 113:973-979. Citado en: Alcohol and Women, NIAAA Research Monograph No. 1. DHEW Publication No. (ADM) 80-835, 1980.

Winokur, G. Reich, T. Rimmer, J. Pitts, F.N. (1970). Alcoholism III: Diagnosis and Familial Psychiatric Illness in 259 alcoholic probands. Archives General of Psychiatry, 23:104-111. Citado en: Alcohol and Women, NIAAA Research Monograph No. 1. DHEW Publication No. (ADM) 80-835, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1989). I.C.D. - 10. 1989. Draft of chapter V. Mental and Behavioral Disorders. Geneva: WHO/MNH/87.1 rev.3.

World Health Organization. 1981. Community Responses to Alcohol-Related Problems. Comparison of results of three countries: Mexico, Zambia and Scotland. Fase I. Autor

Zavala De Cosío, M.E. (1989). Fecundidad: Dos Momentos en la Transición Demográfica. Demos, Carta Demografica Sobre México, 2:6-7.

Zazueta, Ch. y García, M. (1982). Los Trabajadores Mexicanos en Estados Unidos, Resultados de la Encuesta Nacional de Emigración a la Frontera Norte del País y a los Estados Unidos. Análisis 3. Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

APENDICE 1

FORMULAS Y EQUIVALENCIAS PARA ESTIMAR NIVELES DE ALCOHOL.

Como se había mencionado, la intoxicación ocurre con diferentes niveles de consumo y depende tanto de las características del individuo como de las circunstancias en que ocurre el consumo. Aún así resulta de mucha utilidad contar con lineamientos que permitan hacer estimaciones del nivel de alcohol en sangre (BAC) controlando por los factores mas importantes.

Fisher y cols (1987) proponen como primer paso el convertir las bebidas estandar en su contenido en términos de etanol, estos autores efectúan sus cálculos considerando que una copa estandar contiene 13.6 gramos de alcohol. Para conocer cómo se concentra en el organismo es necesario conocer el genero y el peso del bebedor. En el caso del hombre, el contenido de agua es de 58.3% y en el caso de la mujer 48.5%, la sangre contiene un 80% de agua. Tomando en cuenta estos parámetros es posible estimar el BAC despejando la siguiente fórmula:

$$\frac{G}{W \times F} \times 100 \times 0.8 = \text{mg}/100 \text{ ml BAC}$$

en dónde

G = cantidad de alcohol consumida en gramos.

W = peso del individuo en gramos.

F = factor de conversión para calcular el nivel de agua el organismo: F = 0.583 para hombres; F = 0.485 para mujeres; F = 0.60 para niños.

El siguiente factor importante es el tiempo en que ocurre el consumo, los niveles mas elevados de BAC ocurren, por lo general, entre 30 y 90 minutos después de la última copa. En promedio, la tasa de metabolismo de alcohol en los adultos es de 15 mg de etanol/100 ml hora/sangre. De tal manera que después de una hora, asumiendo absorción completa, puede estimarse el BAC, restando 15mg% al resultado obtenido después de despejar la fórmula anterior. Si la persona consume una segunda copa en la siguiente hora, su nivel se incrementará, después de dos horas, éstos dos valores se habrán reducido en un 15 mg% y así sucesivamente.

CONVERSIONES

| BEBIDA ALCOHOLICA | CONCENTRACION DE ALCOHOL* | TAMAÑO REGULAR | CONTENIDO | | |
|----------------------|------------------------------|-------------------|-------------|----------|-------|
| | | | POR BOTELLA | POR COPA | |
| | | | | oz | ml |
| Alcohol 96º | 96% | 26 oz | 576 gr | 1.44 | 42.58 |
| Destilados** | 40% | 26 oz | 240 gr | .60 | 17.74 |
| Vinos fortif.*** | 18% | 26 oz | 100 gr | | |
| Vinos de mesa | 12% | 26 oz | 70 gr | .48 | 14.19 |
| Cerveza | 5% | 12 oz | 13 gr | .60 | 17.74 |
| Pulque | 6% | 12 oz | gr | .72 | 21.29 |

- * Es equivalente a Gay-Lussac. Con el objeto de obtener éste nivel es necesario multiplicar éste porcentaje por 1.75 para obtener la medida inglesa y por 2.0 para obtener la norteamericana.
- ** Incluye bebidas como el whisky, el ron, brandy, etc.
- *** Incluye bebidas como el sherry, el oporto, etc.

A fin de convertir onzas de alcohol en ml, se multiplica por un factor de 29.57. De tal manera que el contenido absoluto de alcohol en una botella de 12 onzas de cerveza se obtiene de la siguiente manera: 12 por .05 (5% de contenido de alcohol) que es igual a .60 por 29.57 es igual a 17.74 ml.

Hay alrededor de 13 gramos de alcohol en una botella de cerveza de 12 onzas (1 dosis por botella); en 1 vaso de vino de 5 onzas (5 dosis por botella); en un vaso de oporto de 3 1/2 onzas (8 dosis por botella); o en un destilado con una dosis de 1 1/2 onzas, (18 dosis por botella). Por éste motivo resulta válido construir los patrones de consumo a partir de considerar equivalentes las medidas estandar de las diferentes bebidas estudiadas.

APENDICE 2

2.1 CRITERIOS Y PROGRAMA PARA DEFINIR PATRONES DE CONSUMO

BEBEDOR FRECUENTE CONSUECUDINARIO

Para cumplir con este criterio el sujeto debe:

- Consumir por lo menos una vez a la semana alguna de las bebidas estudiadas y por lo menos uno de los 4 criterios siguientes:
 - y beber cinco copas o mas por ocasion de consumo, a la semana ($Beb5+sem=1$). ¹ de alguna de las bebidas estudiadas.
 - ó beber 12 copas o mas por ocasión de consumo a la semana.
 - ó beber 8 a 11 copas por ocasión de consumo, a la semana.
 - ó beber 12+ por ocasión de consumo 1 a 3 veces al mes y 8-11 copas por ocasión de consumo de 1 a 3 veces al mes.

BEBEDOR FRECUENTE DE ALTO NIVEL.

Para cumplir con este criterio el sujeto debe no calificar como bebedor consuetudinario y:

- Consumir por lo menos una vez a la semana alguna de las bebidas estudiadas.

y por lo menos uno de los 3 criterios siguientes:

- y beber cinco copas o mas por ocasión de consumo, de alguna de las bebidas estudiadas, por lo menos una vez al año ($Beb5+año=1$)².
- ó beber 12 copas o mas por lo menos una vez al año pero menos de una vez a la semana.
- ó beber 8 a 11 copas por lo menos una vez al año, pero menos de una vez a la semana.

Además no debe cumplir con el último criterio del bebedor consuetudinario (beber 12+ y 8 a 11 copas de 1 a 3 veces al mes).

1 Ver criterios para cumplir con esta condición mas adelante. ($Beb5+sem=1$).

2 Ver criterio mas adelante ($Beb5+año=1$).

BEBEDOR FRECUENTE DE BAJO NIVEL.

Para cumplir con este criterio el individuo debe no calificar como bebedor frecuente consuetudinario ni frecuente de alto nivel y:

- Consumir por lo menos una vez a la semana.

BEBEDOR MODERADO DE ALTO NIVEL.

-beber por lo menos una vez al mes, pero menos de una vez a la semana alguna de las bebidas consideradas.

y por lo menos uno de los tres criterios siguientes:

- y beber cinco copas o mas por ocasión de consumo de alguna de las bebidas estudiadas por lo menos una vez al año
($Beb5+año=1$)
- ó beber 12 copas o mas, por ocasión de consumo, por lo menos una vez al año pero menos de una vez a la semana.
- ó beber 8 a 11 copas por ocasión de consumo, por lo menos una vez al año, pero menos de una vez a la semana.

