

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



**IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS PREVIOS ASOCIADOS AL CONSUMO
DE ALCOHOL EN UNA MUESTRA DE PACIENTES ATENDIDOS EN
SERVICIOS DE URGENCIA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
P R E S E N T A
JORGE LUIS LÓPEZ JIMÉNEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. MA. ELENA MEDINA-MORA ICAZA
COMITÉ DE TESIS: DR. BENJAMÍN DOMÍNGUEZ TREJO
DRA. ISABEL REYES LAGUNES
MTRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
DR. JAVIER NIETO GUTIÉRREZ

MÉXICO, D.F.

1997



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 esta 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.

Sistema 249868
P51 560

1997
LG

Agradezco al Dr. Ramón de la Fuente, Director General del Instituto Mexicano de Psiquiatría el haberme permitido usar información de la institución para la elaboración de la presente tesis.

A la Mtra. Haydeé Rosovsky, responsable del proyecto: "Problemas asociados con el alcohol: urgencias hospitalarias, su evaluación y registro; Fase II". Los datos que presento se desprenden de este proyecto.

A la Dra. Ma Elena Medina-Mora, jefe de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del mismo instituto y Directora de la tesis, su valiosa asesoría y revisión del material.

A los miembros del comité de tesis y sinodales en el examen de grado la revisión, sus comentarios y sugerencias al trabajo: Dr. Benjamín Domínguez Trejo, Dra. Isabel Reyes Lagunes, Mtra. Patricia Andrade Palos y Dr. Javier Nieto Gutiérrez.

A la Mtra. Martha Romero por su apoyo en el desarrollo del trabajo.

Al Lic. Jorge Villatoro, la supervisión brindada en los análisis de resultados

A todas las personas e instituciones que de una u otra manera contribuyeron e hicieron posible el desarrollo y culminación de este trabajo.

A MI ESPOSA

GUADALUPE

A MIS PADRES

TOMÁS Y AMALIA

A MIS HERMANOS

AMALIA

MARTHA

TOMÁS

MANUEL

GEORGINA

A MIS MAESTROS

A MIS AMIGOS

Í N D I C E

	Pags.
RESUMEN	4
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES SOBRE EL ALCOHOL Y SUS EFECTOS	
1.1.1 Historia, Evolución y Composición del Alcohol	8
1.1.2 Absorción y Eliminación	10
1.1.3 Efectos	13
1.2. CONSECUENCIAS GENERALES SOBRE EL USO Y ABUSO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS	
1.2.1 Contexto del Consumo	17
1.2.2 Motivos de Consumo	22
1.2.3 Tipos de Bebedores y patrones de consumo.....	22
1.2.4 Normas y Actitudes hacia las bebidas alcohólicas	27
1.3. CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS BEBEDORES	
1.3.1 Consideraciones Generales	30
1.3.2 Aportaciones de la Teoría Psicoanalítica	35
1.3.3 Aportaciones de la Teoría Experimental	36
1.3.4 Aportaciones de la Teoría del Comportamiento	37
1.3.5 Alteraciones Mentales en los Bebedores	40
1.3.6 Aspectos Neurológicos del Consumo del alcohol	41
CAPÍTULO II CONSIDERACIONES SOBRE LOS PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	
2.2.1 Métodos de Identificación en el uso y abuso de alcohol	43
2.2.2 Definición y Conceptualización sobre el uso y abuso de alcohol y de los problemas asociados a su consumo	44
2.2.3. Identificación de problemas asociados al consumo de alcohol	55
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	
3.3.1 Planteamiento del problema	69
3.3.2 Objetivo general de investigación	70
3.3.3 Objetivos específicos de investigación	70
3.3.4 Hipótesis de investigación	70
3.3.5 Variables de estudio y definición de las variables problema.....	71
3.3.6 Diseño de investigación	72
3.3.7 Población de estudio	73
3.3.8 Procedimiento	74
3.3.9 Submuestra de estudio	75
3.3.10 Instrumentos	75
3.3.11 Pruebas y análisis estadísticos	78

	Pags.
CAPÍTULO IV RESULTADOS	
4.1 Población de estudio	
4.1.1 Ponderación de la población estudiada	79
4.1.2 Características de la población	80
4.1.3 Estimación de los niveles de alcohol en sangre	82
4.1.4 Motivos de no aplicación al alcosenor	82
4.1.5 Autoreporte de consumo de alcohol en las seis horas previas	84
4.1.6 Motivos de no aplicación de la entrevista	84
4.2 Selección de la submuestra	85
4.2.1 Descripción y características de la Submuestra de estudio	86
4.2.2 Validación de los procedimientos utilizados	99
4.2.3 Consistencia de las observaciones	101
4.3 Información sobre el patrón de consumo general en el último año	
4.3.1 Reporte del consumo de alcohol	103
4.3.2 Tipos de bebidas consumidas	103
4.3.3 Estimación de la cantidad de consumo:	
onzas, copas y mililitros de alcohol puro	106
4.3.4 Cantidad habitual de consumo en copas	109
4.3.5 Cantidad habitual de consumo de alcohol puro en mililitros	110
4.4 Determinación del consumo habitual de bebidas alcohólicas	
4.4.1 Frecuencia de consumo de doce y más copas	111
4.4.2 Frecuencia de consumo de cinco a doce copas	112
4.4.3 Frecuencia de embriaguez	113
4.5 Problemas relacionados al consumo de alcohol	
4.5.1 Problemas asociados	114
4.5.2 Dificultades asociadas	118
4.5.3 Otros incidentes asociados	121
4.5.4 Síntomas asociados	123
4.6. Descripción del Patrón de Consumo	127
4.7 Análisis de las Variables Sociodemográficas	
4.7.1 Patrón de consumo	129
4.7.2 Problemas asociados	136
4.7.3 Dificultades asociadas	143
4.7.4 Otros incidentes asociados	150
4.7.5 Síntomas asociados	157
4.8 Relación entre el Patrón de Consumo y Problemas	
4.8.1 Problemas asociados	165
4.8.2 Dificultades asociadas	166
4.8.3 Otros incidentes asociados	167
4.8.4 Síntomas asociados	168

	Pags.
4.9 Análisis del patrón de consumo por número de eventos	169
4.9.1 Número de bebidas	170
4.9.2 Número de Problemas	171
4.9.3 Número de dificultades	172
4.9.4 Número de síntomas	173
4.10 Análisis del consumo de alcohol puro en mililitros	174
4.10.1 Problemas asociados	175
4.10.2 Dificultades asociadas	176
4.10.3 Otros incidentes asociados	177
4.10.4 Sintomatología asociada	178
4.11 Análisis del consumo de alcohol puro por número de eventos	179
4.11.1 Número de bebidas	180
4.11.2 Número de Problemas	181
4.11.3 Número de Dificultades	182
4.11.4 Número de Síntomas	183
4.11.5 Tipo de bebida	184
4.12 Análisis por tipo de bebida consumida	185
4.12.1 Problemas asociados	186
4.12.2 Dificultades asociadas	187
4.12.3 Otros incidentes asociados	188
4.12.4 Sintomatología asociada	189
4.13 Comparación de las medias de consumo por tipo de problema	190
4.14 Matriz de Correlación	192
4.15 Análisis de Correlación	193
4.16 Análisis del Riesgo (Odds Ratio) asociado a los motivos de atención y causa de traumatismo	194
4.17 Análisis de Consistencia Interna	197
4.18 Análisis Factorial de los reactivos sección Problemas	198
4.19 Análisis de Regresión Múltiple.....	199
CAPÍTULO V DISCUSIÓN	203
5.1 Conclusiones	216
5.2 Alcances y limitaciones	218
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	219
AÑEXOS:	
1. Características del Alcosensor	
2. Descripción del Manual de Entrevistadores	
3. Cuestionario Estudio Servicios de Urgencia IMP	

R E S U M E N

Se presentan datos de una investigación llevada a cabo en ocho salas de urgencias de la Cd. de México. El levantamiento de la información se realizó trabajando una semana completa las 24 hrs. del día en cada una. La población de estudio (N= 2790) se constituyó con pacientes de 15 años y más que ingresaron a los servicios de urgencia, donde se evaluó el papel que jugó el alcohol en la ocurrencia de los traumatismos y problemas médicos agudos. De esta población, se derivó una submuestra (N= 1582) conformada por aquellos pacientes que informaron consumo de bebidas alcohólicas en los doce meses previos al momento de su captación, y cuyo propósito fue el estudio de problemas asociados con su consumo. Los datos que se presentan son tomados de esta submuestra. A los pacientes incluidos en el estudio, se les aplicó mediante entrevista un cuestionario y un dispositivo (Alcosensor III), que por medio de una muestra de aliento proporcionaba una estimación del nivel de alcohol en sangre.

Para la submuestra, se estimó que el 24.2% presentó niveles positivos de alcohol en sangre (mayor o igual a 10mg/100ml), y que el 32.7% informó consumo de bebidas alcohólicas en las seis horas previas a la ocurrencia del evento. Se reportan elevados índices de sensibilidad y especificidad en relación al consumo de alcohol previo al evento entre ambos instrumentos. El patrón de consumo prevalente en los pacientes masculinos fue el de baja frecuencia alta cantidad, y en los femeninos de baja frecuencia baja cantidad; también se analizó la información con la cantidad de consumo de alcohol puro. Por tipo de bebida, se informó de un mayor consumo de destilados, seguido por el de cerveza.

Como principal motivo de atención destacaron los traumatismos (contusiones), y dentro de éstos los de naturaleza intencional (asalto y riña). De acuerdo a sus características sociodemográficas, el 80% pertenecieron al sexo masculino, y el 71% se ubicó en el intervalo de edad de 15-34 años; por sus niveles de escolaridad (primaria), ocupación (obreros), e ingreso (un sueldo mínimo) se pueden identificar como pertenecientes a un nivel socioeconómico medio bajo y bajo. Se estimó el riesgo asociado a los motivos de atención (traumatismo o problema médico agudo), y a las causas de traumatismo, tomando como indicadores las lecturas positivas y el autoreporte de consumo.

Los análisis de las áreas investigadas por medio del cuestionario: problemas, dificultades, incidentes y síntomas, en relación con el patrón de consumo y la estimación del consumo de alcohol puro, mostraron diferencias significativas por sexo y edad. Las medias de consumo de alcohol puro por tipo de problema resultaron ser mas elevadas cuando se reporta la presencia del evento, con diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de ellos. Los análisis de correlación y de la matriz de correlación mostraron asociaciones significativas entre el consumo de alcohol puro y el número de problemas estudiados. De los modelos de regresión se desprendió que la frecuencia de embriaguez y la cantidad de consumo, fueran predictores de la ocurrencia de problemas de salud, sociales y legales.

INTRODUCCIÓN

El estudio de los problemas asociados al consumo de alcohol han suscitado mucho interés, preocupación y polémica dentro de las ciencias de la salud y disciplinas afines, como es el caso de la antropología, economía, y sociología entre otras.

Por los efectos que ocasiona la ingestión inmoderada de alcohol, diversas disciplinas contemplan su estudio, tratando de conocer y explicar la naturaleza de este fenómeno que afecta a gran número de personas en el mundo. Por sus repercusiones en el ámbito individual y social el uso de alcohol ocupa un lugar importante dentro de otros padecimientos que afectan al ser humano; por esta razón, han sido discutidos ampliamente desde el inicio de su estudio. Esto puede deberse en parte, a las características peculiares que lo conforman y que lo sitúan como un padecimiento que abarca aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales de gran magnitud. Las manifestaciones de la ingestión son múltiples y existen también múltiples causas en su inducción; la etiología y motivación para ese beber excesivo varían enormemente.

De las diferentes teorías sociales y de salud se desprende que el uso de alcohol debe ser entendido como un resultado de las circunstancias biológicas, psicológicas y sociales. Para cada individuo existe una historia particular en el desarrollo de su padecimiento, las experiencias personales, las alteraciones físicas, psicológicas y los cambios en su hábito del beber, conforman una secuencia de eventos específicos en cada uno. Sin embargo, al observar estos fenómenos en diferentes personas, se hace evidente que existen características comunes, donde los hechos se suceden en el mismo orden o con la misma magnitud.

El uso de alcohol se desarrolla en un continuo, donde una persona que es bebedor social, a lo largo del tiempo y gradualmente, se podría volver cada vez más dependiente de la bebida, hasta llegar a la pérdida de su control; aunque existe la posibilidad de que algunas personas no sigan esta secuencia en su desarrollo, o historia natural. Durante los años que transcurren desde haber sido un bebedor social o moderado hasta la dependencia, hay signos que advierten a la familia, amigos, médico, y comunidad, que la persona está siendo afectada por su forma de beber. El conocimiento e identificación temprana de estos signos es de vital importancia ya que permitirían una intervención adecuada que pueda evitar al paciente y su familia múltiples sufrimientos.

Desde la década de los 70's, diferentes países habían manifestado preocupación dado el incremento que se había observado en los problemas relacionados con el alcohol, así como por la complejidad de sus causas, naturaleza y manifestaciones; asimismo enfatizaron la necesidad de estudiarlos e implementar estrategias que permitieran reducir el impacto tanto en el individuo, como en la sociedad.

El primer paso en el estudio de la naturaleza y extensión de los problemas asociados al alcohol, fue el de revisar el concepto tradicional de alcoholismo, que enfoca la perspectiva de enfermedad, así se encontró que habían importantes limitaciones debido a que solo una reducida proporción de la población sufre este problema. El reconocimiento de esta situación originó cambios en la conceptualización del fenómeno, contemplando la posibilidad de ampliar la perspectiva del alcoholismo, abordando también los problemas relacionados con el alcohol (OMS, 1980). A partir de este enfoque se encontró que la prevalencia del consumo de alcohol y de sus consecuencias era mucho mayor de la que originalmente se había considerado (Calderón, Campillo y Suárez, 1981).

Desde el punto de vista de Salud Pública, las repercusiones que tiene el consumo de alcohol engloban una amplia gama de situaciones que van desde daño hepático, cáncer, hasta situaciones socioeconómicas como accidentes y ausentismo laboral. A partir de esta amplitud de consecuencias relacionadas con la bebida, se introduce el concepto de "Problemas relacionados con el alcohol", y con esta postura se permite ampliar el campo de repercusiones del consumo de alcohol (Campillo, 1985).

Existe suficiente evidencia para pensar que en nuestro país la ingestión de bebidas alcohólicas constituyen un serio problema de Salud Pública. Esto se desprende por las estimaciones del consumo per cápita (por habitante) de alcohol que se han venido incrementando (Rosovsky, 1985; Rosovsky, Narváez, Borges y González, 1992), y por los resultados encontrados en los estudios sobre patrones de consumo de alcohol en la población general (Medina-Mora, De la Parra y Terroba, 1980a; Natera y Orozco, 1981; Casillas, 1983; Campillo, Calderón y Suarez, 1985; Medina-Mora, García, Rascón y Otero, 1986; Guimares, 1987; Natera, Herrejon, y Rojas, 1988; Encuesta Nacional de Salud, 1988; Medina-Mora y Tapia, 1989; Medina-Mora, Tapia, Villatoro, Sepulveda, Mariño y Rascón, 1991; Encuesta Nacional de Adicciones, 1993). En ellos se advierte que mientras un buen número de personas son abstemias, otras hacen un uso moderado de alcohol, un pequeño porcentaje bebe en forma consuetudinaria, pero una parte importante de la población adulta que bebe, ingiere alcohol con poca frecuencia, pero donde cada ocasión de consumo es prácticamente una ocasión de embriaguez.

Este tipo de ingesta, ocasional y excesiva, más que relacionarse con problemas crónicos de salud, como por ejem., la cirrosis hepática, parecen estar más asociados con problemática de índole social; sin embargo, estos eventos son muy complejos y actualmente se les esta prestando una mayor atención (Borges, Kersenovich, Pelcastre, Gil, Inda y Garrido, 1992). Dentro de las consecuencias sociales destacan los delitos de violencia, los accidentes de tránsito, otro tipo de accidentes, el suicidio y el ausentismo en el trabajo, problemas familiares y de salud entre otros.

Las fuentes de información estadística a su vez indican un incremento importante de fallecimientos debidos a accidentes en calles y carreteras, en los cuales el conductor o sus víctimas habían consumido alcohol en exceso; también el aumento de homicidios y otros actos violentos suscitados o facilitados por el abuso de alcohol. Las evaluaciones del costo

de la improductividad en el trabajo y de la atención médica por lesiones y trastornos relacionados con el alcohol, es muy elevada (De la Fuente y Medina-Mora, 1987; De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1992; NIAAA, 1993).

Frente a esta situación y dada la trascendencia que han alcanzado estos eventos en nuestro país, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría se ha venido desarrollando una línea de investigación iniciada en el año de 1984; donde en una primera fase, se planteó estudiar el papel del alcohol en los delitos y accidentes en personas captadas en dos agencias investigadoras del Ministerio Público del Distrito Federal (Rosovsky y López, 1986; López y Rosovsky, 1986).

En la segunda fase de esta línea de investigación desarrollada en el transcurso de 1986 (Rosovsky y López, 1986), se vio la necesidad e importancia de considerar a la población que sufre accidentes, lesiones y problemas médicos agudos, la cual es captada en los servicios de urgencia de los hospitales; para de esta forma no limitarse a los casos en los que intervienen las autoridades de justicia. Así, esta fase se planteó como un estudio de tipo epidemiológico sobre las urgencias hospitalarias y su relación con el consumo de alcohol. Este proyecto formó parte de un estudio transcultural donde participaron diversos países (México, Estados Unidos, España, Chile y Costa Rica), coordinados por la Organización Mundial de la Salud y el Alcohol Research Group de la Universidad de Berkeley (Cherpitel, Pares, Rodes y Rosovsky, 1992; Cherpitel, Pares, Rodes y Rosovsky, 1993). La información fue obtenida mediante un cuestionario aplicado por entrevista y pruebas de aliento para estimar niveles de alcohol en sangre de personas atendidas, en los servicios de urgencias de ocho hospitales ubicados en la Ciudad de México, cuyo objetivo general fue obtener información sobre el papel que juega el consumo de alcohol en la ocurrencia de los traumatismos y problemas médicos agudos. De esta muestra, se derivó una submuestra que estuvo conformada por todos aquellos pacientes que reportaron haber ingerido alcohol en el último año (12 meses previos al momento de aplicar la entrevista), donde se indagó la presencia de problema asociados a su consumo.

Así, el presente trabajo tuvo como objetivo el estudio de los problemas que se relacionan al consumo de alcohol en la submuestra; investigando el reporte de problemas en los últimos doce meses asociados al consumo de alcohol, y así poder determinar la manera en que éstos se relacionan con diferentes formas de ingestión. Para tal fin, se trabajó en los servicios de urgencia de ocho hospitales en la Ciudad de México, tomando como población de estudio a todas aquellas personas de 15 años y más que acudieron a solicitar atención médica, durante una semana, las 24 horas del día en cada uno. Parte de los resultados de la investigación forman el cuerpo de la presente tesis.

CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES SOBRE EL ALCOHOL Y SUS EFECTOS

1.1.1. HISTORIA, EVOLUCIÓN Y COMPOSICIÓN DEL ALCOHOL

El alcohol ha estado presente casi desde la aparición del hombre en la tierra. De acuerdo con la paleontología hay evidencias que el hombre prehistórico, 200 millones de años atrás, tenía los cuatro ingredientes básicos necesarios para producir alcohol (azúcar, agua, levadura y calor).

En las culturas antiguas de los egipcios, hebreos, griegos y romanos, las bebidas intoxicantes y sus efectos eran conocidos.

La Biblia contiene por lo menos cinco diferentes palabras hebreas que hacen alusión a las bebidas alcohólicas. Los griegos con referencia al alcohol adoraban a semidioses como es el caso de Baco o Dionisios y los Egipcios a Osiris (Chafetz y Demove, 1962).

Desde que el ser humano bebe, el alcohol ha sido, por un lado, fuente de placer, relajamiento y amistad en los convivios rituales. También fue probablemente de los primeros tranquilizantes usados, así como el vehículo para comunicarse con sus dioses.

A lo largo de su historia, México no ha permanecido ajeno al consumo de alcohol. Las bebidas alcohólicas que se consumían en nuestro país, durante la época precolombina eran las derivadas de la fermentación de frutas, muchas de las cuales aún se acostumbran. Es hasta la llegada de los españoles, al final del siglo XV, que se introducen las bebidas destiladas.

Taylor (1979), mencionó al respecto que el patrón generalizado de consumo de alcohol en la era prehispánica consistió en beber en comunidad durante los rituales asociados principalmente con la agricultura, la religión y los ciclos vitales (nacimiento, matrimonio y muerte). Posteriormente y durante el tiempo de la colonia, se llegó a consumir una gran cantidad de bebidas alcohólicas, incluyendo el pulque¹, el vino y el brandy. La conquista española modificó radicalmente los patrones indígenas de consumo de alcohol, que pasaron de un consumo ocasional, limitado a ciertas festividades, a uno profano e indiscriminado. Por otro lado, Calderón (1968) informó que existían antecedentes de que en las antiguas culturas prehispánicas su uso estaba muy difundido, encontrándose entre estos los chamulas en la región de Chiapas. El octli o pulque, bebida fermentada obtenida del maguey era la más consumida en las comunidades indígenas de la Ciudad de México, donde se hablaba el náhuatl (Sahagún, 1956; Madsen y Madsen, 1969).

En muchos grupos indígenas la ingestión de alcohol se hacía en forma ceremonial, y se observaban normas morales en forma austera y recta (Clavijero, 1964). En el México prehispánico además del pulque, se consumía el "tesgüinol", elaborado con maíz germinado que se deja fermentar con la semilla de una planta local y que aún se bebe entre los

¹ El pulque es una bebida que resulta de la fermentación de aguamiel, la sabia de un cactus conocido como agave mexicano.

tarahumaras de la sierra de Chihuahua (West, 1972). El aguardiente y otras bebidas fermentadas de la caña también se consumieron entre las culturas antiguas de nuestro país, como es el caso de la "chicha", que se bebía mucho entre los Tzotziles de Chiapas (Guiteras, 1965).

Con la conquista aumentó el consumo de alcohol entre los indígenas, tanto por la problemática sociocultural involucrada, como por la abolición de los castigos. Además se introdujeron por los colonizadores bebidas no conocidas hasta ese entonces, como la cerveza y el vino. De esta manera, el alcohol ha formado parte de la vida del mexicano, en todas sus manifestaciones religiosas, sociales y culturales.

En una revisión de la literatura sobre el uso de sustancias y la influencia de la etnicidad, se informó haber encontrado que los patrones de consumo de alcohol entre las culturas indígenas mostraban marcadas variaciones, desde la integración del consumo de alcohol a todos los aspectos de la vida, hasta el restringido a ciertas ocasiones por un lado; y por otro, que los patrones modernos de consumo de alcohol en México estaban influidos por las numerosas culturas que coexisten en el país (Medina-Mora, Tapia, Otero y Mariño, 1990).

Es de suponerse que el alcohol sea la más antigua de las sustancias con efectos sobre la personalidad y la conducta, que los hombres han tenido a su alcance. Tan antiguos como el consumo de alcohol en diferentes formas y ocasiones, son los intentos de limitar su abuso, que podría ser una causa de daños graves a la salud de los individuos, a las familias y a la sociedad.

Así, tenemos que el tipo de alcohol que se ingiere comúnmente es el etílico o etanol, cuyos elementos químicos son el carbono, hidrógeno y oxígeno, y se puede producir por la acción del hongo de la levadura, que fermenta ciertos azúcares para formar dióxido de carbono y alcohol etílico. Este proceso de fermentación, fue el único método conocido para producir alcohol por el hombre primitivo, pero alrededor del año 800 a.C., se desarrolló el proceso de destilación que consistía en hervir y aislar el alcohol más volátil de otros fluidos, permitiendo la producción de bebidas mucho más potentes (NIAAA.,1976; NIAAA.,1993).

Además del etanol, en la química se reconoce la existencia de otros tipos de alcoholes tales como el metílico, propílico y butílico, los cuales son menos apropiados que el etanol para ingerirse ya que no son metabolizados u oxidados tan rápidamente. Los productos del metabolismo del etanol son inofensivos para el organismo, pero la oxidación de pequeñas cantidades de alcohol metílico produce sustancias tóxicas que dañan los nervios, en particular el óptico, pudiendo ocasionar ceguera.

No solo puede producirse alcohol químicamente, sino también se obtiene de la fermentación de los azúcares y levaduras de las plantas. Las bebidas así obtenidas, cerveza de la cebada, vino de las uvas y sidra de la manzana, son relativamente bajas en contenido alcohólico. Las bebidas destiladas, sin embargo, contienen porcentajes mayores de alcohol, usualmente alcanzan entre un 40 y 50% de alcohol por volumen.

1.1.2. ABSORCIÓN Y ELIMINACIÓN

Una vez ingerido el alcohol, éste se absorbe rápidamente; una parte a través del estómago, otra a través del intestino delgado pasando a la corriente sanguínea para distribuirse en todos los tejidos. Una pequeña cantidad escapa a este proceso y es eliminado por la orina, el aliento y la sudoración. La velocidad con la que el alcohol deja el estómago y el intestino para ser absorbido en la corriente sanguínea y producir sus efectos en el individuo, está condicionado por varios factores; el tipo de bebida, la presencia de alimentos en el estómago, la rapidez con que se ingiere y el peso corporal de la persona. La presencia de comida en el estómago es muy importante, especialmente grasas y proteínas que retrasan la absorción. Por el contrario, el agua tomada antes de la ingestión de alcohol tiende a incrementar la rapidez de absorción. El etanol es soluble al agua, y la mucosa gástrica y el intestino delgado lo absorben rápidamente; si se vaporiza también pueden absorberlo los pulmones.

Se ha descrito que muchos factores pueden modificar la absorción del alcohol por el estómago. Inicialmente la absorción suele ser rápida, pero disminuye gradualmente hasta hacerse lenta a pesar de haber una alta concentración en el estómago. La absorción varía de acuerdo con el volumen, el tipo, la dilución de la bebida, la presencia de alimento y el tiempo que haya estado bebiendo el sujeto, así como la idiosincrasia individual. La mayoría de los alimentos que se encuentran en el estómago tienden a retardar la absorción del alcohol. La mantequilla y la cerveza retardan la absorción en forma notable.

En el hombre, la absorción gástrica del etanol es de cerca del 20% del total absorbido. Por esto, la función pilórica puede regular el grado de absorción del alcohol ingerido (Finch y Kendall 1974), ya que las altas concentraciones de alcohol pueden irritar la mucosa gástrica e inducir el espasmo pilórico. Por otra parte, el agua potable y especialmente las bebidas con bicarbonato, pueden acelerar notablemente la absorción del alcohol (Pirola, 1978). La concentración máxima de alcohol en sangre se alcanza después de 30 a 60 minutos de la ingestión (Joos y Moerl, 1984). Después de que el alcohol es absorbido, se distribuye en forma homogénea por los diferentes tejidos de acuerdo con su contenido acuoso.

La concentración de alcohol en sangre, necesaria para inducir una intoxicación, varía de una persona a otra y depende de muchos factores, como la edad, el peso y el estado físico del sujeto. Lo cual quiere decir que dos individuos que ingieren la misma cantidad de alcohol pueden tener diferentes grados de intoxicación.

El hígado metaboliza el alcohol por el proceso de oxidación. La velocidad metabólica es lenta, de aproximadamente una onza de whisky por hora (10 ml. de alcohol). Por lo tanto, el alcohol que contiene 4 onzas de whisky puede requerir de 5-6 horas para su oxidación, como promedio.

Cuando la ingestión de alcohol es intensa y constante durante tiempo prolongado, induce el desarrollo de otro camino metabólico de las enzimas microsómicas hepáticas. (Cederbaum y Dicker, 1977).

Los efectos tóxicos del etanol y del acetaldehído afectan directamente el hígado. En los bebedores crónicos y excesivos se acumula la grasa y las proteínas en el hígado, lo cual produce después de un cierto tiempo de ingestión crónica de alcohol, una cirrosis hepática que es irreversible.

Se elimina sin cambio del 2 al 8% del etanol absorbido por el organismo, principalmente por los riñones y los pulmones. El resto se oxida y produce bióxido de carbono y agua; los procesos iniciales tienen lugar principalmente en el hígado y, en pequeño grado, en los riñones. La oxidación incluye tres etapas iniciales: en la primera, el etanol se oxida en el hígado produciendo acetaldehído por acción de la enzima dehidrogenasa de alcohol. En la segunda etapa, que también tiene lugar principalmente en el hígado, el acetaldehído se convierte en acetato libre o acetyl-coenzima "A", por influencia de la enzima dehidrogenasa de aldehído. En la tercera etapa, la masa de acetato penetra en el ciclo de ácido tricarbónico en los tejidos periféricos, como el músculo, y ahí es oxidado hasta convertirlo en bióxido de carbono y agua.

El alcohol tiene un alto contenido energético, mayor que el de los carbohidratos y las proteínas, y sólo ligeramente menor que el de las grasas (Lin, Weidler y Garg, 1976). Aproximadamente una onza de whisky, una copa de vino o una botella de cerveza tienen el mismo contenido energético que 125 ml. de leche o 60 gramos de queso fresco.

Por otro lado, el organismo tiene sus propios mecanismos que lo protegen para no ser inundado por el alcohol; de esta forma, si la concentración de alcohol en el estómago aumenta, éste secreta moco y la válvula pilórica se cierra, lo que hace que la absorción sea más lenta. Por ello, el individuo que ha consumido mucho, una gran cantidad queda durante un largo tiempo sin absorberse (Kesell & Walton, 1975).

Sin embargo, van a existir otras circunstancias que influyen en este tipo de absorción, como es la situación en que se está bebiendo, el estado anímico de la persona, sus actitudes y experiencias previas que tenga en relación con la bebida.

Todos estos factores van a estar interrelacionados para producir determinada reacción particular de cada individuo ante la bebida. Lo cual plantea una gran dificultad para establecer qué niveles de concentración de alcohol en la sangre puede afectar más la conducta de las personas.

Ya absorbido y distribuido por la sangre, el alcohol sufre cambios metabólicos u oxidativos. La mayor parte de este proceso tiene lugar en el hígado. La rapidez con que el alcohol es oxidado es independiente de la concentración que presenta el organismo. El temblor, la sudoración, dolor de cabeza y malestar gástrico que presentan en la mañana siguiente de haber bebido en forma excesiva, son manifestaciones del proceso de eliminación y se puede dar en cualquier individuo bebedor (NIAAA., 1993).

El tiempo de oxidación varía de individuo a individuo, pero éste, es muy constante para una persona. De tal manera, al parecer no existe un método eficaz para acelerar la eliminación, por lo cual es necesario dejar que el hígado realice su trabajo, que puede tomar varias horas o inclusive días.

Proceso de Absorción, Metabolización y Eliminación del Alcohol por el organismo		
ABSORCIÓN	METABOLIZACION (oxidación)	ELIMINACIÓN
Estómago Mucosa Gástrica Intestino Delgado Pulmones Por estimulación del Sistema Microsomal Hepático	Hígado Riñones Músculos Por las enzimas Microsómicas Hepáticas	Riñones: orina Pulmones: aliento Tejidos: sudoración

Factores Asociados al Proceso de Absorción	Efectos del proceso de Eliminación
Edad Peso corporal Estado Físico Tipo de Bebida Presencia de alimentos en el estómago Agua en el estómago Bebidas con bicarbonato Su distribución en los tejidos Regulación de la Función Pilórica Situación del consumo Estado de ánimo Actitudes hacia la bebida Experiencias previas	Gastritis y malestar gástrico Diarreas Vómitos Náuseas Dolor de cabeza Temblores Sudoración

1.1.3. EFECTOS

Se ha observado que no todas las personas que beben la misma cantidad en una determinada ocasión actuarán de la misma forma. Algunos, a través de su particular historia de beber, han desarrollado tolerancia a la bebida y, quienes se encuentran en este caso, pueden beber cantidades que no les provocan los efectos intoxicantes que estas mismas dosis producen en alguien que comienza a beber. Esta tolerancia significa que una persona debe beber cada vez más para lograr los efectos que antes le producían dosis menores. Cuando grandes cantidades de alcohol son ingeridas, el sistema gastrointestinal se irrita, náuseas, vómitos y diarrea son indicios de daño. La gastritis es la molestia más común entre los bebedores, se presenta con dolor y flatulencias, pero desaparece al dejar de beber.

Usado en forma excesiva, puede también causar daño al miocardio y producir arritmias que pueden conducir a la insuficiencia (Ettinger, Wu, De la Cruz, Weisse, Ahmed y Reagan, 1978). Dos onzas de whisky pueden abatir la regulación del ritmo bioeléctrico del corazón (Conway, 1968). El alcohol en exceso en la sangre, aumenta el tamaño de los glóbulos rojos y produce anemia (Eichner, 1973; Hines y Cowab, 1974). La medida del tejido corpuscular medio, ha surgido como un indicador del alcoholismo (Davidson y Hamilton, 1978). Además, en una proporción del 70% al 80% de los alcohólicos se reduce la libido (Van Thiel y Lester, 1976). En el mismo porcentaje muestran atrofia testicular e infertilidad. Sus cifras de testosterona son bajas y las hormonas estrógenas están elevadas (Wright, 1978). En contraste con la creencia popular, el alcohol bloquea los receptores de la testosterona, produciendo un hipoandrogenismo, con la consecuente secreción hipotalámica de grandes cantidades de hormona liberadora de hormona luteinizante. Algunos autores piensan que es ésta la hormona que causa la agresividad del intoxicado por etanol (De la Fuente, 1987a).

El alcoholismo crónico o el beber excesivamente durante muchos años, es la causa más frecuente de los males hepáticos que en muchos casos llevan a la cirrosis, enfermedad que es mortal en cerca de la mitad de la población que la padece. Sus signos clásicos son malestar, anorexia y sudor, vómitos con sangre aparecen también en los estadios finales del cuadro.

En la fase temprana del consumo crónico de diferentes bebidas alcohólicas, tanto en los seres humanos como en los animales de experimentación, se estimula el sistema microsomal hepático, aumentando la habilidad del hígado para metabolizar más rápidamente mayores cantidades de alcohol. Esta situación se traduce clínicamente en una mayor tolerancia al alcohol. En cambio, el bebedor crónico, con muchos años de evolución, presenta cada vez menor tolerancia al alcohol debido a la sobrecarga constante a que ha estado sujeto el hígado, que ya puede presentar lesiones irreversibles.

Los efectos del alcohol se manifiestan en todos los sistemas del organismo (NIAAA.,1993). La velocidad del ritmo cardíaco puede aumentar, lo que provoca un incremento en la corriente de los vasos sanguíneos produciendo sensaciones de calor. Los

vasos de la piel se dilatan, por lo que aparece el clásico enrojecimiento que causa una sensación de calor, pero con el aumento del sudor la temperatura corporal puede descender. Con dosis mayores los mecanismos reguladores de la temperatura en el cerebro se deprimen y la temperatura puede descender pronunciadamente (Hawker, 1976). La velocidad con que se produce la orina aumenta, ésto es como consecuencia de la cantidad de líquido ingerido, y porque el alcohol actúa sobre la glándula pituitaria que interviene en la producción de la orina.

Los avances de las neurociencias han permitido incrementar el conocimiento del consumo agudo y crónico de alcohol sobre el sistema nervioso central y periférico. Estos avances han facilitado el desarrollo de nuevas y sofisticadas técnicas de investigación, permitiendo a los investigadores en el área analizar los efectos del alcohol sobre las diferentes regiones y sistemas del cerebro, así como de los procesos psicológicos y químicos que subyacen al uso de alcohol. La evidencia indica que la exposición aguda afecta la acción del glutamato, el cual influye sobre el sistema nervioso central; asimismo, se sabe que ésta exposición provoca numerosos efectos sobre el comportamiento. La exposición crónica puede resultar en tolerancia y dependencia física. La dependencia fisiológica, evidenciada por el desarrollo de síntomas de abstinencia, al interrumpir la ingesta de alcohol, puede involucrar cambios neuronales (NIAAA.,1993).

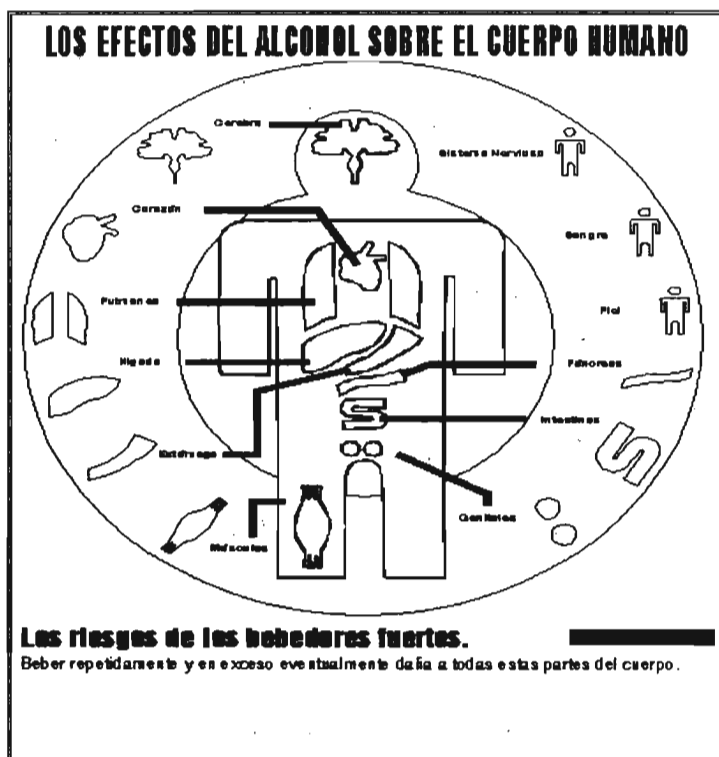
El sistema nervioso central al ser afectado por el alcohol, presenta inicialmente un ligero efecto estimulante sobre el mismo, pero su principal efecto es el de deprimir ciertas zonas corticales y de la formación reticular. Estas áreas tienen un papel integrador de la función cerebral, lo cual dará lugar, en ocasiones, a una actividad no regulada de otras áreas del cerebro, lo que se traduce en una sensación aparente de estimulación. Cuando la dosis de alcohol es excesiva, se observa una marcada depresión de todas las funciones integradoras superiores del cerebro. Por otro lado, existen otras acciones del alcohol sobre el sistema nervioso central y la psique.