BEBEDOR MODERADO DE BAJO NIVEL.

Para cumplir con este criterio el sujeto no debe cumplir con los criterios para calificar como bebedor moderado de alto nivel y:

- beber por lo menos una vez al mes, pero menos de una vez a la semana.

BEBEDOR POCO FRECUENTE DE ALTO NIVEL.

El sujeto debe de beber por lo menos una vez al año pero menos de una vez al mes y beber cinco copas o mas por lo menos una vez al año ($Beb5+año=1$).

BEBEDOR POCO FRECUENTE DE BAJO NIVEL.

El sujeto no debe de cumplir los criterios para calificar como bebedor frecuente de alto nivel y beber por lo menos una vez al año pero menos de una vez al mes.

ABSTEMIO.

El sujeto nunca ha bebido o no lo hizo en los 12 meses previos a la entrevista.

CRITERIO PARA ACREDITAR CONSUMO DE 5 COPAS O MAS POR OCASION DE CONSUMO: Beb5+sem y Beb5+año.

El criterio **Beb5+sem**, es positivo (=1) si ya sea para vino de mesa, pulque, cerveza, destilados ó alcohol de caña 96°:

La frecuencia de consumo de alguna bebida es de una vez a la semana o mas frecuente (valor de 1 a 6) y la frecuencia de consumo de 5 a 6 copas por ocasión de consumo es = 1, casi todas las veces.

o

La frecuencia de consumo de alguna bebida es de por lo menos de 3 a 4 veces por semana, (valores de 1 a 5) y la frecuencia de consumo de 5 a 6 copas por ocasión de consumo es = 2, "mas de la mitad de las veces".

o

La frecuencia de consumo de alguna bebida es de por lo menos de 3 a 4 veces por semana, (valores de 1 a 5) y la frecuencia de consumo de 5 a 6 copas por ocasión de consumo es = 3, "menos de la mitad de las veces".

En cualquier otro caso **Beb5+sem** = 0.

El criterio **Beb5+año** se cumple cuando la frecuencia de consumo de 5 a 6 copas por ocasión de consumo de por lo menos una de las bebidas investigadas tiene valores de 1 a 4, "por lo menos de vez en cuando".

En cualquier otro caso **Beb5+año**, es = 0.

2.2 PREGUNTAS PARA CONSTRUIR LOS PATRONES DE CONSUMO³

18. A continuación le voy a hacer unas preguntas en relación a su consumo de bebidas alcohólicas: antes que nada, quisiera saber con qué frecuencia ha tomado usted alguna bebida que contenga alcohol (vino, cerveza, destilados como brandy, alcohol, pulque)

(ANOTE LA CATEGORIA MAS APROPIADA Y SIGA LAS INSTRUCCIONES CORRESPONDIENTE)

Cuadro 1

| | |
|--|--------------------------|
| 1. Nunca ha usado ninguna bebida alcohólica (PASE A LA PREGUNTA 103, PAGINA 31) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Usa bebidas alcohólicas menos de una vez al año (PASE A LA PREGUNTA 30, PAGINA 20) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cuando menos una vez al año (PASE AL CUADRO 2, EN LA PAGINA SIGUIENTE) | <input type="checkbox"/> |

3 El programa de cómputo para generar los patrones de consumo a partir de estas preguntas y que se presenta en este mismo apéndice, utiliza los valores de las variables que aparecen junto a cada pregunta de la notación "v".

Cuadro 2

19. Generalmente qué tan a menudo toma usted bebidas?:
(MARQUE UNA RESPUESTA POR TIPO DE BEBIDA)

| | Vino | Cerveza | Brandy Licor | Pulque | Alcohol |
|--|------|---------|-----------------|--------|---------|
| Tres veces o más al día | .01 | 01 | 01 | 01 | 01 |
| Dos veces al día | .02 | 02 | 02 | 02 | 02 |
| Una vez al día | .04 | 03 | 03 | 03 | 03 |
| Casi todos los días | .04 | 04 | 04 | 04 | 04 |
| Tres o cuatro veces a la semana | .05 | 05 | 05 | 05 | 05 |
| Una o dos veces a la semana | .06 | 06 | 06 | 06 | 06 |
| Dos o tres veces al mes | .07 | 07 | 07 | 07 | 07 |
| Alrededor de una vez al mes | .08 | 08 | 08 | 08 | 08 |
| Alrededor de una vez al mes, pero cuando menos una vez al año | .09 | 09 | 09 | 09 | 09 |
| Menos de una vez al año | .10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| Nunca ha tomado este tipo de bebida | .11 | 11 | 11 | 11 | 11 |

CUALQUIER BEBIDA ALCOHOLICA

20. Generalmente ¿Qué tan a menudo toma usted cualquier tipo de bebida que contiene alcohol, sea vino, cerveza, brandy o cualquier otra bebida? (MARQUE LA RESPUESTA)

| | |
|--|----|
| Tres veces o más al día | 01 |
| Dos veces al día | 02 |
| Una vez al día | 03 |
| Casi todos los días | 04 |
| Tres o cuatro veces a la semana | 05 |
| Una o dos veces a la semana | 06 |
| Dos o tres veces al mes | 07 |
| Alrededor de una vez al mes | 08 |
| Alrededor de una vez al mes, pero cuando menos una vez al año | 09 |
| Menos de una vez al año | 10 |
| Nunca ha tomado este tipo de bebida | 11 |

La variable "Beb5+sem" aparece con la notación "DRK5PLSW" y la variable "Beb5+año" como "DRK5PLSY"

4

TIPO DE BEBIDA

(A PARTIR DE LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA 19, MARQUE ABAJO DE LA CATEGORIA APROPIADA Y SIGA LAS INSTRUCCIONES CORRESPONDIENTES).

Cuadro 3

| | |
|---|--------------------------|
| 1 Toma vino menos de una vez al año o nunca? (PASE AL CUADRO 4 PAGINA SIGUIENTE) | <input type="checkbox"/> |
| 2 Toma vino por lo menos una vez al año? (HAGA LA PREGUNTA 21) | <input type="checkbox"/> |

21. Piense en todas las veces que tomó vino últimamente. Por lo general, cuando toma vino:

21a. ¿Cuántas veces se toma de cinco a seis vasos?

(PASE A LA PREGUNTA 21d)

| | |
|-------------------------------------|----|
| Casi todas las veces..... | 1. |
| Más de la mitad de las veces..... | 2. |
| Menos de la mitad de las veces..... | |
| De vez en cuando,..... | 4. |
| Nunca..... | 5. |

21b. ¿Con qué frecuencia se toma de tres a cuatro vasos?

(PASE A LA PREGUNTA 21d)

| | |
|-------------------------------------|----|
| Casi todas las veces..... | 1. |
| Más de la mitad de las veces..... | 2. |
| Menos de la mitad de las veces..... | |
| De vez en cuando,..... | 4. |
| Nunca..... | 5. |

21c. ¿Con qué frecuencia se toma uno o dos vasos?

| | |
|-------------------------------------|----|
| Casi todas las veces..... | 1. |
| Más de la mitad de las veces..... | 2. |
| Menos de la mitad de las veces..... | |
| De vez en cuando,..... | 4. |

21d. ¿Cuál es el tamaño de vaso en el que generalmente toma vino y hasta dónde lo llena? (MUESTRE LOS DIBUJOS)

VASO NIVEL ONZAS

Los tipos de bebida son: vino de mesa, cerveza, brandy/destilados, pulque y alcohol de 96'.