El consumo moderado de alcohol aparentemente tiene leves efectos sobre el sistema cardiovascular. La presión arterial y la contractibilidad del corazón, no suelen sufrir cambios significativos. Las demás acciones sobre otros sistemas y órganos, varían dependiendo de la concentración de alcohol en sangre (Heinze, 1987).

Se puede decir que, en forma general el alcohol actúa como depresor del sistema nervioso. Cuando la concentración en la sangre aumenta, graves efectos depresores se producen en las células, que se manifiestan como incoordinación, confusión, desorientación, estupor, coma y muerte.

La capacidad de discriminación, memoria y percepción se ven afectados desde el primer trago y se alteran progresivamente, al continuar bebiendo y alcanzar concentraciones más altas de alcohol en la sangre. Sin embargo, ni la cantidad bebida ni el nivel de alcohol en la sangre pueden ser indicadores absolutos sobre la capacidad de un individuo para desarrollar alguna tarea. Esto se relaciona con los diferentes grados de tolerancia desarrollada por diferentes sujetos, a lo largo de su vida de bebedores.

El beber mucho durante largo tiempo puede resultar en serios desórdenes mentales o daño progresivo del cerebro y sistema nervioso periférico. Funciones mentales, tales como la memoria, juicio y la capacidad de aprender, sufren severo deterioro, así como la integración de la personalidad y el vínculo con la realidad (NIAAA.,1993).



Citado en: Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989.

PRINCIPALES EFECTOS DEL ALCOHOL A NIVEL CORPORAL

Cerebro:

Depresión de las funciones integradoras del cerebro, Daño progresivo del cerebro, Deterioro de las funciones mentales, Depresión de los mecanismos reguladores de la temperatura, y de las zonas corticales, Alteración y pérdida de la memoria, desórdenes mentales, Confusión, Alucinaciones, Ataques.

Corazón:

Alteraciones en el sistema cardiovascular, Arritmias y daño al miocardio, Aumento del ritmo cardiaco, Agrandamiento del corazón, Presión elevada, Pulso irregular.

Pulmones:

Infecciones, incluyendo tuberculosis.

Hígado:

Inflamación severa y dolor, Inflamación del hígado (Hepatitis), Males y problemas hepáticos. Efectos tóxicos. Cirrosis. Cáncer del hígado.

Estomago:

Revestimiento por la inflamación. Sangrado, Ulceras,

Músculos:

Pérdida del tejido muscular, Debilidad.

Sistema Nervioso:

Alteraciones y depresión en el sistema nervioso central, Daño progresivo del sistema nervioso periférico, Estremecimiento y pérdida de sensación en manos y pies.

Sangre:

Cambios en los glóbulos rojos (aumento del tamaño).

Piel:

Dilatación de los vasos capilares, Sudoración, Contusiones.

Páncreas:

Inflamación dolorosa.

Intestinos:

Inflamación, Sangrado.

Genitales:

Reducción de la libido, Atrofia testicular Contracción de los testículos e Impotencia (hombres); Infertilidad, Daño fetal (mujeres).

Otros:

Efecto estimulante inicial, Alteración en la capacidad de discriminación, Alteración de la percepción, Alteración del juicio, Alteraciones en la integración de la personalidad, Agresividad, pérdida del vínculo con la realidad, Incoordinación, Desorientación, Incremento en la producción de la orina (glándula pituitaria), Pérdida o falta de apetito, Desnutrición, Anemia, Depresión de la formación reticular, Estupor, Coma, Muerte. Los efectos agudos del consumo de alcohol, se han descrito sobre todo en lo relacionado con la capacidad de conducir vehículos automotores (BAC), así se ha encontrado que los niveles de alcohol en sangre afectan la habilidad de conducir, reduciendo los tiempos de reacción y retardando los procesos de decisión. En forma general influye en las habilidades perceptuales, cognitivas y motoras.

Por lo anteriormente expuesto, y para una mejor comprensión de los problemas que se relacionan con el consumo de alcohol es necesario considerar y tener presente los aspectos históricos del mismo, así como el de su composición y sus efectos en el organismo.

1.2 CONSECUENCIAS GENERALES SOBRE EL USO Y ABUSO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

1.2.1 CONTEXTO DEL CONSUMO

El concepto de alcoholismo fue enunciado entre los años 40's y 50's, destacándose la estrecha relación que guarda con los determinantes culturales que norman su uso en las diversas sociedades. Es decir, la conducta del bebedor no podía separarse de los múltiples lugares que las sociedades asignan a las bebidas alcohólicas en sus rituales y tradiciones, que promueven el consumo de bebidas en ciertos grupos, mientras que los limitan en otros, que especifican los lugares y los momentos adecuados para consumirlas y, en forma más general, legislan sobre su producción y comercio. Así, se planteaba un tipo de análisis que escapaba a las posibilidades y objetivos de la teoría y de la práctica clínica. Esta situación se complementó con la serie de disciplinas científicas que consideran a los grupos humanos como objeto de estudio, tales como la antropología, la sociología, la historia y la epidemiología. Estas disciplinas, se habían encontrado de una forma un tanto causal y episódica, con el problema del uso del alcohol en las sociedades que habían estudiado y, cada una con sus métodos y perspectivas características, venían aportando elementos importantes para la comprensión de esta problemática tan diversificada.

Se ha hecho evidente que para comprender el uso y consumo de alcohol de los grupos sociales y de los individuos específicamente, es una tarea multidisciplinaria e integrativa, que involucra la cooperación de una multiplicidad de disciplinas (Seeley, 1960; Makela, 1970; Robinson, 1977; Schmidt, 1977; NIAAA.,1993).

Por tal motivo, desde la década de los 70's, se le empezó a dar importancia al concepto pluricausal, en sustitución del concepto del alcoholismo como enfermedad, y se aceptó la participación de factores sociales y culturales, hasta entonces descuidados, en la iniciación, el mantenimiento y las consecuencias del hábito de beber (De la Fuente, 1987b y De la Fuente y cols.,1992). Se mostró entonces la necesidad de revalorar los factores individuales y sociales que conducen a las personas a tener problemas con el alcohol. En los últimos años, el concepto de Dependencia, considerado como un síndrome que tiene grados y admite grandes variaciones, ha ocupado un lugar central. Como resultado de esto, el síndrome de dependencia ha servido de común denominador para abordar los problemas relacionados con diversas drogas, especialmente con el consumo de alcohol, y más recientemente con el tabaco. Otra de las consecuencias fue el planteamiento de que, sin ser dependientes, muchas personas sufren serios problemas, daños e incapacidades debido a su consumo de alcohol. La inclusión del alcohol en el grupo de sustancias que pueden causar dependencia favoreció el estudio de los daños que causa en la salud, en el trabajo y la familia, así como el papel que desempeña en los accidentes y actos delictivos.

Actualmente se piensa que el fenómeno de la adicción o dependencia a una droga, o su uso compulsivo, es un fenómeno complejo en el cual participan tanto el organismo, como la personalidad, el ambiente y el aprendizaje. Al examinar la relación que existe entre la dependencia y la tolerancia, y la relación de ambas con el síndrome de abstinencia, se encontró que el aprendizaje desempeña en estos fenómenos un papel más importante del que se le había asignado. La reaparición de la compulsión a autoadministrarse la sustancia se comprende mejor si se toman en cuenta - además de la base fisiológica del fenómeno -, éstas respuestas aprendidas así como las señales internas y externas que las activan (De la Fuente, 1987b). Los conceptos de adicción y dependencia han sido discutidos ampliamente. La adicción hace referencia a los patrones de dependencia a una sustancia; pero el término debido a que conlleva una idea de debilidad moral, se ha sugerido sustituirlo por el de dependencia (Glosario de términos, Diplomado sobre Adicciones, 1995).

Las características propias del consumo de alcohol y los problemas que plantea, deben ser analizados dentro del contexto en el que se consumen. En el aspecto social, el fenómeno del abuso está sujeto a un proceso de auge y declinación. Algo que se puede mencionar es que hoy en día, aún cuando los países tienen otras prioridades en materia de salud, estos problemas constituyen un motivo creciente de preocupación pública debido a su alto costo social y a la impotencia de las comunidades para enfrentar exitosamente éstos.

Los trabajos etnográficos, familiares y de investigación básica sobre el alcoholismo son relativamente escasos, pero actualmente y bajo ésta perspectiva se les empieza a prestar atención a los problemas que ocasiona en las familias y en el trabajo, así como el papel que desempeña en los accidentes y los actos de violencia (Campillo, 1985; López, 1986; Menéndez, 1987; Natera, Casco, Nava y Ollinger, 1988; López y cols., 1991b; Romero, 1993).

Estudiar la epidemiología del alcoholismo, donde se incluya toda la gama de trastornos ocasionados por él, así como las actitudes y respuestas de la comunidad, sería otra posibilidad de acercamiento a la problemática derivada de la ingestión del alcohol (De la Fuente, 1987b).

Beber alcohol en bajas cantidades y poca frecuencia, aparentemente no produce en el organismo un daño importante ni permanente; pero cuando es ingerido en grandes dosis y por períodos prolongados, ha demostrado tener efectos perjudiciales, reduciendo tanto la calidad como la cantidad de vida. Desde el punto de vista somático, una de las consecuencias más serias es la desnutrición, que en nuestro país es aún más grave.

El alcohólico crónico deja de interesarse por su alimentación, por lo que la ingestión de proteínas es muy baja, así como la de vitaminas. La falta de apetito (anorexia), está acompañada de náusea en la mañana que hace rechazar el desayuno y durante el día, la ingestión de calorías alcohólicas reduce la sensación de hambre.

Para la comprensión de los problemas que genera el consumo de alcohol etílico, es necesario tener presente que su ingestión es una práctica arraigada en las costumbres, que satisface demandas de la población y, también, que la actividad económica que genera su

producción y comercialización es cuantiosa, y constituye una fuente sustancial de empleos para los trabajadores y de ingresos para los particulares y para el estado (De la Fuente, 1987a).

Un aspecto que permite abordar en un punto de convergencia los problemas asociados con el alcohol y el tabaco, es la dependencia o adicción. Sin embargo, el examen de los problemas no debe circunscribirse a éste, porque hay muchas personas que, sin ser dependientes, sufren diversos daños e incapacidades, y causan daños a los demás a causa del abuso de la sustancia en cuestión.

Si bien, los aspectos personales, familiares y sociales generados por el abuso de drogas tienen elementos comunes, cada tipo de droga es diferente en cuanto al grado y tipo de dependencia resultante de su consumo, y a las consecuencias individuales y sociales que suscita (Cruz, 1994). Por otro lado, las condiciones socioeconómicas y culturales influyen en gran medida y modelan los problemas en cada país, en cada región y en cada grupo de edad.

En la segunda mitad de este siglo fue superado el punto de vista moralista hasta entonces predominante, y se consideró al alcohólico como una persona que sufre una enfermedad específica, cuyo componente central es la forma en que usa el alcohol. Con base en este concepto, el interés público y, en especial, el de los médicos, se centró principalmente en el tratamiento de los enfermos. No obstante el avance que representó no ver ya el alcoholismo como un vicio, sino como una enfermedad, la investigación científica reciente ha demostrado que esta perspectiva tenía grandes limitaciones; la principal de ellas era que dejaban a un lado los aspectos tal vez más significativos del fenómeno: el abuso del alcohol por personas que no son alcohólicas, pero que cuando lo ingieren lo hacen en formas, cantidades y situaciones que conllevan riesgos graves para ellas mismas y para los demás. De hecho, la proporción de personas dependientes del alcohol, es decir, las que son alcohólicas, es pequeña si se compara con la de personas que sufren y hacen sufrir a otros las consecuencias de su abuso (Malin, Coakley, Jaelber y Hollan, 1982). Dentro de este contexto la OMS (Saunders y Aasland, 1987), se ha interesado por estudiar a los bebedores excesivos con consumo peligroso o con riesgos a la salud. Así ha desarrollado los términos "consumo dañino de Alcohol" y "consumo peligroso de alcohol", los cuales son relativamente recientes e incluyen las recomendaciones de la 10 revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. El término "consumo dañino de alcohol" denota que la ingestión de alcohol está causando "daños a la salud mental" o al "bienestar físico del individuo". Por otro lado, el término "consumo peligroso de alcohol", es definido como el nivel de consumo ó el patrón de ingestión que probablemente resulte perjudicial si los hábitos del consumo persisten.

En el alcoholismo y en el abuso de bebidas alcohólicas, los factores económicos, sociales y culturales juegan un papel importante y modelan las características del fenómeno en distintas regiones y grupos humanos. Cuando las actitudes de una comunidad son permisivas en relación a su uso y el alcohol es barato y fácil de adquirir, la proporción de

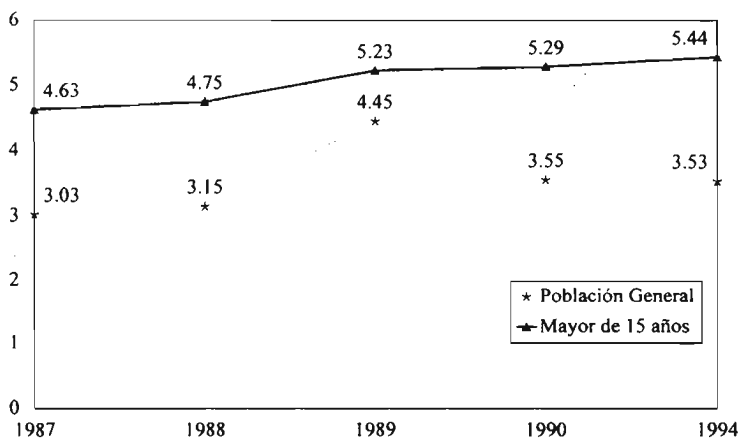
personas que lo ingiere en exceso es mayor y son más frecuentes las consecuencias adversas. Algunas de estas consecuencias también están estrechamente relacionadas con los patrones de ingestión, las circunstancias y los tipos de bebidas que se ingieren (Makela, 1975).

Un criterio que cuenta con fuerte apoyo científico es el de que los problemas asociados con el consumo de alcohol están directamente relacionados con la proporción de la población que consume el alcohol disponible y con las prácticas de consumo (WHO.,1979; De la Fuente y Medina-Mora, 1987).

Se ha visto que a partir de 1960, el consumo per cápita de alcohol ha aumentado en diversos países en forma notable y se ha extendido entre las mujeres y los jóvenes. En 1975, y de nuevo en 1980, la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud, reconoció que los problemas relacionados con el abuso de bebidas embriagantes representan uno de los mayores retos para la salud pública en el mundo (OMS.,1980) y con mayor importancia en Latinoamérica (Rosovsky y Borges, 1993).

CONSUMO PER CAPITA DE ALCOHOL EN MÉXICO

Litros de Alcohol Puro



Fuente: Información proporcionada por la industria de las bebidas. Centro de Información en alcohol. Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Cuadro A

AUTOR	PAIS	FUENTE DE INFORMACIÓN	RESULTADOS
Míguez H., (1988)	ARGENTINA	1986, Ventas de alcohol (?)	Cpc de alcohol absoluto, en población > 15 años 1.3 Lts destilados 1.3 Lts cerveza 10.2 Lts vinos 12.8 Lts Total 15.3% abstemios 61.5% bebedores moderados 16.5% bebedores excesivos 6.7% alcohólicos
De la Quintana-M., (1988)	BOLIVIA	1983, Ventas de alcohol 1985, Estudio en Cochabamba	Cpc alcohol absoluto, en población total: 4.3 Lts. 30% de la población mayor de 15 años son consumidores de alcohol.
Masur J., (1988)	BRASIL	1981, ventas de alcohol.	Cpc de alcohol absoluto, en población total: 9.1 Lts.
Medina CE., (1980)	CHILE	1985, Estimación para toda la población Diversos estudios nacionales	Cpc alcohol absoluto 6-8 Lts 40-50 Lts de vino 15 Lts de cerveza 1 litro de licor 30% de abstemios 55% de bebedores moderados 10 (+- 5) bebedores excesivos 5 (+- 3) alcohólicos
Míguez H., (1983)	COSTA RICA	1982, Encuesta Nacional en Hogares. N= 5,647 (>= 15 años).	50% abstemios y casi abstemios 26% bebedores moderados 10% bebedores excesivos 5% alcohólicos
IAFA (1987)	COSTA RICA	1985, Ventas de alcohol	9% bebedores en el pasado Cpc población de 15 años 2.33 Lts destilados 1.43 Lts cervezas 0.03 Lts vinos 3.80 Lts total
Villarreal (1990)		1985-1989, Ventas de alcohol	Cpc alcohol absoluto Población Total Población >15 años 1985 2.36 Lts 3.73 Lts 1989 2.65 Lts 4.18 Lts
Ministerio de Salud (1985)	ECUADOR	1985, Investigación Nacional sobre prevalencia de alcoholismo.- N=32,000 (>= 15 años)	7.68% Alcohólicos 8.63% bebedores excesivos
Aguilar E., Pacurco S., (1988)		1985, Estimación de Cpc para toda la población	Cpc 3.2 Lts alcohol absoluto
Medina R., (1988)	GUATEMALA	Ventas de alcohol	Aumento del 30% entre 1984 y 1987. Principales bebidas: cerveza, vinos y destilados
Medina-Mora ME., y cols. (1991)	MÉXICO	1988, Encuesta Nacional de Adicciones N=12,581 (población urbana >= 18 años de edad)	46.5% abstemios 18.3% bebedores infrecuentes 18.2% bebedores moderados 7.2% bebedores frecuentes 6.8% consuetudinarios
Rosovsky H., Borges G., (1991)		1989, Ventas de alcohol	Cpc Población total: 3 Lts alcohol absoluto. 72% cerveza 25.4% destilados 1% vinos 2% Otros
García TM., Vergara DM., (1988)	PERÚ	1980. Ventas de alcohol (?).	Cpc 7.65 Lts alcohol absoluto
Ferrando D., (1990)		1988 Encuesta Nacional de Hogares N=6,761 (12-50 años de edad)	47% de la población urbana consumió alcohol en los últimos 30 días.

Citado en: Rosovsky y Borges (1993): Accidentes y alcohol en América Latina, Pp 149. En: Las Adicciones. Hacia un enfoque Multidisciplinario. Secretaria de Salud. SSA, CONADIC, México

1.2.2 MOTIVOS DE CONSUMO

El uso moderado de alcohol ha demostrado ser un elemento lubricador en las relaciones interpersonales, sus efectos desinhibidores y relajantes hacen que los individuos puedan establecer contactos sociales con mayor facilidad y soltura.

Con la participación del alcohol se ofrece hospitalidad, se organizan negocios y se hacen nuevos amigos. Todo esto configura un marco de aprobación y tolerancia social hacia las bebidas. Para el individuo, esto representa un doble estímulo para beber; ya que se integra a un patrón social en el que se le incita a beber y a experimentar los efectos placenteros de las bebidas alcohólicas.

Sin embargo, cuando el consumo es excesivo y prolongado, los efectos negativos no solo se advierten en el individuo, sino también en la familia y en la comunidad que recibe su impacto. Dentro de la familia, los cambios que se producen en una persona en su paso hacia el desarrollo de un probable alcoholismo, provocando graves daños emocionales (angustia, ansiedad, depresión). En la comunidad, su desempeño laboral y social también se ven afectados deteriorando su prestigio y su economía; otros sucesos como conducir bajo los efectos del alcohol o intervenir en otras situaciones penadas por la ley, le puede ocasionar un sinnúmero de problemas (detenciones, multas).

Dentro de este contexto, la epidemiología se ha abocado al estudio de todas las posibilidades de uso y consumo de bebidas alcohólicas, (incluyendo a los abstemios) y de los problemas que acarrea: individuales, familiares y sociales, que se relacionan con su uso. Bajo una orientación social, trabaja con diferentes tipologías del consumo de bebidas alcohólicas, buscando averiguar cómo se relaciona este consumo en sus diferentes grados, con problemas concretos, como la cirrosis hepática, los accidentes de tránsito, los divorcios y las discusiones familiares entre otros, incluyendo a sí mismo a las drogadicciones, los accidentes en general, el suicidio y el homicidio, los traumas psicológicos derivados de las violencias humanas y naturales (Guimaraes, 1989). También se dice de que la cuantificación de la mortalidad es insuficiente y que hay que producir una epidemiología de los riesgos, la incapacidad y la salud (Terris, 1980; Donabedian, 1990).

1.2.3 TIPOS DE BEBEDORES Y PATRONES DE CONSUMO

Al igual que la OMS, otros investigadores apreciaron que el consumo de alcohol había aumentado considerablemente entre 1950 y 1975 (Brunn, 1975; Walsh, y Grant 1985a; World Health Statistics Annual, 1987; Smart, 1989), principalmente en el mundo desarrollado, pero también en algunos países en desarrollo. Walsh y Grant (1985b), revelaron que la producción comercial de alcohol en todo el mundo aumentó un 50% entre 1965 y 1980, aunque el consumo por habitante sólo creció un 15%. En el mundo desarrollado, el consumo por habitante disminuyó de unos 8.4 litros a 8.1 entre 1975 y 1985, tras haberse duplicado en los 25 años precedentes (Smart, 1989).

En otro trabajo se indicó que entre 1970 y 1980 hubo un pequeño aumento (3.6%) del consumo de alcohol por habitante en el mundo entero. También se reportó indicios de la existencia de una relación entre el desarrollo económico avanzado y los niveles de consumo de alcohol. Los resultados del estudio indicaron que el consumo general de alcohol aumentó ligeramente en todo el mundo entre 1970-1980/81. Así, las tendencias del consumo demostraron cómo el alcohol era un problema mundial cada vez mayor (Smart, 1991).

Los datos epidemiológicos estiman diferentes grados de prevalencia en diferentes escenarios médicos y, en diversos países. En algunos de estos se vio que entre el 10% y 50% de los pacientes en una unidad del hospital general, tendrían problemas de salud relacionados con el alcohol (Moser, 1980). Entre la población general de varios países se encontró una prevalencia de cerca del 5% o más entre los hombres que beben y que tienen problemas de salud, pero la diferencia de la prevalencia por género se observó que se está estrechando (Edwards, 1987a).

En Estados Unidos, la mayoría de los adultos son bebedores moderados. Alrededor de un 35% son abstemios, un 55% beben menos de tres bebidas alcohólicas a la semana y sólo un 11% consume una media de una bebida alcohólica o más al día. Los patrones de consumo variaron de acuerdo al sexo y edad, tanto para los hombres como para las mujeres; entre los 21 y los 34 años de edad la prevalencia de bebedores es máxima y la de abstinencia mínima. A todas las edades, los hombres fueron de 2 a 5 veces más consumidores que las mujeres, si bien, debido a las diferencias de peso y líquido. A partir de los 65 años, los abstemios superaron a los bebedores en ambos sexos, y sólo un 7% de los hombres y un 2% de las mujeres se consideraron bebedores abundantes. Las mayores cantidades de alcohol fueron ingeridas por un bajo porcentaje de sujetos: un 10% de los bebedores ingieren el 50% de la cantidad total de alcohol que se consume. Al respecto, las encuestas de población en México han encontrado que el 25% de los bebedores más fuertes consumen el 78% del alcohol disponible (Medina-Mora, Tapia, Villatoro, Sepúlveda, Mariño y Rascón, 1991).

Por otro lado, también se ha llegado a observar que el abuso y uso de alcohol están asociados con el consumo de la cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, y diferentes sedantes e hipnóticos. El consumo frecuente simultáneo de alcohol junto con las sustancias mencionadas anteriormente, se ha visto habitualmente más en los adolescentes y en los sujetos de menos de 30 años (APA, DSM-III.,1988).

Internacionalmente se ha observado la mortalidad por cirrosis como un indicador del problema del uso de alcohol. En México, es una de las primeras diecinueve causas de muerte en la población general, y la primera en la población masculina entre los 35 y los 54 años (INEGI, SPP.,1985).

De la Fuente (1990), indicó que el patrón típico de consumo de nuestra población masculina -ingestión de grandes cantidades en un breve lapso- se asoció con un índice particularmente elevado de problemas individuales, familiares y sociales. Otro trabajo (Narro, 1992), informó que los estudios realizados para conocer la frecuencia de

alcoholismo entre la población mexicana, mayor de 18 años, apuntaron a que entre el 5% y 7% de la misma estaban afectados por el problema (De la Fuente, 1988; ENS.,1988; ENA.,1993).

En la Encuesta Nacional de Salud de México (1988), se clasificó a la población en tres grupos: los no bebedores, los consumidores que beben en forma no preocupante y los consumidores preocupantes. De la muestra se pudo obtener el perfil estadístico de la población nacional mayor de 12 años, que sumó 55.7 millones de individuos de los cuales el 70% pertenecía al grupo de los no bebedores, el 20.5% al de los consumidores que lo hacían en forma no preocupante, y el 7.3% al sector de la población que consumía alcohol en forma preocupante. De un 2.2% del total de la población encuestada se ignoró su situación en relación con el consumo de bebidas alcohólicas (Solache y cols.,1990). Datos de esta encuesta indicaron que probablemente uno de cada 14 habitantes de esas edades tenía un problema serio en materia de ingesta de bebidas alcohólicas, o que, al menos, así era percibido por la familia. En cuanto al porcentaje de la población urbana de 18 a 65 años, que refirió síntomas de dependencia al alcohol se elevó a 5.9%, es decir, uno de cada 17 habitantes de esas áreas y grupo de edad (ENA.,1993).

Estos estudios refirieron la existencia de diferencias por sexo, destacando el masculino. Así, de acuerdo a la encuesta de salud (1988), el 14% de los hombres mayores de 12 años consumían alcohol de manera preocupante y sólo lo hacían el 1% de las mujeres. Cuando se analizó el patrón de consumo de alcohol por sexo en la población urbana, se detectaron grandes diferencias en el porcentaje de bebedores consuetudinarios y frecuentes de alto nivel, en favor de la población masculina. Entre la población incluida en la encuesta de adicciones (1993), el 6.4% presentó por lo menos un período semanal de embriaguez y el 11% de uno a tres episodios en un mes. Por esto se puede decir que uno de cada seis hombres de 18 a 65 años se embriagó por lo menos una vez al mes. También destacó que la ingestión de alcohol entre jóvenes menores de 18 años fuera alto y ya presentaran un consumo preocupante. Estos resultados concordaron con los reportes de otros estudios (Cabildo, Silva y Juárez, 1969; Parra de la, Terroba y Medina-Mora, 1980; Medina-Mora y col.,1989), donde la ingestión de bebidas alcohólicas a nivel nacional fue más elevado entre los hombres que entre las mujeres. Además se reportó (ENS.,1988) que las bebidas alcohólicas de mayor preferencia por parte de los bebedores fueron la cerveza (80 por ciento) y los destilados (75 por ciento). Por otro lado, también se informó que el 5.9% del total de la población urbana de 18 a 65 años cumplía con el criterio de dependencia al alcohol, siendo para los hombres el 12.5% de prevalencia y para las mujeres de 0.6% (ENA.,1993).

De ésta forma, y de acuerdo a diversos trabajos, existía consenso en que el uso y abuso de alcohol constituía un verdadero, preocupante y creciente problema de salud pública en nuestra sociedad (Medina-Mora y cols.,1980a; De la Fuente, 1988; De la Fuente y col.,1989). Las consecuencias del consumo excesivo del alcohol en sus manifestaciones agudas o crónicas y las repercusiones directas e indirectas de dicho consumo, son enormes;

este problema de salud sobrepasa, con mucho, el caso de otras enfermedades con expresiones o complicaciones primordialmente centradas en la esfera biológica (Narro, 1992). El mismo se extiende hasta incluir al núcleo familiar, las redes sociales del individuo afectado, o las áreas laborales y profesionales en las cuales se desenvuelve y termina por repercutir en otros individuos y grupos sociales (Crónica de la OMS.,1982; NIAAA.,1993).

Sin embargo, como recientemente indicó Medina-Mora (1992), se ha encontrado que el uso de sustancias es una condición incierta, y que su distinción con respecto al abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que el uso y el abuso no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión, puesto que existen dimensiones sociales, médicas, biológicas, y legales, teniendo estas últimas un peso relativamente mayor.

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 que aún, tomado en pequeñas dosis, puede ser preventivo de mortalidad por ciertas condiciones médicas, como es el caso de problemas de circulación coronaria (NIAAA.,1992; NIAAA.,1993).

El consumo moderado puede definirse como aquél que generalmente no causa problemas, ni para el usuario ni para la sociedad. 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 ocurre: ya que a menudo el consumo permitido puede asociarse con altos niveles de problemas, como es el caso de México, donde la embriaguez episódica, entre la población masculina, es una práctica aceptada socialmente, sin embargo, esta forma de beber se ha asociado con un número importante de consecuencias adversas (Medina-Mora, Rascón, Otero, y Gutiérrez, 1988).

Frente a esta situación, y ya desde a principios de la década de los setentas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) había reconocido que los problemas relacionados con el alcohol, en el ámbito de la salud pública, eran aspectos prioritarios, por lo que desde ese entonces expresó la necesidad de establecer medidas preventivas (WHO.,1975). En nuestro país en respuesta a esta situación a partir del año de 1985, se creó por decreto presidencial, el Consejo Nacional Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas (Diario Oficial.,1985); donde se elaboró un programa general, en el cual participaron las instituciones, tanto estatales como privadas, que se encontraban relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas. Aquí se delimitó el marco teórico al que sugieren apegarse, y se recomiendan las medidas preventivas que, a nivel nacional, estatal y municipal es conveniente seguir (Secretaría de Salud.,1985; Secretaría de Salud.,1986). Estas sugerencias, fueron el resultado de una serie de consideraciones teóricas, observaciones clínicas, investigaciones epidemiológicas y evolución histórica de diferentes enfoques.

Sin embargo, determinar la cantidad de alcohol que no causa problemas es difícil por las diversas formas en que el alcohol afecta a diferentes personas. El Departamento de Salud de los Estados Unidos (NIAAA.,1992), estableció 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 ó bebida estándar a: una cerveza de 12 onzas, 5 onzas de vino, 1.5 onzas de destilado. Cada una de estas bebidas contiene aproximadamente la misma cantidad de alcohol absoluto 0.5 onzas o 12 gramos.

El proponer criterios diferentes por sexo, obedece al hecho de que la mujer se intoxica más rápidamente que el hombre con dosis similares de alcohol, después de controlar peso y talla. Lo cual 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, ésta enzima es cuatro veces más activa en el hombre que en la mujer. En este sentido, también es importante destacar que la mujer tiene 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. La recomendación de menor consumo en la edad avanzada obedece al hecho de que la proporción de grasa se incrementa con la edad, en ambos géneros (NIAAA.,1993).

Por otro lado, se ha llegado a sugerir que las diferencias entre las tasas en la población general es de tal magnitud, que en general reflejan la importancia de las influencias medioambientales. En las anteriores dos décadas la mortalidad por cirrosis se había incrementado de manera constante y rápidamente en muchas partes del mundo (Massé, Juillian y Chisloup, 1976). Durante este mismo período, la idea de que las tasas de problemas relacionados con el alcohol en una población estaba asociado con el nivel de consumo por habitante, había ganado justificación (Clare, 1979). Un nivel relativamente alto de consumo general de alcohol, no implica necesariamente una alta prevalencia de usuarios y de personas que abusan, y contrariamente un bajo consumo por habitante no excluye la existencia de elevadas tasas de alcoholismo. No obstante, la relación entre los niveles de consumo y la proporción de bebedores problema en una población dada es tanta como el sugerir que una respuesta al creciente problema del alcoholismo puede asociarse a la adopción de controles estrictos en las licencias, ventas, impuestos y advertencias sobre las bebidas alcohólicas.

Las respuestas sociales hacia el uso de alcohol dependen, por un lado del valor relativo que se les dé a los daños y beneficios que provoque. Las expectativas culturales se reflejan en las normas sociales, que constituyen la regla cuando se trata de beber en un escenario cultural determinado. Estas reglas no son específicas para cada grupo, sino que varían según el sexo, la edad, la ocupación, la clase social, dependiendo de las diferentes situaciones en las que se encuentre el individuo. Dichas reglas pueden influir tanto en la manera como se manifiesta una conducta como en las consecuencias que trae el infringirlas, así, es probable que algunos problemas sean debidos a haberse desviado de la norma más que al peligro real que implica el hecho de consumir alcohol.

Dentro de este contexto, es importante usar diferentes indicadores para estudiar el consumo de alcohol, e incluir a todos los bebedores, no solamente a aquellos que beben grandes cantidades de alcohol. Los indicadores más recomendables para el estudio del uso

de alcohol son: la cantidad de alcohol que ingieren cada vez que beben, la frecuencia con que lo consumen, los problemas, tanto físicos como sociales relacionados con el consumo de alcohol, y las ocasiones y circunstancias en las que beben. A fin de poder interpretar estos patrones de consumo y sus consecuencias, es importante conocer también las normas, los valores y las actitudes de la comunidad respecto al consumo de alcohol. En la mayor parte de los países, la edad jugó un papel determinante en las expectativas de conducta, lo que se refleja en el consumo de alcohol. En Estados Unidos y en algunos países europeos, el privilegio de beber alcohol se adquiere con la edad. Entre los hombres y las mujeres mayores de 18 años, las diferencias en la manera de consumir alcohol no son muy importantes. En México el sexo influye más que la edad en la manera de consumir alcohol. Las mujeres, independientemente de la edad, consumen poca cantidad de alcohol. Cuando se considera la frecuencia con que se ingiere alcohol, se agudizan las diferencias por sexo (Medina-Mora, 1987).

Las definiciones de uso y abuso estarían en función de la cantidad, frecuencia y consecuencias del consumo y han medido a través de indicadores tales como consumo por habitante, patrones de consumo y problemas asociados (Medina-Mora, 1992).

A través del tiempo se han dado cambios trascendentes en los patrones de consumo de las bebidas alcohólicas. Estos cambios han afectado de manera muy amplia a las sociedades contemporáneas, las cuales han terminado por aceptar el consumo social de las bebidas alcohólicas y el comportamiento de los bebedores moderados. De hecho, los sistemas económicos están notablemente influidos por las cadenas de producción, distribución y promoción de dichas bebidas (Bustamante, 1974; Crónica de la OMS.,1983).

Laguna (1992), mencionó al respecto como el alcohol y tabaco son un factor importante en las actividades industriales y comerciales de los países; a menudo los ingresos a las arcas estatales constituyen una fuente importante de recursos financieros, aún cuando, paradójicamente, los propios gobiernos o la sociedad, como un todo, deban gastar sumas gigantescas en el manejo y el tratamiento de las enfermedades y patologías ocasionadas por dichas sustancias. En este sentido (Velasco,1986), se ha indicado que en los países de América Latina "el control de la producción e importación no dependen de las autoridades de salud, sino que están ligadas a intereses económicos".

1.2.4 NORMAS Y ACTITUDES HACIA LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Por lo que se refiere a las normas sociales en torno a la bebida y su relación con la conducta que se sigue al beber, se encontró que éstas han sido abordadas desde diferentes marcos teóricos, así que se encuentran definiciones desde perspectivas diversas. En un trabajo (Medina-Mora, 1987), las normas fueron definidas como las reglas que se aplican a una conducta determinada y que son culturalmente específicas.

Éstas varían de acuerdo con el grupo social, el sexo, la edad, la ocupación y el nivel socioeconómico de que se trate y de acuerdo con la situación en que se encuentre el

individuo. En cada posición social existe una serie de expectativas relacionadas con lo que la persona debe hacer o le está prohibido hacer. Puede suceder que lo que está permitido en un grupo, y aún más, lo que se espera que haga un individuo, puede estar prohibido en otro grupo.

De ésta forma, se observó que en México, a diferencia de lo que pasa en otros países occidentales (WHO.,1981), las mujeres, independientemente de la edad, no podían beber tanto como los hombres mayores de 16 años. Estas diferencias fueron todavía más marcadas cuando se analizaron las normas relacionadas con la embriaguez. También se observó que la cantidad de bebidas alcohólicas que se acepta beba una persona, no aumenta con la edad, pues es mejor visto que beban los hombres y las mujeres de 21 años, a que las personas de 60 años lo hagan. Los resultados indicaron que la población espera que el consumo de alcohol ocurra en lugares específicos.

Por lo que respecta a las actitudes investigadas en el mismo estudio, el sondeo se realizó preguntando a los entrevistados las razones que podían dar para beber o para abstenerse de beber. El autor reportó que por los resultados encontrados, éstos podrían explicar el alto índice de problemas sociales que se observan en nuestro país en torno al abuso de alcohol. También las investigaciones sugirieron que en México es frecuente considerar que el consumo excesivo es apropiado para los bebedores, pero se imponen fuertes controles a los demás grupos sociales que tienen acceso a las bebidas alcohólicas, y éstas normas se reflejan en el consumo de alcohol y en los problemas asociados con esta práctica.

A pesar de que en comparación con otros países, en México se observaron tasas más bajas de consumo frecuente, los índices de embriaguez fueron superiores como se ha venido mencionando (Roizen, Brace, Cameron y Dixon, 1980), por lo que coexisten altas tasas de abstinencia y de abuso. Con frecuencia, las ocasiones en las que bebe un grupo de la población son también ocasiones para embriagarse. Estos factores dan por resultado índices más altos de consecuencias adversas en comparación con los observados en los países en los que, a pesar de que se consumen bebidas alcohólicas con mucha frecuencia, existen fuertes normas que tienden hacia la moderación (WHO.,1981).

Si bien los problemas médicos se presentaron con mayor frecuencia en los bebedores excesivos, no solamente este grupo reportó experimentarlos. Lo cual sugiere que los problemas que se reportaron pueden ser el resultado de la intoxicación y no solamente de la evidencia de que se bebió alcohol, como tradicionalmente se había considerado.

De esta forma Edwards (1987a), reconoció que en cierto sentido, los problemas de salud pública son inseparables de los procesos que determinan el funcionamiento de la sociedad, al igual que la salud a nivel individual es inseparable de los procesos fisiológicos corporales. Los problemas familiares son parte importante de la investigación sobre el abuso de alcohol, y existe la posibilidad de que los problemas por el uso de alcohol sean, en parte, genéticamente transmitidos, pero también pueden ser socialmente transmitidos por la

familia; puesto que el modelo de niño es la manera como bebe el padre, y el de la niña, la manera como bebe su madre. El consumo de alcohol de los padres produce alteraciones en los niños: falta de amigos, aislamiento, delincuencia y consumo de drogas (Edwards, 1987b; NIAAA.,1993).

Por otro lado, también se pudo observar que la industria alcoholera en México tuvo un gran desarrollo a partir de la Segunda Guerra Mundial. De esta forma, hasta el año de 1940, el mexicano consumía preferentemente cerveza, tequila y ron. Después de esta fecha se agregaron los vinos y destilados en volúmenes importantes. Por otra parte, las empresas que controlan tanto la producción, como el mercado, involucran a otras empresas relacionadas: vidrio, cartón, corcholatas, etc. Estas industrias, en conjunto, produjeron una recaudación fiscal importante y generaron empleos (De la Fuente.,1987a).

Por lo que respecta a las consecuencias del uso y abuso de alcohol, se ha encontrado que para el Distrito Federal, los registros de accidentes de tránsito debidos a la embriaguez del conductor aumentaron del 8.3% en 1968 al 16% en 1983. Los datos del Instituto Mexicano de Psiquiatría mostraron que el abuso de alcohol se ha asociado con el 21% de los traumatismos que llegan a los servicios de urgencias y con el 38% de los suicidios. También se ha relacionado la embriaguez con el 50% de los homicidios y con otras acciones violentas, como las violaciones, el maltrato y el abandono de mujeres y niños. Se estimó que la pérdida de productividad en el trabajo por el abuso del alcohol ha sido del 12% (Ferroba, Saltijeral y Del Corral, 1987; De la Fuente, 1990; López y cols., 1991a,b).

Las consecuencias derivadas de la ingestión de alcohol abarcan importantes aspectos culturales, personales, familiares y sociales; lo cual ha dado lugar al desarrollo de conceptos y términos tales como: consumo excesivo, dependencia y tolerancia entre otros, con la finalidad de aumentar la comprensión de los problemas generados por el uso y abuso del alcohol. Asimismo, se han probado diferentes tipologías y patrones de consumo para caracterizar y describir a la población y muestras estudiadas. Las tendencias muestran incrementos importantes en el consumo de alcohol, con variaciones por género y grupos de edad.

1.3 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LOS BEBEDORES

1.3.1 CONSIDERACIONES GENERALES.

En la literatura se ha informado que existen amplias variaciones acerca de los efectos del alcohol sobre el estado de ánimo; ya que los efectos del alcohol -como los de otras sustancias- no dependen sólo de las cualidades y las dosis de alcohol, sino de la personalidad del sujeto y de las características propias de la situación en la que se produce la ingestión de alcohol. Así, se describen efectos variables y contradictorios.

Los efectos psicológicos iniciales son descritos en forma general como una sensación de bienestar, relajación y calidez; el bebedor deja a un lado sus preocupaciones y sus sentimientos de autoestima y su adecuación aumentan. Asimismo, los efectos desinhibidores en la conducta, debido a la depresión que sufren los centros cerebrales, permiten la aparición de conductas que permanecían controladas, tales como la agresividad y los impulsos sexuales. La euforia y la desinhibición pueden cambiar a sentimientos de desdicha y enojo.

De acuerdo a Warren y Raynes (1972), un sujeto durante la intoxicación se vuelve más impulsivo y agresivo, en cambio Alonso-Fernández (1992), reportó que el alcohol no solo reducía parcial y transitoriamente la depresión, sino que la enmascaraba, y aún más que puede llegar a producirla. Schuckit (1979), mencionó que el alcohol era capaz de producir profunda tristeza tanto en los alcohólicos como en los que no lo son.

Por otra parte, se indicó de que el alcohol suele incrementar la angustia y ansiedad, incluso durante la embriaguez, mientras el nivel de conciencia se mantenga apto para registrar estas experiencias (Mendelson y Mello, 1966; Alonso-Fernández, 1992).

Si bien, la depresión es una enfermedad mucho más amplia que un mero trastorno afectivo, existe una alta proporción de deprimidos que se vuelven alcohólicos; así se ha observado la presentación de un estado depresivo secundario, a los efectos del alcohol -en el 6-8% de los alcohólicos- (Alonso-Fernández, 1988).

También se ha informado que la asociación alcoholismo-depresión muestra diversas variantes. Pitts y Winokurt (1966) mencionaron que la frecuente asociación entre el alcoholismo y los trastornos afectivos es muy compleja en cada caso individual, y es imposible saber qué es lo primario y qué lo sintomático. De esta forma refieren que el alcoholismo enmascara la depresión y que ésta no se manifiesta a menudo claramente, sino hasta el momento de la desintoxicación del sujeto.

Desde el punto de vista de Alonso-Fernández (1992), existe una personalidad "prealcohólica", donde el hombre candidato a la alcoholomanía -alcohólico afecto a una dependencia psíquica desordenada e irregular para la bebida-, se halla inmerso en una constelación constituida por un sentimiento de soledad o aislamiento y la desesperanza en el marco de una temporalidad, donde impera pasivamente el presente. La

insoportabilidad vivenciada por el alcohólico se encuentra integrada particularmente por tres factores: el sentimiento de soledad, la reducción de la actividad creativa y planificadora, y la exaltación de las tensiones emocionales elementales.

El candidato a la alcoholomanía, ya desde la infancia no se muestra muy propicio para el encuentro y el diálogo. La vivencia de soledad es un factor importante en cuanto factor prealcoholomano. Williams (1947) y McCord (1972) al investigar las características de la personalidad en los niños que se volvieron alcohólicos en la edad adulta, encontraron que el futuro alcohólico suele presentar una exagerada necesidad de dependencia, pero casi nunca afronta la realización de esta necesidad; sino que, por reprimirla, rehuye el contacto humano y la participación en grupos organizados, entregándose a una conducta aparentemente autónoma.

En la personalidad potencialmente alcoholómana acontece la demolición de la esperanza, en cuanto sentimiento psíquico, pasivamente, sin sobrevenir una reacción activa ante el proceso destructor de un sector vivencial emocional de tanta importancia. Se establece así una modalidad de desesperanza pasiva, plomiza e inerte, que socava el sistema de los proyectos personales.

Madeddu y Beffa (1967), encontraron en la personalidad de los alcohólicos los siguientes rasgos: la hipertrofia del Yo, que sugiere la presencia de tendencias socioeducativas; la tendencia al aislamiento; la vulnerabilidad o incapacidad de tolerar una desilusión. El alcohol presenta el medio de evasión más práctico, dato que concuerda con lo observado por Alonso-Fernández (1992).

La psicología del alcoholómano, expresada en términos Psicoanalíticos, se caracterizaría desde el punto de vista de Alonso-Fernández por un "Yo" demasiado débil e infantil, un "Ello" demasiado reprimido, unos ideales de Yo demasiado reducidos, y un "Superyó" demasiado potente; una personalidad excesivamente reprimida por el Superyó. Los efectos del alcohol sobre tales sujetos conducen a la potenciación del Yo, la liberación del Ello, la exaltación de los ideales del Yo y la disolución del Superyó. Nage (1989), informó que el alcohol induce una regresión en la personalidad con una disminución de las funciones del ego, donde también se observa una inmediata gratificación, pero con escaso rendimiento conductual, apreciándose un estado de regresión del ego, impulsividad, decremento de la tolerancia a la frustración, autocentrismo, grandiosidad, pasividad e intolerancia.

En suma, el agente etiológico fundamental de la alcoholomanía se basa en una constelación básica de la personalidad, donde se asocian los sentimientos de soledad y desesperanza. Sin embargo, existe la posibilidad de que algunos individuos que presenten estas características no sucumban a la ingestión de bebidas alcohólicas por la posible acción frenadora de algún factor biológico, psicológico o sociocultural.

En otro trabajo (Barry, 1982) se informó que el desarrollo en el uso de alcohol a través de los años, hasta la aparición de problemas sociales o físicos, muestra efectos patológicos debidos a su ingestión. Las consecuencias autodestructivas del consumo

crónico o excesivo sugieren que el motivo predominante al parecer, es la autodestrucción. Las expresiones de tales motivos autodestructivos pueden ser vistos a la luz de un comportamiento antisocial compulsivo, y a la peligrosa intoxicación fuerte durante las etapas iniciales; así como en la eminente depresión en las personas mayores y la conducta suicida en los estadios finales. Este impulso autodestructivo compite continuamente con las fuerzas de autopreservación.

Antecedentes infantiles en los alcohólicos muestran una tendencia para alterar o desestructurar la vida familiar, y afirmar una conducta antisocial e intolerante. El patrón de orden de nacimiento, sugiere una alta frecuencia de indulgencia paternal, que puede ser interpretada como el resultado de un retraso en el desarrollo de la independencia. Estas experiencias y respuestas pueden dar lugar a una sensación de alienación expresada por algunos alcohólicos

El alcohol proporciona un poderoso agente de autodestrucción, mientras facilita al bebedor la negación de la existencia de éste motivo. El primer trago es generalmente una experiencia memorable para la gente que subsecuentemente llega a desarrollar alcoholismo, pero esto constituye una continuación y una extensión en vez de un cambio en las tendencias o prioridades previas. La conducta agresiva, sociable o antisocial puede incrementarse por el consumo. Así se distinguen tres tipos de alcoholismo en base a si el malestar esta predominantemente externalizado o internalizado. El malestar externalizado deriva en un alcoholismo antisocial, que es típico en las fases finales, y que conducen al desaliento, la depresión y algunas veces al suicidio. La inadecuada diferenciación de unos y otros, debido a la sensación de disturbio en la auto-identidad, resulta en un alcoholismo aislado. Esto se asocia con el trastorno esquizofrénico y con personas de edad avanzada.

Las diferencias étnicas y subculturales en el uso y abuso del alcohol sugieren que los factores de aprendizaje prealcohólicos son también importantes en su desarrollo. Es decir, con el uso bajo y controlado de bebidas alcohólicas puede depender de las actitudes subyacentes del alcohol, más que de las regulaciones de sus prácticas. Los niños son culturalmente socializados en sus actitudes, creencias y prácticas establecidas con respecto al consumo de alcohol en algunas culturas.

En general los grupos étnicos con una actitud moderadamente permisiva hacia el alcohol y en un sistema sólido y consistente de aceptación de las sanciones sociales del abuso, presentan bajas tasas de alcoholismo y de problemas relacionados.

La investigación genética que incluye estudios de familia, de adopción y de gemelos, han mostrado que la vulnerabilidad al alcohol puede estar determinada por una compleja interrelación de factores genéticos y medioambientales; por lo que los estudios en ésta área se han abocado a tratar de identificar los determinantes genéticos, psicológicos y sociales que subyacen al desarrollo del uso de alcohol. Los estudios de adopción han identificado dos tipos de alcoholismo: El tipo I, donde al parecer los factores medioambientales afectan la ocurrencia y severidad del uso de alcohol en personas genéticamente susceptibles; y el tipo II, donde el uso de alcohol parece estar influenciado

por factores genéticos y su manifestación no parece estar influenciada por factores medioambientales. Los estudios de crianza han mostrado que los factores genéticos influyen sobre muchas características relacionadas al uso de alcohol. No obstante, los aspectos genéticos pueden incrementar el riesgo de abuso de alcohol y el alcoholismo. Los elementos psicológicos y sociales interactúan con los factores genéticos para modular la expresión de la vulnerabilidad genética sobre el comportamiento (NIAAA.,1993).

Los factores socioculturales pueden también influir a través de los mecanismos familiares. Algunos patrones de comportamiento familiar se han visto implicados en la transmisión del alcoholismo. Los conflictos paternos sobre el consumo, la ambigüedad y los desacuerdos con respecto a las prácticas de ingestión, así como el abuso familiar del alcohol ha sido notado (Clare, 1979). Los aspectos sociales, culturales y familiares podrían operar para incrementar o agravar las condiciones del estrés medioambiental que provoca o precipita los episodios de abuso del alcohol. Así, se ha reportado que el alcoholismo puede desarrollarse durante períodos de crisis o los que le siguen a eventos de vida que conducen a una seria inestabilidad, confusión, o por desempeñar un papel estresante (Coleman, 1972; NIAAA.,1993).

De acuerdo a los criterios del DSM-III-R, se indica que bajo los efectos del alcohol la conducta habitual del individuo puede acentuarse o alterarse (Lahmeyer, 1990) por ejemplo, un sujeto con tendencia a ser suspicaz puede llegar a mostrarse francamente paranoide. Por otra parte, sujetos que normalmente son retraídos y se muestran incómodos en las situaciones sociales, pueden llegar a ser excepcionalmente sociables, notándose también que la intoxicación alcohólica se asocia a veces a una amnesia para los acontecimientos ocurridos durante la intoxicación (Black outs o lagunas). Aún cuando el alcohol es básicamente un depresor del sistema nervioso central, sus efectos iniciales son contemplados a menudo como desinhibidores. Por lo tanto, en el inicio del curso de una intoxicación alcohólica el sujeto puede mostrarse excepcionalmente brillante, expansivo e hiperactivo, con una sensación subjetiva de bienestar y de aumento de su agudeza mental. Sin embargo, una mayor intoxicación puede provocar depresión, enlentecimiento motor, retraimiento, torpeza e incluso pérdida de conciencia. La duración de un episodio de intoxicación alcohólica depende de factores tales como la cantidad y tipo de bebida alcohólica ingerida, la rapidez de la ingesta y si ésta ha sido acompañada o no de alimentos, la proporción de alcohol metabolizado -aproximadamente de 5 a 10 ml. por hora- juega un papel importante en la duración del período de intoxicación. También influye en el curso de la intoxicación alcohólica el desarrollo de la tolerancia a corto plazo, hasta tal punto que un individuo puede aparentar estar menos intoxicado después de muchas horas de la ingesta que al cabo de poco tiempo de haber consumido alcohol. Existe una considerable variación individual en la susceptibilidad a la intoxicación por alcohol. Algunos individuos con niveles de alcohol en sangre de 30ml/dl, presentan signos de intoxicación, mientras que otros no los muestran a niveles superiores a 150 mg/dl. Cuando los niveles de alcohol en sangre aumentan, los signos de intoxicación son más evidentes que cuando los niveles van

descendiendo. Muchos sujetos se intoxican con niveles de alcohol en sangre entre 100 y 200 mg/dl. Los niveles que oscilan entre 400 y 700 mg/dl han sido señalados como causa de muerte. El alcohol ejerce su efecto fatal tanto a través de la depresión respiratoria directa como de la aspiración de vómitos (APA, DSM-III-R., 1988).

Las actitudes hacia la bebida bajo un estado de intoxicación puede llegar a producir complicaciones que resultan en problemas por su uso (Chafetz, 1971). Es necesario reiterar que las causas de los problemas del alcohol son múltiples y complejos. De esta forma se destaca el hecho de que los pacientes pueden usar el alcohol como una forma de automedicación para aliviar su depresión, que otros usuarios lo emplean para empañar sus percepciones, y otros para mantener un sistema de defensas psicológicas.

En general se puede observar que el uso de alcohol es sólo una manifestación de un grupo total de problemas que varían de intensidad, esto es, un comportamiento sintomático. Así, la naturaleza negativa de los problemas del alcohol pueden ser tales que uno podría solo enfocar los disturbios de los bebedores y no considerar las causas subyacentes: psicológicas, físicas y sociales.

En este sentido y por mucho tiempo, se ha pretendido hacer una descripción de los atributos de personalidad que correlacionan con el desarrollo del alcoholismo. La mejor evidencia se ha encontrado en los estudios longitudinales de personalidad los cuales son relativamente escasos. En un estudio realizado por Jones (1968), describe las características de personalidad en 66 niños, encontrando que seis de ellos manifestaron subsecuentemente problemas con la bebida y se reportó que durante su infancia habían sido ingobernables, impulsivos y rebeldes, pero dado el pequeño número de sujetos, es necesario tomar sus resultados con reserva. Otros investigadores (McCord y Thurber, 1962), en un seguimiento a 225 niños durante un período de 18 años, encontraron que 29 habían tenido problemas con el alcohol. Al comparar los registros infantiles de este grupo con un grupo control de personas que no desarrollaron alcoholismo, encontraron indicios de personalidad agresiva, hiperactividad, negación de miedo infantil y sentimientos de inferioridad (hipermasculinidad), en las valoraciones infantiles de los sujetos bebedores.

Otra perspectiva considera que el alcohol actúa como un potente tranquilizador en individuos altamente ansiosos; ya que se ha observado de que algunos alcohólicos manifiestan altos niveles de ansiedad y de que el alcohol tiene propiedades farmacológicas sedativas y depresivas (Vogel-Sprot, 1972; Barry, 1974). También existen indicios de que la causa precipitante en los episodios de consumo en usuarios es frecuente encontrar una intensa ansiedad (Belfer, Shader, Carrol y Harmatz, 1971).

Estas parecen ser algunas de las razones del porque la gente bebe, y a su vez, se sugiere que aquellas personas que beben simplemente por sentir los efectos psicotrópicos del alcohol son particularmente propensos a sufrir problemas que se relacionan con el uso de alcohol (Edwards, Hensman, Chandler y Peto, 1972). Sin embargo, no existe aún suficiente evidencia que indique que la ansiedad es más prevalente entre los alcohólicos que entre otro grupo de individuos para quienes el alcohol no ha llegado a ser el principal

método de hacerle frente. No obstante, muchos alcohólicos indican espontáneamente que una de sus principales motivaciones para beber es por el hecho de que el alcohol proporciona un efecto tranquilizante.

1.3.2 APORTACIONES DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Otro punto de vista se deriva de los trabajos clásicos de la teoría psicoanalítica (Clare, 1979). Esta teoría localiza el origen del problema del beber dentro de la esfera psicológica del individuo. Los psicoanalistas definen a la adicción en términos de una dependencia a alguna sustancia, a una actividad o a una persona que creen les proporciona placer por un lado, y alivio al dolor psíquico o a la ansiedad por el otro. Se piensa que tal dependencia es el resultado de alguna falla en el desarrollo de su personalidad, donde la adicción al parecer es una defensa protectora frente a las consecuencias por haber fracasado o fallado, lo cual condujo a algunos analistas a colocar las adicciones entre las neurosis (conceptualizadas como intentos para evitar el dolor psíquico) y las perversiones (intentos de obtener placer).

Desde esta perspectiva, el alcoholismo pudo ser considerado como un sustituto a una adaptación emocional madura, un intento por atrapar los conflictos no resueltos en una variedad de fallas específicas en el desarrollo emocional (Blum, 1966). Otros analistas, observaron el estrés exhibido por los alcohólicos y los relacionan a conflictos no resueltos en sus relaciones parentales de su primera infancia. Algunos más, enfatizan el moldeamiento en las relaciones padres-hijos, donde el comportamiento patológico de los adultos bebedores parece ser el reflejo de los recuerdos.

Como mecanismo de defensa, refirieron encontrar la negación a una realidad displacentera y la proyección de la culpa, relacionándolas con la incapacidad para posponer la gratificación de los impulsos y la energía. Los bebedores parecen ser personas dependientes, emocional y económicamente, pasivos y faltos de perseverancia, así como desprovistos de interés en la consecución de cualquier otra cosa que un inmediato placer o alivio a sus impulsos. Las relaciones amorosas están caracterizadas por un autocentrismo y una adhesión a personas maternas, con ánimo depresivo cuando no está disponible ese apoyo (Clare, 1979)

Dentro del enfoque psicoanalítico, se han considerado cuatro hipótesis relacionadas con el fenómeno del alcoholismo:

1. Los alcohólicos tienen una fijación oral que les estimula a beber y, en general, a usar la boca como la principal fuente de gratificaciones. El alcohólico, por mediación de la bebida, trata de volver al estado placentero que disfrutaba en el pecho materno. La personalidad del bebedor, por tanto se adscribe al tipo oral.
2. Los alcohólicos se sirven de la bebida para sedar la angustia de castración.
3. La entrega del alcohólico a la bebida, entraña una protesta hostil contra la sociedad al proyectarse sobre ésta el odio que el alcohólico profesa a su padre. La agresividad sádica

y las urgencias autodestructivas -el alcoholismo, en esta perspectiva sería un suicidio inconsciente- han sido interpretadas de distintos modos por aquellos psicoanalistas que centran sus hipótesis en la agresividad, como se menciona en la recopilaciones de McCord (1959) y Chessik (1961).

4. El alcoholismo es una enfermedad suscitada por una homosexualidad latente a fin de satisfacer estas tendencias ocultas de la personalidad en el curso de las embriagueces, y de establecer vínculos de camaradería con otros bebedores (es la fijación anal la que conduce con relativa frecuencia a una inclinación homosexual, en tanto que la fijación oral suele originar una personalidad pasiva y dependiente).

Si bien, la literatura psicoanalítica sobre esta problemática es demasiado amplia, la mayor parte de ésta, gira en torno de estos cuatro puntos referidos (Hartocollis y Hartocollis, 1980).

En los bebedores se observa una condición psicopatológica caracterizada por un funcionamiento inmaduro, con regresiones y negaciones, las cuales al parecer están a su vez asociadas a otras formas de enfermedad psiquiátrica y conducta desviada. Además de los efectos desinhibitorios del alcohol, el cual facilita la expresión abierta de los sentimientos reprimidos y el del comportamiento regresivo; siendo características comúnmente observadas en los bebedores que no han mejorado su dependencia y abuso al alcohol. De la misma forma, mientras que las experiencias disruptivas de la primera infancia pueden incrementar la vulnerabilidad en el desarrollo del alcoholismo, esto no quiere decir que sea una condición suficiente para su desarrollo.

En cuanto a sus limitaciones, se plantea el hecho de la imposibilidad de refutar la personalidad inmadura del alcohólico y de las explicaciones sobre la génesis de esa personalidad, basada en términos retrospectivos.

Por otro lado, también se ha venido describiendo que el deterioro del funcionamiento cognitivo es relativamente común en los usuarios de alcohol. Sin embargo, poca investigación ha examinado las causas y predictores del deterioro cognitivo en los bebedores, aún cuando se ha encontrado que la psicopatología más comúnmente detectada en los bebedores es la depresión, el trastorno antisocial de la personalidad y el abuso o dependencia a las drogas (Hasin y Grant, 1987; NIAAA.,1993).

1.3.3 APORTACIONES DE LA TEORÍA EXPERIMENTAL

La psicología experimental (Tarter, 1982), definida como la ciencia del análisis y control del comportamiento, ha identificado dos problemas en el estudio de los bebedores. Por un lado, la investigación ha estado enfocada a aclarar procesos considerados tradicionalmente como psicológicos (aprendizaje, motivación y personalidad), que podrían ser de algún modo responsables de las causas y mantenimiento del problema del beber; y por otro, sus técnicas han sido utilizadas para crear un puente de observaciones psicológicas, tomando en cuenta los niveles de organización biológica, dentro de los cuales,

la investigación se ha apoyado en los correlatos anatómicos, bioquímicos y psicológicos de las alteraciones en el comportamiento y en el funcionamiento de personas identificadas como bebedores. De esta forma, el problema del beber es visto por la psicología experimental como un continuo de severidad, donde contribuyen múltiples factores en la etiología y mantenimiento de esta compleja conducta. Las causas y mantenimiento del consumo excesivo no son vistas como un proceso unidimensional o como una enfermedad, sino más bien como un desorden multivariado (NIAAA.,1993). En este sentido, la mayor contribución de la psicología experimental ha sido el demostrar que las propiedades farmacológicas del etanol no pueden explicar totalmente la diversidad y los patrones del consumo excesivo de alcohol; también ha podido identificar las secuelas psicológicas y conductuales de los cambios inducidos por el alcohol en los niveles de organización biológica, anatómica, bioquímica y psicológica.

1.3.4 APORTACIONES DE LA TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO

Por otro lado, la psicología del comportamiento (Marlatt y Donovan, 1982) se ha abocado al estudio del desarrollo, mantenimiento y tratamiento del alcoholismo y del problema de la bebida; basada en la teoría del aprendizaje cognitivo social. El punto central de esta aproximación se encuentra en los aspectos observables del comportamiento del beber, incluyendo la frecuencia y duración de los episodios de consumo, cantidad de alcohol ingerida y en los problemas asociados con su uso excesivo, sin olvidar la importancia tanto del aprendizaje como del reforzamiento (NIAAA.,1993). De esta forma, indica que todo aquel individuo cuyo consumo de alcohol tenga consistentemente una influencia negativa en su funcionamiento social, emocional, psicológico, ocupacional o mental, se podría decir que es un bebedor problema. La frecuencia de presentación de problemas por beber es indicativo de la gravedad del problema (Miller y Mastria, 1977). Esta perspectiva concibe al alcoholismo como un problema del comportamiento (Marlatt y Gordon, 1985), donde la conducta adictiva es influenciada por los efectos del reforzamiento bifásico, al observar una respuesta positiva inicial, seguida por una respuesta negativa subsecuente (Marlatt, Baer, Donovan y Kivlahan, 1988). Así mismo, se informa de una creciente influencia de factores cognoscitivos en la terapia conductual en el tratamiento de las adicciones (Marlatt, et al.,1985).

Las aportaciones de la teoría del aprendizaje cognitivo social (Marlatt y Donovan, 1982), es vista en el sentido de tratar de explicar una amplia variedad de aspectos del comportamiento del beber, partiendo desde la adquisición del hábito del consumo de alcohol como un medio de enfrentamiento, hasta la pérdida del control observada entre los alcohólicos después de una recaída.

La actual perspectiva conductual hacia el problema de la bebida y el alcoholismo ha tenido implicaciones directas en el tratamiento de las personas afectadas (Miller, 1976; Miller PM y Mastria, 1977; Marlatt, 1979; Marlatt y Gordon, 1979), donde el objetivo de

las intervenciones podría estar directamente encaminada al desarrollo de destrezas o habilidades tanto a nivel específico como general, en situaciones de consumo de alto riesgo. La utilidad y beneficios de los programas de tratamiento cognoscitivos conductuales, se ha puesto de manifiesto en la atención de problemas relacionados al consumo excesivo de alcohol (Ayala, Cárdenas, Echeverría y Gutiérrez, 1995). Bajo esta perspectiva se considera al alcoholismo como un tipo de conducta adictiva, la cual está caracterizada por un patrón o hábito repetitivo que incrementa el riesgo de sufrir alguna enfermedad física y/o problemas sociales o personales. Estas conductas se experimentan frecuentemente como una pérdida de control, ya que el comportamiento continúa presentándose aún cuando se realizan esfuerzos concretos para lograr la abstinencia o moderar su consumo.

Por lo que respecta al grado de tolerancia adquirida, la velocidad en su desarrollo y su duración posterior a la última administración de la sustancia, se ha comprobado que resultan afectados por al menos dos tipos principales de aprendizaje (Edwards, Arif y Hodgson, 1982). El primero se produce cuando el sujeto tiene que repetir una tarea en varias ocasiones mientras se encuentra bajo los efectos del alcohol. En estas condiciones, se desarrolla tolerancia con mayor rapidez que cuando la misma dosis se suministra después y no antes de realizar la tarea. Para algunos investigadores esto indica que la tolerancia es una forma aprendida para compensar los efectos de la droga, mientras que otros señalan que el aumento de estimulación causada por la necesidad de realizar la tarea, facilita el desarrollo de tolerancia. Cualquiera que sea el caso, es indudable que existe un efecto de aprendizaje. El segundo tipo de interacción entre tolerancia y aprendizaje es el representado por el clásico reflejo condicionado de Pavlov. Otros investigadores han observado que, cuando la administración de la sustancia y las pruebas de tolerancia se efectúan en el mismo ambiente, la tolerancia se desarrolla con mayor rapidez y se prolonga más que en los casos en que una u otra de esas actividades se cumplen en ambientes diferentes.

Por lo anteriormente expuesto, podemos decir que la investigación psicológica en el campo de las adicciones ha contribuido a la comprensión del porqué beben las personas. Bajo esta perspectiva se han estudiado y descrito los comportamientos y patrones de consumo de las personas afectadas, así como las percepciones y aspectos cognitivos involucrados. La psicología cognitivo-conductual ha incorporado estos elementos partiendo de la teoría del comportamiento, donde se incluyen elementos de la conducta observable, la integración de aspectos emocionales, del pensamiento, del comportamiento y cognitivos. Este enfoque observa la etiología y persistencia del consumo patológico como resultado de una conducta aprendida, lo cual ha influido a los métodos clínicos de tratamiento basados en la teoría del aprendizaje; donde se ha incluido el entrenamiento de estrategias de enfrentamiento, prevención de recaídas, control de la angustia, manejo del tiempo libre, intervenciones en el área individual, marital, familiar y en el desarrollo de apoyos sociales en las personas afectadas (Kadden, 1994; Bukstein, 1994).

El comportamiento del beber es descrito como una secuencia de conductas aprendidas, de la misma forma como se adquieren otros tipos de comportamiento. De esta

manera, los patrones aprendidos de consumo podrían ser modificados por la aplicación combinada de intervenciones cognitivas y del comportamiento, que pueden ayudar a las personas que han desarrollado la dependencia al alcohol a alcanzar y mantener la sobriedad. Desde esta perspectiva, al observar el consumo como un comportamiento aprendido, se indica que ésta conducta podría ser modificada mediante la identificación de sus antecedentes y consecuencias y por la modificación de las respuestas de los bebedores a su consumo. La dependencia en este enfoque, es vista como un patrón de conducta desadaptativo mediante el cual se enfrentan los problemas o se cubren ciertas necesidades (Kadden, 1994).

Es importante destacar por otro lado, que la dependencia psicológica ha sido definida como un estado caracterizado por preocupaciones emocionales y mentales relacionadas con los efectos de las sustancias y se manifiesta por una conducta de búsqueda continua. La Organización Mundial de la Salud definió a la Dependencia Psicológica como un estado en el cual su autoadministración produce daños al individuo y a la sociedad, por lo que la definición incluye aspectos de dependencia psicológica y física. La magnitud de la dependencia psicológica se define en función del tiempo y la conducta que emplean los sujetos para obtener y administrarse la sustancia. (Glosario de términos del Diplomado sobre Adicciones, 1995).

Otros reportes (Alcohol Research, 1991) han informado, que las personas aprenden a ejecutar la conducta de beber, con la finalidad de obtener un resultado particular o un reforzamiento placentero, o para reducir su ansiedad bajo los efectos del alcohol. Estas propiedades de reforzamiento del alcohol, podrían explicar en parte el porque beben las personas, indicando además que muchas personas encuentran que los efectos del alcohol son placenteros, experimentando al mismo tiempo cierta estimulación o sensación de bienestar o reducción de la ansiedad.

Se ha descrito que diversos factores pueden influir para que una persona beba, en este sentido se contemplan los aspectos sociales, donde se incluyen los conflictos interpersonales o de presión interna; los medioambientales, como es el caso de la publicidad o el ver beber a otras personas; los emocionales, como la angustia y la depresión; los cognitivos, pensamientos negativos sobre uno mismo; y los fisiológicos, como el dolor crónico o los síntomas de abstinencia. Un aspecto importante hace referencia a las consecuencias positivas que tienden a reforzar la conducta de beber (Kadden, 1994). Las creencias y expectativas sobre los efectos del alcohol en el comportamiento y funcionamiento de las personas bebedoras, juegan un papel central en la conducta del uso y abuso de alcohol (Alcohol Research, 1991).

Una de las implicaciones importantes ha sido en el área de tratamiento, donde los terapeutas del Análisis Funcional, han podido identificar que los patrones de consumo y los eventos internos estarían implicados en el desarrollo de la ingestión de alcohol, así como los problemas derivados de la interacción con otras personas. Las teorías psicológicas con una orientación dinámica, han buscado desarrollar el insight en las personas afectadas, por

medio de la exploración de los conflictos y otras fuentes de angustia emocional, por lo que en ésta perspectiva existe consenso en que estas molestias han estado asociadas a problemas psicológicos y emocionales que podrían incrementar la posibilidad de recaída y deben ser tomados en cuenta en las primeras fases de la intervención (Kadden, 1994).

Por lo anteriormente descrito, se puede decir que la investigación psicológica en el campo de las adicciones ha contribuido de manera general en tres aspectos: 1) dejando a un lado el concepto de enfermedad y describiendo al uso y abuso de alcohol como un problema de conducta, donde intervienen tanto el aprendizaje como el reforzamiento, 2) describiendo la naturaleza de la dependencia psicológica, y 3) brindando alternativas de tratamiento e interviniendo en la prevención de las recaídas.

1.3.5 ALTERACIONES MENTALES EN LOS BEBEDORES

Por otro lado, también Edwards y cols (1982) observaron que las personas que se presentan para tratamiento de problemas relacionados con el uso de drogas con frecuencia sufren también trastornos mentales. Las vinculaciones son complejas y variables. Así, es frecuente encontrar una combinación de depresión y consumo de alcohol. La depresión puede ser claramente primaria y en consecuencia, la ingestión de alcohol se considera sintomática o consecutiva, o bien la depresión es secundaria (y consecutiva) con respecto al consumo de alcohol. En otros casos las relaciones pueden ser recíprocas, un individuo bebe porque se siente deprimido y el alcohol aumenta su depresión. Muchos factores influyen en el efecto del consumo de drogas sobre la salud mental. La naturaleza de la droga en cuestión es obviamente importante, así como las características del individuo y el tipo de enfermedad que se esté considerando. También hay que tomar en cuenta otras influencias, además de la droga, donde por ejem., el estado nutricional del individuo, tiene a menudo importancia.

La presencia de desórdenes psiquiátricos en personas bebedoras ha sido establecida en diversos estudios. Esta situación ha sido expresada en términos de comorbilidad o coocurrencia; y se refiere a la presencia de dos o más desórdenes (que bien podrían ser físicos o psicológicos, incluyendo a los desórdenes producidos por el uso de alcohol u otras drogas), en la misma persona. En un informe se reporta que el 20% de una población estudiada tenía por lo menos un desorden psiquiátrico, y que dicha proporción se incrementaba al 36.6% entre los sujetos bebedores. La esquizofrenia, los desórdenes bipolares, la personalidad antisocial, la depresión mayor, la ansiedad y los trastornos de la alimentación, se han encontrado particularmente asociados con el uso de alcohol (NIAAA.,1993). Otros datos indicaron, que el 15% de los bebedores estudiados presentaron desorden antisocial, a diferencia del 4% de los no bebedores; para las mujeres se estimó este desorden en el 10% de las bebedoras, y solo el .8% en las no bebedoras (Helzer y Prysbeck, 1988).

Se ha descrito que los síntomas de desorden o daño mental causados por la ingestión crónica y excesiva de alcohol, están relacionados a tres factores: a) Deficiencia de vitaminas; b) Síndrome de abstinencia; y, c) Alteración en las células cerebrales.

Dentro de la deficiencia de la vitamina B, se encuentra la mala nutrición, que es responsable de la neuritis periférica, ya que las terminaciones nerviosas requieren de esa vitamina y su carencia se manifiesta principalmente en las extremidades con comezón, pinchazos, entumecimiento, temblor, pérdida de la sensibilidad y del equilibrio. Otro cuadro atribuible y que afecta principalmente la memoria a corto plazo es conocido como Síndrome de Korsakoff, que es un problema amnésico, estudiado en 1877 por un psiquiatra ruso. La otra condición atribuida es la encefalopatía de Wernicke, donde el paciente tiene gran dificultad para concentrarse, así como pérdida de algunos movimientos oculares y perturbación de la marcha y el equilibrio (NIAAA.,1993).

El Síndrome de Abstinencia, es causado por la súbita interrupción de la ingesta o por una drástica reducción en las dosis, usualmente esta condición desaparece cuando se toma nuevamente alcohol; si no es así, se presenta el Delirium Tremens que aparece como un cuadro de desorganización mental, donde el paciente sufre miedo, agitación, desorientación, y alucinaciones terroríficas.

En los alcohólicos crónicos que muestran evidencias de declinación en su inteligencia a través de los años, es conocido como demencia alcohólica, con deterioro de todas las facultades intelectuales. Estos cuadros tienen una etiología orgánica, pero existen otras condiciones psicopatológicas que no tienen una base orgánica y que son desórdenes funcionales. En cuyo caso, no es posible determinar con certeza si el beber es la causa o una manifestación del trastorno. Entre estos están los celos patológicos y las alucinosis alcohólicas que se sitúan entre los cuadros psicóticos.

1.3.6 ASPECTOS NEUROLÓGICOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Más recientemente se ha venido incrementado el interés por conocer el papel que juegan ciertos sistemas específicos de neurotransmisores en la génesis y presentación de los desórdenes psiquiátricos, incluyendo la dependencia al alcohol. Se sospecha que los neurotransmisores de la monoamina están involucrados en los disturbios de ánimo, ansiedad y tensión que han sido particularmente estudiados (Israel y Kimura, 1972; Edwards, Kissin, Gross y Schutz, 1973; Post y Sun, 1973).

La relevancia de la investigación sobre los mecanismos adaptativos neurogenéticos del alcohol han sido descritos por Cloninger (1987), donde refiere que los estudios de personalidad y aprendizaje en subgrupos de alcohólicos y en población general, han proporcionando importante información sobre la estructura y funcionamiento de los sistemas neuroadaptativos por un lado; y por otro, que los modelos neurofarmacológicos han permitido caracterizar la organización funcional de los sistemas cerebrales subyacentes

a la personalidad, y al aprendizaje en general y la susceptibilidad al alcoholismo en particular; donde las bases neurogenéticas del alcoholismo son un caso especial en el estudio de la neurobiología de la motivación y el aprendizaje. Además informa sobre la descripción de dos tipos de alcoholismo: en el alcoholismo tipo I, se observa la pérdida de control, y el tipo II, se caracteriza por una conducta de búsqueda de alcohol o incapacidad de abstinencia. La evidencia clínica y de heterogeneidad genética han sugerido la importancia de las variables de personalidad para la comprensión de la susceptibilidad de la búsqueda de alcohol y la pérdida de control.