APENDICE 3

VOLUMEN DE ALCOHOL CONSUMIDO

A partir de las mismas preguntas con que se investigaron los patrones de consumo se estimó el consumo total en términos de número de copas consumidas por mes. En la construcción de esta variable se consideró que todas las bebidas tenían el mismo equivalente de alcohol por lo que se sumaron el número total de copas de cada tipo de bebida¹.

1. Con el fin de construir esta variable, como primer paso, se calculó el promedio de bebidas por ocasión de consumo para cada tipo de bebida para de acuerdo con el cuadro A.3.1.

2. Se asignaron valores a la frecuencia global de consumo de cada bebida para adecuarlos a consumo por mes de la siguiente forma:

EQUIVALENCIAS MENSUALES DE LA FRECUENCIA DE CONSUMO POR TIPO DE BEBIDA

| VALOR | FRECUENCIA | Nº DE COPAS POR MES |
|-------|---|---------------------|
| 01 | - Tres o más veces al día | 90 |
| 02 | - Dos veces al día | 60 |
| 03 | - Una vez al día | 30 |
| 04 | - Casi todos los días | 22 |
| 05 | - Tres o cuatro veces por semana | 15 |
| 06 | - Una o dos veces por semana | 7 |
| 07 | - Dos o tres veces al mes | 2.5 |
| 08 | - Alrededor de una vez por mes | 1 |
| 09 | - Menos de una al mes pero cuando menos una vez al año | 0.5 |
| 10 | - Menos de una vez al año | 0.0 |
| 11 | - Nunca ha tomado ese tipo de bebida | MD |

3. El volumen consumido de cada bebida por mes, es el producto del número promedio de copas por ocasión de consumo de esa bebida y el número de ocasiones por mes que la bebida es consumida.

4. El volumen total de consumo de alcohol al mes es entonces la suma de los volúmenes de vino, cerveza, pulque, destilados, alcohol de 96°.

1. Para una discusión de las ventajas y desventajas de asumir el mismo contenido de alcohol como lo proponen Cahalan-Cisin (1965) (0.5 oz) o asignando un contenido de acuerdo con el tipo de bebida como lo propone Jessor (1968), ver el capítulo 1.4.1., pag. 54.

CUADRO A.3.1.

NUMERO PROMEDIO DE BEBIDAS POR OCASION DE CONSUMO

| 5+ | 3 a 4 | cualquier valor de 1 a 2 | 1 a 2 = 1 | 1 a 2 = 2 | 1 a 2 = 3 | 1 a 2 = 4 | 1 a 2 = 5 |
|----|-------|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1 | | cual- quier valor | 6.00 | | | | |
| 2 | | cual- quier valor | 4.90 | | | | |
| | 1 | | 4.00 | | | | |
| | 2 | | 4.29 | | | | |
| 3 | 3 | | 2.15 | 2.61 | 3.63 | 4.10 | 4.75 |
| | 4 | | 2.21 | 2.70 | 3.70 | 3.90 | 5.17 |
| | 5 | | 2.40 | 2.97 | 3.27 | 4.46 | 6.00 |
| | 1 | | 4.00 | | | | |
| | 2 | | 4.29 | | | | |
| 4 | 3 | | 2.09 | 2.42 | 3.20 | 3.65 | 4.29 |
| | 4 | | 2.15 | 2.61 | 3.45 | 3.63 | 4.75 |
| | 5 | | 2.40 | 2.97 | 2.97 | 3.75 | 6.00 |
| | 1 | | 4.00 | | | | |
| | 2 | | 4.29 | | | | |
| 5 | 3 | | 1.90 | 2.15 | 2.50 | 2.81 | 3.50 |
| | 4 | | 1.90 | 2.15 | 2.15 | 2.50 | 3.50 |
| | 5 | | 1.50 | 1.50 | 1.50 | 1.50 | 0.00 |

Fuente: Alcohol Research Group, Berkeley Cal.

APENDICE 4

DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS DE LAS VIVIENDAS QUE CONFORMAN CADA ESTRATO

ZONA URBANA

-ESTRATO ALTO: a este estrato pertenecen todos los hogares que se encuentran ubicados en una zona residencial y que poseen las siguientes características: a) alumbrado; b) cableado telefónico, c) drenaje, d) pavimentación en calle y banquetas, e) abastecimiento de agua potable, f) zonas rodeadas de jardines de ornamentación, g) avenidas o calles con jardínea al centro, (palmeras, etc.), h) presencia de un centro comercial cercano en la misma zona, slón de belleza, supermercado, tintorerías, comercios, farmacias, librería, abarrotes, etc., i) limpieza de las calles, j) poca circulación automovilística y de transportes públicos (peseros, camiones, etc.), k) servicios de vigilancia, l) ausencia de bares y centros nocturnos, m) estado físico de las viviendas: limpieza, protección, cuidado y buena construcción; extensión grande de terreno de ubicación de la construcción; jardín; garage, n) Zonas de condominios y edificios de lujo.

-ESTRATO MEDIO. A éste estrato pertenecen los hogares ubicados en zonas cuyas características sean las siguientes: a) alumbrado, b) cableado de telefono, c) drenaje, d) abastecimiento de agua potable, e) zonas cercanas a mercados, f) pocos jardínes. g) mayor acceso a transportes públicos (camiones y taxia), h) cercanas o ubicadas en unidades habitacionales, i) cercanas o circundadas por pequeños comercios, j) estado físico de la vivienda: limpieza, protección cuidado de la construcción: terreno en donde se encuentra ubicada la construcción por lo regular no muy grande; edificios o cercanas a edificios que presentan un estado físico de cuidado.

-ESTRATO BAJO. En este estrato se incluyen todas las viviendas cuyas características sean las siguientes: a) poco alumbrado, b) escasa pavimentación y alcantarillado, c) zonaas descuidadas en el aspecto de limpieza, d) zonas cercanas a edificios y/o vecindades que presentan un aspecto de descuido (paredes sucias y pintadas, basura en el suelo), e) cercanas o circundadas por numerosas misceláneas, f) estado físico de la vivienda: casas semiconstruidas, techos de lámina, casas de pequeñas dimensiones y con pocas habitaciones, por lo general la extensión del terreno en donde se concentra la construcción es muy pequeño, g) zonas de o cercanas a cantinas y cabarets, h) ubicadas por lo general en sectores con fácil acceso a transporte público.

-ESTRATO MARGINADO. En este estrato se incluirán todos los hogares cuyas características sean las siguientes: a) zonas carentes de pavimentación y alcantarillado en

donde por lo general dominan las brechas, b) zonas carentes de condiciones de limpieza, c) zonas sin servicio de drenaje y agua potable a las viviendas, d) estado físico de la vivienda: casas de uno o dos cuartos, construcciones de ladrillo y adobe, con techo de lámina, cartón sin pintar, ubicadas en una extensión muy pequeña de terreno, e) zonas de paracaidistas o ubicadas en zonas de miseria, f) poco acceso a transportes y comercios, g) zonas cercanas a los basureros, h) zonas en donde las viviendas surgieron de manera improvisada.