De las aportaciones de las teorías psicológicas en el estudio de los bebedores, se desprende que en los individuos que usan y abusan del alcohol se presentan conductas de agresividad, sentimientos de soledad, tristeza y desesperanza, así como síntomas de depresión, angustia y ansiedad. La teoría psicoanalítica sugiere que el problema del beber sería el resultado de alguna falla en el desarrollo de la personalidad, caracterizada por una fijación en la etapa oral del desarrollo, con mecanismos de defensa de negación y proyección de la culpa. Las principales aportaciones y hallazgos de la teoría del comportamiento, son las de tratar de explicar la gran variedad de aspectos del comportamiento de beber, y el de sus implicaciones directas para el tratamiento de las personas afectadas. Otras aportaciones refieren el deterioro del funcionamiento cognitivo, la presencia de trastornos mentales, hasta la identificación de ciertos neurotransmisores involucrados en la conducta de beber.

CAPÍTULO II CONSIDERACIONES SOBRE LOS PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

2. 1.1 MÉTODOS DE IDENTIFICACIÓN EN EL USO Y ABUSO DE ALCOHOL

Dadas las dificultades encontradas para detectar e identificar a los bebedores cuyo consumo de alcohol llega a ser peligroso o dañino para su salud, se han venido desarrollando instrumentos y técnicas abocadas a apoyar y facilitar su detección oportuna² (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989); por esto se han investigado los factores biomédicos y psicosociales que pueden ser útiles para detectar el abuso de alcohol

Por lo que se refiere a la estimación de las consecuencias o problemas por el uso y abuso de alcohol, puede realizarse ésta, por medio de entrevistas o de cuestionarios autoadministrados, siempre y cuando el paciente no se sienta amenazado y tenga interés en contestar. En este sentido, también se han implementado algunas pruebas de laboratorio útiles para detectar un consumo fuerte o problemático del alcohol (Skinner, Holt, Schuller, Roy e Israel, 1989), cómo es el caso de la Gama-Glutamil-Transferasa (GGT), el Volumen Corpuscular Medio (MCV) y el Aspartato Amino Transferasa (AST), que son pruebas comunes de laboratorio, y que proporcionan a bajo costo información sobre el consumo reciente excesivo de alcohol. Las pruebas de laboratorio y el examen clínico han demostrado ser útiles cuando un paciente esta renuente a aceptar su forma de beber.

Como instrumentos de detección se han desarrollado diversos cuestionarios, de los cuales destacan la Escala de Traumatismos (Skinner et al., 1989), el CAGE -cut, annoyed, guilt, "eye-opener"- (Mayfield, McLeod y Hall, 1974; Murrele, Sdao-Jarvie, Gaddy y Torres de Galvis, 1992) y el MAST -Michigan Alcoholism Screening Test- (Seltzer, 1971; Ross, Gavid y Skinner, 1990). Otro cuestionario implementado para detectar el "alcoholismo escondido" es el SAAST -Self Administered Alcoholism Screening- (Swenson y Morse, 1975) el cual fue adaptado a México cómo CUAAL o Cuestionario Autoaplicable de Alcoholismo, que consta de 34 reactivos y puede ser usado en forma de entrevista estructurada en sujetos sin escolaridad (De la Fuente, Kershenovich, Vargas, Núñez, Celis, Suárez, León y Landa, 1986) . Dentro de los cuestionarios más importantes desarrollados sobresale el AUDIT -The Alcohol Use Disorders Identification Test-, el cual consta de 10 reactivos y las secciones de historia de traumatismos, examen clínico y pruebas de sangre. Este instrumento fue diseñado específicamente para ser empleado en los niveles de atención primaria, para detectar el consumo dañino y peligroso de alcohol y cubre un espectro muy amplio de personas con problemas (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989).

² La detección es la forma de examinar al individuo utilizando solo parte de los procedimientos diagnósticos usuales.

Dentro de los métodos que se han estado desarrollando para determinar etanol en fluidos biológicos (sangre y orina), o a través del aliento destaca el Dipstick (Kapur e Israel, 1985), del cual se ha demostrado su validez y confiabilidad para determinar la concentración de alcohol por medio de la saliva. Este método mostró ser sensible, rápido seguro y confiable, el cual para su aplicación no requiere de un entrenamiento o un equipo altamente especializado; así mismo fue desarrollado para obtener una rápida determinación semicuantitativa del etanol en fluidos corporales. Otro dispositivo que detecta presencia de alcohol en sangre a través del aliento, se le conoce como Alcosensor (Alcosensor III). Este es un pequeño instrumento de fácil manejo, de uso simple, no traumático, sin efectos secundarios y que no interfiere con la atención del paciente. La lectura obtenida indica la concentración de alcohol en sangre, donde se ha probado su confiabilidad y exactitud y representa una medición objetiva en la determinación del nivel de alcohol en sangre (Gibb, Yee, Johnston, Martín y Nowak, 1984). Este método tiene un coeficiente de correlación de Pearson de 0.96 en comparación con los análisis químicos de sangre (McDonough, 1984).

En una revisión y recopilación del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, se describió una amplia gama de cuestionarios y de métodos biológicos de identificación del consumo de alcohol (NIAAA.,1993). Al respecto, indicaron la necesidad de implementar instrumentos de detección del abuso de alcohol sobre todo en ciertos grupos, como es el caso de los adolescentes, mujeres, ancianos y en diferentes grupos étnicos. Un ejemplo de los nuevos cuestionarios desarrollados lo constituye el Research Institute on Addictions Self Inventory (RIASI), el cual fue implementado para identificar a los conductores que beben y necesitan ser referidos a evaluación diagnóstica. Este instrumento puede ser aplicado y calificado en 15 minutos e identifica correctamente a más del 80% de personas consumidoras de alcohol y otras drogas (Connors, 1995). Las pruebas biológicas descritas en este mismo informe son divididas en cuatro categorías: las que evalúan la ingestión reciente, la ingestión aguda, la ingestión subaguda y la ingestión crónica de alcohol. Aquí sobresalen dos de las técnicas de más reciente desarrollo, el "Sweat Patch" y el "Electronic Sensor", que aún se encuentran en fase de prueba. El Sweat Patch, se ha apoyado en sofisticados procedimientos de laboratorio para estimar el nivel de alcohol a través de la sudoración (Anton, Litten y Allen, 1995).

2.2.2 DEFINICIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN SOBRE EL USO Y ABUSO DE ALCOHOL, Y DE LOS PROBLEMAS ASOCIADOS A SU CONSUMO

El término "alcoholismo", en un principio tuvo básicamente dos tipos de enfoques, el de tipo moral y el de tipo médico. La fuerte convicción de no beber, que influyó mucho, sobre todo en países con una tradición religiosa protestante, ayudó a consolidar el modelo moral en donde el beber era considerado como una debilidad moral, con un criterio de todo o nada, en donde la definición de alcoholismo es categórica y la clasificación es

dicotómica: se es abstemio o se es bebedor (Tarter, Shnider, 1976). Así, esta concepción igualó al bebedor con el alcohólico sin hacer alguna distinción entre ambas.

Posteriormente, y bajo la influencia del método científico y con el desarrollo del modelo médico, el alcoholismo empezó a considerarse como una enfermedad bajo la cual subyace un disturbio estructural o fisiológico.

Jellinek (1960), había propuesto que "alcoholismo", era cualquier tipo de consumo de alcohol que causara algún daño al individuo, a la sociedad o a ambos. Siendo esta definición amplia, pero no incluyó en particular ningún síntoma médico o psiquiátrico; sin embargo, se sigue utilizando la palabra alcoholismo. En esta perspectiva la palabra "daño", es la dificultad en la definición (Smart, 1980), el término es ambiguo y no especifica los aspectos psicológicos y sociales necesarios para definirlo.

Por otro lado, el término médico de más reciente elaboración para referirse al alcoholismo es el "Síndrome de Dependencia al Alcohol", el cual ha sido estudiado y discutido por muchos investigadores (WHO, 1977b), quienes reportan que dicho síndrome no puede ser reconocido directamente, que es multifactorial y que tiene distintos grados; además, no todos los individuos que beben en exceso son dependientes del alcohol, independientemente de si el bebedor es o no dependiente al alcohol.

De esta forma, los conceptos tradicionales de "alcoholismo" "Dependencia al Alcohol" y "Síndrome de Dependencia al Alcohol", son considerados conceptos de utilidad clínica que siguen el modelo médico.

La Organización Mundial de la Salud posteriormente, y en base a lo anterior, modificó el enfoque de estudio, ya que desde hace algunos años empezó a hablar de incapacidades relacionadas con el alcohol, o de problemas relacionados con su consumo, dejando a un lado el término alcoholismo (Citado en: Castro y Maya, 1987).

Bajo esta perspectiva, algunos estudios recientes sobre los problemas relacionados con el alcohol y con la conducta de beber, tienen un enfoque más social y se centran en conductas que no necesariamente caen dentro de una categoría médica, para las que emplean descripciones "no diagnósticas" de conducta con una clara implicación de riesgo (Keller, 1977).

También existen otros trabajos, donde mencionan las dificultades encontradas para tratar de definir lo que es un problema o una incapacidad asociada al consumo de alcohol (Edwards, 1982; Levine, 1984; Guimaraes, 1989; Solache y cols., 1990); siendo claro que a pesar de que las definiciones pueden ser múltiples, aquellas que toman en cuenta otros aspectos, además de los biomédicos, como son los problemas de control, las complicaciones psicosociales, etc., son más útiles dentro del contexto de salud pública, ya que se deja a un lado la perspectiva médica reduccionista. Sin embargo, es conveniente aclarar que la palabra "problema", más que un término ambiguo, es un término relativo que tiene que ver con las normas y actitudes de la sociedad, las instituciones y la familia tienen hacia la conducta de beber, de lo que se desprende que cualquier estudio sobre el hecho de

beber y los problemas que puede acarrear, tiene necesariamente que incluir un enfoque social (Castro y Maya, 1987).

Otra dificultad encontrada, se refiere al hecho de que no todos los individuos que sufren trastornos o incapacidades que se relacionan con el alcohol son alcohólicos; puesto que no existe una línea divisoria bien establecida que permita distinguir de las demás personas que presenten incapacidades relacionadas con el consumo de la bebida, pero no presentan el síndrome; de tal forma, que el término "bebedor problema" resulta poco preciso. Las incapacidades relacionadas con la bebida pueden, en cualquier individuo ser sometidas al mismo análisis multifactorial tanto si la persona es alcohólica, como si no lo es (Edwards et al., 1982).

Dentro de este contexto, Bacon (1976) indicó a su vez que "definir un problema no es sencillo", si la reacción cambia entonces el problema también cambia, lo cual repercute tanto en el cuerpo, la psique, la sociedad, la familia y la cultura; ya que lo que anteriormente podría ser un problema, ahora no puede serlo. Como en el caso de los adolescentes, ya sea como grupo y como individuos son particularmente sensibles a los cambios, por lo que sugiere que la definición tendrá que ser relativa, cambiante y constantemente revisada.

Por otro lado, Chafetz (1971) pensó que los problemas del alcohol eran simplemente una manifestación de lo que podría ser una amplia variedad de dificultades, y por lo tanto similares a un síntoma. En otras palabras, los dolores de cabeza, las fiebres, y el dolor generalizado son indicadores inespecíficos de posibles estados de enfermedad. Por el contrario, la presencia de estos y otros disturbios pueden desaparecer espontáneamente y nunca saberse las causas del malestar. Además, no se podría afirmar cuánto dolor de cabeza, cuánta fiebre, cuánto dolor debe presentar una persona antes de que deba pedir ayuda a causa de sus síntomas; ésta es, frecuentemente, una decisión privada o de un pequeño grupo social. El autor sugiere, por lo tanto, que cualquier malestar, desequilibrio o disfunción con el alcohol es la manifestación de un síntoma, de un estado de disturbio, el cual no tiene nada que ver con la cantidad aún la excesiva, hasta incluir el no consumo. Agrega diciendo que, si solo el pensar que el consumo de alcohol produce disturbios o desequilibrio, entonces existe un problema con el alcohol.

Además, hace hincapié sobre la necesidad de realizar investigación sobre los posibles problemas tempranos con el alcohol, así como el estudio sistemático de la historia natural de las condiciones relacionadas con el alcohol, y destaca que el nivel de conocimiento confiable en el campo del alcohol es todavía limitado (aunque sin embargo, los dichos y los dogmas son abundantes).

Dentro de este contexto, es importante señalar que el uso de alcohol en nuestra sociedad esta latente; que algunas culturas lo usen y tengan pocas complicaciones y algunos beneficios, que la experiencia educacional positiva pueda ser benéfica en la reducción pero no en la eliminación de los problemas.

Por esto, se debe reflexionar sobre la manera en qué respuestas diferentes aparecerán cuando una bebida es ingerida lentamente más que rápidamente; de qué manera diferentes respuestas aparecerán cuando la bebida es consumida con alimentos y estando en una atmósfera relajada, en contraste con el beber sin alimentos y permanecer en circunstancias tensas y de qué manera, el uso de alcohol proporciona experiencias provechosas cuando participan otros individuos.

Considerando que en la actualidad se vive en períodos de tensión, ansiedad y atemorizamiento, y que surgen nuevos conflictos antes que los anteriores sean resueltos, el uso de alcohol, si no es enfrentado adecuadamente, puede llevar a que se presenten problemas de magnitud creciente.

Esto condujo a algunos investigadores a estudiar sobre la naturaleza del uso de alcohol en la sociedad y la ambigüedad en la definición del problema de beber. De esta forma (Chafetz, 1971), comento que desde su perspectiva, "Cualquier individuo que, bajo la influencia del alcohol, hace algo que nunca haría sin haberlo ingerido es un bebedor problema", e indicó además que el alcohol como un instrumento social está ampliamente disponible, el cual es usado por gran parte de la población, y que los esfuerzos para contener con ellos han fracasado. Así, concluye mencionando que cualquier persona que por su definición personal o por la definición de su sociedad inmediata (su familia), haya estado intoxicado cuatro veces en un año, es un bebedor problema; que asista intoxicado al trabajo, que deba beber para ir y realizar su trabajo, que este intoxicado y conduzca un auto, que sufra lesiones corporales que requieran atención médica, que entre en conflicto con la ley como consecuencia de un estado de intoxicación, y que bajo la influencia del alcohol, haga algo que nunca haría sin estar bajo sus efectos es un bebedor problema.

Por esto, se puede ver que existen culturas que utilizan alcohol con una baja incidencia de problemas por beber con un patrón definido: La bebida es ingerida lentamente, consumida con alimentos, ingerida en compañía de otras personas en relajamiento, en circunstancias confortables; la ingestión es segura y no da significación especial, no da sanción positiva de proeza en la cantidad consumida y la intoxicación es hasta cierto punto detestada. Las culturas con una alta incidencia de problemas con el alcohol beben rápidamente, frecuentemente sin alimentos, en circunstancias solitarias e incómodas; el beber tiende a tener significación especial, con actitudes prevalecientes de conflicto y culpa ambivalente; el beber como proeza esta favorecida: la intoxicación es tolerada.

Edwards (1987a), en un trabajo sugirió que los problemas podrían clasificarse en: a) Problemas Físicos que pueden estar asociados con el consumo excesivo de alcohol: Accidentes, intoxicación aguda, coma, Síndrome Alcohólico Fetal, arritmias, hipertensión, desnutrición, etc., y b) Otros trastornos asociados al consumo excesivo de alcohol: donde se incluyen las presentaciones Clásicas: amnesias inducidas por el alcohol, Delirium Tremens por un lado, y las dificultades psicosociales: Crímenes, accidentes de tránsito, problemas maritales, suicidios, problemas en el trabajo; interacciones importantes: Trastornos

afectivos, daño cerebral, celos patológicos, trastornos de personalidad, estados fóbicos por otro.

De acuerdo a Medina-Mora (1987), se indicó que los problemas relacionados con la ingestión de bebidas alcohólicas podían dividirse en dos grupos: los problemas personales, que indican que el alcohol está ocasionando efectos físicos adversos en los bebedores y los problemas sociales, que evidencian que hay fricciones entre el bebedor y su ambiente, entre éstos se encuentran los problemas con la policía, de trabajo, con la familia, de salud, violencia y accidentes automovilísticos.

Dada esta situación, en la literatura se ha venido reportando que el tener problemas relacionados con el consumo de alcohol no es privativo de los bebedores excesivos, ya que un buen número de usuarios que bebían poco, indicó haber experimentado por lo menos algún tipo de problema. Los problemas en que se puede involucrar un joven que se excede en la bebida, pueden ser distintos de otros grupos de edad, dependiendo de su medio y de sus características.

Algunos estudios encontraron que son muy pocos los adolescentes que en realidad podrían presentar un síndrome de dependencia al alcohol. El problema del beber entre los adolescentes no podría ser grave debido entre otras cosas, a la edad en que se encuentran (Smart, 1980). Sin embargo, esto no quiere decir que puedan presentarse algunas dificultades relacionadas con su forma de beber, las cuales resultan importantes para la salud pública; por ejem., los accidentes, el uso combinado de alcohol y drogas, el abandono de sus estudios, y en general, el uso tóxico que los jóvenes hacen del alcohol, y que tiene implicaciones importantes en su desarrollo. Este punto de vista fue apoyado por los datos aportados por países que cuentan con estudios sobre las tendencias en el consumo de alcohol. Los cuales informaron que ha aumentado la proporción de jóvenes bebedores, así como la de los que beben con frecuencia. Otros investigadores (Smart y Murray, 1981), realizaron una revisión de las tendencias del consumo de alcohol y de la marihuana entre la gente joven. En este sentido, también Donovan y Jessor (1983), en un estudio de seguimiento sobre problemas de la bebida en la adolescencia y al principio de la vida adulta, encontraron que aquellas personas que en la adolescencia habían sido bebedores problema, no lo fueron al iniciar su vida adulta; en cambio aquéllos cuya personalidad temprana, su percepción del ambiente y su conducta podrían haber sido descritos como problemáticos en esta etapa del desarrollo, tuvieron una probabilidad mayor de convertirse en bebedores problema al llegar a la vida adulta. Lo cual indica que la personalidad y los elementos medio-ambientales en la adolescencia, podrían ser más determinantes en un momento dado para explicar los problemas ocasionados, que el solo patrón de bebida.

En el estudio de Castro y Maya (1987), y de acuerdo con sus datos reportados, señalaron que la proporción de consumidores de alcohol y de los problemas relacionados con esta práctica, aumentan a medida que se tiene más edad. Otro trabajo (Terroba, Saltijeral y Del Corral, 1987), indicó que junto con el síndrome de dependencia, aparecen los problemas sociales generados por la ingestión excesiva de alcohol en la gente joven que,

en muchas ocasiones, llegan a ser mayores que el síndrome de dependencia. Además informaron que de acuerdo con las estadísticas obtenidas por medio de encuestas, el 1% de los bebedores excesivos tenían problemas de dependencia al alcohol; donde, otros indicadores (como la elevada incidencia de accidentes de tránsito y la cirrosis hepática), mostraron que la problemática generada por la ingestión de alcohol sobrepasó al síndrome de dependencia (Campillo, 1983).

Por lo que se refiere a la práctica clínica, la cual ha estado enfocada en una primera instancia hacia el servicio hospitalario, se ha enfatizado que los problemas individuales más graves del consumo de alcohol, son los que terminan en cuadros psicóticos, posteriormente, a medida que se llega a ser ambulatoria, reconoce los cuadros de dependencia y abuso. Sólo cuando se hace comunitaria, y utiliza los hallazgos de otras disciplinas, reconoce que hay todo un conjunto de problemas (individuales, familiares y sociales) que escapan a su percepción y que no encajan en el modelo médico estricto.

La epidemiología, al estudiar el consumo de bebidas alcohólicas se ha debatido entre dos corrientes. Una primera está constituida por una orientación de tipo clínico, preocupada por describir y estudiar a las personas caracterizadas clínicamente como alcohólicas (SDA); en una segunda perspectiva no se interesa necesariamente por las personas identificadas como alcohólicas, sino que busca cubrir, en principio, todas las posibilidades del uso y consumo de bebidas alcohólicas y los problemas que estén relacionados con estas formas de ingestión.

Ya desde 1959, Lipscomb, hacía hincapié en la necesidad de conocer la manera en la cual la población total, incluyendo a los alcohólicos, usaban las bebidas alcohólicas y en su análisis consideró no sólo los problemas directamente relacionados con el cuadro clínico del alcoholismo (como la cirrosis hepática o la psicosis alcohólica), sino otros problemas relacionados con el consumo de alcohol (como los divorcios o los arrestos por embriaguez de las personas que beben menos, a los cuales llama bebedores sociales). En otro trabajo Clark (1978), planteó dos posibles tipos de acercamiento hacia el alcohol: el orientado hacia los problemas sociales, en el cual ciertos problemas (como las discusiones familiares debidos al consumo de alcohol), fueron tratados como problemas en sí mismos, y no podían ser considerados como enfermedades, y otra orientación que él llamó de "alcoholismo en cuanto enfermedad", en la cual se usaron algunos problemas como indicadores de una posible adicción o dependencia. En 1967, Knupfer planteó que en las encuestas era innecesario clasificar a una persona como enferma o no de "alcoholismo", y que lo primordial era hablar de bebedores problema; es decir, de aquellas personas que tenían problemas muy relacionados con la bebida. A su vez Edwards (1973), propuso que se podía usar la palabra alcoholismo en un sentido amplio para designar cualquier tipo de consumo de bebidas alcohólicas que causaran un problema social, físico o mental, y que esta designación no presuponia, necesariamente, un estado físico o psicológico de dependencia al alcohol; además, que las encuestas se podían dividir entre aquellas dedicadas a investigar

la conducta del bebedor normal y las que se enfocan directamente en la patología de bebedor.

Posteriormente Keller (1975), indicó que más allá de las categorías de alcohólicos (personas que presentan la enfermedad) había una gran categoría de bebedores, dentro de la cual una parte de los bebedores excesivos estaría iniciando un proceso conductual que culminará, para algunos de ellos, en la pérdida de control sobre la bebida y los haría adictos al alcohol; a este grupo se les identificó como bebedores problema. El mismo autor en otro trabajo planteó que había dos grandes vertientes relacionadas con la bebida; como las borracheras públicas, no necesariamente protagonizadas por personas alcohólicas, y la segunda que se refería al alcoholismo como enfermedad (Keller, 1960). Aunque posteriormente Peele (1985, 1989), informó sobre las limitaciones que existían al utilizar el modelo de enfermedad como una teoría científica para el estudio de las adicciones.

Smart (1974), propuso que más que enfocar las investigaciones sobre conceptos de hábito, dependencia, abuso, etc., lo fundamental era estudiar la forma en que la población ingiere el alcohol, y los problemas que se relacionan con este uso, o sea, determinar cuáles son las maneras de usarlo que se asocian con ciertos problemas específicos.

En este contexto Velasco (1994), describió una equivalencia entre los términos bebedor problema y bebedor excesivo, donde considera que el bebedor problema es aquella persona que bebe en exceso. Así mismo destaca que la detección de estos bebedores se podría realizar en los hospitales que cuentan con servicios de urgencia y traumatología, lugar donde las principales causas de remisión son los traumatismos y las condiciones medicas agudas. Otros autores (Narro, Meneses y Gutiérrez, 1994), reportaron que las consecuencias o daños dependen en gran medida del patrón de consumo de bebidas alcohólicas; por lo que en nuestro país y en términos generales, se encuentran dos formas de ingestión: La primera está caracterizada por episodios agudos de gran consumo y es la forma mas utilizada entre la población general, incrementándose este patrón sobre todo los fines de semana y en períodos de fiesta. La segunda se caracteriza por un consumo excesivo crónico, y es propicia de los individuos alcohólicos. El consumo episódico agudo se ha relacionado mas frecuentemente con las violencias y accidentes, en tanto que los efectos del consumo crónico, con las enfermedades crónicas, donde destaca la cirrosis hepática. Estos mismos autores refieren que en la ocurrencia de los accidentes y en un sentido general, estos reflejan en sí un evento que es imprevisible o producto del azar, y que consecuentemente se presentan en situaciones que pueden prevenirse; mas sin embargo, se ha reportado una participación importante del alcohol en dichos eventos. Por lo que respecta a la atención de las lesiones el National Committee for Injury Prevention Control (1989), describió cuatro niveles. En el primero las lesiones que son atendidas en casa; el segundo, por las lesiones atendidas y tratadas en servicios de urgencias o por personal de salud y que son notificadas; el tercero, por aquellas lesiones que por su gravedad requieren de hospitalización, y en cuarto nivel las lesiones que derivan en muerte.

Así se ha encontrado que una de las mayores complicaciones por intoxicación alcohólica son los accidentes de tráfico, donde por lo menos, la mitad de los accidentes mortales de circulación se relacionan a ingestas excesivas de alcohol por parte del conductor o del peatón. Numerosos accidentes industriales y domésticos son producidos por caídas debidas a intoxicación alcohólica. Por otra parte, la intoxicación va asociada con frecuencia a la perpetración de actos criminales. Se cree que más de la mitad de los asesinatos han sido cometidos en estado de intoxicación. Algunos estudios indicaron que casi la cuarta parte de los suicidios se llevan a cabo, cuando el sujeto está bebiendo alcohol; también se han observado a menudo trastornos físicos como resultado de la intoxicación alcohólica. Los accidentes y caídas dan lugar a fracturas, hematomas subdurales y otros tipos de traumatismos craneales. La exposición a la intemperie puede suprimir los mecanismos inmunológicos y, por lo tanto, predisponer a infecciones (APA, DSM-III-R.,1988a).

Tapia y Meneses (1992), describen algunos elementos para tratar de explicar la presencia de tasas elevadas de mortalidad por ocupación asociadas al consumo de alcohol, y destacaron la disponibilidad del mismo en el trabajo, la presencia de una presión social para beber durante la jornada, la poca supervisión, la complicidad con los compañeros de trabajo, las situaciones laborales con alto nivel de "estrés" y elevadas responsabilidades de trabajo.

En este sentido, se ha estudiado en E.U. el costo directo que implica para la industria el abuso de alcohol y drogas, estimándose en aproximadamente 85 mil millones de dólares por año. Asimismo el alcohol, la marihuana y la cocaína son las sustancias utilizadas con mayor frecuencia por los trabajadores en sus labores, repercutiendo esta situación en el ambiente laboral ya que la intoxicación conduce a accidentes, en la baja de rendimiento, en equipo destruido y en la elaboración de productos defectuosos. El uso crónico lleva a un mayor ausentismo, abandono del trabajo, desmoralización de la fuerza laboral y robo (Lahmeyer et al.,1990).

Dentro de las dificultades que existen en el estudio de esta problemática destacan en primer lugar la auténtica complejidad de los problemas involucrados y la multiplicidad de las variables que hay que considerar, y en segundo lugar, la carencia de un modelo integral o de fundamentos científicos para determinar los problemas o los factores que vale o no la pena evaluar.

El lograr un acuerdo sobre la medición de las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas ha resultado ser difícil, como el lograr consenso y uniformidad respecto a los métodos para medir antecedentes, síntomas de dependencia y tipos de consumo. Toda línea divisoria en relación con lo "que es perjudicial" es empírica; sin embargo, Edwards y cols. (1982), mencionaron la necesidad de registrar la manifestación dentro de la población de problemas relacionados en forma descriptiva, exacta y directa, con la finalidad de hacer posteriormente análisis a fin de determinar la magnitud, la agrupación y la categorización de esos problemas en distintas poblaciones. La comprensión de cómo los procesos de

vislumbra que en el futuro el gasto aumentará (Babor y Ritson, 1986), dadas las tendencias observadas en el consumo que indica que está incrementándose en casi todo el mundo, y que como se ha reportado, existe una correlación positiva entre el consumo de alcohol y los problemas que se presentan con su uso (Brunn, 1975).

Dentro de este panorama, los servicios de salud juegan un papel importante ya que están obligados a enfrentar y tratar de resolver satisfactoriamente esta situación, ya que aunque no sea su intención no pueden dejar de brindar atención a estos pacientes. Se trata de una gran responsabilidad ya que aparte de que estas personas solicitan ayuda médica con más frecuencia que el resto de la población, casi siempre que acuden a consulta es a causa de patología somática, que enmascara el verdadero problema alcohólico, donde destacan la hepatitis, traumatismos, gastritis, infecciones respiratorias agudas, hemorroides y hemorragias. Además, por esto mismo, se trata de personas con dificultades, las cuales no son identificadas ni tratadas correctamente (Campillo y cols., 1987).

Sin embargo, se sabe con bastante certeza que, si en una población particular, se logra reducir el consumo de alcohol por habitante, algunos de los problemas relacionados con la bebida podrían disminuir (Schmidt y Popham, 1978); aunque conseguir una disminución en el consumo per cápita de alcohol, no es ninguna tarea sencilla, puesto que se requeriría de gran voluntad política por parte de los gobiernos y un apoyo real de la sociedad, así como de la concertación y coordinación de diferentes acciones y medidas de muy diversa naturaleza. También es aconsejable llevar a cabo una campaña educativa que alerte sobre los peligros que implica para la salud el consumo de alcohol (Whitehead, 1975).

Otra forma de acercamiento al estudio de los problemas asociados al consumo de alcohol (Smart, 1991), lo constituye el nivel de consumo de bebidas embriagantes en un país, el cual, suele guardar estrecha relación con el de trastornos vinculados al alcohol y puede utilizarse como índice de esos problemas.

Muchos estudios han mostrado que las tasas de consumo de alcohol por habitante y las de cirrosis hepática mantienen una correlación positiva tanto dentro de cada país como entre los distintos países. Además, los altos niveles de consumo de alcohol a menudo están asociados a una mayor incidencia de otros problemas relacionados con el alcohol.

De esta forma, Kendell (1984), encontró que en Escocia los casos de hospitalización por dependencia al alcohol, y la cirrosis guardaban correlación con el consumo por habitante. Otros investigadores (Smart y Mann, 1987), analizaron datos sobre el Canadá y observaron una estrecha correlación entre el consumo por habitante y las tasas de alcoholismo, las defunciones a causa de la dependencia al alcohol, la cirrosis hepática, las defunciones por intoxicación y accidentes, y los cargos por conducir con niveles altos de alcohol. Lo que no pudo demostrarse, fue la existencia de una correlación con las hospitalizaciones a causa de la dependencia al alcohol. El autor reportó en este sentido que el consumo por habitante es un buen indicador de la magnitud de los problemas relacionados con el alcohol en un país.

índole social, cultural o familiar pueden prevenir, exacerbar o modificar las consecuencias del consumo. La manera en que los métodos empíricos deben considerar los problemas sufridos por la familia, amigos, empleadores y sociedad en general, como consecuencia del consumo por parte del individuo. En este sentido, se debe de tratar de obtener estimaciones de la población con respecto a los problemas que afectan a la sociedad y elaborar métodos para clasificarlos y determinar su costo. Finalmente, si bien muchos de los problemas causados por el consumo o ingestión de alcohol son de carácter social y psicológico, no se debe olvidar la necesidad de medir los efectos orgánicos en los estudios de población. Las pruebas de la función hepática mediante la determinación de enzimas en casos de alcoholismo constituyen un ejemplo de los métodos que podrían ser de utilidad.

Por tal motivo, los problemas relacionados con el alcohol, y debido a su complejidad son susceptibles de observarse bajo diferentes ópticas: desde un punto de vista moral, una perspectiva jurídica, una dimensión económica, etc.

Desde la perspectiva epidemiológica se considera al huésped (individuo que bebe), el agente (la bebida alcohólica) y el medio ambiente dentro de su contexto más amplio, pues junto con el hábitat físico-geográfico, se considera el medio sociocultural. Así tenemos en relación con el individuo que bebe (el huésped), tratar de averiguar cuáles son aquellos factores que contribuyen a que, en lugar de beber con moderación y responsabilidad, lo haga en forma excesiva. Con respecto a las bebidas alcohólicas (el agente), hay que recordar sus propiedades adictivas y tóxicas, tanto a mediano y largo plazo. En cuanto al medio ambiente hay que tener presente los factores que contribuyen a que se consuma mayor o menor cantidad de alcohol, en una población específica. Cada uno de estos aspectos, en forma individual y/o mediante la interacción con los otros, va a contribuir a que se presenten problemas relacionados con el consumo de alcohol, por lo que el entendimiento y su modificación pueden ayudar a prevenirlos (Campillo, Díaz y Romero 1987).

Por otro lado, y como ya se mencionó anteriormente se ha observado que de todas las personas que sufren o hacen sufrir a la sociedad por su manera de beber, sólo una muy baja proporción son alcohólicos. La mayoría son individuos que simplemente beben en forma irresponsable o excesiva. Por ejem., se sabe que los adolescentes, que sin ser propiamente adictos al alcohol, su manera de beber hace que tengan y provoquen accidentes (Cahalan, 1974). Lo cual quiere decir que no únicamente los alcohólicos presentan problemas de alcohol, sino que también los presentan el resto de la población, y en una proporción mayor.

Otros investigadores han demostrado que algunos problemas relacionados con el alcohol se incrementan cuando su consumo per cápita (por habitante) aumenta. El indicador principal en este sentido, ha sido la mortalidad por cirrosis hepática (Schmidt, 1980).

En cuanto a la prevención secundaria, esta ha venido cobrando una importancia creciente, ya que se ha observado que algunos países gastan enormes sumas de dinero en atender a pacientes que sufren de problemas asociados al consumo de alcohol y se

En el caso de las adicciones en general y del alcoholismo en particular, se ha buscado consenso y uniformidad en el manejo de conceptos y términos clave. Por esta razón los trastornos relacionados con el consumo de alcohol se encuentran incluidos dentro de la Clasificación de los Trastornos provocados por otras Sustancias de Abuso, tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM III-R, DSM IV), así como en la Novena y Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (ICD-9 e ICD-10).

El trabajo realizado por la Asociación Psiquiátrica Americana, al desarrollar los Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (APA; DSM III-R, 1988 y DSM IV, 1994), son importantes, ya que son el resultado del esfuerzo de un gran grupo de expertos y colaboradores quienes revisan, clasifican, describen e introducen conceptos tales como abuso de alcohol, intoxicación alcohólica y dependencia al alcohol entre otros. En su tercera versión (APA, DSM III, 1983), en el apartado de Trastornos Orgánicos provocados por el alcohol incluyen a la intoxicación alcohólica, la cual es caracterizada por una desadaptación conductual debida a una ingesta reciente de alcohol; y en el de Trastornos por abuso de sustancias contemplan al abuso de alcohol y a la dependencia, donde indican que el síntoma esencial del abuso de alcohol estaría caracterizado por un patrón de uso patológico de alcohol, el cual provoca deterioro de la actividad laboral y social. Esta misma clasificación y descripción, se mantiene de manera general en el DSM III-R (APA, 1988), solo que el abuso de alcohol y dependencia de alcohol, son incluidos en el apartado Descripción de los Trastornos por uso de sustancias psicoactivas. Para el DSM IV (APA, 1994), se amplían y modifican de manera importante las descripciones realizadas en las dos versiones anteriores. De esta forma, el abuso de sustancias se describe en el apartado Trastornos Relacionados a Sustancias, donde la sintomatología esencial del abuso de sustancias es descrita como un patrón de uso patológico de sustancias, manifestado por consecuencias adversas recurrentes y significativas relacionadas al uso repetido de sustancias; indicando además, su uso en situaciones peligrosas, y con la presencia de problemas legales, interpersonales y sociales repetitivos durante un periodo de doce meses. La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10, WHO, 1992), desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, describe la Intoxicación Aguda y el uso perjudicial de alcohol en el apartado de Desórdenes Mentales y del Comportamiento debidos al uso de alcohol (sustancias psicoactivas), donde informan de una amplia variedad de desórdenes que difieren de severidad, pero que son atribuibles al uso de una o mas sustancias psicoactivas. La intoxicación aguda es referida como una condición transitoria seguida a la administración de alcohol u otra sustancia psicoactiva, que resulta en disturbios en el nivel de conciencia, cognición, percepción, en la conducta o afecto, y en otras funciones o respuestas psicofisiológicas. El uso perjudicial es descrito como un patrón de uso de sustancias psicoactivas que causan daño a la salud física o mental.

Es importante destacar que ambas clasificaciones incorporan el concepto de Dependencia propuesto por Edwards y Gross en 1976. Esta concepción integral incorporó los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales de la dependencia al alcohol (rigidez en el patrón de consumo, tolerancia, síndrome de supresión, conducta de búsqueda, incremento de la necesidad de consumo de alcohol, y recurrencia del síndrome después de períodos de sobriedad). Estos elementos no se presentan como una cuestión de todo o nada, sino en diversos grados de severidad, permitiendo además distinguir entre la dependencia al alcohol y las incapacidades relacionadas, que pueden ocurrir en ausencia de la dependencia.

2.2.3 IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

Se ha descrito que la tendencia al uso de alcohol opera en varias formas y niveles, y puede permanecer latente. Por ejemplo, ante las adversidades de la vida, algunas personas tienden a buscar refugio en la ingestión de alcohol, en tanto otras no lo hacen. Algunas personas se vuelven dependientes más fácilmente que otras, o bien desarrollan tolerancia con mayor rapidez o eliminan el alcohol más lentamente (Veselle, Page, Passananti, 1971; NIAAA.,1993).

En este sentido Edwards (1987), reportó que al estudiar los mecanismos de lucha (coping) de los bebedores, lo que se encuentra es que existe un rango de mecanismos de lucha o enfrentamiento que abarcan dimensiones tales como:

- La evitación del riesgo alejándose del problema; no acudiendo a bares y alejándose de otros bebedores.
- Reforzamiento positivo, o sea, repitiéndose uno mismo las ventajas positivas de permanecer sobrio, esto es, que la recompensa es la dicha de estar sobrio y con buena salud.
- Reforzamiento Negativo, es un reforzamiento mental del malestar y el daño que podría resultar de volver a beber.
- Sustitución, que es la decisión intencional de encontrar una actividad que provea de una alternativa gratificante al acto de beber, lo que podría ser cualquier cosa, desde coleccionar estampillas, hasta aprender algún idioma o sacar al perro a pasear. Sin embargo, los detalles de la investigación sobre los mecanismos de lucha deben examinarse más detenidamente, ya que se tiene que tomar en cuenta no solo los aspectos biológicos, sino también muchos y complejos aspectos socio-psicológicos. Los parámetros biológicos, como el estado hepático o la integridad del cerebro, son importantes, pero también lo son el repertorio, la diversidad y lo apropiado de su habilidad para hacerle frente (NIAAA.,1993).

Como se ha venido mencionando, y con respecto a los efectos del consumo excesivo del alcohol sobre la salud, se ha descrito que el cerebro es el órgano más sensible a los efectos inmediatos del alcohol y también a los efectos del uso crónico. Dos o tres bebidas, ingeridas en una hora, pueden disminuir significativamente la habilidad para ejecutar

acciones complejas (Amritz y Brown, 1982), y unas cuantas más alteran en algún grado la conciencia, el estado afectivo y la conducta. El consumo crónico es la causa más importante del deterioro mental del adulto, el cual abarca el pensamiento abstracto, el lenguaje y a la coordinación. Estas funciones son afectadas por el alcohol en forma similar a como lo hace la enfermedad de Alzheimer. También son similares a la atrofia cortical y las anomalías en la actividad bioeléctrica del cerebro (Lishman, 1981). Sin embargo, la enfermedad de Alzheimer es progresiva, en tanto que el alcohólico que deja de beber puede tener una recuperación notable (Moss, Finnley y Chan, 1981).

Después del cerebro, el hígado es el órgano más severamente afectado por el alcohol, aún cuando los sujetos se nutran adecuadamente. El daño más común, el hígado graso, es un trastorno reversible. La inflamación y la destrucción subsecuente de las células del hígado, en la hepatitis originada por el alcohol, causa la defunción de 10 a 30% de quienes la desarrollan (Lieber, 1977). La cirrosis alcohólica es irreversible y es la causa principal de muerte debida al alcohol (Lieber, 1969).

Otros efectos nocivos del alcohol no son tan aparentes, pero no por esto menos dañinos: el cáncer de la boca, la lengua, la faringe y el esófago es más común entre los alcohólicos (Rothman, 1980). Como es sabido, el alcohol altera las secreciones ácidas del estómago y causa gastritis (Cooke, 1972). La pancreatitis crónica, es común en los alcohólicos (se piensa que el 75% de todos los casos ocurre debido al alcoholismo). La vulnerabilidad individual permite suponer, en estos casos, la participación de un mecanismo genético (Sarles, 1974; NIAAA.,1993).

En cuanto a las consecuencias sociales, lo que se conoce acerca de los efectos del alcohol sobre las habilidades complejas, permite atribuir un papel importante al alcohol en los accidentes, lo cual no necesariamente excluye otras causas. Hay consenso en que el alcohol puede ser responsable de gran parte de la muerte accidental de muchas personas (Brenner, 1967; Klatsky, Friedman y Sielglaub, 1981). Los accidentes de tránsito son una de las primeras causas de mortalidad en varios países (Borkenstein, Crowther, Shumater, Ziel y Zylman, 1974; Cameron, 1977; NIAAA.,1993; Perper, Kuller y Shim, 1993; Posanau, 1994; Mercer y Jeffrey, 1995). Además de los fallecimientos ocasionados por el alcohol, hay que considerar un número cuatro veces mayor de personas que quedan inválidas.

Una revisión de 23 estudios realizados en E.U., mostró que una tercera parte, o más, de las personas que conducían vehículos en accidentes fatales, tenían concentraciones de alcohol en sangre por arriba del nivel de 0.10% (McCarroll & Haddon, 1962). Cinco o seis bebidas, consumidas en un período de dos horas antes de manejar, pueden hacer que una persona de 70 Kg. alcance este nivel, aunque si bien, pueden existir notables diferencias individuales (Clayton, 1980). También los peatones ebrios tienen un riesgo mucho más alto de ser víctimas de accidentes de tránsito (Blomberg, Preusser, Hale y Ulmer, 1979; Yersin, Wyss. Koehn, Rivier, Guser. Paccaud y Magnenant, 1992). Beber en exceso puede ocasionar accidentes industriales y de otros tipos, tales como caídas, ahogamientos,

atropellamientos (Baker, Samkoff, Fisher y Vanbeuren, 1982; Bradbury, 1991; Delaunay, Balkau y Papoz, 1991; Regidor, Gutierrez y DeMateo, 1992; Greem, Setchell, Homes, Stiff, Touquet y Priess, 1993; Gluksman, 1994; Li y Baker, 1994).

Se ha establecido estadísticamente (Blum, 1981; Cherpitel, 1993; Cherpitel, 1994), la asociación entre el abuso del alcohol, la conducta violenta y otras formas de conducta criminal. En muchos casos, el alcohol pudo haber sido la causa principal o haber jugado un papel causal importante. En un estudio se encontró que en dos terceras partes de los homicidios, los autores, sus víctimas o ambos, habían ingerido alcohol antes del crimen. En las violaciones, el alcohol actúa como desinhibidor o sirve como justificación (Pernanen, 1976).

En una revisión (Hingson, 1993), de diversos estudios llevados a cabo en los Estados Unidos, se informó de una participación importante del alcohol y sus consecuencias en términos de mortalidad en los accidentes de tránsito, donde se incluyen a conductores, pasajeros y peatones; en este mismo trabajo, se analizan los resultados de las medidas implementadas para contener con esta problemática.

La participación del alcohol en otros eventos ha sido ampliamente descrita en diversos estudios (NIAAA, 1993), donde informaron sobre la participación del alcohol y estiman el riesgo de sufrir una gran diversidad de incidentes como resultado de su ingestión, como es el caso de la mortalidad y morbilidad por diversos motivos: accidentes automovilísticos, caídas, lesiones accidentales, víctimas por ataques de arma de fuego, quemaduras, ahogamientos, eventos que resultan en lesiones fatales, homicidios, suicidios, muertes por lesiones no accidentales, muerte por lesiones traumáticas, riñas, asaltos, accidentes de aviación y violencia doméstica. Por otro lado, mencionaron que la tasa de lesiones fatales con involucración del alcohol son reducidas en la mañana, tendiendo a incrementarse en las tardes, aumentando significativamente en la noche y en la madrugada. Asimismo, destacaron la importancia de realizar estudios en los servicios de urgencia, donde es posible examinar los eventos que resultan en lesiones traumáticas y que ofrecen dos grandes ventajas sobre los informes forensicos. Por un lado examinan la involucración del alcohol en las lesiones no fatales, y por otro, estiman la concentración del alcohol en sangre, que pueden ser apoyadas por el autoreporte de consumo antes y durante la ocurrencia del incidente. En este contexto la investigación epidemiológica ha sugerido que el alcohol incrementa el riesgo de sufrir una lesión. Otro aspecto importante, se refiere a la asociación entre el alcohol y la violencia humana, donde los perpetradores de ésta, se encontraban frecuentemente bajo la influencia del alcohol (Pernanen, 1991; Roizen, 1982; Welte y Abel, 1989; NIAAA, 1993). Sin embargo, en los análisis de los registros policíacos se observó un subregistro de la involucración del alcohol en los episodios de violencia (Ostrom, Huelke, Waller, Eriksson y Blow, 1992). No obstante, la evidencia encontrada sugiere que el alcohol juega un papel significativo tanto en las lesiones intencionales, como en las no intencionales (Honkanen, Smith, 1991; Cherpitel, 1993; Cherpitel, 1994a; Cherpitel, 1994b; Cherpitel, 1995a; Cherpitel, 1995b).

Otros trastornos como los mentales y específicamente la depresión, son frecuentes entre los alcohólicos y no es sorprendente que entre ellos la tasa de suicidios fuera elevada (Beck, Kovacs y Weissman, 1975; Weissman y Myers, 1980; Adams y Overholser, 1992; Suokas y Lonnquist, 1995). No se ha definido si la depresión contribuye al abuso del alcohol y al suicidio, o si el alcohol es causa tanto de la depresión como de la autodestrucción.

Es indudable que el abuso de alcohol afecta la vida familiar y también es causa de una fuerte disminución de la productividad en el trabajo. El ausentismo es dos veces mayor entre las personas que ingieren alcohol, a lo que deben sumarse las pérdidas económicas y sociales producidas por los accidentes laborales en los que interviene el alcohol (Jones, 1977; NIAAA.,1993).

Las investigaciones sobre patrones de consumo y los problemas asociados a la ingestión de alcohol datan de los últimos 30 años, destacándose en este sentido los estudios realizados en población general, estos principalmente en Estados Unidos y Europa (Room R.,1977). En ellos se describió la distribución de la población según los patrones de bebida y las variaciones entre subgrupos poblacionales, definidos en variables sociodemográficas, tales como sexo, edad y nivel socioeconómico. Otros incluyeron también el análisis de aspectos socioculturales relacionados con la bebida, y contemplan la variación de los patrones de ingestión de alcohol en relación al lugar, personas con las que bebe, motivo por el que estaba bebiendo y actitudes hacia la bebida.

En la Organización Mundial de la Salud, durante la vigésima octava asamblea de la Salud Mundial en 1975 (Moser, 1979), se había puesto de manifiesto la extensión y gravedad de los problemas individuales, sociales y de salud pública que se asocian en muchos países del mundo, con el uso de alcohol, y al hecho de que el consumo de alcohol mostrara una tendencia a incrementarse. De esta forma, en el año de 1976 se inició un proyecto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la prevención de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Posteriormente en un segundo proyecto, también de la OMS, se investigaron las "respuestas de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol", donde participaron México, Escocia y Zambia.

En este estudio se analizaron desde dos puntos de vista a los problemas ocasionados por la bebida: a) Problemas de salud, y b) sus consecuencias sociales; en el primer punto se tomaron en cuenta las consecuencias negativas a la salud personal, o el bienestar psicológico del entrevistado y en el segundo, a las evidencias de conflicto del entrevistado con su medio social. Aquí se puso de manifiesto que los problemas relacionados con el alcohol afectan no únicamente al bebedor como individuo, sino también a su familia y a la sociedad en general. Vistos a través del modelo que utiliza la salud pública, se considera que se trata de una interacción compleja entre el agente (etanol), el huésped (bebedor) y el ambiente (físico, mental y sociocultural).

De acuerdo a los resultados de las investigaciones realizadas, se desprendió que el patrón típico de consumo de la población masculina en nuestro país es episódico y con ingestión de grandes cantidades en cada ocasión; donde se ha observado que este patrón se asocia con un alto grado de problemas relacionados (MacCoby, 1965; Cabildo, 1972; Parra de la, Terroba, Isoard, Medina-Mora, Saltijeral y Rubio, 1976; Terroba, y Medina-Mora, 1979; Medina-Mora y cols.,1980a; Medina-Mora, De la Parra y Terroba, 1980b; WHO.,1981; Natera y Terroba, 1982; Medina-Mora, 1984; Caetano & Medina-Mora, 1985; Medina-Mora y cols.,1986; Medina-Mora, 1987; De la Fuente y Rosovsky, 1989; Guimares, 1989; ENS., 1988; De La Fuente y Medina-Mora ME; Caraveo, 1992; ENA.,1993).

La magnitud del uso y abuso del alcohol en nuestro país se puso de manifiesto por los resultados de los estudios, que habían señalado que el 57% de la población mayor de 20 años padecía de alcoholismo, lo cual representaba una cifra de 1.7 millones de alcohólicos (Bustamante, 1974). Sin embargo, es necesario considerar que el consumo de alcohol presenta variaciones importantes en diferentes regiones del país. El porcentaje de bebedores excesivos varió entre 6 y 20%; el mayor consumo se presentó más frecuentemente en la población masculina, cuyas edades oscilaron entre los 30 y los 50 años (Medina-Mora, y cols.,1980a; Natera y col.,1982). Las cifras más elevadas se observaron en zonas de temperatura elevada, donde la ingestión de cerveza contribuye, más que ninguna otra bebida, a la elevación de las tasas.

En 1978 en nuestro país, la mortalidad debida a la cirrosis hepática por 100 mil habitantes, fue de 29.9 en la población masculina y de 9.6 en la femenina, esto es, 19.6 en la población total. Estas tasas fueron las más altas en América, y alrededor de la media aritmética de las reportadas en países Europeos. En ese mismo año, la tasa de psicosis alcohólica por 100 mil habitantes fue de 11.1. Por otra parte, se han agravado los problemas ocasionados por la ingestión crónica o recurrente de alcohol, debido a la mala nutrición endémica de grandes sectores de la población.

En México, aproximadamente el 50% de los actos de violencia, el 35% de los accidentes de tráfico, y 3 de cada 10 de los accidentes de trabajo, así como el 17% de los suicidios, estuvieron relacionados con el abuso de alcohol (Bustamante y Silva, 1972). Asimismo, se estimó que en 45% de los casos reportados de violación, el violador se encontraba bajo los efectos del alcohol, y en 15% de los niños maltratados, el padre golpeador era bebedor excesivo.

Se calcula que el alcoholismo es responsable de la pérdida de 160 000 horas quincenales entre los trabajadores asegurados, y que el 12% del total del ausentismo laboral se debe a la ingestión elevada de alcohol.

A continuación se presenta una breve revisión sobre la historia de la investigación del consumo de alcohol a través de encuestas directas en nuestro país, aquí los estudios se dividieron en cuatro grandes épocas (Campillo & Medina-Mora, 1978).

Para la primera época se usaron definiciones muy estrictas, donde los estudios estaban enfocados exclusivamente hacia la descripción de los alcohólicos. Cabildo, en una revisión de éstos, (1967), mencionó que hay tres investigaciones iniciales que proporcionan información sobre los problemas relacionados con el alcohol en México, orientados a la evaluación de la prevalencia de la patología psiquiátrica en general.

Después del Seminario de Viña del Mar surgió un segundo grupo de estudios. Aquí la Organización Panamericana de la Salud auspició en 1963, una reunión sobre el alcoholismo en el que se unificaron los criterios de definición. En este seminario, Marconi (1967), definió a los alcohólicos como las personas incapaces de abstenerse de beber o dejar de consumir bebidas alcohólicas. Además de los alcohólicos, Marconi definió a los abstemios y a los bebedores moderados y excesivos. Utilizando esta clasificación se pudo definir los patrones de consumo, pero no se pudieron evaluar en la población la magnitud de los diferentes tipos de problemas asociados.

Comprenden la tercera etapa de la investigación, los estudios realizados a partir de 1974. Estos estudios se llevaron a cabo en seis ciudades, utilizando en todas el mismo cuestionario y la misma metodología. Se aplicó un instrumento estandarizado que constaba de 87 preguntas divididas en cuatro secciones: consumo de medicamentos o drogas médicas, consumo de drogas de uso no médico, consumo de alcohol y ficha de identificación. En el estudio se incluyó a la población de 14 años y más, de ambos sexos y que habitaban en viviendas normales. El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico, estratificado y polietápico (Parra de la y cols.,1976; Terroba, Medina-Mora y Saltijeral, 1977; Parra de la, Terroba y Medina-Mora, 1980; Medina-Mora y cols.,1980a; Medina-Mora y cols.,1980b; Natera y col.,1982).

Los indicadores de problemas se computaron solamente en aquellas personas que habían reportado haber consumido alcohol en los últimos 30 días. Las calificaciones variaban de acuerdo con el número de respuestas positivas que se daban a las preguntas que investigaban los problemas que tuvieran con la familia, con la policía, en el trabajo o en la escuela, además, cuando consideraban que su manera de beber era un problema personal.

La cuarta etapa en la investigación del consumo de alcohol comenzó con la participación de México en el estudio de la Organización Mundial de la Salud, denominado "Respuestas de la Comunidad ante los Problemas Relacionados con el Alcohol". (WHO., 1981). Es en esta investigación en donde por vez primera se dividió el estudio de la frecuencia y cantidad, y se relacionó con los problemas asociados con la bebida. Estos problemas no se investigaron exclusivamente en las personas que bebían frecuentemente, sino en todos los bebedores. En este estudio se hace un análisis más a fondo de los problemas relacionados con la bebida, éstos no se utilizaban para indicar la prevalencia del consumo.

Otra de las características importantes del estudio es que se indagó sobre las normas, los valores y las actitudes, y se relacionaron con la conducta de consumo de alcohol. Además, se trató de cohesionar la investigación con la acción.

En el estudio, el porcentaje de abstemios fue similar al encontrado en estudios anteriores (67%). De la misma manera, más hombres que mujeres informaron consumir alcohol: 85% de los hombres reportó ingerirlo, en comparación con el 48% de las mujeres. De esta forma se encuentra que en nuestro país, el sexo influye más que la edad en la manera de consumir alcohol. Las mujeres independientemente de la edad, ingieren poca cantidad; en contraste, prácticamente todos los hombres consumen alcohol. Al considerar la frecuencia con que se ingiere alcohol, se hacen más profundas las diferencias.

Partiendo de esta panorámica, se ha llegado a considerar que las adicciones pueden estudiarse como desórdenes en sí mismos o como factores de riesgo para la manifestación de otros problemas sociales y de salud (Medina-Mora, 1992).

Una concepción multiaxial en donde las variables "dependientes" fueran el individuo consumidor por una parte y las consecuencias por otra, facilitaría la tarea de estudiar este fenómeno. Se sabe que no todos los consumidores tendrán problemas y que, en un momento dado cualquier persona puede sufrir consecuencias adversas, ya sea por consumir en ocasiones en que se supone no debería hacerlo (por ejem: antes de manejar), aunque no sea adicta y probablemente nunca desarrolle dependencia, por lo que enfocar el estudio en la detección de las personas dependientes sería limitado, ya que dejaría fuera un número importante de problemas asociados a su consumo (NIAAA, 1993).

Se considera que las personas que desarrollan adicción son solamente responsables de una proporción menor de problemas relacionados con esta práctica. Esta situación se refleja en la Encuesta Nacional de Salud, llevada a cabo en nuestro país, donde se encontró que del total de individuos que sufrieron accidentes automovilísticos relacionados con el alcohol, solamente 18% eran dependientes, esto también ocurrió en una cuarta parte de los problemas con la policía (25%), y de otros accidentes no automovilísticos (25%), únicamente 18% de las personas que estuvieron a punto o 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 y cols., 1991).

Ahora bien, si se ubica al individuo y medimos su consumo por un lado y por otro a las consecuencias del consumo o a los problemas asociados con esta práctica (por ejem: accidentes, violencias, problemas médicos, laborales, familiares, legales etc.) y se estudia la influencia de otras variables psico-socio-culturales se podría investigar mejor este complejo fenómeno, hasta incluir las repercusiones en el núcleo familiar.

Desde otro punto de vista (Narro, 1992), un indicador indirecto del impacto que tiene el consumo de bebidas alcohólicas entre la población estaría representado por la importancia de la mortalidad ocasionada por tres situaciones asociadas al consumo excesivo de alcohol: la cirrosis hepática, los homicidios y los accidentes automovilísticos. En la población de 25 a 54 años, estas tres categorías se encontraron entre las principales causas de muerte y son responsables en la República Mexicana de una de cada cuatro de las defunciones que se presentan en esos grupos de edad.

Los problemas de salud que ocasiona el abuso de la bebida se reflejan también en otros indicadores. En las instituciones médicas la carga asistencial por los pacientes que sufren de problemas de alcohol resulta agobiante (Campillo, Díaz y Romero, 1994). Se estimó que padecen este problema entre el 25% y 40% de los pacientes hospitalizados (Campillo y Padilla, 1986). Estos pacientes hacen uso del servicio hospitalario hasta cuatro veces más que otros, y sus gastos médicos ascienden a doble del resto de la población (Schiffrin, 1983). Los gastos derivados de esta situación son generalmente encubiertos, ya que la mayoría de las veces no se identifica el padecimiento y se les registra con otros diagnósticos. Las investigaciones han sugerido que si en estos hospitales se establecieran tratamientos especiales, se ahorrarían cifras importantes de dinero, proporcionando asistencia médica integral (Holder, 1987). De acuerdo con los datos de Gutiérrez y Acosta (1984), el alcoholismo se encontró presente entre las primeras cinco causas de hospitalización psiquiátrica entre la población masculina de 25 años y más en nuestro país. El efecto del alcohol entre las poblaciones de pacientes hospitalizados es también demostrativo de su importancia; basta señalar que en 1983 en los hospitales del IMSS y del ISSSTE entre el 2.4 y el 3.4% de los internamientos se dieron como causa directa o por la ingestión excesiva de alcohol, y que en distintos estudios se ha podido apreciar que entre la población masculina hospitalizada casi uno de cada tres pacientes mostraron signos de alcoholismo (De la Fuente y col., 1989).

En 1990, en las unidades de atención médica del IMSS se atendieron un poco más de 15,000 nuevos casos de psicosis alcohólica, abuso de alcohol o por síndrome de dependencia al alcohol. Esta cifra representó el 2.4% del total de casos nuevos de padecimientos mentales, o 6.4 casos por cada 10,000 usuarios de los servicios que presta la institución.

En cuanto a la tasa promedio de mortalidad por cirrosis hepática en el país, para los últimos años disponibles 1984-1986 alcanzó 21.3 defunciones por cada 100,000 habitantes. La cirrosis hepática ocupó uno de los primeros 10 lugares en la estructura de la mortalidad en nuestra población.

Los efectos nocivos a la salud del uso de sustancias adictivas han llevado a generar políticas sanitarias dirigidas a la reducción del consumo y, en algunos casos, la prohibición de la compra-venta de algunas de ellas; para otras, como el alcohol y el tabaco, no se han obtenido los resultados esperados con la reglamentación en vigor. El uso generalizado del alcohol y el tabaco ha enmascarado el conocimiento de los daños a la salud que éstos producen y que han sido documentados como es el caso del uso y abuso del alcohol, y sus consecuencias en la cirrosis hepática, además de problemas sociales como el caso de los accidentes, violencias y suicidios (Tapia y col., 1992).

De acuerdo a datos proporcionados por De la Fuente (1990), refiere que para el Distrito Federal, los registros de accidentes de tránsito debidos a la embriaguez del conductor aumentaron del 8.3% en 1968 al 16% en 1983. Los datos del Instituto Mexicano de Psiquiatría mostraron que el abuso de alcohol se ha asociado con el 21% de los

traumatismos que llegan a los servicios de urgencias, y con el 38% de los suicidios. También se ha relacionado la embriaguez con el 50% de los homicidios y con otras acciones violentas, como las violaciones, el maltrato y el abandono de mujeres y niños. Por otro lado, se estimó que la pérdida de productividad en el trabajo por el abuso de alcohol es del 12%.

En este sentido, también la Encuesta Nacional de Salud (ENS.,1988), y en base a los datos obtenidos donde incluyen a población urbana de 18 a 65 años, que refirieron haber tenido problemas alguna vez con el consumo de bebidas alcohólicas, se reportó lo siguiente: Por orden de importancia sobresalieron los problemas familiares (14.9%), de salud (12.4%), violencia (8.8%), trabajo (5.5%) policía (4.5%), accidentes de otro tipo (3.7%), accidentes automovilísticos (3.4%), perder o casi perder el trabajo (2.5%); predominando en todos estos el sexo masculino. Similar situación se reportó en la Encuesta Nacional de Adicciones (1993), donde destacaron los problemas familiares (20.1%), de trabajo (5.1%), policía (4.6%), y de accidentes automovilísticos (3.5%).

Por otro lado, en cuanto al número de problemas relacionados al consumo de alcohol en los últimos doce meses en esta población (ENS.,1988), el 64.2% reportó no haber sufrido alguno, pero de los restantes (35%), el 12.5% informó haber tenido cuatro y más problemas; de la misma forma, estos fueron más frecuentes entre los hombres. Aquí mismo se informa, que del total de bebedores y ex-bebedores, el 16 por ciento se vio involucrado en accidentes o violencias alguna vez por el consumo de bebidas alcohólicas, el 14.9% reportó haber tenido problemas con su familia y el 12.4% ha tenido problemas de salud por este motivo. Del total de bebedores, el 35.8% tuvo problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.

Otros hallazgos derivados de este estudio (DGE e IMP.,1988) indicaron que en la población urbana de 18 a 65 años, el 27% de la población masculina y el 63% de la femenina no consumieron alcohol en los 12 meses previos al estudio. En cambio, el índice de personas que abusan del alcohol fue también elevado: el consumo consuetudinario mostró cifras de 14.2% en la población masculina y de 0.6% en la femenina. Por otra parte, solamente un 32% de los hombres declaró no haberse embriagado en el año anterior y el 18% lo hicieron una vez por mes o con mayor frecuencia. Esta conducta fue infrecuente entre las mujeres. El 17% de ellas admitió al menos un evento de intoxicación en el año anterior y en un 0.7%, esto ocurrió en el mes previo al estudio. Estos datos indican que el alcohol disponible es consumido por una proporción relativamente baja de individuos y que la tendencia es a que muchas de las ocasiones de consumo lo son también de embriaguez.

De la misma forma, un estudio coordinado por la Organización Mundial de la Salud donde se incluyó una población de Estados Unidos, encontró que el 86% de la población informó haber ingerido bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, en contraste con solamente el 67% de los individuos mexicanos. También, la diferencia de consumo entre hombres y mujeres fue pequeña (96% y 80% respectivamente). El consumo frecuente, por lo menos una vez a la semana, fue también muy diferente: el 29% de los hombres en

México y el 77% en Estados Unidos. Sin embargo, la embriaguez fue considerablemente mayor en nuestro país, ya que el 75% de los bebedores dijeron haberse embriagado por lo menos una vez en los últimos 12 meses, en comparación con solamente el 49% en el país vecino. Como era de esperarse, los problemas relacionados con esta forma de beber fueron considerablemente mayores en México; el 25% de los bebedores reportó haber experimentado cuatro o más problemas personales, mientras que entre los bebedores norteamericanos, esto sólo se observó en un 4% (Roizen als., 1980). Las normas en torno al consumo fueron también diferentes, ya que mientras en Estados Unidos se apoya la moderación, en México parece ser más importante determinar quien puede beber; no se incluye a las mujeres en esta práctica y a menudo se considera que el consumo excesivo por parte de los hombres es debido a que las prácticas de consumo siguen estas normas (Medina-Mora, 1984).

En una comparación de los patrones de consumo de la ENS en México, y de la Encuesta Nacional sobre hábitos de consumo de alcohol en la población general de los Estados Unidos, se corroboró lo expuesto anteriormente: en México fue más común el consumo poco frecuente pero se bebió en grandes cantidades (Caetano, Medina-Mora, 1988).

En cuanto a las consecuencias sociales del abuso, las fuentes de información estadística han registrado un aumento importante en las muertes debidas a accidentes en calles y carreteras, en los cuales el conductor y/o sus víctimas habían consumido alcohol en exceso. También aumentaron los homicidios y otros actos violentos suscitados o facilitados por la embriaguez.

Los registros de accidentes de tránsito en el Distrito Federal, que ocurrieron debidos a que el conductor se encontraba en estado de ebriedad, aumentaron de 8.3 en 1968 a 14.1 en 1987 (DGOM, PGR., 1984). La proporción de crímenes bajo la influencia del alcohol fue también importante tanto en presuntos delincuentes como en personas sentenciadas, 21% y 17% respectivamente en 1987.

La participación del alcohol en los delitos mostraron un incremento del 6% en los últimos años (SPP., 1986). En cuanto a los homicidas sentenciados reclusos en la penitenciaría del Distrito Federal, incluyendo únicamente a analfabetos y aquellos que tenían retraso mental, se encontró que el 49% había ingerido bebidas alcohólicas antes de cometer el acto (Heman, 1989). Por lo que respecta a la evaluación del costo en términos de productividad en el trabajo y de la atención médica por lesiones y desórdenes relacionados con el alcohol es muy elevado.

El suicidio es uno de los riesgos asociados con el abuso de bebidas alcohólicas aún cuando no existan antecedentes de alcoholismo. La literatura internacional mostró que el suicidio entre los alcohólicos es 75 veces superior al observado en la población general (De la Fuente y cols., 1992). En México, los resultados de un estudio indicaron que en la muestra de suicidas, la proporción de alcohólicos fue considerablemente mayor, 24%, que en la población general de la Ciudad de México, 5.6% (DGE, ENA., 1988). Otro estudio

encontró que el 37% de los casos de suicidio estaban intoxicados al consumir el acto suicida -más de 10mg por 100 ml de alcohol en sangre- (Terroba y cols.,1987). Por otro lado, en 1989, se reportó que el 29% de los cadáveres registrados en el Servicio Médico Forense del D.F., resultaron positivos con presencia de alcohol y/o drogas (SEMEFO.,1989).

En nuestro país diversos informes han mostrado una tendencia ascendente en las lesiones por causas externas. Datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS.,1988), indicaron que la prevalencia de lesiones fue de 1.4 por cada 100 000 habitantes y que de acuerdo al sexo los hombres sobrepasan a las mujeres (20% y .9%). Por edad, el mayor número de hombres lesionados se ubico en el grupo de 25 a 34 años (3.3%). En relación al lugar de ocurrencia, sobresale la vía pública (38.7%) y el hogar (26.6%). Como causa de las lesiones destacan las caídas (45.9%), los choques (11.8%) y los atropellamientos (7.8%). Además se mencionó que las incapacidades asociadas a estos eventos fueron de que el 16% requirió entre ocho y quince días de recuperación y el 13% entre dieciséis y treinta días. También se reporta que las violencias obtuvieron el 11% del total de las causa de lesión.

Información proporcionada por el Sistema Nacional de Salud (SNS.,1991), refirió que de los egresos hospitalarios registrados, el 22% fueron por caídas accidentales, 7% por accidentes de transporte, seguidos por accidentes de tránsito con vehículos de motor (6%) y por violencias (2%). Así se observa que en términos de morbilidad, destacan las caídas, los accidentes de tránsito y las violencias.

Con respecto a la evaluación y registro de problemas relacionados con el alcohol, en relación a los traumatismos y problemas médicos agudos, se realizó un estudio en colaboración con los Servicios Médicos del DDF., el ISSSTE, la Cruz Roja, y el Hospital ABC, tomando una muestra de pacientes atendidos en sus respectivos servicios de urgencias. Mediante la aplicación del alcosensor, se estimaron los niveles de alcohol en sangre, a través del aliento. La muestra estuvo conformada por 2790 pacientes mayores de 15 años, 24 horas al día, durante 8 semanas. Se encontró que el 17% de los ingresos tenían lecturas positivas de alcohol en sangre (López, 1986; López, Rosovsky, Narváez, Casanova, Rodríguez, Juárez y Barrios, 1991a; López, Rovosky, Narváez, Casanova, Rodríguez y Gil, 1991b).

En otro estudio similar realizado en el puerto de Acapulco, Gro., se encontraron lecturas positivas en el 24% de los ingresos a tres salas de urgencias (García y Borges, 1990). Para las lecturas positivas de entre 10 y 99 mg /ml en las personas lesionadas, se estimó un riesgo 12.7 veces mayor de que sus lesiones fueran como consecuencia de un asalto o riña (IC= 3.69-44.15), y con un riesgo nueve veces mayor por un accidente de tránsito en relación con otras causas de lesión. El riesgo por caída fue cinco veces mayor con la misma lectura (IC= 1.21- 19.83) en comparación con otras lesiones.

Por lo que se refiere al riesgo de hospitalización, clasificados estos clínicamente como ebrios (Meneses y cols.,1993), se encontró un riesgo 1.7 veces mayor (IC= 1.49-1.98) que los no ebrios . Dentro de estos, las mujeres clasificadas como ebrias tuvieron lesiones

más graves, por lo que su estancia hospitalaria fue tres veces más en comparación con los hombres ebrios (IC= 1.85-5.04).

Datos del INEGI (1992) y de Cravito y cols (1992), indicaron que la mortalidad por lesiones por causas externas en la última década, muestran una evolución estable pero con una tendencia a disminuir, los accidentes muestran esta misma tendencia; pero en las violencias se observa un incremento moderado. La prevalencia de suicidios asociados al consumo de alcohol mostró grandes variaciones entre 4.5% y 90%.

Cavazos (1989), al estimar los años de vida potencial perdidos (AVPP)³, informó que en 1990 se registraron 39,400 accidentes en el país lo que derivó en 1 389 912 AVPP en total. Para los hombres fue de 1 072,597, con una edad media al fallecer de 31.5 años y en las mujeres fue de 311,315 AVPP, con una edad de 27.5 años. En este mismo período se registraron 14947 homicidios que contribuyeron con 503,473 AVPP, y 1941 suicidios con 66,602 AVPP.

La mortalidad registrada para 1991 (DGE.,1991) por causas de lesión externa ocupó el tercer lugar con 39,020 defunciones con una tasa de 44.7 por 100 000 habitantes y contribuyó con un 9.5% de las mismas. Las violencias ocuparon el 10 lugar con una tasa de defunción de 17.3 por 100 000 habitantes; por grupo de edad se encontró entre las 20 principales causas de mortalidad.

Desde otra perspectiva, el abuso de bebidas alcohólicas se incluyó en un estudio llevado a cabo en colaboración con personal del Hospital Manuel Gea González, cuyo objetivo principal fue la detección de problemas emocionales en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias con el fin de establecer un mecanismo de atención y referencia. Aquí la frecuencia de abuso fue mayor en la población atendida en el servicio de urgencias (10%), seguida por hospitalización (4%) y consulta externa (3%) (Padilla, 1987).

De acuerdo a los datos presentados anteriormente, es interesante destacar la coexistencia en nuestra comunidad de altos índices de abstención y de intoxicación con sus repercusiones en el área médica, personal y social.

Un factor importante que ocasiona problemas en nuestro país, es el patrón de consumo, en donde gran parte de las veces en que se consume alcohol, aún cuando éstas no sean frecuentes, son también ocasiones para llegar a un estado de embriaguez. Por esto, un aspecto de suma importancia en el estudio de las consecuencias derivadas por el uso y abuso de bebidas alcohólicas, lo constituye la conformación y descripción del patrón de consumo en una muestra o población determinada. El patrón de ingestión nos permite caracterizar e identificar la manera en que ingieren alcohol diferentes grupos poblacionales, y al relacionarlos con sus consecuencias, se obtiene el perfil de la forma en que son

³ El AVPP, es un indicador del impacto que tiene un procedimiento en la vida de cualquier población. Utiliza dos criterios de análisis: temporalidad y magnitud de la causa de muerte. Se fundamenta en el supuesto de que cuando ocurre una defunción antes de los años que se espera que viva un individuo en el grupo de edad correspondiente, se pierde tiempo de vida potencial del mismo, expresado en años.

afectados dichos grupos. Considerando lo anteriormente expuesto y los objetivos de la investigación, procedimos a conformar el patrón de consumo que mejor describía los hábitos de ingestión en la muestra de estudio. De esta forma, en la construcción del patrón de consumo se tomó en cuenta la frecuencia con que acostumbraban beber los sujetos en los doce meses anteriores a la aplicación de la entrevista, así como la cantidad que habitualmente ingerían por ocasión. la cantidad fue tomada del total de copas ingeridas por cada tipo de bebida, y en el caso de informar consumir mas de un tipo por ocasión, se obtenía la sumatoria de las cantidades. Así se obtuvieron las siguientes cuatro categorías: 1) Ingestión de baja frecuencia y baja cantidad, 2) Ingestión de alta frecuencia y alta cantidad, 3) Ingestión de alta frecuencia y baja cantidad, y 4) Ingestión de alta frecuencia y alta cantidad.

Por otra parte, se ha considerado que la mayor parte de los efectos del consumo de alcohol pasan, por lo general, inadvertidos para el bebedor; el grado de intoxicación puede variar desde un leve estado de euforia hasta el completo estupor. Estos fenómenos fueron más comunes entre aquellas personas que bebieron con poca frecuencia.

A pesar de que, independientemente del grado de intoxicación, el alcohol ingerido afecta las capacidades físicas, psicológicas, conductuales y fisiológicas del bebedor, sus efectos dependen de varios factores, incluyendo: la cantidad de alcohol que se haya bebido, las características personales del bebedor, las ocasiones y las circunstancias en las que bebió, así como 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 otras situaciones, tales como el peso y la talla de la persona, de qué tan frecuentemente bebe, y de las propias expectativas sobre los efectos de la bebida, y aún de las expectativas de las demás personas. De la misma manera, no todas las consecuencias adversas dependen de la cantidad de alcohol ingerido. 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 para que se presenten consecuencias adversas. Algunas de estas consecuencias dependen de la combinación poco afortunada de la embriaguez episódica en ambientes peligrosos o demandantes. Otras consecuencias pueden ser 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 a dicha práctica. Por ejemplo, la dependencia física y los problemas del hígado se presentan independientemente de las circunstancias en que beba el individuo, y aún sin que llegue a una embriaguez notable. Este tipo de problemas suele ser más frecuente en aquellas sociedades en las que es común beber diariamente con los alimentos (Brenner, 1982). Las consecuencias sociales ocurren más a menudo en aquellas sociedades en las que

se bebe en exceso o hasta llegar a la embriaguez, aún cuando no se beba con frecuencia. Los alcohólicos son responsables solamente de una pequeña parte de los problemas sociales relacionados con esta práctica.

El significado que se le asigne al consumo de alcohol y a las consecuencias que resulten de su uso, dependerán a su vez de las propiedades y funciones que se le atribuyan. Esta práctica puede tener funciones sociales integradoras cuando forma parte de algún rito o cuando contribuye a reducir la tensión y ansiedad. Pero, también se destaca su poder desintegrador. El alcohol deteriora la capacidad del individuo para discriminar y coordinar. Su uso excesivo aísla al individuo y le acarrea consecuencias personales y sociales adversas.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

El estudio que se presenta, forma parte de una línea de investigación iniciada en el año de 1984 en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, donde se estudiaron los accidentes y la violencia relacionada con el consumo de alcohol, que en su primera fase incluyó a personas captadas en dos Agencias Investigadoras del Ministerio Público del Distrito Federal. En su etapa actual (fase II), desarrollada en 1986, se planteó estudiar la relación entre las urgencias hospitalarias y el consumo de alcohol, utilizando pruebas de aliento para estimar niveles de alcohol en sangre y la aplicación mediante entrevista de un cuestionario. La investigación en su contexto general se inserta en el campo de la epidemiología, que estudia la ocurrencia y distribución de las enfermedades en las poblaciones humanas (Friedman, 1987). El estudio desarrollado fue de tipo descriptivo y transversal.