-ESTRATO DE ALTO RIESGO. A este estrato pertenecen los hogares que por estar situados en una zona con las siguientes características se consideran de alto riesgo: a) lugares cercanos o circundados por cantinas y burlesques, b) zonas ubicadas cerca de centros de prostitución o burdeles, c) zonas cercanas o circundadas por guardillas o lugares de reunión de pandillas, d) zonas de alto índice de delincuencia, e) zonas o centros de reunión o viviendas de ferrocarrileros y soldados, f) zonas cercanas o circundadas por centros de juego o los denominados "antros de vicio"

APENDICE 5

5.1. DISEÑO DE LA MUESTRA

La población objeto de estudio son los residentes del municipio de Tarímbaro y la ciudad de Morelia¹, que a la fecha del trabajo de campo tengan 14 años o más cumplidos. La muestra debe permitir desagregar los resultados principales para ambas subpoblaciones, con mayor precisión para Morelia. Los parámetros de estudio son en su mayoría distribuciones, tasas y promedios.

Por la naturaleza del estudio y duración de la entrevista, al interior de las viviendas seleccionadas se muestran los elementos pertenecientes a la población de interés, procurando por lo general tener a solo uno por vivienda, De esta manera se reduce la contaminación en las respuestas, y el incremento en la no respuesta por fatiga.

Por tener Tarímbaro características homogéneas de zona rural, se optó por seleccionar directamente localidades y a su interior viviendas. En Morelia que presenta características más heterogéneas, se realizó una estratificación previa de sus Areas Geo-Estadísticas Básicas (AGEB's) con recorridos visuales e información de conocedores de la localidad. Determinándose un tamaño de muestra² de 1,200 viviendas, 800 para la ciudad de Morelia y 400 para Tarímbaro.

TARIMBARO

Para seleccionar las 400 viviendas de Tarímbaro se utilizó un muestreo de dos etapas. La primera seleccionó localidades con probabilidad proporcional al tamaño, éste fue la población reportada por el Censo del Población y Vivienda de 1980; la segunda etapa seleccionó viviendas dentro de las localidades en muestra con probabilidad inversa al tamaño, de tal suerte que la combinación de ambas etapas de selección da una muestra autoponderada de viviendas. En la primera etapa se seleccionaron 10 localidades de las 43 que tiene Tarímbaro.

1 El procedimiento de selección aparece en la parte 5.2 de este apéndice.

2 En la parte 5.2 de este apéndice se presentan las consideraciones que determinaron el tamaño de muestra.

En cada localidad seleccionada se deseaba obtener alrededor de 40 viviendas. Para ello se aplicó el siguiente esquema de selección.

$$(T_1) \quad \frac{10 P_i}{\sum_i P_i} \times \frac{40}{P_i/5} = \frac{2000}{\sum_i P_i}$$

Probabilidad de selección de la i -ésima localidad.

Probabilidad de selección de las viviendas de i -ésima localidad.

Probabilidad de selección de cualquier vivienda en Tarímbaro.

donde P_i es la población reportada en 1980.

La suma de las P_i fue 25 023, por lo que cualquier vivienda de Tarímbaro tuvo la siguiente probabilidad de resultar seleccionada.

$$(T_2) \quad \frac{2\ 000}{25\ 023} = \frac{1}{12.5}$$

Al interior de las viviendas seleccionadas se enumeran a los elementos de la población de interés y se seleccionaron los sujetos a entrevistar mediante la aplicación de alguno de los patrones que aparecen en el apéndice 7.

La estimación de porcentajes, tasas y promedios para Tarímbaro se hace por medio de estimadores de razón. Los totales del numerador o denominador del estimador de razón se obtiene de manera siguiente:

$$(T_3) \quad Y_T = 12.5 \frac{10}{\sum_{L=1} n_L} \sum_{i=1} Y_{Li} W_{Li}$$

donde:

n_L = número de viviendas entrevistadas en la localidad L

Y_{Li} = es la variable de interés observada en la(s) persona(s) seleccionada(s) en la i -ésima vivienda de la localidad L en muestra. (En ocasiones se tiene más de una persona entrevistada en la vivienda).

W_{Li} = es el peso de la observación tomada en la vivienda de la localidad L de acuerdo a la aplicación de los patrones del apéndice 7:

(T₄) $W_{Li} = 1$ si en la vivienda solo hay 1 persona de 14 años o mayores.

= 2 si en la vivienda solo hay 2 personas de 14 años o mayores.

= 3 si en la hay 3 ó más personas de 14 años o mayores.

Si definimos de manera similar X_T para otra variable de interés, entonces los porcentajes, tasas y promedios se estiman simplemente como:

$$(T_5) \quad r_T = \frac{Y_T}{X_L} = \frac{\sum_{L=1}^{10} \sum_{i=1}^{n_L} Y_{L_i} W_{L_i}}{\sum_{L=1}^{10} \sum_{i=1}^{n_L} X_{L_i} W_{L_i}}$$

Para ciertas estimaciones de porcentajes y promedios, X_{Li} simplemente será el número de elementos al interior de la vivienda i de la localidad L que forman parte de la población de interés (por ejemplo el total de residentes de 14 años o mayores; o el total de mujeres residentes de 14 años o mayores; etc). En este caso el poderador de X_{Li} es idéntico a 1, $W_{Li} = 1$, ya que la variable X_{Li} es medida para la vivienda y no para algún individuo en particular. No así para la variable Y_{Li} ya que es medida para cada elemento entrevistado al interior de la vivienda, para Y_{Li} los poderadores toman los valores ya enunciados en (T₄) según el caso.

MORELIA

Para la selección de 800 viviendas en Morelia, se realizó una estratificación de sus AGEB's en 4 estratos: alto, medio bajo, y la parte urbana anexa a Morelia de la AGEB rural circundante 061-1. En el apéndice 4 se presenta la estratificación de Morelia. Las manzanas de la AGEB 061-1 fueron a su estratificadas en alto, medio, bajo y marginado.

La muestra se distribuyó proporcionalmente a la población de 1980 en cada estrato:

| ESTRATO (h) | POBLACION | W_h % | 800 X % | MANZANAS A SELECCIONAR |
|----------------|-----------|---------|---------|------------------------|
| Alto (5) | 18,598 | 6.2 | 50 | 10 |
| Medio (4) | 136,176 | 45.9 | 369 | 74 |
| Bajo (3) | 121,901 | 41.1 | 328 | 66 |
| AGEB-061-1 (2) | 20,241 | 6.8 | 55 | 11 |
| | 296,916 | 100.0 | 800 | 161 |

Para las manzanas de Morelia no se contaba con una medida de tamaño -población de 1980- como el caso de localidades en Tarímbaro. Fue necesario entonces seleccionarlas con igual probabilidad al interior de cada estrato³. Se listaron las viviendas ocupadas de las manzanas seleccionadas y de cada una de ellas se seleccionaron cinco viviendas aplicando un muestreo sistemático.

Una vez estratificadas las AGEB's, se procedió a seleccionar las manzanas correspondientes en cada estrato, o sea que las AGEB's solo sirvieron para estratificar más no como unidades de selección. La probabilidad de selección de las viviendas en el estrato h está dada por:

$$(M1) \quad \frac{m_h}{M_h} \times \frac{5}{m_{hi}} = f_{hi}$$

Probabilidad de selección de una manzana en el estrato h .

Probabilidad de selección de una vivienda en la i -ésima manzana seleccionada del estrato h .

donde M_h es el total de manzanas en el estrato h , m_h el total de manzanas seleccionadas del estrato h , m_{hi} el total de viviendas ocupadas listadas en la i -ésima manzana seleccionada del estrato h .

Sea:

³ Se consideró el seleccionar primero AGEB's y en las seleccionadas contar las viviendas en cada manzana, para después seleccionar éstas con probabilidad proporcional al número reducido de AGEB's en Morelia, lo cual hubiera concentrado mucho la muestra.

$Y_{hi,j}$: la variable de interés observada en la(s) persona(s) seleccionada(s) en la j -ésima vivienda de la i -ésima manzana en muestra del estrato h .

$Y_{hi,j} = Y_{hi,j} f_{hi}^{-1}$ la expansión de la variable $Y_{hi,j}$ con el inverso de la probabilidad de selección de la vivienda en cuestión.

$W_{hi,j}$ = es el peso de la observación tomada en la j -ésima vivienda de la i -ésima manzana del estrato h de acuerdo a los patrones del apéndice 7.

- (M₂) $W_{ij} = 1$ si en la vivienda solo hay una persona de 14 años o mayor.
 $= 2$ si en la vivienda hay dos personas de 14 años o mayores.
 $= 3$ si en la vivienda hay 3 ó más personas de 14 años o mayores.

La muestra seleccionada y los valores f_{hi}^{-1} están en el apartado 5.2 para cada manzana en muestra de Morelia. Si definimos de manera similar $X_{hi,j}$ para otra variable de interés, entonces los porcentajes, tasas y promedios se estiman simplemente como:

$$(M3) \quad \bar{r}_M = \sum_{h=2}^S W_h \bar{r}_h = \frac{\sum_{i=1}^{m_h} \sum_{j=1}^{n_{hi}} Y_{hi,j} W_{hi,j}}{\sum_{i=1}^{m_h} \sum_{j=1}^{n_{hi}} X_{hi,j} W_{hi,j}}$$

donde W_h es la ponderación del estrato que aparece en el cuadro de distribución de muestra, y n_{hi} es el número de viviendas entrevistadas en la i -ésima manzana del estrato h . En ocasiones $X_{hi,j}$ será el número de elementos al interior de la vivienda j de la manzana i del estrato h , en este caso el ponderador $W_{hi,j} = 1$, ya que la variable $X_{hi,j}$ se mide para la vivienda y no para algún individuo en particular; no así para $Y_{hi,j}$ que se refiere a una característica del elemento entrevistado en la vivienda.

Finalmente para estimar los porcentajes, tasas y promedios para la zona de estudio:

$$(M4) \quad r = 0.08 r_T + 0.92 r_m$$

La estimación de varianzas para las distintas r calculadas usa la fórmula general.

$$(M5) \quad V(r) = 0.0064 V(r_T) + 0.8464 V(r_M)$$

Las varianzas para \underline{r}_T y \underline{r}_M se estiman con las fórmulas dadas en el apéndice 6.

5.2. PROCEDIMIENTO DE SELECCION DE LA MUESTRA

ZONA URBANA

Una vez estratificada la ciudad de Morelia, se seleccionaron manzanas con un muestreo aleatorio simple al interior de cada estrato. Ello se decidió y a que no se contaba con una medida de tamaño para cada manzana. Diseños alternativos como introducir una etapa adicional a nivel de AGEB, o una primer fase donde se seleccionará el doble o triple de las manzanas necesarias, se deshecharon por sus implicaciones en cuanto a la concentración de la muestra para el primero (por el número reducido de AGEB's); y por su complejidad en la estimación y costos de campo para el segundo (ya que requiere de dos vueltas a las manzanas seleccionadas).

En las manzanas seleccionadas se aplicó un muestreo sistemático para seleccionar cinco viviendas. El resultado de la ejecución del diseño y los factores de expansión para las viviendas en muestra, f_{hi}^{-1} , aparecen en el cuadro 5.2. El total de "manzanas" por estrato y en muestra son:

Cuadro 5.1.

| (h) | ESTRATO | M_h | m_h |
|-----|------------|-------|-------|
| 5 | Alto | 305 | 10 |
| 4 | Medio | 1,023 | 74 |
| 3 | Bajo | 703 | 66 |
| 2 | AGEB-061-1 | 906 | 12 |
| | | 2,937 | 162 |

Cuadro 5.2.

SELECCION DE MORELIA

| h | ESTRATO | AGEB | NUMERO DE LA MANZANA | TOTAL DE VIVIENDAS OCUPADAS LISTADAS (m ²) | (f) ⁻¹ FACTOR DE EXPANSION DE VIVIEDAS | |
|-------|---------|----------|----------------------|--|---|--------|
| 5 | Alto | 045-2 | 16 | 24 | 93.60 | |
| | | | 35 | 29 | 113.10 | |
| | | 050-3 | 32 | 10 | 180.00 | |
| | | | 10 | 10 | 45.00 | |
| | | 050-8 | 39 | 14 | 82.13 | |
| | | | 4 | 23 | 134.93 | |
| | | | 43 | 22 | 129.06 | |
| | | unidas { | 052-2 | 40 Y 42 | 15 | 201.00 |
| | | | 059-4 | | | |
| | | | 058-A | 20 y 21 | 28 | 78.40 |
| | | | | 14 | 47 | 131.60 |
| 4 | Medio | 021-7 | 42 | 52 | 199.68 | |
| | | | 38 | 15 | 57.60 | |
| | | | 48 | 20 | 76.80 | |
| | | | 51 | 12 | 46.08 | |
| | | | 16 | 12 | 46.08 | |
| | | 022-1 | 46 | 45 | 124.00 | |
| | | | 83 | 33 | 90.93 | |
| | | | 34 | 15 | 41.33 | |
| | | | 101 | 30 | 82.66 | |
| | | | 36 | 21 | 57.86 | |
| | | | 91 | 24 | 66.13 | |
| | | | 29 | 19 | 52.35 | |
| | | | 63 | 41 | 112.97 | |
| | | 123 | 22 | 60.62 | | |
| | | 023-6 | 16 | 28 | 56.00 | |
| | | | 9 | 20 | 40.00 | |
| | | | 20 | 55 | 110.00 | |
| | | 024-0 | 53 | 38 | 100.70 | |
| | | | 7 | 16 | 43.40 | |
| | | | 51 | 13 | 34.45 | |
| | | | 41 | 28 | 74.20 | |
| | | 028-9 | 22 | 53 | 84.80 | |
| | | | 9 | 46 | 73.60 | |
| 5 | 33 | | 52.80 | | | |
| 45 | 44 | | 70.40 | | | |
| 43 | 32 | | 51.20 | | | |
| 24 | 48 | | 76.80 | | | |
| 030-6 | 18 | 39 | 46.80 | | | |
| | 3 Y 4 | 106 | 127.20 | | | |
| | 7 | 27 | 32.40 | | | |
| | 24 | 21 | 25.20 | | | |