3.3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la literatura (Moser, 1979; Calderon, Campillo y Suarez, 1981; WHO.,1981; Medina-Mora, 1987; ENS., 1988; Solache, Tapia y cols.,1990; Medina- Mora y cols.,1991; De la fuente, Medina-Mora, y Caraveo, 1992; Cherpitel, 1992; ENA.,1993; NIAAA.,1993; Cherpitel, 1993a; Cherpitel, 1993b; Cherpitel, 1993c; Cherpitel, 1994b; Cherpitel, 1995a), se ha venido reportando que la ingestión de bebidas alcohólicas puede llegar a asociarse a diversos tipos de problemas como consecuencia de la forma de beber de los individuos. Estas dificultades repercutirían tanto en el ambiente físico, psicológico, y social del bebedor, pudiendo afectar directamente al mismo bebedor, a su familia o a la colectividad en general: donde los problemas derivados pueden ser debidos a episodios agudos o a lapsos prolongados de consumo de bebidas alcohólicas.

Dentro de este panorama, los servicios de urgencia han jugado recientemente un papel importante como sitio de captación (nivel secundario de atención), y estudio de personas que sufren accidentes, violencias, traumatismos y problemas médicos agudos por su forma de beber. Por lo consiguiente, se plantea profundizar el estudio de estos sitios para evaluar la relación del alcohol y de los problemas que pueden asociarse a su ingestión.

Así, se pretende determinar de qué manera diferentes tipos de consumo de alcohol (definidos en el patrón de consumo), se asocian al reporte de presencia de dificultades en las relaciones interpersonales, a problemas en el trabajo, con la policía u otras autoridades, a su salud física y psicológica, a la ocurrencia de accidentes previos con o sin lesiones y a síntomas que pueden presentar como consecuencia de su ingestión. Esto nos conduce a plantear las siguientes interrogantes:

- ¿ Qué papel juega el alcohol en la ocurrencia de estos eventos?.
- ¿ Existe asociación entre estos problemas y la forma de beber de las personas?.

- ¿ A mayor consumo de alcohol mayor número de problemas?.
- ¿ Existen diferencias en cuanto a la forma de beber y la problemática involucrada?.
- ¿ Se podría aseverar que el alcohol es un factor de riesgo para que se presenten dificultades o problemas asociados a su ingestión?.

3.3.2 OBJETIVO GENERAL DE INVESTIGACIÓN

Estimar la relación que existe entre el consumo de bebidas alcohólicas y la presencia de problemas asociados a su ingestión, en una submuestra de pacientes que solicitaron atención médica a los servicios de urgencia de ocho hospitales, y que a través del autoreporte manifestaron consumir (por frecuencia y cantidad) bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.

3.3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE INVESTIGACIÓN

- Estimar la proporción de la muestra que reportó consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.
- Caracterizar y formar subgrupos en la muestra de acuerdo a las variables sociodemográficas y al patrón de consumo de alcohol previo reportado.
- De acuerdo a los grupos formados por tipo de problemática y el patrón de consumo previo, determinar si existen diferencias en cuanto a las variables sociodemográficas.
- Estimar la cantidad y frecuencia de alcohol consumido y su relación con los problemas estudiados.
- Determinar una vez realizados los análisis estadísticos propuestos, la existencia de diferencias significativas en cuanto al tipo de problemática presentada en los grupos estudiados.
- Estimar factores de riesgo en la muestra estudiada.
- Mediante pruebas de regresión identificar variables predictoras de los problemas estudiados.

3.3.4 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis Nula:

Los problemas presentados en la submuestra no se asocien significativamente al consumo de alcohol.

Hipótesis Alternas:

- Si el alcohol juega un papel importante en la ocurrencia de los problemas a estudiar, esperaríamos encontrar una proporción significativa de pacientes que reporten haberlos presentado asociados a su ingestión.
- Existan diferencias estadísticamente significativas en los problemas estudiados relacionados al consumo de alcohol entre los grupos conformados de acuerdo al patrón de ingestión.
- Se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre la cantidad de consumo de alcohol y los problemas reportados.
- Se encuentren diferencias estadísticamente significativas entre los problemas reportados y las variables sociodemográficas de los grupos estudiados.
- De acuerdo al patrón de consumo, se presenten variaciones en cuanto al número de problemas reportados.

3.3.5 VARIABLES DE ESTUDIO Y DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES PROBLEMA

- Datos de tipo Sociodemográfico
- Patrones de consumo de alcohol; conformados e identificados de acuerdo al autoreporte del consumo de alcohol por frecuencia, cantidad y tipo de bebida reportado en los últimos 12 meses.
- Autoreporte de problemas relacionados con el consumo de alcohol; donde se incluyen las siguientes áreas y problemas específicos:
- Problemas asociados al consumo de alcohol; relaciones personales, trabajo, policía u otras autoridades, salud física y salud psicológica o bienestar mental.
- Dificultades asociadas al consumo de alcohol; discusiones familiares, ausentismo y errores en el trabajo, comentarios familiares por beber, arrestos por conducir bajo los efectos del alcohol, arrestos por beber y embriagarse en la vía pública.
- Otros incidentes asociados: accidentes previos con o sin lesiones: de tránsito, ser detenido o arrestado por otros motivos.
- Autoreporte de síntomas asociados al consumo de alcohol.

La conceptualización de los problemas relacionados al consumo de alcohol en este trabajo, se llevo a cabo tomando en cuenta las consideraciones realizadas por Medina-Mora (1993), donde informa de la utilidad de estudiar por una parte los problemas más relacionados con el consumo frecuente y la susceptibilidad al daño del individuo y los problemas sociales más relacionados con la intoxicación episódica y con las expectativas culturales. Asimismo refiere que la percepción de los problemas personales/cognitivos entre los que se cuenta la dificultad de control, tienden a estar influidas por las actitudes más permisivas o restrictivas del grupo social, en diversos momentos históricos, y en ocasiones siguen tendencias diferentes a los síntomas físicos como es el caso de la abstinencia y la tolerancia. Por esto, las normas sociales y los problemas tienden a relacionarse de manera importante, ya que los problemas se derivan de las prácticas de consumo, por lo que esperaría que el consumo excesivo o grado de intoxicación cause problemas al individuo; sin embargo, su manifestación también va a depender de otros factores que interactúan con la conducta. De esta forma, 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 transgreden las normas sociales, aumenta la probabilidad de que surjan problemas. Es necesario considerar también que los problemas dependen del entorno inmediato, relacionándose con la forma en que el consumo inmediato afecta a las otras personas, de tal manera que un problema dado, puede o no estar relacionado con un consumo excesivo o una conducta irresponsable. Por otro lado, los problemas sociales tienden a evidenciar 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 de ésta práctica. De esta forma, se ha sugerido investigar los problemas por separado, más que reportar únicamente medidas agregadas, como es el caso de los criterios diagnósticos de abuso y dependencia.

3.3.6 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Como parte de una línea de investigación desarrollada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, donde se plantea el estudio de los accidentes, violencia, traumatismos y problemas médicos agudos relacionados al consumo de alcohol, bajo un diseño de muestras repetidas que se ha indicado (Room, 1982), como una alternativa adecuada para el estudio de los problemas relacionados con el alcohol en países como el nuestro, se desprende el presente estudio donde se retomara parte de la información obtenida, enfocada a estudiar básicamente los problemas previos reportados y su asociación con el consumo de alcohol.

Por esta razón y dadas las características del estudio propuesto, y ya que no se manipulará, ni se tendrá control directo de las variables a estudiar, éste será de tipo transversal y retrospectivo -no experimental- (Reynaga, Aguilar, Najjar, Cano, Piña y García 1982; Pick y López, 1988), o de carácter ex-post-facto, bajo la perspectiva de Kerlinger (1979), con datos obtenidos por la aplicación de un cuestionario mediante entrevista.

3.3.7 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se tomó como población de estudio, a los pacientes de 15 años y más que solicitaron atención médica en los servicios de urgencias de ocho hospitales de la ciudad de México. Estos Hospitales: Xoco, Balbuena, La Villa, Ruben Leñero, (pertenecientes a los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal), Cruz Roja (beneficencia), López Mateos (ISSSTE), Lomas Verdes (IMSS) y ABC (privado), representan los principales tipos de Instituciones dentro del sector Salud y atienden urgencias médicas y traumáticas.

En primer lugar se obtuvo información de archivo en los hospitales incluidos en el estudio para estimar el número de ingresos que registraban regularmente y sus procedimientos de trabajo; para de esta forma, adecuar los recursos de investigación, el diseño de la muestra y la recolección de la información. Así mismo, se establecieron convenios de colaboración con cada una de las instituciones para trabajar en sus instalaciones y contar con el apoyo de su personal.

De acuerdo a las estimaciones previas obtenidas en cada uno de los hospitales y por el elevado número de ingresos que registraban regularmente, se hizo un muestreo aleatorio sistemático de uno de cada dos pacientes en Balbuena y Lomas Verdes; en los hospitales restantes se tomaron a todos los pacientes que ingresaron.

Cuadro B

ESTIMACIONES SOBRE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS			
HOSPITAL	POBLACIÓN ATENDIDA AL DÍA n	POBLACIÓN ATENDIDA A LA SEMANA N	CRITERIOS DE SELECCIÓN
XOCO	60	440-490	Todos los pacientes
LA VILLA	67	470-490	Todos los pacientes
BALBUENA	55/100	350-420/700-840	1 de cada 2
RUBEN LEÑERO	60	420-470	Todos los pacientes
CRUZ ROJA	50	350-400	Todos los pacientes
A B C	23	140-175	Todos los pacientes
LÓPEZ MATEOS	62	434-484	Todos los pacientes
LOMAS VERDES	58/115	406-456/805-855	1 de cada 2
		Lim. Inf. = 3010	
		Lim. Sup.= 3415	

3.3.8 PROCEDIMIENTO

Se trabajó en cada uno de los servicios de urgencias una semana completa, las 24 hrs. del día divididos en tres turnos, para completar de esta forma el trabajo de campo en 8 semanas. La muestra se integró con todos los pacientes de 15 años y más que ingresaron al servicio de urgencias.

Para la recolección de la información se conformo un equipo de trabajo interdisciplinario formado por Psicólogos, Médicos, Trabajadores Sociales, y de Enfermeras, quienes fueron capacitados y entrenados en el manejo de la metodología y los instrumentos, en la selección de la muestra y en la resolución de problemas prácticos de trabajo (anexo 2).

Cada turno fue cubierto con por lo menos cinco investigadores, vestidos de bata blanca y con un gafete de identificación, donde uno de ellos fungió como supervisor encargándose de organizar el trabajo de campo y de la coordinación con el personal médico y de trabajo social del servicio de urgencias, a fin de realizar el estudio sin interferir en las actividades de atención al paciente. Otro integrante del equipo de investigación, se encargó de llevar un registro con el número de orden de ingresos y tomó los datos básicos para poder identificar al paciente dentro del servicio, también observó que se cumplieran los requisitos metodológicos y aplicación de los instrumentos; posteriormente otro investigador, se presentó con el paciente y le explicó los propósitos del estudio, así como la importancia de su participación para el mismo, haciendo énfasis en la absoluta confidencialidad de los datos que proporcionara. Acto seguido, procedió a aplicarle el "Alcosensor III", siendo un dispositivo que permite estimar el nivel de alcohol en sangre y cuya validez y confiabilidad ya han sido reportadas (Gibb, Yee, Johnston, Martín y Novak, 1984), posteriormente, se aplicó mediante entrevista directa un cuestionario. La entrevista está estructurada para aplicarse en un lapso de entre 15 ó 20 minutos, y en el caso de no haber sido aplicada debido al estado físico del paciente o a otra circunstancia, ésta se realizó en cuanto las circunstancias lo permitieron.

La participación de los pacientes fue absolutamente voluntaria y cualquier tentativa de rechazo fue respetada. Se excluyeron del estudio a pacientes que presentaron trastornos psiquiátricos severos y a los subsecuentes.

3.3.9 SUBMUESTRA DE ESTUDIO

De esta muestra se tomaron a todas aquellas personas que reportaron consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses. Para constituir de esta forma a la submuestra de pacientes en estudio.

Esta submuestra fue derivada y caracterizada por la utilización de algunas secciones del cuestionario, teniendo como premisa fundamental el autoreporte de consumo habitual de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses. Los datos a analizar son tomados de la información obtenida por la aplicación del cuestionario "Estudio Servicios de Urgencias IMP". También se incluyen parte de los datos obtenidos en la aplicación del alcosensor.

3.3.10 INSTRUMENTOS

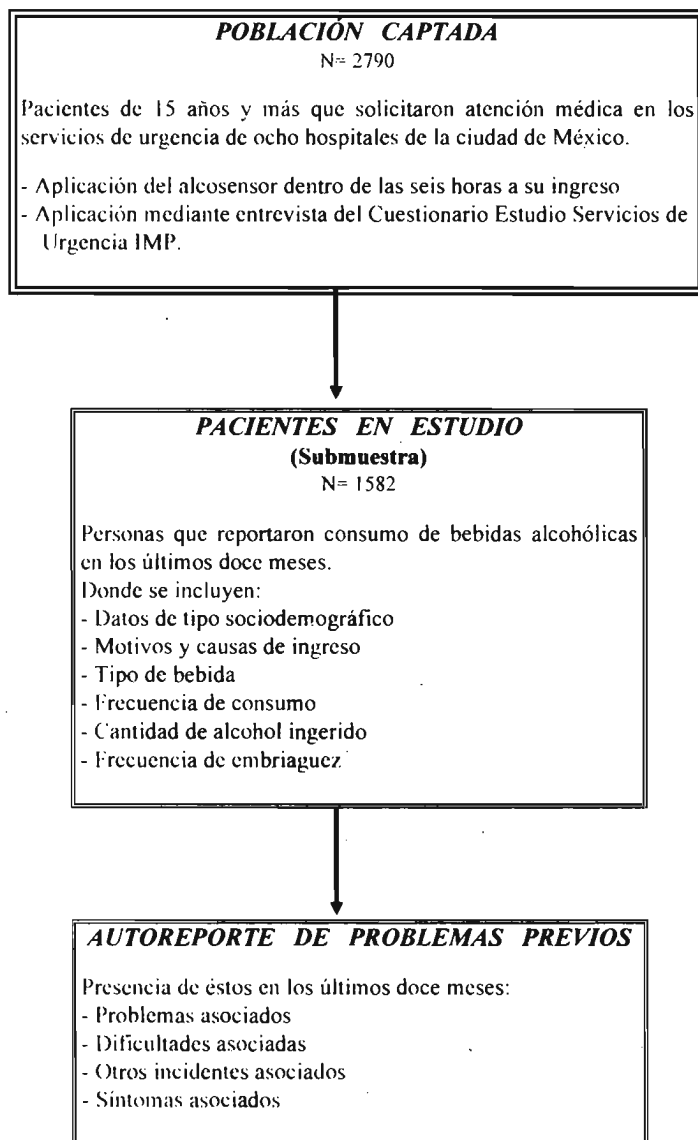
Si bien, en el proyecto de investigación se utiliza el "Alcosensor III" (anexo 1) y el Cuestionario "Servicios de Urgencias IMP" (anexo 3). En esta parte se reporta básicamente la información que se desprende de la aplicación del cuestionario. A continuación se describe la estructura del mismo. La entrevista empleada en nuestro estudio fue utilizada inicialmente en California, E.U. por Cherpitel (1989), de la cual se hizo su traducción y adaptación para poder ser utilizada en nuestro país.

El instrumento es estructurado, se aplicó mediante entrevista e indaga las siguientes áreas:

- Identificación de la persona que se va a entrevistar; hora y fecha de ingreso, la situación del paciente y el registro de contactos que se han tenido con el mismo. En la siguiente hoja se da una breve introducción y se anotan los datos del alcosensor.
- Naturaleza y causa de la lesión o padecimiento: Indaga el tipo de problema por el cual el sujeto llega al servicio de urgencias, y las circunstancias que rodearon al evento por el que está ahí. En esta parte se distingue si es un traumatismo o bien un problema médico, ya que existen secciones que se aplican a unos u otros, o a ambos tipos de problemas.
- Sección de Accidentados/ Lesionados / Intoxicados : Para identificar las circunstancias en que ocurrió el evento y el consumo de cualquier bebida alcohólica o droga en las seis horas antes que ocurriera el accidente.
- Preguntas adicionales IMP: Esta parte se aplica a los accidentados, aquí se explora sobre el impacto del evento en otras personas o bienes, y el papel del alcohol.

- Sección de Problemas Médicos: Preguntas sobre el consumo de bebidas alcohólicas, identificando el tiempo en que se ingirieron estas.
- Patrones de Consumo de Alcohol: Se obtiene información sobre los patrones de consumo del sujeto en los últimos 12 meses, y se aplica tanto a accidentados como a problemas médicos. Se investiga la frecuencia, cantidad, tipo de bebida y embriaguez.
- Problemas Previos Asociados a la ingesta: Aquí se investiga si ha tenido problemas en los últimos 12 meses en las siguientes áreas:
 - Relaciones Personales
 - Trabajo
 - Policía u otras autoridades
 - Salud Física
 - Trastornos Psicológicos
 - Accidentes previos con o sin lesiones
 - Síntomas asociados al consumo de alcohol
 - Ayuda o búsqueda de ayuda por la manera de beber
- Consumo de alcohol hace más de 12 meses: Esta parte es una versión abreviada de preguntas sobre el impacto de beber, pero solo para aquellas personas que reportaron no haber bebido en los últimos 12 meses, aunque sí hubieran consumido alcohol alguna vez anterior en su vida.
- Datos de tipo Sociodemográfico: Aquí se registra la edad, sexo, estado civil, escolaridad, lugar de residencia e ingresos que percibe el sujeto.
- Observaciones del entrevistador: Son las observaciones hechas por el entrevistador y fueron registradas después de terminar la entrevista con el sujeto.

DISEÑO ESQUEMÁTICO DE INVESTIGACIÓN



3.3.11 PRUEBAS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Con el propósito de analizar los datos obtenidos, se utilizaron tratamientos estadísticos paramétricos y no paramétricos; donde se incluyen: pruebas de significancia estadística, correlaciones, análisis de varianza y de regresión.

En un primer nivel, se procedió a realizar descripciones y posteriormente se sometió la información a procedimientos analíticos. De esta manera, se describen en forma de frecuencias y porcentajes las principales características del universo de estudio y de la submuestra de pacientes que se incluyeron en este trabajo; donde, se consideran las principales variables sociodemográficas: sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación e ingreso.

A fin de probar las hipótesis, se trabajó con variables continuas y variables discretas. Así, la cantidad de alcohol consumido y el número de problemas presentados se manejaron como variables continuas. Las variables discretas fueron los tipos de bebidas ingeridas y los problemas reportados asociados al consumo de alcohol en los últimos 12 meses. Para estructurar el patrón de consumo se crearon cuatro grupos considerando la frecuencia y cantidad de alcohol reportada por ocasión de consumo en el último año. Esta información a su vez se relacionó con los tipos de problemas reportados.

A continuación se describe de manera detallada el proceso de análisis de la información:

- En primer lugar se obtuvieron frecuencias y porcentajes de todas y cada una de las variables.
- Se realizaron cruces de variables.
- Se sometió a análisis de varianza la cantidad de alcohol ingerido y los tipos de problemas reportados.

Por otro lado, se estudiaron específicamente las siguientes relaciones:

- Patrón de consumo por tipo de problema (χ^2)
- Cantidad en ml. de alcohol por tipo de problema (Prueba T)
- Tipo de bebida (dicotómica) por tipo de problema (χ^2)
- Cantidad de consumo (por ocasión) por número de problemas (correlación de Pearson)
- Con el propósito de determinar o establecer factores de riesgo en cuanto a los motivos de atención, se realizaron análisis Odds Ratio o productos cruzados.
- Finalmente los análisis de regresión múltiple, nos permitieron determinar a las variables predictoras de los problemas estudiados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

4.1.1 PONDERACIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

En primer lugar, y a fin de analizar los datos obtenidos en la población de estudio, se procedió a realizar la ponderación de la misma; ya que en los hospitales Balbuena y Lomas Verdes, se hizo la selección de los pacientes mediante un muestreo aleatorio sistemático, mediante el cual se incluyó en el estudio a uno de cada dos pacientes. En los seis hospitales restantes se incluyó a todos los sujetos que ingresaron a dichos servicios de urgencia. De esta forma, se les asignó el peso que les correspondía de acuerdo al proceso de selección, como se muestra en el primer cuadro.

Cuadro I

PONDERACIÓN DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

HOSPITAL	Población Natural	Hospitales con Muestreo aleatorio n(2)	Población Ponderada Factor de ponderación $w_i \times 2790/3371$ n(.8276)
Xoco	484 (17%)	484	401 (14%)
La Villa	453 (16%)	453	375 (13%)
Balbuena	259 (9%)	259(2)= 518	429 (15%)
Ruben Leñero	398 (14%)	398	329 (12%)
Cruz Roja	365 (13%)	365	302 (11%)
A B C	90 (3%)	90	74 (3%)
López Mateos	419 (15%)	419	347 (12%)
Lomas Verdes	322 (12%)	322(2)= 644	533 (19%)
Total	2790	3371	2790

4.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

La población de estudio quedó integrada por pacientes de 15 años y más que acudieron a solicitar atención médica a los servicios de urgencias de ocho hospitales ubicados en la Ciudad de México.

Se registró un total de 2790 pacientes (cuadro 2), de los cuales el 66% fueron del sexo masculino y el 34% del femenino. Por edad se observó que destacaron los jóvenes, ya que los intervalos de 15 a 24 y 25 a 34 años obtuvieron los porcentajes más elevados (39% y 27% respectivamente); de estos un 66% se ubicó entre los 15 y 34 años de edad. En estado civil, sobresale la categoría casado/unión libre (45%), seguido por los solteros (37%). Por lo que respecta a la escolaridad el 34% informó haber cursado la primaria, y un 23% la secundaria; de tal forma se observa, que el 57% había cursado estos niveles escolares.

En ocupación, el 44% reportó ser obrero calificado/no calificado, y el 16% empleado. En ingreso económico, el 33% informó ganar el salario mínimo, seguido de aquellos que obtienen menos del sueldo mínimo (21%); siendo éstos poco más de la mitad de los sujetos estudiados (54%).

Otra característica, fue que la mayor parte (86%) tenía como lugar de residencia el Distrito Federal y el área metropolitana de la ciudad de México. De acuerdo al día de la semana, se encontró que los domingos (18%), los sábados (16%), y los lunes (15%), se registró el mayor número de ingresos; siendo entre las 15:00 y las 22:59 hrs. cuando se captó a la mayor parte (43%) de los sujetos en estos servicios de urgencias.

De acuerdo al motivo de ingreso (cuadro 3) sobresalieron los traumatismos (78%), en relación a los problemas médicos (22%).

En los traumatismos destacaron por orden de importancia: las contusiones (42%), las cortadas, raspaduras y heridas punzocortantes con un 26%, así como las fracturas y dislocaciones (18%). Como causa del traumatismo destacan las caídas (a nivel de piso, de vehículo en movimiento y de altura), las riñas callejeras y familiares; así como las lesiones accidentales (no incluye caída), en el trabajo, en la calle o en la escuela con un 22%, 13% y 12% respectivamente.

Por lo que toca a los principales problemas médicos reportados, sobresalen los síntomas no específicos (38%), y los problemas del aparato digestivo (17%).

Al analizar el autoreporte de consumo de alcohol (cuadro 4) se excluyeron a 267 pacientes a quienes no pudo aplicárseles la entrevista. De tal forma, tenemos que el 21% informó haber ingerido alcohol dentro de las seis horas previas a que se presentara el problema o dificultad por la cual habían acudido a los servicios de urgencias; un 51% reportó no haber tomado alcohol en las seis horas previas al suceso, aunque lo hubiesen ingerido en alguna otra ocasión. El 26% informó ser abstemio; esto es, que nunca en su vida han ingerido alcohol.

Cuadro 2

DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

POBLACIÓN TOTAL		N= 2790*	100%
Sexo	Masculino	1852	.66
	Femenino	938	34
Edad	15 - 24	1097	39
	25 - 34	766	27
	35 - 44	388	14
	45 - 54	263	9
	55 y más	278	10
Estado civil	Casado/ unión libre	1253	45
	Soltero	1035	37
	Viudo	110	4
	Separado/divorciado	92	3
	No se incluyeron	267	9
	No contestó	32	1
Escolaridad	Sin escolaridad	148	5
	Primaria	938	34
	Secundaria	634	23
	Preparatoria	440	16
	Universidad/posgrado	325	12
	No se incluyeron	268	9
	No contestó	36	1
Ocupación	Profesionista/maestro/empresario	180	6
	Empleado	443	16
	Obrero calificado/no calificado	1233	44
	Subempleado/artesano/campesino	117	4
	Estudiante	172	6
	Ama de casa	278	10
	Desempleado	49	2
	No contestó	50	2
	No se incluyeron	267	9
Ingreso mensual	Menos del salario mínimo	598	21
	Un salario mínimo	934	33
	Dos veces el salario mínimo	394	14
	Tres a cuatro veces el salario mínimo	215	8
	Cinco o más veces el salario mínimo	80	3
	No se incluyeron	300	11
	Se negó a contestar	269	10

* existen ligeras variaciones en la N total debido al factor de ponderación 2790/3375.

Cuadro 3

MOTIVOS DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Motivos de ingreso	N	%
Traumatismos	2174	78
Problemas médicos agudos	616	22
Total	2790	100

4.1.3 ESTIMACIÓN DE LOS NIVELES DE ALCOHOL EN SANGRE

Con la finalidad de establecer el consumo de alcohol previo a la ocurrencia del evento, se aplicó el alcosenor III (cuadro 4), que mediante una prueba de aliento se puede obtener los miligramos de alcohol en sangre; esta prueba fue tomada dentro de las seis horas al momento del ingreso. El dispositivo fue aplicado al 90% de la muestra total (n= 2511), de los cuales el 17% (n= 425) resultaron con niveles positivos (<.010 mg/100 ml).

Cuadro 4

LECTURAS DEL ALCOSENSOR DENTRO DE LAS PRIMERAS SEIS HORAS DESPUÉS DE HABER LLEGADO AL SERVICIO DE URGENCIAS

N= 2511*

Lecturas del alcosenor**	N	%
Negativas (.000-.009)	2086	83
Positivas (.010-.384)	425	17
Total	2511	100

* Se excluyeron 280 (10%) pacientes a quien no se les pudo aplicar el dispositivo

** Indica miligramos de alcohol por mililitros de sangre

4.1.4 MOTIVOS DE NO APLICACIÓN AL ALCOSENSOR

Para el alcosenor (cuadro 5), se observó que los principales motivos de rechazos fueron el haberse retirado sin ser vistos (27.5%), el rehusar su aplicación (18.5%), y en similar proporción por haber transcurrido más de seis horas (16.7%) y por su delicado estado físico (16.4%). Cabe destacar que solo en el 10% (n= 280) de la muestra total no fue posible obtener esta estimación,

Cuadro 5

MOTIVOS DE NO APLICACIÓN AL ALCOSENSOR

Causas de no aplicación	N	%
Se retiraron sin ser vistos	77	27.5
Rehusaron su aplicación	52	18.5
Transcurrieron más de seis horas	47	16.7
No se aplicó por su estado físico	46	16.4
Se retiraron sin se dados de alta	21	7.5
Fueron transferidos	17	6.0
Fallecieron	17	6.0
Impidieron su aplicación	3	1.0
Total rechazos al alcosenor	280	100

La equivalencia entre el punto de corte de las lecturas obtenidas a través de alcosenor y la cantidad de consumo en copas, se muestra en el siguiente cuadro; donde se puede observar que para las lecturas negativas (.000-.009) se estima un consumo de entre una y cuatro copas. Para las lecturas positivas (<.010), se estimó un consumo igual o mayor a las cinco copas. Asimismo, se describen los efectos de acuerdo a diferentes lecturas y su equivalencia aproximada en copas.

EQUIVALENCIA ENTRE LOS NIVELES DE ALCOHOL EN SANGRE Y SU CORRESPONDENCIA APROXIMADA EN COPAS

	Niveles de Alcohol en Sangre (BAC, Blood Alcohol Concentration)*				
	Porcentaje en miligramos de alcohol en 100 mililitros de sangre				
	0.01	0.04	0.06	0.08	0.10
Fisher et al (1987) Equivalencia en copas	1	2	3	4	5
	- Número de bebidas ingeridas en el lapso de una hora: Una bebida representa un tamaño medio que contiene aproximadamente 13.6 gr. de alcohol; 12 onzas de cerveza, 4 onzas de vino, o una onza de destilados. - Estas estimaciones corresponden a un hombre de 68 Kg. y pueden variar de acuerdo al género, edad, rapidez de consumo, fatiga y otros factores.				
Clayton (1980) Equivalencia en copas					5-6
	- Número de bebidas consumidas en un periodo de dos horas antes de manejar - Esta estimación corresponde a un hombre de 70 kg., aunque pueden existir notables diferencias				
Efectos de acuerdo al nivel de alcohol en sangre (Moskowitz y Burns., 1990; Damkout et al., 1975)	0.02 Con este nivel se afecta la habilidad de conducir, reduciendo el tiempo de reacción, retarda los procesos de decisión.				
	0.08 Afecta la habilidad para conducir, Presenta deslumbramiento, altera el ajuste de los complejos visuales, Presenta dificultad para estacionarse, conducción a bajas velocidades, Dificultad para conducir y frenar. - Se ha descrito que el consumo de alcohol en general afecta las habilidades perceptuales, cognitivas y motoras.				
* La concentración de alcohol en sangre es usada como una estimación del nivel de intoxicación. En muchos lugares de E.U. una persona con BAC de 0.10 es considerada como demasiado intoxicada para conducir algún vehículo, aunque existe gran variabilidad en los niveles de BAC permitidos: 0.08, 0.05, 0.02.					

4.1.5 AUTOREPORTE DE CONSUMO EN LAS SEIS HORAS PREVIAS

Para poder establecer el consumo de alcohol previo a la ocurrencia del evento, se utilizó la cédula de entrevista, en donde se pidió a los pacientes que reportaran el consumo de cualquier tipo de bebida alcohólica en las seis horas previas a su ingreso al servicio de urgencias (cuadro 6). De esta forma obtuvimos información del 90.4% (n= 2523) de los pacientes; de los cuales el 21% reportó haber consumido algún tipo de bebida alcohólica antes de que se presentara el problema médico o traumático. El 51% no reportó su consumo en este lapso de tiempo. Asimismo, sobresale el hecho de que un 26% informara ser abstemio, o sea, nunca haber ingerido bebidas alcohólicas; solo el 1% rehusó dar información al respecto.

Cuadro 6

**DESCRIPCIÓN DEL AUTOREPORTE DE CONSUMO DE ALCOHOL EN
LAS SEIS HORAS PREVIAS AL EVENTO
(N= 2523)***

Autoreporte de consumo de alcohol	N	%
Reportaron haber consumido alcohol durante las seis horas anteriores a la ocurrencia del problema	540	21
Reportaron no haber consumido alcohol durante las seis horas previas a la ocurrencia del evento, aunque informaron haber ingerido alcohol alguna vez	1290	51
Abstemios	658	26
No contestaron	35	1
T o t a l	2523	100

* Se excluyeron 267 (9.5%) pacientes a los que no se les pudo aplicar entrevista

4.1.6 MOTIVOS DE NO APLICACIÓN A LA ENTREVISTA.

En cuanto a los principales motivos por los cuales no se pudo aplicar la entrevista, tenemos que al 3.3% fue por haberse retirado sin ser vistos, y al 2.0% por su estado físico delicado; sobresale el hecho de que solo al 9.5% (n= 267) de los pacientes no fuera posible aplicarles la entrevista (cuadro 7).

Cuadro 7

MOTIVOS DE NO APLICACIÓN A LA ENTREVISTA

Causas de no aplicación	N	%
Se retiraron sin ser vistos	93	3.3
No se aplicó por su estado físico	58	2.0
Fueron transferidos	31	1.1
Se rehusaron a contestar	31	1.1
Fallecieron	22	0.7
Se retiraron sin ser dados de alta	22	0.7
Impidieron que se aplicara	5	0.1
Custodia policiaca	5	0.1
Total rechazos a la entrevista	267	9.5

4.2 SELECCIÓN DE LA SUBMUESTRA

La selección de la submuestra (cuadro 8), se realizó tomando a todos los sujetos que informaron haber ingerido alcohol en el último año.

De esta forma, encontramos que 1582 pacientes (63%) reportaron haberlo consumido dentro de los doce meses anteriores a la aplicación de la entrevista, por lo que fueron incluidos en el presente trabajo. Los demás pacientes se distribuyeron de la siguiente manera: un 9% dijo no haberlo ingerido en dicho último año, aunque pudo haber bebido alcohol en alguna ocasión anterior en su vida. El 26% reportó ser abstemio durante toda la vida -nunca haber ingerido alcohol-; solo un 2% rehusó dar información al respecto.

Cuadro 8

SELECCIÓN DE LA SUBMUESTRA DE ACUERDO AL REPORTE DE INGESTIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Reporte de consumo de alcohol		N	%
<u>Submuestra de estudio</u>	Consumo en los últimos doce meses	1582	63
<u>Pacientes excluidos</u>	No ingirió en el último año, pero si alguna vez anterior	226	9
	Abstemios, nunca en su vida han ingerido alcohol	658	26
	No dio información	57	2
Subtotal		941	37
Total		2523	100

4.2.1 DESCRIPCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA SUBMUESTRA DE ESTUDIO

La submuestra de estudio quedó finalmente integrada por 1582 pacientes (cuadro 9), los cuales informaron haber bebido alcohol en los doce meses previos a la aplicación de la entrevista. Esto corresponde al 63% de la población captada, y a su vez representa a más de la mitad de la submuestra en estudio.

En relación a sus principales características sociodemográficas, tenemos que de acuerdo al género destacan los pacientes del sexo masculino (80%) en relación al femenino (20%). Por edad sobresalen los intervalos de 15 a 24 (40%), y de 25 a 34 años (31%) respectivamente. Así tenemos que en el intervalo de 15 a 34 años se agrupa el 71% de la submuestra. En cuanto al estado civil un 51% reportó estar casado o en unión libre; lo cual representa poco más de la mitad de los pacientes, seguido por los solteros (42%). En escolaridad un 37% cursó el nivel primaria y el 25% la secundaria. Por ocupación, poco más de la mitad (55%) informó ser obrero calificado/no calificado, y un 20% empleado, entre los principales. Por otro lado, un 39% informó obtener un salario mínimo, seguido por aquellos que ganan menos del salario mínimo (22%), que en conjunto indican que el 61% obtiene de uno a menos del salario mínimo; siendo éstos, más de la mitad de la submuestra.

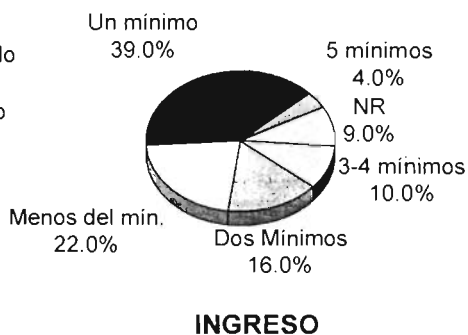
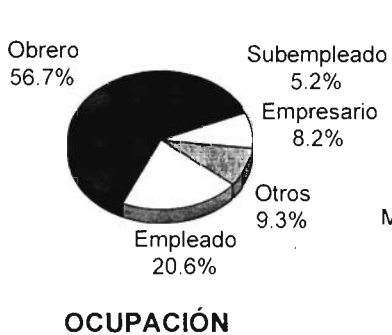
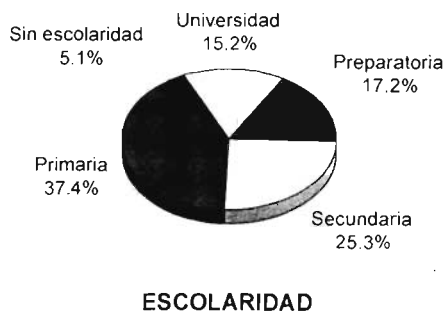
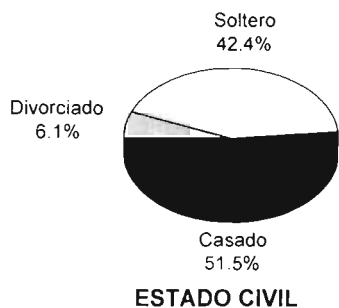
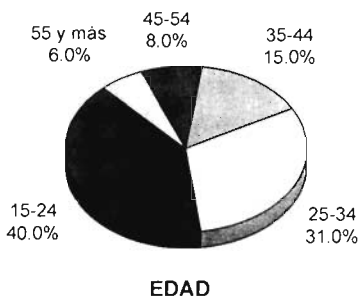
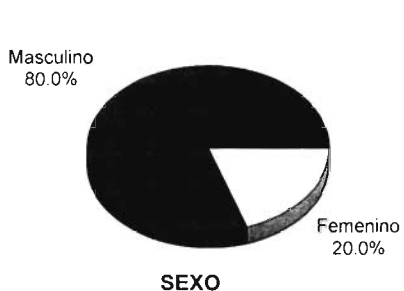
Cuadro 9

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA SUBMUESTRA

	SUBMUESTRA DE ESTUDIO	N= 1582	100%
Sexo	Masculino	1258	80
	Femenino	324	20
Edad	15 - 24	636	40
	25 - 34	487	31
	35 - 44	235	15
	45 - 54	127	8
	55 y más	97	6
Estado civil	Casado/ unión libre	813	51
	Soltero	665	42
	Separado/divorciado	59	4
	Viudo	39	2
	No respuesta	7	.4
Escolaridad	Sin escolaridad	78	5
	Primaria	589	37
	Secundaria	396	25
	Preparatoria	277	17
	Universidad/posgrado	236	15
	No contestó	7	.4
Ocupación	Profesionista/maestro/empresario	127	8
	Empleado	310	20
	Obrero calificado/no calificado	874	55
	Subempleado/artesano/campesino	76	5
	Estudiante	55	3
	Ama de casa	65	4
	Desempleado	30	2
	No contestó	45	3
Ingreso mensual	Menos del salario mínimo	343	22
	Un salario mínimo	611	39
	Dos veces el salario mínimo	261	16
	Tres a cuatro veces el salario mínimo	154	10
	Cinco o más veces el salario mínimo	62	4
	Se negó a contestar	151	9

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

GRÁFICAS CUADRO 9



La captación de la submuestra y su distribución de acuerdo al hospital se presenta en el cuadro 10; donde se observa que en el hospital de Lomas Verdes se captó al 19% de los pacientes estudiados, seguido por el hospital de Balbuena (18%), y el de Xoco (15%). La menor proporción de ingresos se obtuvo en el hospital privado ABC, sólo el 3%.