| h | ESTRATO | AGEB | NUMERO DE LA MANZANA | TOTAL DE VIVIENDAS OCUPADAS LISTADAS (m ²) _i | (f _i) ⁻¹ FACTOR DE EXPANSION DE VIVIEDAS |
|---|---------|-------|-------------------------|--|--|
| 4 | Medio | 031-0 | 12 | 64 | 172.80 |
| | | | 5 | 37 | 99.90 |
| | | 035-9 | 17 | 11 | 94.60 |
| | | 037-8 | 5 | 33 | 48.84 |
| | | | 28 | 47 | 69.56 |
| | | | 16 | 22 | 32.56 |
| | | | 15 | 19 | 28.12 |
| | | | 11 | 104 | 153.92 |
| | | 038-2 | 29 | 55 | 106.33 |
| | | | 4 | 13 | 25.13 |
| | | | 2 y 3 | 27 | 52.20 |
| | | 039-7 | 42 | 28 | 120.40 |
| | | | 23 y 24 | 15 | 64.50 |
| | | 041-4 | 10 | 72 | 124.80 |
| | | | 15 | 34 | 58.93 |
| | | | 01 | 51 | 88.40 |
| | | 042-9 | 31 | 92 | 194.13 |
| | | | 90 | 31 | 188.06 |
| | | | 25 y 26 | 20 | 121.33 |
| | | 043-3 | 5 | 29 | 53.65 |
| | | | 22 | 22 | 40.70 |
| | | | 11 | 71 | 131.35 |
| | | | 16 | 40 | 74.00 |
| | | 044-8 | 7 | 22 | 74.80 |
| | | 048-6 | 39 | 71 | 83.17 |
| | | | 1 y 14 | 64 | 74.97 |
| | | | 26 | 23 | 26.94 |
| | | | 40 | 25 | 29.28 |
| | | 048-6 | 17 | 26 | 30.45 |
| | | | 36 | 46 | 53.88 |
| | | | 19 | 25 | 29.28 |
| | | 049-0 | 40 | 18 | 51.60 |
| | | | 25 | 24 | 68.80 |
| | | | 13 | 14 | 40.13 |
| | | 055-6 | 53 | 14 | 294.00 |
| | | 057-5 | 42 | 23 | 55.20 |
| | | | 13 | 22 | 52.80 |
| | | | 66 | 62 | 148.80 |
| | | | 67 | 26 | 62.40 |
| | | | 45 | 29 | 69.60 |
| | | | 16 | 30 | 72.00 |
| | | 060-9 | 27, 28 y 33 | 28 | 103.60 |
| | | | 29 y 32 | 11 | 40.70 |

| h | ESTRATO | AGEB | NUMERO DE LA MANZANA | TOTAL DE VIVIENDAS OCUPADAS LISTADAS (m) _i | (f) _i -1 FACTOR DE EXPANSION DE VIVIEDAS |
|-------|---------|-------|----------------------|---|---|
| 3 | Bajo | 019-A | 24 | 46 | 150.88 |
| | | | 71 | 10 | 32.80 |
| | | | 43 | 15 | 49.20 |
| | | | 41 | 13 | 42.64 |
| | | | 68 | 22 | 72.16 |
| | | 020-2 | 25 | 15 | 28.50 |
| | | | 37 | 26 | 49.40 |
| | | | 35 | 20 | 38.00 |
| | | | 15 | 26 | 49.40 |
| | | 025-5 | 18 | 20 | 19.20 |
| | | | 14 | 67 | 64.32 |
| | | | 16 | 57 | 54.72 |
| | | | 4 | 24 | 23.04 |
| | | | 13 | 66 | 63.36 |
| | | 026-A | 24 | 39 | 54.60 |
| | | | 16 | 19 | 26.60 |
| | | | 20 | 44 | 61.60 |
| | | | 12 | 39 | 54.60 |
| | | 027-4 | 16 | 12 | 18.40 |
| | | | 13 | 33 | 50.60 |
| | | | 11 | 44 | 67.46 |
| | | 029-3 | 10 | 44 | 198.00 |
| | | | 2 | 28 | 126.00 |
| | | 032-5 | 30 | 38 | 62.06 |
| | | | 10 | 66 | 107.80 |
| | | | 13 | 42 | 68.60 |
| | | | 4 | 22 | 35.93 |
| | | | 45 | 29 | 47.36 |
| | | | 19 | 37 | 37.43 |
| | | 033-A | 36 | 74 | 127.28 |
| | | | 16 | 38 | 65.36 |
| | | | 25 | 34 | 58.48 |
| | | | 12 | 56 | 96.32 |
| | | | 42 | 29 | 49.88 |
| | | 034-4 | 17 | 14 | 43.40 |
| | | | 75 | 24 | 74.40 |
| | | | 29 | 19 | 58.90 |
| | | | 58 | 26 | 80.60 |
| | | | 65 | 23 | 71.30 |
| | | | 79 | 18 | 55.80 |
| | | 036-3 | 29 | 52 | 93.60 |
| | | | 4 | 49 | 88.20 |
| | | | 2 | 47 | 84.60 |
| | | | 3 | 32 | 57.60 |
| | | | 32 | 33 | 59.40 |
| | | 040-A | 16 | 37 | 122.10 |
| | | | 13 | 25 | 82.50 |
| 046-7 | 13 | 30 | 48.00 | | |
| | 4 | 24 | 38.40 | | |

| h | ESTRATO | AGEB | NUMERO DE LA MANZANA | TOTAL DE VIVIENDAS OCUPADAS LISTADAS (m ₁) | (f) ₁ -1 FACTOR DE EXPANSION DE VIVIEDAS | | | | | | | | | | | | |
|--|---------|----------|----------------------|--|---|----------|--------------|----|--------|----------|-----------------|----|--------|----------|---------|----|--------|
| 3 | Bajo | 047-1 | 16 | } unidas | 189 | 151.20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 13 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 16 | 77 | 84.70 | | | | | | | | | | | | |
| | | | 20 | 75 | 82.50 | | | | | | | | | | | | |
| | | | 19 | 73 | 80.30 | | | | | | | | | | | | |
| | | | 31 | 18 | 19.80 | | | | | | | | | | | | |
| | | | 17 | 126 | 138.60 | | | | | | | | | | | | |
| | | | 054-1 | 3 | 11 | 123.20 | | | | | | | | | | | |
| | | | 056-0 | 2 | 81 | 207.36 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 56 | 56 | 143.36 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 28 | 72 | 184.32 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 54 y 55 | 22 | 56.32 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 63 y 64 | 17 | 43.52 | | | | | | | | | | | |
| | | | 053-7 | 24, 25 y 36 | 29 | 67.66 | | | | | | | | | | | |
| | | | | 9, 11 y 12 | 42 | 98.00 | | | | | | | | | | | |
| 21 | 11 | 25.66 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 INFORMACION DE LA AGEB 061-1* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alto | 061-1 | Grupo 4 | 1 (30) | 10 | 198.00 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medio | 061-1 | Grupo 6 | 2 (15) | 15 | 246.00 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Grupo 7 | 3 (3, 4 y 5) | 12 | 196.00 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Grupo 8 | 4 (28, 29 y 30) | 13 | 213.20 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | Grupo 12 | 5 (29) | 12 | 196.80 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bajo | 061-1 | Grupo 13 | 6 (21) | 13 | 226.20 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Grupo 16 | 7 (7 y 21) | 12 | 208.80 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Grupo 17 | 8 (17) | 13 | 226.20 | | | | |
| Marginado | 061-1 | Grupo 18 | 9 (25) | 13 | 141.70 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Grupo 18 | 10 (34) | 27 | 294.30 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | Grupo 19 | 11 (3) | 16 | 174.40 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | Grupo 22 | 12 (24) | 12 | 130.80 |

ZONA RURAL

En la zona de Tarímbaro se estimó un intervalo de selección y mediante un arranque aleatorio se seleccionaron localidades. En las localidades seleccionadas se listaron todas las viviendas ocupadas y se aplicó una fracción de muestreo inversa a la probabilidad de selección en la segunda etapa, es decir, para la localidad L su fracción de muestreo estuvo dada por:

$$f = \frac{P_1}{5 \times 40} = \frac{P_1}{200}$$

El resultado para las localidades en muestra es:

| LOCALIDAD | P/5 | FRACCION DE MUESTREO |
|-------------------------|-------|----------------------|
| TARIMBARO | 677.6 | 16.94* |
| TEJARO DE LOS IZQUIERDO | 480.8 | 12.02 |
| URUETARO | 402.2 | 10.05 |
| SAN PEDRO DE LOS SAUCES | 232.0 | 5.80 |
| COL. MIGUEL HIDALGO | 175.0 | 4.38 |
| EL COLEGIO | 129.6 | 3.24 |
| COTZIO | 121.4 | 3.04 |
| LA NORIA | 102.4 | 2.56 |
| PLAN DE AYALA | 65.0 | 1.63 |

* Seleccionada 2 veces.

Población 1980:

$$\sum_{i=1}^{43} P_i = 25023$$

Intervalo de selección:

$$I = \frac{25,023}{10} = 2,502.3$$

Arranque aleatorio:

$$AA = 0115.0$$

Selecciones:

| | |
|----------|----------|
| 115.0 | 12,626.5 |
| 2,617.0 | 15,128.8 |
| 5,119.6 | 17,631.1 |
| 7,621.9 | 20,130.4 |
| 10,124.2 | 22,635.7 |

Las localidades seleccionadas se identifican a continuación:

| LOCALIDAD | POBLACION TOTAL | POBLACION ACUMULADA | SELECCIONES |
|----------------------------|--------------------|------------------------|-------------|
| TARIMBARO | 3,388 | 3,388 | 115; 2,617 |
| TEJARO DE LOS IZQUIERDO | 2,404 | 5,792 | 5,119 |
| URUETARO | 2,011 | 7,803 | 7,621 |
| CUTO DEL PORVENIR | 1,804 | 9,607 | |
| SAN PEDRO DE LOS SAUCES | 1,160 | 10,707 | 10,124 |
| JAMAICA | 994 | 11,761 | |
| COL. MIGUEL HIDALGO | 875 | 12,636 | 12,626 |
| CUPATARO | 765 | 13,401 | |
| GUADALUPE | 709 | 14,110 | |
| LA PALMA | 689 | 14,799 | |
| EL COLEGIO | 648 | 15,449 | 15,128 |
| PENA DEL PANAL | 636 | 16,083 | |
| SANTA MARIA | 636 | 16,719 | |
| CAÑADA DEL HIERRO | 622 | 17,341 | |
| COTZIO | 607 | 17,948 | 17,631 |
| EL CUITZILLO GRANDE | 598 | 18,546 | |
| SANTA CRUZ | 564 | 19,110 | |
| FRANCISCO VILLA | 556 | 19,666 | |
| LA NORIA | 512 | 20,198 | 20,133 |
| MESON NUEVO | 501 | 20,679 | |
| CAÑADA DE LOS SAUCES | 452 | 21,131 | |
| RANCHO NUEVO | 404 | 21,535 | |
| SANTA ANA DEL ARCO | 379 | 21,914 | |

| LOCALIDAD | POBLACION TOTAL | POBLACION ACUMULADA | SELECCIONES |
|---------------------------|--------------------|------------------------|-------------|
| SAN JOSE DE LA TRINIDAD | 340 | 22,254 | |
| CAÑADA DE LA MAGDALENA | 329 | 22,583 | |
| PLAN DE AYALA | 325 | 22,908 | 22,635 |
| EL LOMETON | 305 | 23,213 | |
| ARINDEO | 294 | 23,507 | |
| EL CARRIZAL | 274 | 23,781 | |
| COL. INDEPENDENCIA | 218 | 23,999 | |
| EL CUITZILLO CHICO | 180 | 24,179 | |
| LAS CORONILLAS | 164 | 24,343 | |
| EL PUESTO | 151 | 24,494 | |
| CERRO BLANCO | 134 | 24,628 | |
| CUIRIRIO | 123 | 24,751 | |
| LA CONCEPCION | 80 | 24,831 | |
| SAN JOSE DE LA CERQUILLAS | 59 | 24,850 | |
| EL PINO | 41 | 24,931 | |
| BELLAVISTA | 26 | 24,957 | |
| LA COLONIA | 20 | 24,977 | |
| SANTO DOMINGO | 20 | 24,997 | |
| COLONIAL RUTAL MUTUALISTA | 4 | 25,021 | |
| LOMA BONITA | 2 | 25,023 | |

5.3. ESTIMACION DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Para la selección del tamaño de muestra se utilizó la aproximación proveniente del muestreo aleatorio simple, corrigiendo después por el efecto del diseño a utilizar. El punto de partida es la probabilidad:

$$(1) \quad p \{ | p - \hat{p} | < d \} = 1 - \alpha$$

donde p es el porcentaje a estimar, \hat{p} su estimador, d la precisión deseada y $1 - \alpha$ la confianza. A partir de (1) se obtiene para muestreo aleatorio simple:

$$(2) \quad n_p = \frac{t^2 PQ}{d^2}, \quad Q = 1 - P$$

donde t se determina por la confianza deseada $1 - \alpha$.

Notamos que n_p tiene una cota superior cuando $P = Q = 1/2$, ya que entonces se maximiza el producto PQ . Cuando, como en este caso, lo que interesa es el cálculo de un promedio, entonces existe interés de controlar el error relativo, se parte de:

$$(3) \quad p \left\{ \frac{|\bar{y} - \bar{Y}|}{\bar{Y}} < d \right\} = 1 - \alpha$$

donde \bar{Y} es la media a estimar, \bar{y} su estimador, d el error relativo máximo tolerado y $1 - \alpha$ la confianza. A partir de (3) se obtiene para un muestreo aleatorio simple:

$$(4) \quad n_y = \frac{t^2}{d^2} CV^2$$

donde CV es el coeficiente de variación (la desviación estandar entre la media) de la variable a estimar.

Tanto n_p como n_y requieren corregirse multiplicándolas por "deff" el efecto del diseño a utilizar. Este se define como el cociente de la varianza del estimador con el diseño empleado, entre la varianza resultante de una muestra de igual tamaño pero seleccionada bajo muestreo aleatorio simple. Se estima que para el diseño utilizado se gana precisión por la estratificación,

pero se pierde por la conglomeración de viviendas en manzanas. Para las variables principales del estudio se estiman deff's del orden de 0.85 a 2.0.

Tras un examen de los distintos valores n para porcentajes y promedios, se optó por un tamaño de muestra de 1,200 viviendas (800 en Morelia y 400 en Tarímbaro), ya que los porcentajes a estimar oscilan de 0.05 a 0.30, y para los promedios los coeficientes de variación se estiman menores a 2.5.

El cuadro anexo muestra tamaños de muestra para varios coeficientes de variación y errores relativos, calculados para una confianza de $1 - \alpha = 0.95$. Para la estimación de promedios y totales es común trabajar con errores relativos del orden del 10% ó 15%. Se estima que las variables principales tendrán CV que oscilen entre 0.6 y 0.2.