Cuadro 10

DISTRIBUCIÓN DE LA SUBMUESTRA ESTUDIADA POR HOSPITAL

HOSPITAL	N= 1582	
	n	%
Xoco ⁽¹⁾	231	15
La Villa ⁽¹⁾	190	12
Balbuena ⁽¹⁾	291*	18
Ruben Leñero ⁽¹⁾	194	12
Cruz Roja ⁽²⁾	178	11
A B C ⁽³⁾	40	3
López Mateos ⁽⁴⁾	160	10
Lomas Verdes ⁽⁵⁾	298*	19

(1) Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal (SMDDF)

(2) Beneficencia

(3) Privado

(4) Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

(5) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

* Se incluyó aleatoriamente a uno de cada dos pacientes

En cuanto a la captación por turno y día de la semana (cuadro 11), se observó que en el segundo turno se registró al 41% de los pacientes; y que los días domingo (18%) y lunes (15%) ingreso a dichos servicios la mayor proporción de pacientes.

Cuadro 11

CAPTACIÓN POR TURNO Y DÍA DE LA SEMANA

Submuestra			N= 1582	
			n	%
TURNO	Primero, Matutino	08:00-14:59	559	35
	Segundo, Vespertino	15:00-22:59	650	41
	Tercero, Nocturno	23:00-07:59	373	24
DÍA	Lunes		242	15
	Martes		219	14
	Miércoles		190	12
	Jueves		228	14
	Viernes		204	13
	Sábado		216	14
	Domingo		282	18

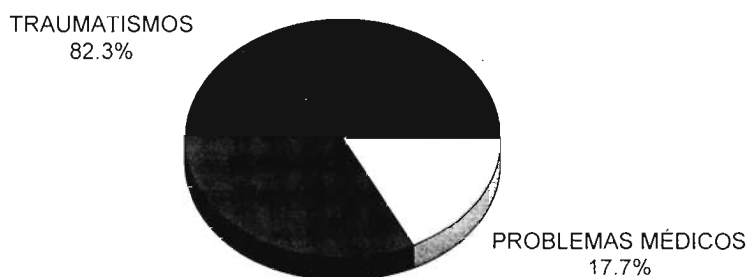
Por lo que respecta a los motivos de ingreso a los servicios, tenemos que el 82.4% acudió por haber sufrido un traumatismo, y el 17.6% por haber presentado algún problema médico (cuadro 12).

Cuadro 12

MOTIVOS DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS		
	n	%
Traumatismos	1304	82.4
Problemas médicos	280	17.6
Total	1582	100

MOTIVOS DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

GRÁFICA CUADRO 12



De los principales tipos de traumatismo (cuadro 13), encontramos a las contusiones (44%), a las cortaduras, raspaduras y heridas punzo-cortantes (31%), y a las fracturas-dislocaciones (18%). En los problemas médicos, destacan por orden de importancia los síntomas de naturaleza no específica (45%), los problemas digestivos (18%), los problemas músculo-esqueléticos (11%), y los padecimientos gastroenterológicos (11%), como se muestra en el cuadro 14.

Cuadro 13

MOTIVOS DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

(N= 1582)

TRAUMATISMOS	n= 1304 (82.4%)	
	n	%
Contusiones	573	44
Cortadas, raspaduras y heridas punzo-cortantes	404	31
Fracturas/ dislocaciones	241	18
Torceduras, tirones	88	7
Heridas en la cabeza	79	6
Herida por proyectil de arma de fuego	65	5
Herida corto contundente por aplastamiento	37	3
Intoxicación alcohólica	23	2
Intoxicación por otras sustancias	22	2
Incrustación de cuerpos extraños en cualquier parte del cuerpo	26	2
Otros motivos: Sin lesión aparente	27	2
Lesiones internas	19	1
Intoxicación por drogas	13	.9
Quemaduras	13	.9
Herida por mordedura de animal	6	.4
Herida por picadura de insecto	3	.2

Cuadro 14

MOTIVOS DE INGRESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

(N= 1582)

PROBLEMAS MEDICOS	n= 280 (17.6%)	
	n	%
Síntomas no específicos	127	45
Problemas digestivos	51	18
Problemas músculo-esqueléticos	31	11
Padecimientos gastroenterológicos posiblemente asociados al alcohol	31	11
Problemas cardiovasculares	22	8
Problemas respiratorios	22	8
Problemas genito-urinarios y del aparato reproductor	16	6
Síntomas asociados con el síndrome de abstinencia al alcohol	12	4
Problemas de los órganos de los sentidos	9	3
Problemas del sistema nervioso y padecimientos psiquiátricos	6	2
Problemas dermatológicos y alérgicos	7	2
Problemas endocrinológicos	5	2
Problemas infecciosos	4	1

Las causas de traumatismo se presentan de manera desglosada en el cuadro 15, donde se pueden observar 17 causas, y destacan de manera general los asaltos (16%) y las riñas, los cuales obtienen los porcentajes mas elevados, seguido por las lesiones accidentales en el trabajo, calle o escuela (14%), y por las caídas a nivel de piso (12%).

Cuadro 15

CAUSA DE TRAUMATISMO	N= 1304	
	n	%
Asalto	206	16
Riña	203	16
Lesión accidental en trabajo, escuela o calle	187	14
Caída a nivel de piso	157	12
Accidente en auto	106	8
Caída de altura	74	6
Atropellado por vehículo	73	6
Lesión deportiva	83	6
Lesión accidental en casa	80	6
Caída de vehículo en movimiento	43	3
Examen psicofísico	26	2
Ingestión de bebidas alcohólicas	16	1
Ingestión o inhalación accidental de otras sustancias	15	1
Tentativa de suicidio	11	.8
Mordedura o picadura de insecto o animal	9	.6
Violación	3	.2
Ingestión de drogas	2	.1
No recordó	10	.7

Con la finalidad de poder analizar esta información, procedimos a reclasificarlas, quedando agrupadas estas causas en ocho categorías (cuadro 16). De acuerdo al orden de importancia, sobresalen las lesiones accidentales (26.8%), las caídas: altura, nivel de piso (21.0%), y en similar proporción los asaltos y las riñas (15.0%).

Cuadro 16

Reclasificación de las causas de Traumatismo	n	%
Asalto	206	15.7
Riña	203	15.5
Lesiones Accidentales	350	26.8
Caídas	274	21.0
Accidente automovilístico	179	13.7
Ingestión Alcohol/Drogas	18	1.3
Examen Psicofísico	26	1.9
Otros	48	3.6
Total	1304	100

De acuerdo a las causas de traumatismo y en una segunda etapa, procedimos a reclasificarlas, considerando en su ocurrencia que fueran intencionalmente infringidas (presencia de violencia), o accidentales (ausencia de violencia), de acuerdo a la percepción de los pacientes (cuadro 17). Así encontramos que el 32.4% sucedió como consecuencia de un hecho violento, donde predominaron los asaltos y las riñas; en las causas no violentas (62.3%) destacan las lesiones accidentales en el trabajo, las caídas a nivel de piso y los accidentes en auto. La tercera categoría de otros eventos quedó excluida de las causas consideradas aquí, ya que no hacen referencia a la presencia/ausencia de violencia.

Cuadro 17

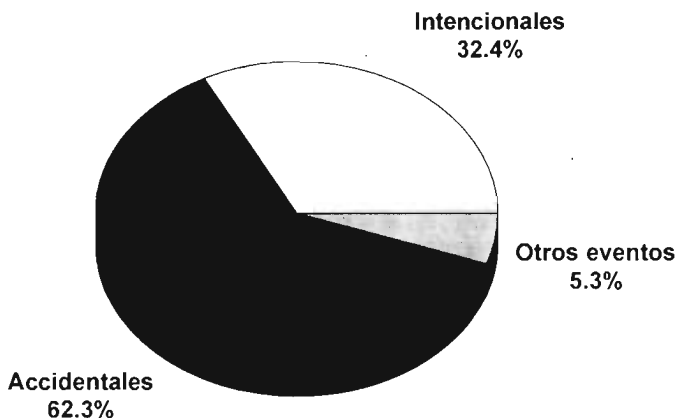
**CLASIFICACIÓN DE LA CAUSA DE TRAUMATISMO
EN INTENCIONALES Y ACCIDENTALES**

TRAUMATISMOS	CAUSA	n	%
INTENCIONALES:	Asalto	206	50.0
	Riña - riña familiar	203	49.2
	Tentativa de suicidio	11	1.3
	Violación	3	.7
	Subtotal	423	32.4
ACCIDENTALES:	Caída nivel piso	157	19.0
	Caída vehículo	43	5.2
	Caída altura	74	8.9
	Atropellado	73	8.8
	Accidente auto	106	12.8
	Picadura mordedura animal	9	1.0
	Lesión deportiva	83	10.0
	Lesión accidental	80	9.7
	Lesión accidental trabajo	187	22.7
	Subtotal	812	62.3
OTROS EVENTOS:	Examen psicofísico*	26	37.6
	Ingesta de Alcohol	16	23.1
	Consumo de droga	2	2.8
	Consumo accidental de otras sustancias	15	21.7
	No recuerda	10	14.4
	Subtotal	69	5.3
Total	1304	100	

* Se refiere a la determinación por parte de los servicios médicos de la presencia o ausencia de alcohol en las personas que son conducidas por las autoridades a los servicios de urgencia. La valoración se lleva a cabo por métodos cualitativos: prueba de aliento y coordinación motora.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRAUMATISMOS INTECIONALES Y ACCIDENTALES

GRÁFICA CUADRO 17



La estimación del consumo de alcohol se realizó utilizando dos procedimientos: el primero consistió en aplicar el alcosensor para obtener una lectura que indicaba la presencia/ausencia de alcohol a través del aliento. El segundo se obtuvo por medio del autoreporte, donde se informaba si se había ingerido alcohol en las seis horas previas a la ocurrencia del evento (cuadro 18).

De esta forma, encontramos que el 24.2% de la submuestra total obtuvo una lectura positiva de alcohol en sangre; esto es, igual o mayor a 10mg/100ml. En relación a lo informado por los pacientes, tenemos que el 32.6% reportó haber ingerido bebidas alcohólicas previamente al evento.

Cuadro 18

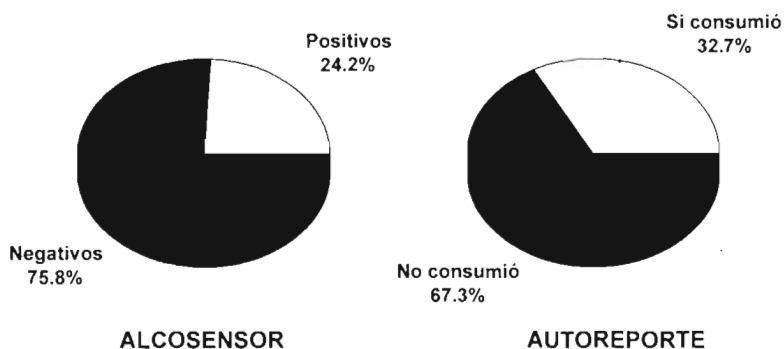
DISTRIBUCIÓN POR LECTURA DE ALCOSENSOR Y AUTOREPORTE DE CONSUMO

N= 1582

SUBMUESTRA TOTAL	LECTURA ALCOSENSOR N= 1540		AUTOREPORTE DE CONSUMO N= 1573	
	POSITIVA .010 - .098	NEGATIVA .000 - .009	SI REPORTÓ CONSUMO	NO REPORTÓ CONSUMO
n	372	1168	514	1059
%	24.2	75.8	32.7	67.3
	Se excluyeron 42 pacientes		Se excluyeron 9 pacientes	

DISTRIBUCIÓN POR LECTURA DE ALCOSENSOR Y AUTOREPORTE DE CONSUMO EN EL EVENTO

GRÁFICA CUADRO 18



La relación entre las causas de traumatismo, la lectura del alcosenor y el autoreporte de consumo en las seis horas previas a la ocurrencia del evento se muestra en el cuadro 19; donde de antemano se esperaba que las categorías ingestión de alcohol/drogas, y examen psicofísico obtuvieran los porcentajes más elevados, ya que la ingestión de bebidas alcohólicas estaba implícita en estos eventos. Es también importante destacar que el autoreporte mostró porcentajes más elevados en comparación con la lectura del alcosenor en todas las causas, a pesar de esta situación, sobresalen en ambas estimaciones los asaltos y las riñas; asimismo, se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre las causas de traumatismo, tanto en la lectura del alcosenor como en el autoreporte de consumo ($P < .001$).

Cuadro 19

CAUSA DE TRAUMATISMO	Lectura Positiva Alcosensor	Autoreporte Si consumió
ASALTO	84	127
%	43.2	61.9
RIÑA - RIÑA FAMILIAR	95	122
%	47.7	60.4
LESIONES ACCIDENTALES	32	45
%	9.3	12.8
CAÍDAS	56	78
%	20.9	28.4
ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO	50	52
%	30.0	29.3
INGESTIÓN ALCOHOL O DROGAS	13	14
%	76.2	89.5
EXAMEN PSICOFÍSICO	14	15
%	54.8	62.1
OTROS EVENTOS	9	15
%	19.6	31.6
TOTAL	355	468
%	28.0	36.1
Se excluyeron 39 sujetos	$X^2= 158.48$ Gl= 7 P< .001	$X^2= 230.33$ Gl= 7 P< .001

Al comparar los dos procedimientos utilizados (cuadro 20) para evaluar el papel que jugó el consumo de alcohol en la ocurrencia de los traumatismos y los problemas médicos, encontramos una mayor proporción de lecturas positivas y de reporte de consumo de alcohol (26.9% y 35.1%) en los traumatismos, que en los problemas médicos (6.2% y 16.5%). También destaca el hecho de que los traumatismos intencionales (45.1% y 60.9%) sobrepasaron a los accidentales (17.6% y 21.7%), en las lecturas positivas y el reporte de consumo de alcohol.

Cuadro 20

**LECTURA ALCOSENSOR Y REPORTE DE CONSUMO EN LAS SEIS HORAS
PREVIAS A LA OCURRENCIA DEL EVENTO**

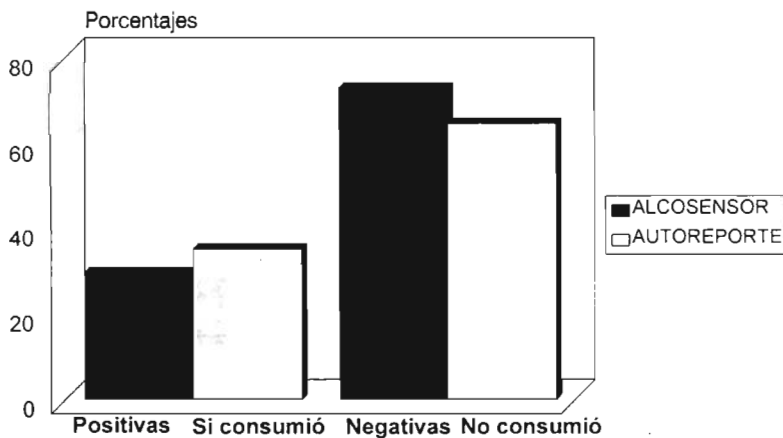
	TOTAL ¹ N= 1515	Lectura Alcosensor ² N= 1201		Autoreporte de consumo ² N= 1230	
		Positiva	Negativa	Si consumió	No consumió
Intencionales	423	185	224	257	165
%	34.2	45.1	54.9	60.9	39.1
Accidentales	812	139	653	175	633
%	65.8	17.6	82.4	21.7	78.3
TOTAL					
Traumatismos	1235	324	877	432	798
%	81.5	26.9	73.1	35.1	64.9
Prob. Médicos	280	17	256	46	232
%	18.4	6.2	93.7	16.5	83.4

¹ Porcentaje obtenido por columna

² Porcentaje obtenido renglón

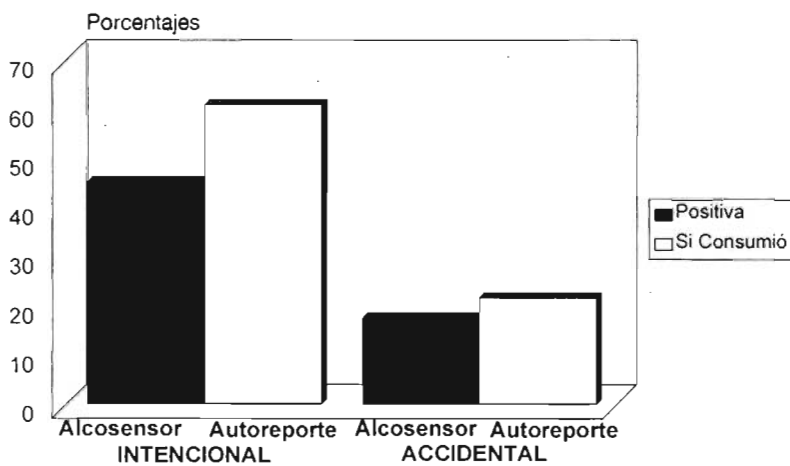
TRAUMATISMOS

GRÁFICA CUADRO 20



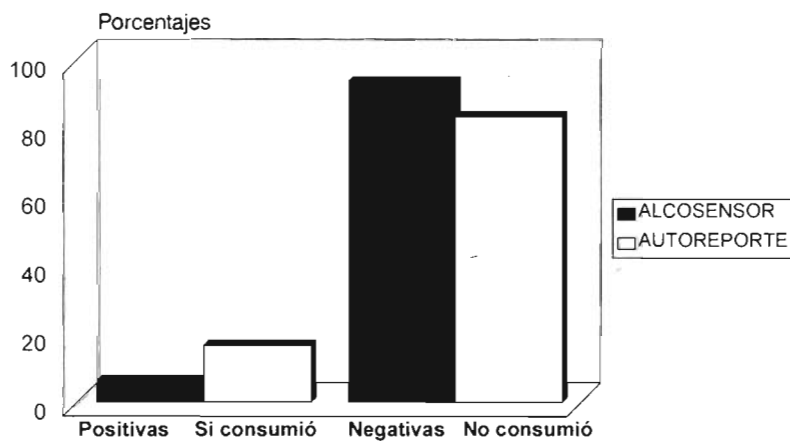
TRAUMATISMOS INTENCIONALES Y ACCIDENTALES

GRÁFICA CUADRO 20



PROBLEMAS MÉDICOS

GRÁFICA CUADRO 20



4.2.2 VALIDACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS UTILIZADOS PARA EVALUAR EL PAPEL DEL ALCOHÓL EN LA OCURRENCIA DEL EVENTO

Con la finalidad de estimar la validez de los instrumentos utilizados, procedimos a comparar las lecturas positivas/negativas del alcosensor y el autoreporte de consumo si consumió/no consumió (Tabla 1). De esta forma, se realizaron análisis de Sensibilidad (que es la proporción de lecturas positivas, -si consumió-, correctamente identificadas por una prueba) y Especificidad (proporción de lecturas negativas, -no consumió- correctamente identificadas por la prueba al mismo tiempo); asimismo se estimó la Tasa de Clasificación Errónea (proporción de personas mal clasificadas por los procedimientos).

Los resultados de estos análisis mostraron elevados y similares índices de Sensibilidad (91%) y Especificidad (86%), tanto para la submuestra total como para los traumatismos. En los problemas médicos, ambos índices Sensibilidad y Especificidad descienden ligeramente (88%); con una baja tasa de clasificación errónea en las tres situaciones (11.4% a 12.7%).

Tabla 1

SUBMUESTRA TOTAL

		Lectura Alcosensor		
		Positiva	Negativa	
Autoreporte de Consumo	Si Consumió	339	160	499
	No Consumió	31	1000	1031
		370	1160	N= 1530

Sensibilidad 91.6%	Especificidad 86.2%	Tasa de Clasificación Errónea 12.4%
-----------------------	------------------------	--

PROBLEMAS MÉDICOS

Lectura Alcosensor

		Positiva	Negativa	
Autoreporte de Consumo	Si Consumió	15	29	44
	No Consumió	2	224	227
		17	253	N= 271

Sensibilidad	Especificidad	Tasa de Clasificación Errónea
88.2%	88.5%	11.4%

TRAUMATISMOS

Lectura Alcosensor

		Positiva	Negativa	
Autoreporte de Consumo	Si Consumió	324	131	454
	No Consumió	29	776	804
		353	906	N= 1259

Sensibilidad	Especificidad	Tasa de Clasificación Errónea
91.7%	85.6%	12.7%

4.2.3 CONSISTENCIA DE LAS OBSERVACIONES CON LOS DOS MÉTODOS UTILIZADOS PARA EVALUAR LA PARTICIPACIÓN DEL ALCOHOL

En relación a los motivos de ingreso y los procedimientos utilizados en la determinación del consumo de alcohol en el evento (Tabla 2), encontramos diferencias significativas tanto en la clasificación del alcosensor ($\chi^2= 53.01$ $P< .001$), como en el autoreporte de consumo ($\chi^2= 36.03$ $P< .001$) y el ser traumatismo o problema médico.

Tabla 2

Lectura Alcosensor

	Positiva	Negativa	
Problemas Médicos	17 6.2%	256 93.7%	273 18.5%
Traumatismos	324 26.9%	877 73.0%	1201 81.4%
	341 23.1%	1133 76.8%	N= 1474 100%

$\chi^2= 53.01$	GI=1	$P<.001$
-----------------	------	----------

Autoreporte de Consumo

	Si	No	
Problemas Médicos	46 16.5%	232 83.4%	278 18.4%
Traumatismos	432 35.1%	798 64.9%	1230 81.5%
	478 31.6%	1030 68.3%	N= 1508 100%

$\chi^2= 36.03$	GI=1	$P<.001$
-----------------	------	----------

En cuanto a la clasificación de los traumatismos en Intencionales/Accidentales (Tabla 3), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la lectura del alcosensor ($\chi^2= 104.24$ $P< .001$) y el autoreporte de consumo ($\chi^2= 186.81$ $P< .001$), de acuerdo a la intencionalidad del mismo.

Tabla 3

Lectura Alcosensor

		Positiva	Negativa	
Traumatismos	Intencionales	185 45.1%	224 54.9%	409 34.0%
	Accidentales	139 17.6%	653 82.4%	792 66.0%
		224 26.9%	877 73.1%	N= 1201 100%

$\chi^2= 104.24$	GI=1 P<.001
------------------	-------------

Autoreporte de Consumo

		Si	No	
Traumatismos	Intencionales	257 60.9%	165 39.1%	421 34.3%
	Accidentales	175 21.7%	633 78.3%	809 65.7%
		432 35.1%	798 64.9%	N= 1230 100%

$\chi^2= 186.81$	GI=1 P<.001
------------------	-------------

4.3 INFORMACIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO GENERAL EN EL ÚLTIMO AÑO

4.3.1 REPORTE DE CONSUMO DE ALCOHOL

Por lo que respecta al autoreporte de ingestión de alcohol (cuadro 21), se encontró que en la submuestra estudiada predominó una baja frecuencia de consumo; ya que cerca de la mitad de los pacientes informó consumir bebidas alcohólicas de una a cinco veces al año (43.7%). Por otro lado, el 14.3% bebió alcohol de dos a tres veces al mes, un 11.7% ingirió más o menos una vez al mes, y el 11.1% de una a dos veces a la semana. Sin embargo, destacó el hecho de que el 6.8% reportó su consumo, de casi todos los días a todos los días.

Cuadro 21

FRECUENCIA DE INGESTIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ÚLTIMOS DOCE MESES	N= 1582	
	n	%
Todos los días	65	4.1
Casi todos los días	42	2.7
Tres o cuatro veces a la semana	41	2.6
Una o dos veces a la semana	175	11.1
Dos o tres veces al mes	226	14.3
Más o menos una vez al mes	185	11.7
Seis a once veces al año	156	9.9
Una a cinco veces al año	692	43.7

4.3.2 TIPOS DE BEBIDAS CONSUMIDAS

En cuanto al consumo de alcohol, se investigaron cinco tipos de bebidas (cuadro 22); aquí se encontró que una amplia proporción de pacientes bebe destilados (65.5%), esto es: tequila, whisky, cognac, brandy y ron. El consumo de cerveza aparece en segundo término como bebida de preferencia con un 53.5%. Los porcentajes que se muestran fueron obtenidos de la muestra total por tipo de bebida, ya que se observó la ingestión de dos o más tipos de bebidas en los sujetos estudiados.

Cuadro 22

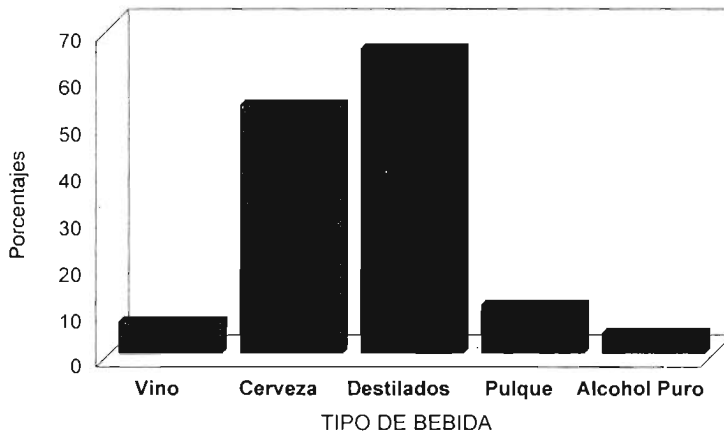
**CONSUMO POR TIPO DE BEBIDA
EN EL ÚLTIMO AÑO**

TIPO DE BEBIDA*	N= 1582	
	n	%
Vino	113	7.2
Cerveza	847	53.5
Destilados	1037	65.5
Pulque	171	10.8
Alcohol puro o aguardiente	70	4.4

* Se reporta el consumo de más de un tipo de bebida -poliusuarios-. Porcentajes obtenidos en relación de la muestra total por tipo de bebida

CONSUMO POR TIPO DE BEBIDA

GRÁFICA CUADRO 22



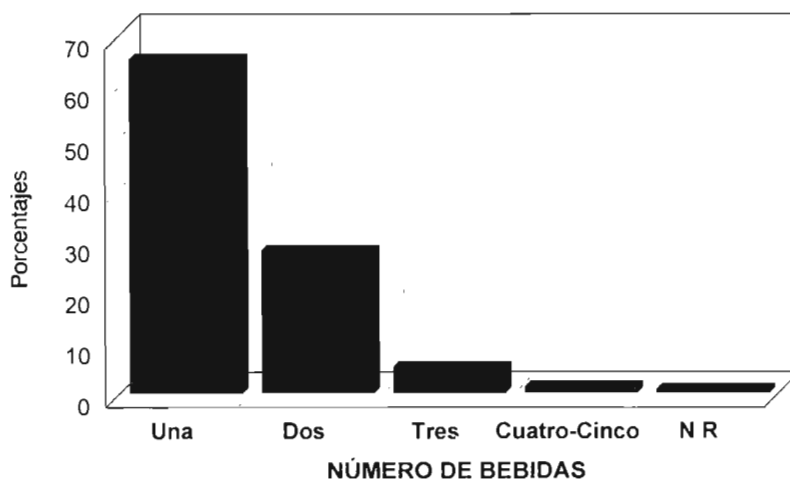
De esta forma tenemos que el 65.2% informó de la ingestión de un solo tipo de bebida (cuadro 23). El 27.9% reportó haber bebido dos, y el 6.2% haber consumido de tres a cinco de las bebidas investigadas, -por cual se puede considerar a estos pacientes como poliusuarios- ; esto es, que ingieren dos y más tipos de bebidas de manera habitual.

Cuadro 23

REPORTE DE INGESTIÓN DE UNO O MÁS TIPOS DE BEBIDAS

Número de bebidas consumidas	N	%
Una bebida	1031	65.2
Dos bebidas	442	27.9
Tres bebidas	79	5.0
Cuatro bebidas	15	.9
Cinco bebidas	5	.3
Sin información	10	.6
TOTAL	1582	100

GRÁFICA CUADRO 23



Dentro de este contexto, se pudo determinar para aquellos sujetos que informaron beber un solo tipo de bebida, que destacan como bebidas de preferencia los destilados (55.3%), y la cerveza ((34.7%). Para los que consumen dos tipos, la cerveza y los destilados en casi la misma proporción (44.2% y 42.3% respectivamente). Similar situación se observa en los sujetos que reportaron consumir tres tipos de bebidas: cerveza (32.3%) y destilados (30.2%), apareciendo aquí un porcentaje elevado de ingestión de pulque (21.4%). En los sujetos que consumieron cuatro bebidas, se observa la misma proporción (25%), para la ingestión de cerveza, pulque y destilados; donde además un 20% reportó beber alcohol puro o aguardiente, aquí un 5% informó beber vino. Por otro lado, solo 5 sujetos reportaron beber todos los tipos de bebidas como se puede apreciar en el cuadro 24.

Cuadro 24

DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO Y TIPO DE BEBIDAS CONSUMIDAS

NÚMERO DE BEBIDAS	VINO		CERVEZA		DESTILADOS		PULQUE		ALCOHOL PURO		TOTAL N
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
UNA	44	4.2	358	34.7	571	55.3	41	3.9	17	1.6	1031
DOS	41	4.6	391	44.2	374	42.3	59	6.6	19	2.1	884
TRES	21	8.8	77	32.3	72	30.2	51	21.4	17	7.1	238
CUATRO	3	5.0	15	25.0	15	25.0	15	25.0	12	20.0	60
CINCO	5	20.0	5	20.0	5	20.0	5	20.0	5	20.0	25

4.3.3 ESTIMACIÓN DE LA CANTIDAD DE CONSUMO: Onzas, Copas y Mililitros de Alcohol Puro

Para la obtención de la cantidad de consumo, en primer lugar se estimó el reporte de ingestión por tipo de bebida en onzas, de acuerdo con la siguiente tabla de valores :

Tipo de Bebida		Consumo en Onzas
Vino	(una copa)	4
Cerveza	(lata o botella)	11
Destilados	(cuba, copa)	1.5
Pulque	(vaso)	13
Alcohol puro o aguardiente		1.5

El siguiente paso y una vez obtenida esta estimación, consistió en determinar el consumo en mililitros de alcohol puro por tipo de bebida, con la finalidad de determinar la ingesta total habitual de alcohol puro en mililitros, considerando la siguiente tabla de conversiones:

Tabla de Conversión de onzas a mililitros de alcohol puro por tipo de bebida

FORMULA GENERAL			
Onzas X concentración de alcohol por Tipo de bebida X Factor Único = Mililitros de Alcohol puro (.8 gr.)**			
Tipo de Bebida	Concentración de alcohol	Factor único - constante-	Fórmula por tipo de bebida
Cerveza* 5%	.05	29.57	Onzas X .05 X 29.57 = Mililitros de Alcohol puro; Cerveza
Pulque 6%	.06	29.57	Onzas X .06 X 29.57 = Mililitros de Alcohol puro; Pulque
Vinos de mesa 12%	.12	29.57	Onzas X .12 X 29.57 = Mililitros de Alcohol puro; Vinos de mesa
Destilados Tequila, Whisky Cognac, Brandy Ron, etc.) 40%	.40	29.57	Onzas X .40 X 29.57 = Mililitros de Alcohol puro; Destilados
Alcohol puro o aguardiente 96%	.96	29.57	Onzas X .96 X 29.57 = Mililitros de Alcohol puro; Alcohol Puro

- Factor Único: 29.57

- 1 Litro: 33 onzas

* Cerveza común 11 onzas; Caguama 31 onzas

- 1 Onza: 29.57 ml.

** Un mililitro de alcohol puro = .8 gr de alcohol

Finalmente, y con el objetivo de conformar el patrón de consumo de alcohol, se procedió a reconvertir y homogeneizar la estimación de onzas por tipo de bebida a una medida estándar de copas de ingestión, lo cual fue realizado de acuerdo a la siguiente tabla:

Tipo de Bebida (onzas)	Consumo en copas
Vino (una copa)	Vino/4
Cerveza (lata o botella)	Cerveza/11
Destilados (cuba, copa)	Destilados/1.5
Pulque (vaso)	Pulque/13
Alcohol puro o aguardiente	Alcohol Puro/1.5

Una vez hecho lo anterior, se procedió a obtener la cantidad total de copas, y fue a partir de la sumatoria de la cantidad en copas de las bebidas investigadas.

Por otro lado, y con el propósito de homogenizar las equivalencias del contenido en onzas y mililitros para el tamaño regular en cada tipo de bebida, tomamos el criterio seguido en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA., 1993), donde se utilizaron los siguientes valores:

Tipo de Bebida Alcohólica	Tamaño Regular Onzas	CONTENIDO*		
		Por Botella Gramos	Por Copa	
			Onzas	Mililitros
CERVEZA	12	13	.60	17.74
PULQUE	12		.72	21.29
VINO DE MESA	26	70	.48	14.19
DESTILADOS	26	240	.60	17.74
ALCOHOL PURO	26	576	1.44	42.58

*Citado en: Medina-Mora (1994).

Sumatoria
113.54/5=
22.708 ml.

Con base en estas estimaciones, se procedió a obtener la cantidad total en mililitros contenidos en una copa, independientemente del tipo de bebida consumida. Esto se hizo sumando los mililitros contenidos en cada tipo de bebida y divididos entre las cinco bebidas consideradas; de esta forma, tenemos que en general una copa contiene 22.70 ml de alcohol puro.

EQUIVALENCIA EN COPAS DE LA CANTIDAD DE ALCOHOL EN MILILITROS

ALCOHOL PURO		Estimación en Copas 1 copa= 22.708 ml
Litros	Mililitros	
¼	250	11
½	500	22
¾	750	33
1	1000	44

De esta forma, tenemos que ¼ de litro equivale al consumo de 11 copas de alcohol puro, ½ litro a 22 copas, ¾ de litro a 33 copas y un litro a 44 copas de alcohol puro.

4.3.4 CANTIDAD HABITUAL DE CONSUMO EN COPAS

De acuerdo a lo anteriormente descrito, se presenta a continuación la cantidad de consumo por tipo de bebida reportada donde se consideraron las siguientes tres categorías (cuadro 25): Consumo menor de cinco copas (<5), Consumo de entre cinco y once copas (≥ 5 y ≤ 11), e ingestión mayor o igual a las doce copas (≤ 12). El consumo de bebidas alcohólicas se expresó como la ingestión habitual durante los doce meses previos a la aplicación de la entrevista.

Así encontramos que para vino destacó el consumo de menos de cinco copas (74.3%). En cerveza sobresalió la ingestión de menos de cinco (54.8%), seguido de entre cinco y once (33.2%); además de que cerca del 10% informó consumir más de doce. Para el consumo de destilados se observó una elevación de la proporción en las tres categorías: menos de una copa, entre cinco y once y más de doce copas (39.3%, 30.5% y 27.5% respectivamente). Situación similar se observó en la ingestión de pulque (36.2%, 42.6% y 18.7%); así como en el consumo de alcohol puro o aguardiente (23.1%, 44.9% y 24.6%), donde se detectó un porcentaje elevado de sujetos que informaron consumir entre cinco y once, y más de doce copas; lo cual indicó el consumo de altas cantidades de estas bebidas.

Cuadro 25

CANTIDAD DE CONSUMO (copas, tragos, vasos, etc.)

TIPO DE BEBIDA	Menos de cinco copas < 5	Mayor o igual a cinco, pero menos de doce ≥ 5 y ≤ 11	Mayor o igual a doce copas ≤ 12	No respuesta	TOTAL (N= 1582)
Vino	84 (74.3%)	17 (15.0%)	5 (4.4%)	7 (6.1%)	113 100%
Cerveza	464 (54.8%)	281 (33.2%)	84 (9.9%)	17 (2.0%)	846 100%
Destilados	408 (39.3%)	317 (30.5%)	286 (27.5%)	26 (2.5%)	1037 100%
Pulque	62 (36.2%)	73 (42.6%)	32 (18.7%)	4 (2.3%)	171 100%
Alcohol puro o aguardiente	16 (23.1%)	31 (44.9%)	17 (24.6%)	5 (7.2%)	69 100%

4.3.5 CANTIDAD HABITUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL PURO EN MILILITROS

Una vez obtenida la estimación del consumo en onzas y realizada la conversión a cantidad de alcohol puro en mililitros, se pudo determinar que el 78.7% reportó ingerir hasta 250 ml. de alcohol puro habitualmente, lo cual representa un cuarto de litro. El 15.1% informó consumir hasta 500 ml., que equivale a medio litro, el 3.5%, tres cuartos de litro, y 2.7% hasta cuatro litros (4000 ml.) de alcohol puro de manera habitual (cuadro, gráfica 26).

Cuadro 26

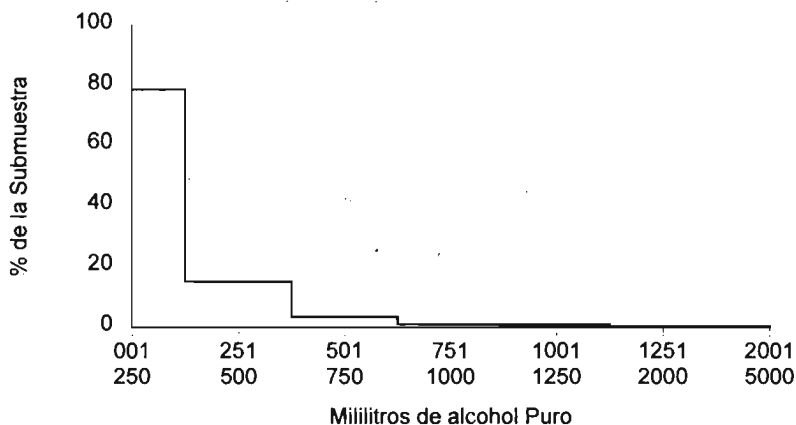
INGESTIÓN HABITUAL DE CONSUMO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

Consumo en mililitros	N= 1541	
	n	%
001-250	1212	78.7
251-500	233	15.1
501-750	55	3.5
751-1000	17	1.1
1001-1250	13	.9
1251- 2000	6	.4
2001-4000	5	.3

*Se excluyeron 43 pacientes

DISTRIBUCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL PURO

GRÁFICA CUADRO 26



4.4 DETERMINACIÓN DEL CONSUMO HABITUAL DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Por otro lado, también se investigó la frecuencia de consumo en los últimos doce meses, pero en el contexto de las combinaciones que se pudieran haber dado, esto es independientemente del tipo de bebida que se halla bebido, por ocasión de consumo.