TAMAÑO DE MUESTRA

| CV | .6 | .8 | 1.0 | 1.5 | 2.0 | 2.5 | 3.0 |
|---------|-----|-----|-------|-------|-------|-------|--------|
| d = .05 | 553 | 983 | 1,536 | 3,457 | 6,146 | 9,604 | 13,830 |
| d = .10 | 138 | 246 | 384 | 864 | 1,537 | 2,401 | 3,459 |
| d = .15 | 61 | 109 | 171 | 384 | 683 | 1,067 | 1,537 |
| d = .20 | 35 | 61 | 96 | 216 | 384 | 600 | 864 |

ALGUNOS PARAMETROS BINOMIALES:

| P | .001 | .005 | .01 | .05 | .10 | .20 | .30 | .50 | .70 | .80 | .90 |
|--|------|------|------|------|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|
| $\sigma^2 = P(1 - P)$ | .001 | .005 | .010 | .048 | .09 | .16 | .21 | .25 | .21 | .16 | .09 |
| $\sigma = \sqrt{P(1 - P)}$ | .03 | .07 | .10 | .22 | .30 | .40 | .45 | .50 | .46 | .40 | .30 |
| $CV = \frac{\sigma}{P} = \sqrt{\frac{1 - P}{P}}$ | 31.6 | 14.1 | 9.9 | 4.4 | 3.0 | 2.0 | 1.5 | 1.0 | .66 | .50 | .33 |
| Para $1 - \alpha = .95$ d = .05 n: | 2 | 8 | 15 | 74 | 138 | 246 | 323 | 384 | 323 | 256 | 138 |
| d = .03 n: | 4 | 21 | 43 | 205 | 384 | 683 | 896 | 1069 | 896 | 683 | 384 |

Los porcentajes a estimar por lo general, serán menores a .30 ó mayores a .70. Para los primeros conviene una d más estricta, para los segundos se puede usar una menos exigente.

APENDICE 6

VARIANZAS

La estimación de varianza para Tarímbaro y Morelia se calculan con las siguientes fórmulas.

En Tarímbaro:

$$(1) \quad V(r_T) = \frac{1}{90} \sum_{L=1}^{10} \left(\frac{\hat{Y}_L - r_T \hat{X}_L}{Z_L} \right)^2$$

donde:

$$(2) \quad \hat{Y}_L = \frac{N_L}{n_L} \sum_{i=1}^{n_L} Y_{L_i} W_{L_i}, \quad \hat{X}_L = \frac{N_L}{n_L} \sum_{i=1}^{n_L} X_{L_i} W_{L_i}$$

$$(3) \quad Z_L = \frac{P_L}{\sum_{i=1}^{43} P_i} = \frac{P_L}{25023}$$

y N_L es el número de viviendas listadas en la localidad L. Su relación para las localidades seleccionadas aparecen en el Cuadro 6.1.

En Morelia:

$$(4) \quad V(r_M) = \sum_{h=2}^5 \frac{W_h^2}{X_h^2} \left\{ \frac{M_h^2 \left(1 - \frac{m_h}{M_h}\right)}{m_h (m_h - 1)} \sum_{i=1}^{m_h} (\hat{Y}_{h_i} - r_h \hat{X}_{h_i})^2 + \right.$$

$$\left. \frac{M_h}{m_h} \sum_{i=1}^{m_h} \frac{m_{h_i}^2 \left(1 - \frac{n_{h_i}}{m_{h_i}}\right)}{n_{h_i} (n_{h_i} - 1)} X \right.$$

$$\left. \sum_{j=1}^{n_{h_i}} [(y_{h_{ij}} W_{h_{ij}} - r_h x_{h_{ij}} w_{h_{ij}}) - (\bar{Y}_{h_{ij}} - r_h \bar{X}_{h_{ij}})]^2 \right\}$$

donde r_h está definido en (M3), W_h en el cuadro de distribución de muestra y:

$$(5) \hat{Y}_{h_i} = \frac{m_{h_i}}{n_{h_i}} \sum_{i=1}^{n_{h_i}} y_{h_{ij}} W_{h_{ij}} ; \hat{X}_{h_i} = \frac{m_{h_i}}{n_{h_i}} \sum_{j=1}^{n_{h_i}} x_{h_{ij}} W_{h_{ij}}$$

$$(6) \hat{X}_{h_i} = \sum_{i=1}^{m_{h_i}} \sum_{j=1}^{n_{h_i}} X_{h_{ij}} W_{h_{ij}} ; X_{h_{ij}} = x_{h_{ij}} f_{h_i}^{-1}$$

$$(7) \bar{Y}_{h_i} = \frac{1}{n_{h_i}} \sum_{i=1}^{n_{h_i}} y_{h_{ij}} W_{h_{ij}} ; \bar{X}_{h_i} = \frac{1}{n_{h_i}} \sum_{j=1}^{n_{h_i}} x_{h_{ij}} W_{h_{ij}}$$

Los valores de m_h y M_h se dan en el cuadro 5.1 del apéndice 5, los valores de n_{hi} se toman del archivo de datos (viviendas con entrevista en la manzana i del estrato h), y las m_{hi} se dan en el cuadro 5.2. del apéndice 5.

Cuadro 6.1.

| LOCALIDAD L | VIVIENDAS OCUPADAS LISTADAS N_L |
|-------------------------|--------------------------------------|
| TARIMBARO | 695 |
| TEJARO DE LOS IZQUIERDO | 612 |
| URUETARO | 419 |
| SAN PEDRO DE LOS SAUCES | 224 |
| COL. MIGUEL HIDALGO | 156 |
| EL COLEGIO | 125 |
| COTZIO | 150 |
| LA NORIA | 101 |
| PLAN DE AYALA | 65 |

APENDICE 7

SELECCION DE PERSONAS A ENTREVISTAR AL INTERIOR DE LAS VIVIENDAS EN MUESTRA

Una vez seleccionados los residentes de 14 años o mayores, se seleccionan los sujetos a entrevistar de acuerdo al número de candidatos en la vivienda (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 ó más) mediante la aplicación del patrón impreso en el cuestionario.

Las personas a entrevistar, son aquellos que se identifican con el número marcado en el patrón, en la columna apropiada según el total de residentes de 14 años o mayores.

Cada patrón se utilizó en un 1/6 de los cuestionarios impresos, y se asignaron a ellos en forma aleatoria. Los distintos patrones usados son los siguientes:

```

① ① 1 1 1 ① 1 1 1
  2 2 ② ② 2 ② 2 ②
    ③ 3 3 3 ③ 3
      4 4 ④ 4 4 4
        ⑤ 5 ⑥ 5 ⑥
          6 6 ⑦ 6
            7 7 7
              8 ⑧
                9
    
```

```

① 1 1 1 1 ① 1 1 ①
  ② 2 ② 2 2 ② ② ②
    ③ 3 ③ 3 ③ 3 3
      4 4 ④ 4 4 ④
        5 5 5 ⑤ 5
          6 ⑥ 6 6
            7 7 ⑦
              ⑧ 8
                9
    
```

```

① 1 ① 1 ① 1 ① 1 1
  ② 2 2 2 ② 2 2 ②
    3 ③ 3 3 ③ 3
      4 ④ 4 ④ 4 4
        5 ⑤ 5 5 ⑤
          6 6 ⑥ 6
            ⑦ 7 7
              8 ⑧
                9
    
```

```

① 1 1 ① 1 1 1 ① 1
  ② ② 2 ② 2 ② 2 2
    3 3 3 ③ 3 3 ③
      ④ 4 4 ④ ④ 4
        ⑤ 5 ⑤ 5 5
          ⑥ 6 6 ⑥
            7 ⑦ 7
              8 8
                ⑨
    
```

```

① ① ① 1 1 1 1 ① 1
  2 2 2 2 ② 2 2 2
    3 ③ ③ 3 ③ 3 ③
      4 4 4 4 ④ 4
        5 ⑤ 5 5 5
          6 ⑥ 6 ⑥
            7 ⑦ 7
              8 8
                ⑩
    
```

```

① ① 1 ① ① 1 ① 1 ①
  2 ② 2 2 2 2 ② 2
    3 3 3 ③ 3 3 3
      ④ ④ 4 ④ 4 ④
        5 5 5 ⑤ 5
          ⑥ 6 6 6
            ⑦ 7 ⑦
              ⑧ 8
                9
    
```