4.4.1 FRECUENCIA DE CONSUMO DE DOCE Y MÁS COPAS (TRAGOS)

De esta forma, y al igual que lo encontrado en el consumo general, se observó una baja frecuencia y cantidad de reporte de este consumo, puesto que el 64.7% (más de la mitad de los pacientes estudiados), informó no consumir esta cantidad, aunque destaca que el 14.5% reportó este consumo con una frecuencia de una a cinco veces al año y que el 3.5% en el otro extremo, consumió esta elevada cantidad de bebidas alcohólicas de casi todos los días a todos los días (cuadro 27).

Cuadro 27

FRECUENCIA DE INGESTIÓN DE DOCE A MÁS COPAS O TRAGOS DE CUALQUIER BEBIDA ALCOHÓLICA

<u>Consumo en los últimos doce meses</u>	N= 1582	
	n	%
Todos los días	33	2.1
Casi todos los días	22	1.4
Tres o cuatro veces a la semana	19	1.2
Una o dos veces a la semana	64	4.0
Dos o tres veces al mes	69	4.3
Una vez al mes	49	3.1
Seis a once veces al año	50	3.1
Una a cinco veces al año	230	14.5
No bebió esta cantidad	1025	64.7
Sin información	22	1.4

4.4.2 FRECUENCIA DE CONSUMO GENERAL DE CINCO A DOCE COPAS

A diferencia del análisis anterior, aquí solo el 38.0% informó no haber bebido esta cantidad en los últimos doce meses, pero el 27.4% si reportó consumirla; lo cual nos habla de una baja frecuencia de consumo en estos pacientes. También se observó que solo un 2.5% ingirió esta cantidad de casi todos los días a todos los días, en contraste con los que reportaron beber doce o más copas con esta frecuencia (3.5%); de tal forma, a pesar de encontrar bajas frecuencias de consumo, fué posible detectar altas cantidades de ingestión de bebidas alcohólicas (cuadro 28).

Cuadro 28

**FRECUENCIA DE INGESTIÓN DE ENTRE CINCO Y DOCE COPAS
DE CUALQUIER BEBIDA ALCOHÓLICA**

Consumo en los últimos doce meses	N= 1582	
	n	%
Todos los días	20	1.3
Casi todos los días	19	1.2
Tres o cuatro veces a la semana	26	1.7
Uno o dos veces a la semana	94	5.9
Dos o tres veces al mes	114	7.2
Una vez al mes	125	7.9
Seis a once veces al año	105	6.6
Una a cinco veces al año	433	27.4
No bebió esta cantidad	601	38.0
Sin información	46	2.9

4.4.3 FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ

De acuerdo a lo que se ha venido encontrando en los análisis anteriores, se observa una tendencia que indica una baja frecuencia de consumo, pero a su vez se informa de elevadas cantidades de ingestión de bebidas alcohólicas. Esta situación se refleja al analizar la frecuencia con la que llegan a sentirse embriagados (cuadro 29); así tenemos que solo un 39% informó no haberse sentido embriagado en el último año, aunque no se descarta la posibilidad de que antes de este periodo si se hayan embriagado alguna vez. Llama la atención que casi en la misma proporción (31.6%) reportaran embriagarse de una a cinco veces al año; así encontramos que aproximadamente el 56.8% (más de la mitad de los pacientes), informaron haberse embriagado por lo menos una vez en el último año.

Cuadro 29

FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ EN EL ÚLTIMO AÑO	N= 1582	
	n	%
Todos los días	3	1.6
Casi todos los días	18	1.2
Tres o cuatro veces a la semana	22	1.4
Uno o dos veces a la semana	72	4.6
Dos o tres veces al mes	84	5.3
Una vez al mes	80	5.1
Seis a once veces al año	94	6.0
Una a cinco veces al año	500	31.6
Nunca en este último año	617	39.0
Sin información	71	4.4

4.5. PROBLEMAS RELACIONADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

Con el propósito de analizar el reporte de problemas asociados al consumo de alcohol en los últimos doce meses, se tomó en cuenta la estructura del cuestionario, así como el sentido de las preguntas, por lo que consideramos en primera instancia que podrían clasificarse en las siguientes cuatro áreas: Problemas (5 reactivos), Dificultades (5 reactivos), Incidentes (4 reactivos) y Síntomas (6 reactivos); ésto se realizó únicamente con la finalidad de facilitar el análisis e interpretación de los resultados, ya que las secciones anteriormente descritas forman en general la parte de los problemas investigados, por lo que no se creyó necesario conceptualizar el indicador de cada sección y establecer a priori semejanzas o diferencias entre cada una de ellas. Es necesario destacar que en cada sección cambia la forma de indagar la situación y la estructura misma de las preguntas (Anexo 3).

4.5.1 PROBLEMAS ASOCIADOS

En cuanto al reporte de problemas asociados al consumo de alcohol (cuadro 30), destacó que tanto en las relaciones personales (16.0%), como en la salud física (17.2%), se reportara en mayor proporción haber tenido estos problemas alguna vez, y que en su salud psicológica (7.6%), con la policía y otras autoridades (6.6%), y en su trabajo (6.5%) -faltar al trabajo, cometer errores u otros problemas-, también hubieran presentado estos problemas. Sin embargo, llama la atención de que entre el 60% y 70% de estos pacientes, hubieran informado haberlos tenido en los últimos doce meses relacionados a su forma de beber; siendo por orden de importancia: en sus relaciones personales (69.8%), en su salud psicológica (69.45), con la policía (67.6%), en su salud física (66.0%) y en su trabajo (63.1%).

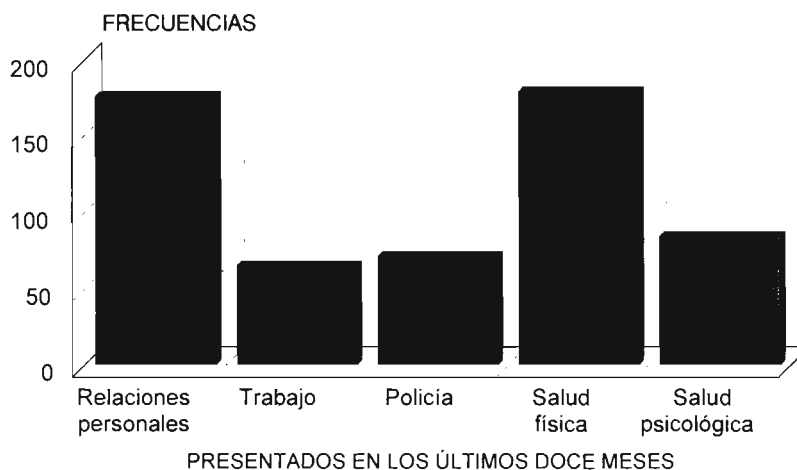
Cuadro 30

REPORTE DE PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

PROBLEMAS	Alguna vez N= 1582		Últimos doce meses	
	n	%	n	%
En sus relaciones personales	252	16.0	176	69.8
En su trabajo	103	6.5	65	63.1
Con la policía u otras autoridades	105	6.6	71	67.6
En su salud física	271	17.2	179	66.0
En su salud psicológica o bienestar mental	121	7.6	84	69.4

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

GRÁFICA CUADRO 30



En relación al número de problemas presentados (cuadro 31), tenemos que de aquellos pacientes que informaron haber tenido problemas alguna vez en su vida ($n=460$), el 52.1% dijo haber presentado por lo menos uno, el 24.3% dos y el 12.6% tres; lo cual nos indica que cerca de la mitad de los pacientes (47.6%) reportaron haber presentado entre dos y cinco de estos problemas alguna vez en su vida. Similar situación se presentó en aquellos sujetos ($n=314$), que informaron haberlos tenido en el último año.

Cuadro 31

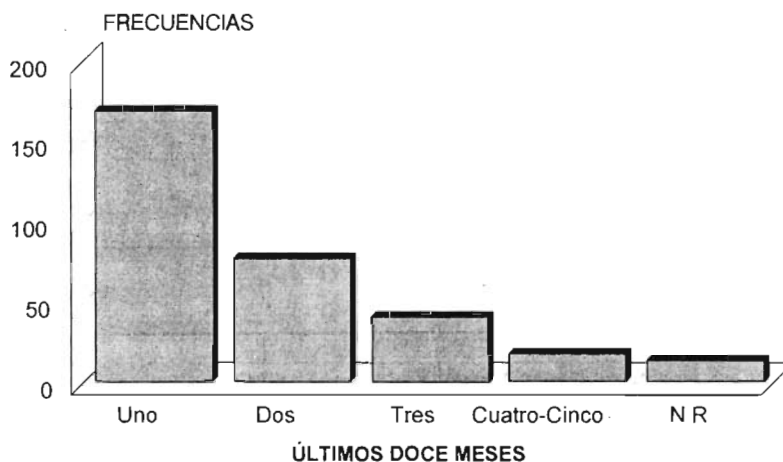
NÚMERO DE PROBLEMAS REPORTADOS

($N=1582$)

NÚMERO	ALGUNA VEZ $n=460$		ÚLTIMOS DOCE MESES $n=314$	
	n	%	n	%
UNO	240	52.1	168	53.5
DOS	112	24.3	76	24.2
TRES	58	12.6	40	12.7
CUATRO	33	7.1	17	5.4
CINCO	17	3.6	13	4.1

NÚMERO DE PROBLEMAS REPORTADOS

GRÁFICA CUADRO 31



De los sujetos que reportaron tener uno de estos problemas alguna vez en su vida (cuadro 32), destacaron: los de su salud física (45.1%), y en sus relaciones personales (37.2%). Los que informaron haber presentado dos, sobresalieron los de sus relaciones personales, en su salud física y en su salud psicológica o bienestar mental (31.3%, 29.1% y 17.4% respectivamente). Para aquellos que reportaron haber presentado tres de estos problemas, destacaron los de salud física (29.1%) y en sus relaciones personales (26%); los problemas con la policía obtiene la menor proporción (7.5%). Se observa una distribución porcentual similar en aquellos sujetos que informaron haber presentado cuatro de los problemas investigados. En el último nivel 17 sujetos reportaron haber presentado todos estos problemas. Para los sujetos que reportaron estos problemas en los últimos doce meses, se observó que destacan independientemente del número reportado los problemas en la salud física y en las relaciones personales (cuadro 33).

4.5.2 DIFICULTADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

Dentro de las dificultades asociadas al consumo de alcohol en el último año, se indagaron otras experiencias que se pudieron haber tenido o presentado como consecuencia de la forma de beber. En este contexto se encontró (cuadro 34), que sobresalió el de haber tenido discusiones con la familia u otras personas cercanas (19.4%), el que algún doctor le informara tener problemas por su forma de beber (8.1%), el haber tenido problemas en el trabajo (7.0%), el haber sido arrestado por la policía por beber o embriagarse (6.9%), y en ultima instancia, el haber sido arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol (2.7%).

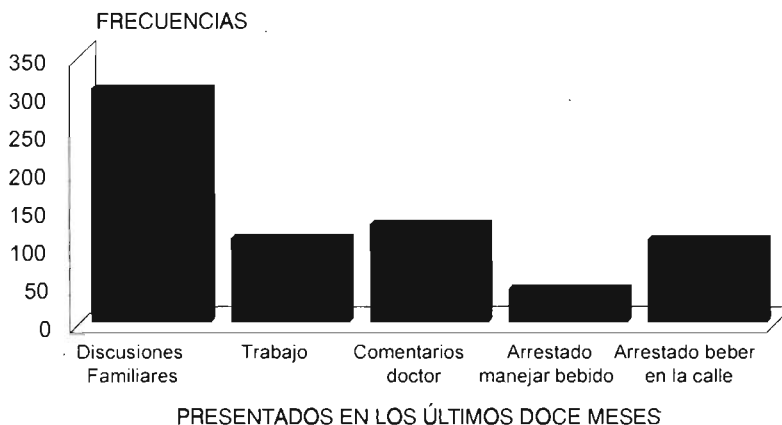
Cuadro 34

**DIFICULTADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL
EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES**

DIFICULTADES	N= 1582	
	n	%
Haber tenido discusiones con la familia u otras personas cercanas por su forma de beber, o sobre los efectos causados en los que los rodean	306	19.4
Haber tenido problemas en el trabajo por su forma de beber: faltar al trabajo, cometer errores u otros problemas por los que su jefe se haya quejado	110	7.0
Que algún doctor le haya dicho haber tenido serios problemas relacionados a su forma de beber	128	8.1
Haber sido arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol: ebrio o tomado	43	2.7
Haber sido arrestado por la policía a consecuencia de beber o embriagarse en la calle	108	6.9

DIFICULTADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL

GRÁFICA CUADRO 34

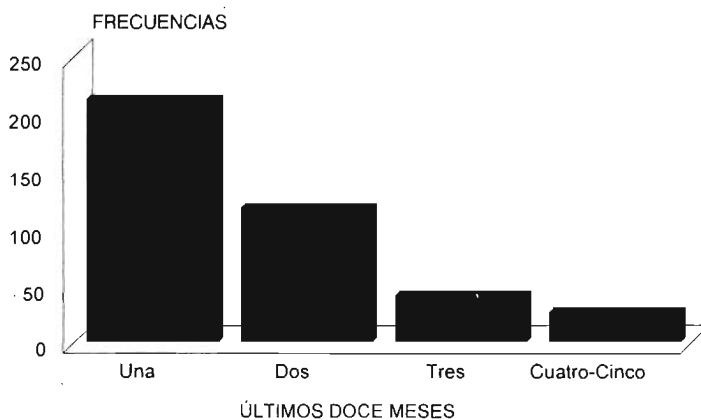


En cuanto al número de presencia de estas dificultades (cuadro 35), encontramos que el 13.4% de la submuestra total informó haber tenido una, el 7.4% dos y el 2.7% tres: de estos el 11.8% presentó entre dos y cinco dificultades. Al analizar esta información con el tipo de problema presentado, detectamos para aquellos pacientes que tuvieron una dificultad, destacaron las dificultades familiares (65%). para los que tuvieron dos, sobresalieron por orden de importancia: las discusiones familiares (42.9%), los problemas en el trabajo (19.1%), los arrestos por beber o embriagarse en la calle (17.8%). Para los que informaron haber presentado tres, aparece en primer lugar las discusiones familiares (31.4%), seguido por problemas en el trabajo (23.6%), la menor proporción se observa en ser arrestado por conducir bajo los efectos del alcohol (8.6%). En el reporte de cuatro dificultades destacan por orden de importancia: los problemas en el trabajo y los comentarios de algún doctor a su forma de beber, ambos con un 21.4%; en este nivel la presencia de discusiones familiares, la presenta sólo el 2.5%. En el último nivel, tenemos que son solo 13 sujetos quienes informaron presentar todos estos problemas (cuadro 36).

Cuadro 35

NÚMERO DE DIFICULTADES PRESENTADAS
(N= 1582)

	n	%
Una dificultad	212	13.4
Dos dificultades	118	7.4
Tres dificultades	42	2.7
Cuatro dificultades	14	.9
Cinco dificultades	13	.8

GRÁFICA CUADRO 35

Cuadro 36

**DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO Y DIFICULTADES ASOCIADAS AL
CONSUMO DE ALCOHOL**

DIFICULTADES PRESENTADAS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES						
Número de Dificultades	Discusiones Familiares	Problemas en el Trabajo	Comentario de algún Doctor	Arrestado por conducir bajo los efectos del alcohol	Arrestado por beber o embriagarse en la calle	TOTAL
Una	138 (65%)	10 (4.7%)	36 (16.9%)	4 (1.8%)	24 (11.3%)	212 100%
Dos	101 (42.9%)	45 (19.1%)	39 (16.5%)	8 (3.4%)	42 (17.8%)	235 100%
Tres	40 (31.4%)	30 (23.6%)	28 (22.0%)	11 (8.6%)	18 (14.1%)	127 100%
Cuatro	14 (2.5%)	12 (21.4%)	12 (21.4%)	7 (12.5%)	11 (19.6%)	56 100%
Cinco	13 (20%)	13 (20%)	13 (20%)	13 (20%)	13 (20%)	65 100%

4.5.3 OTROS INCIDENTES ASOCIADOS

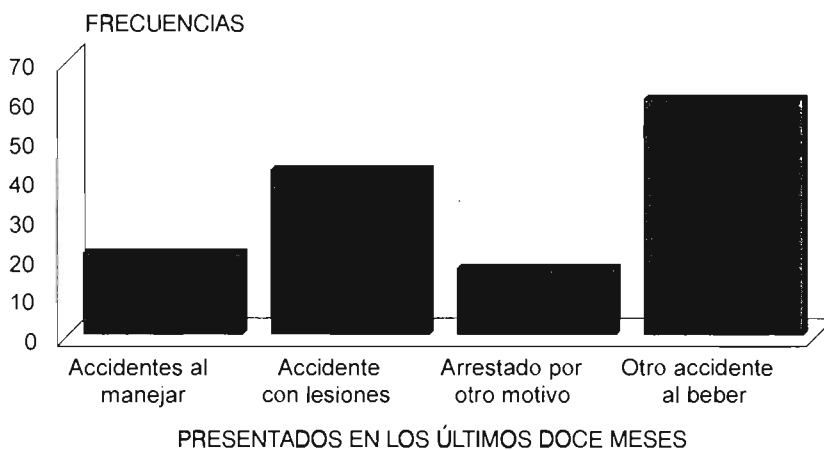
Por otro lado, también se indagó sobre otros incidentes que pudieron presentarse o no en los últimos doce meses, y que además hubieran estado relacionadas al consumo de alcohol. Así encontramos que el haberse visto involucrado en algún accidente -no incluyendo de tránsito-, se presentara con mayor frecuencia (9.0%), haber tenido un accidente de tránsito por manejar (5.0%), y el haber sido arrestado por otros motivos (3.8%) -sin contar el manejar en estado de ebriedad o beber en la vía pública-, en el último año. De estas dificultades, entre el 26.5% y el 29.5% se presentaron relacionadas al consumo de alcohol, como se ilustra en el cuadro 37.

Cuadro 37

**REPORTE DE OTROS INCIDENTES DONDE PUDO HABER
INTERVENIDO EL ALCOHOL**

Otros incidentes presentados en el último año	Últimos doce meses N= 1582		Relacionados con el consumo de alcohol	
	n	%	n	%
Haber tenido algún accidente de tránsito cuando manejaba	79	5.0	21	26.5
Algún otro tipo de accidente serio en el que resultara herido o lesionado	142	9.0	42	29.5
Haber sido arrestado por algún otro motivo (sin contar manejar en estado de ebriedad o beber en la vía pública)	60	3.8	17	28.3

GRÁFICA CUADRO 37



En cuanto al reporte por haberse visto implicado en otros eventos por la ingestión de alcohol en el último año, sobresale el haber resultado lesionado (43.4%), y el haber acudido a algún servicio de urgencias para ser atendido de las lesiones (30.9%)

Cuadro 38**HABERSE VISTO IMPLICADO EN OTROS INCIDENTES POR BEBER**

Implicación en otros eventos	Proporcionaron información		Respondieron afirmativamente	
	n	%	n	%
Haberse visto implicado en cualquier otro accidente al estar bebiendo	1582	100	60	3.8
Haber resultado lesionado en esas ocasiones	99	6.2	43	43.4
Haber acudido a algún servicio de urgencias para ser atendido	97	6.1	30	30.9

4.5.4 SÍNTOMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES

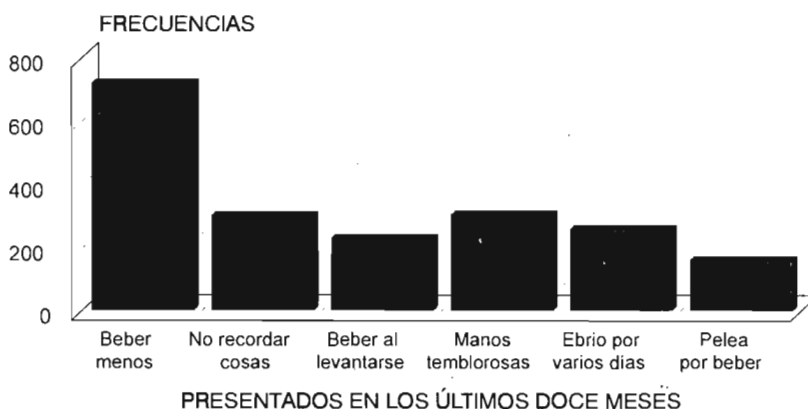
Dentro de los problemas investigados, se indagó en una sección el reporte de seis de los principales síntomas que pueden presentarse como consecuencia de la forma de beber de los sujetos (cuadro 39). Así tenemos que de acuerdo a la mayor frecuencia sobresale el sentir que debería beber menos o dejar de beber por completo (45.3%), siendo el principal y muy por arriba de los otros. A continuación aparece el haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido (19,1%), el haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo (19.0%), el haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos (16.3%), el haber tomado un trago al levantarse (14.4%), y en menor proporción (10.0%), el haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo (golpes, agresión física).

Cuadro 39

PRESENCIA DE SÍNTOMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

Ocurrencia en los últimos doce meses	N= 1582	
	n	%
Sentir que debería beber menos o dejar de beber por completo	718	45.3
Haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido	302	19.1
Haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo	300	19.0
Haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos	257	16.3
Haber tomado un trago apenas se levanta	228	14.4
Haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo (golpes, agresión física)	158	10.0

GRÁFICA CUADRO 39



Por lo que respecta al número de síntomas presentados en los últimos doce meses, tenemos que el 22.4% informó haber presentado uno; destacando aquí el sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo (86.4%). Para los que presentaron dos (11.1%) sobresalieron el sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo, el haberse despertado la mañana siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo

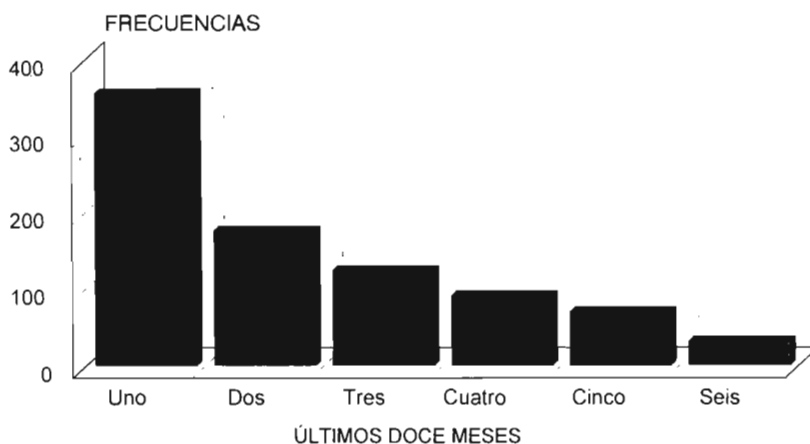
mientras bebía y el sentir las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido con porcentajes de 37.6%, 18.2% y del 16.5% respectivamente. En los sujetos que reportaron presentar entre seis y tres de los síntomas investigados, se obtuvieron porcentajes similares en dichos síntomas, a excepción del síntoma haberse visto involucrado en una pelea al estar bebiendo, donde se observó la menor proporción. Cabe destacar que el 30.8% de la submuestra informó haber presentado más de uno de los síntomas; y que del total, el 53.2% - poco más de la mitad de los pacientes -, presentó por lo menos uno de estos síntomas (Cuadros 40 y 41).

Cuadro 40

SÍNTOMAS REPORTADOS
(N= 1582)

Número de Síntomas	n	%
Un Síntoma	355	22.4
Dos Síntomas	175	11.1
Tres Síntomas	123	7.8
Cuatro Síntomas	90	5.7
Cinco Síntomas	69	4.9
Seis Síntomas	31	1.9
Subtotal	488	30.8

GRÁFICA CUADRO 40



4.6. DESCRIPCIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO

Con la finalidad de conformar y definir los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas, procedimos a incluir las siguientes variables en el patrón de consumo general:

- a) Frecuencia de ingestión en el último año.
- b) Tipo de bebida: vino, cerveza, destilados, pulque y alcohol puro o aguardiente.
- c) Cantidad de consumo en copas; menor o igual a cuatro (≤ 4), y mayor o igual a cinco (≥ 5); donde posteriormente se realizó la sumatoria de las diferentes bebidas ingeridas para obtener el consumo total.

En base a esta información se procedió a definir el patrón de consumo en la submuestra en estudio, como se describe a continuación:

DEFINICIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO	
Ingestión de baja frecuencia y baja cantidad:	Personas que reportaron consumir bebidas alcohólicas de más o menos una vez al mes, a dos o tres veces al mes, con un consumo total menor a las cinco copas.
Ingestión de baja frecuencia y alta cantidad:	Personas que indicaron tomar de más o menos una vez al mes, a dos o tres veces al mes, pero con un consumo total igual o mayor a cinco copas.
Ingestión de alta frecuencia y baja cantidad:	Personas que informaron haber ingerido alcohol de una a dos veces a la semana, todos o casi todos los días, con un consumo total menor a cinco copas.
Ingestión de alta frecuencia y alta cantidad:	Personas que reportaron beber de una a dos veces a la semana, a todos o casi todos los días, y cuyo consumo total fue igual o mayor a cinco copas.

De acuerdo a esta definición, la submuestra se clasificó (cuadro 42) de la siguiente manera: El 46.9% quedó incluido en la categoría baja frecuencia, pero alta cantidad; lo cual representó a cerca de la mitad de los pacientes en estudio. La siguiente categoría en importancia correspondió a baja frecuencia y baja cantidad de consumo, con un 33.2%. No obstante, destacó el hecho que el 15.4% fuera clasificado con una alta frecuencia y alta cantidad de consumo. La última categoría alta frecuencia pero baja cantidad agrupo al 4.3% de los sujetos en estudio.

Sin embargo, es importante destacar que de la submuestra de estudio (N= 1582), se excluyeron a 167 (10.5%) pacientes, ya que al obtener el consumo total 57 (3.6%) sujetos obtuvieron un consumo menor a una copa; y los restantes 110 (6.9%), alcanzaron un consumo mayor a cincuenta copas. De esta forma, y por lo que respecta al patrón de consumo, se analizó un total de 1415 pacientes, que corresponden al 89.5% de la submuestra estudiada.

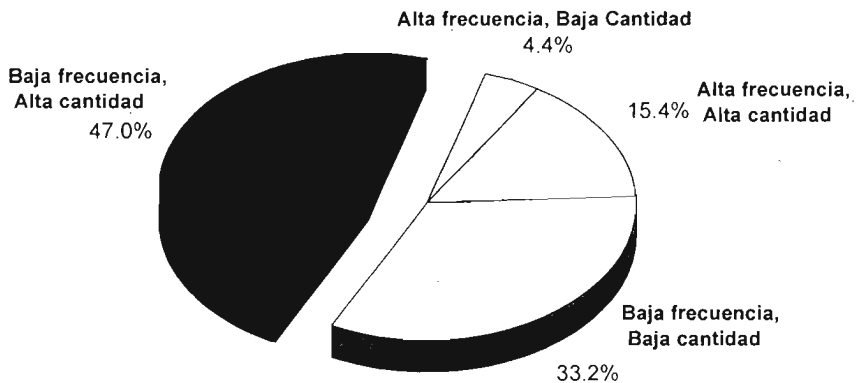
Cuadro 42

**DISTRIBUCIÓN DE LA SUBMUESTRA EN ESTUDIO DE ACUERDO
AL PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL**

Patrón de consumo utilizado	N= 1415*	
	n	%
Baja frecuencia, baja cantidad	470	33.2
Baja frecuencia, alta cantidad	665	46.9
Alta frecuencia, baja cantidad	62	4.3
Alta frecuencia, alta cantidad	218	15.4

* Se excluyeron 167 sujetos (10.5%)

GRÁFICA CUADRO 42



N= 1415

4.7 ANÁLISIS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

4.7.1 PATRÓN DE CONSUMO

Al analizar las variables sociodemográficas y su relación con el patrón de consumo, encontramos que de manera general predominó el consumo de baja frecuencia y alta cantidad (47%), seguido por el de baja frecuencia y baja cantidad (33%); aunque también destacó el consumo de alta frecuencia y alta cantidad (15%), el consumo de alta frecuencia baja cantidad solo se observó en el 4.4% de la submuestra estudiada, cuadros/gráficas 43-48.

En relación al sexo, se observó que este patrón es más representativo en los hombres con porcentajes de 49.7%, 27.6% y 17.7%; contrario a las mujeres, donde sobresalió el consumo de baja frecuencia y baja cantidad (56.8%), seguido por el de baja frecuencia y alta cantidad (35.6%). En la distribución del patrón de consumo por edad, encontramos la misma distribución general: ingestión de baja frecuencia alta cantidad, baja frecuencia baja cantidad y el de alta frecuencia alta cantidad; ésto sobre todo en las edades de 15 a 24 (50.4%, 36.5% y 10.2%), y de 25-34 años ((51.7%, 29.0% y 16.1%). Similar situación se presentó en el estado civil: casado/unión libre (48.0%, 32.2% y 14.6%), y los solteros (46.5%, 34.9% y 15.5% respectivamente). Los niveles de escolaridad primaria (46.0%, 31.1% y 18.3%) y secundaria (53.4%, 32.2%, 12.1%), siguen la misma tendencia general en cuanto al patrón de consumo. La ocupación obrero calificado/no calificado, sobresalió con el mismo patrón (52.1%, 28.2%, 16.5%), y muy por arriba de las otras categorías; le sigue en importancia la ocupación empleado (44.1%, 38.7% y 11.4%).

Por lo que toca al ingreso, se observó la misma tendencia del patrón de consumo, donde sobresalieron los que perciben un sueldo mínimo (50.3%, 34.6%, 11.3%), y menos del mínimo (48.8%, 24.0% y 22.9% respectivamente).

Es importante destacar que se encontraron diferencias estadísticamente significativas (X^2), entre el patrón de consumo y el sexo, edad, escolaridad, ocupación e ingreso; cada uno con una probabilidad $P \leq .001$, como se muestra en los cuadros citados anteriormente.

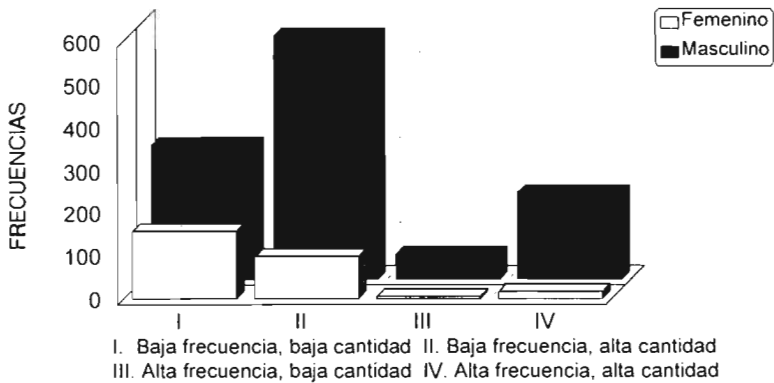
Cuadro 43

DISTRIBUCIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO POR SEXO

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL					
SEXO	Baja Frecuencia Baja Cantidad	Baja frecuencia Alta Cantidad	Alta Frecuencia Baja Cantidad	Alta Frecuencia Alta Cantidad	TOTAL
Masculino	315	568	57	203	1143
%	27.6	49.7	5.0	17.7	80.8
Femenino	155	97	5	16	272
%	56.8	35.6	1.8	5.8	19.2
TOTAL	470	665	62	218	1415
%	33.2	47.0	4.4	15.4	100
$\chi^2 = 91.40$ $GL = 3$ $P < .001$					

Se muestran frecuencias y porcentajes marginales y por renglón

GRÁFICA CUADRO 43

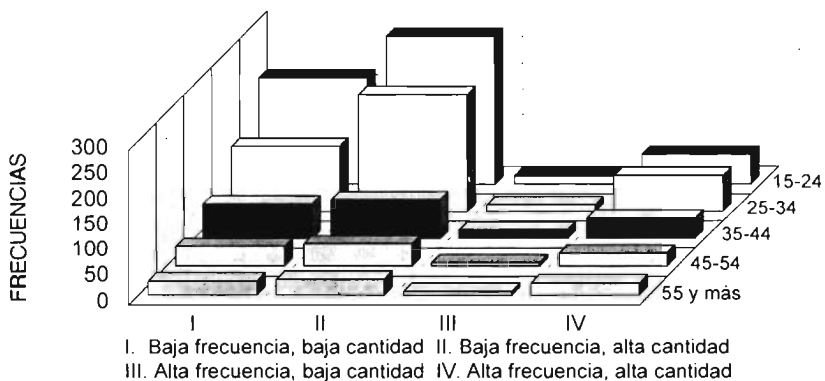


Cuadro 44

DISTRIBUCIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO POR EDAD

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL					
EDAD	Baja Frecuencia Baja Cantidad	Baja frecuencia Alta Cantidad	Alta Frecuencia Baja Cantidad	Alta Frecuencia Alta Cantidad	TOTAL
15-24	207	286	16	58	566
%	36.5	50.4	2.8	10.2	40.0
25-34	128	228	14	71	442
%	29.0	51.7	3.2	16.1	31.2
35-44	70	78	18	41	207
%	33.6	37.6	8.8	20.0	14.6
45-54	39	44	7	25	115
%	33.8	38.1	6.5	21.6	8.1
55 y más	26	29	7	23	85
%	31.1	34.0	7.8	27.2	6.0
TOTAL	470	665	62	218	1415
%	33.2	47.0	4.4	15.4	100
$\chi^2 = 57.39$ $GL = 12$ $P <= .001$					

GRAFICA CUADRO 44

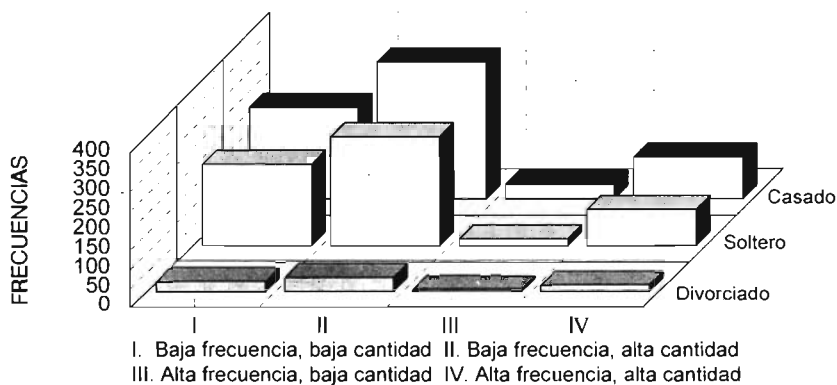


Cuadro 45

DISTRIBUCIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO POR ESTADO CIVIL

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL					
ESTADO CIVIL	Baja Frecuencia Baja Cantidad	Baja frecuencia Alta Cantidad	Alta Frecuencia Baja Cantidad	Alta Frecuencia Alta Cantidad	TOTAL
Casado/Unión Libre %	235 32.2	350 48.0	38 5.2	107 14.6	730 51.7
Soltero %	209 34.9	279 46.5	18 3.0	93 15.5	599 42.4
Viudo/divorciado %	26 31.0	36 43.0	6 7.0	16 19.0	83 5.9
TOTAL	470 33.3	665 47.1	62 4.4	215 15.2	1412 100
$X^2 = 7.20$ $GL = 6$ $P \leq .30$ NS					

GRÁFICA CUADRO 45

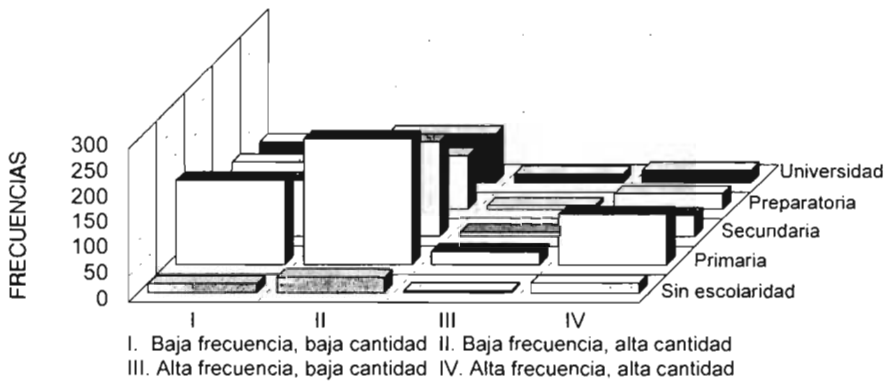


Cuadro 46

DISTRIBUCIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO POR ESCOLARIDAD

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL					
ESCOLARIDAD	Baja Frecuencia Baja Cantidad	Baja frecuencia Alta Cantidad	Alta Frecuencia Baja Cantidad	Alta Frecuencia Alta Cantidad	TOTAL
Sin Escolaridad	17	29	4	19	70
%	25.0	41.7	6.0	27.4	4.9
Primaria	167	247	25	98	538
%	31.1	46.0	4.6	18.3	38.1
Secundaria	113	187	8	42	350
%	32.2	53.4	2.4	12.1	24.8
Preparatoria	94	106	8	32	240
%	39.0	44.1	3.4	13.4	17.0
Universidad	79	94	17	24	214
%	36.8	44.2	7.8	11.2	15.1
TOTAL	469	664	62	216	1411
%	33.3	47.0	4.4	15.3	100
$\bar{X} = 34.61$ $GL = 12$ $P \leq .001$					

GRÁFICA CUADRO 46

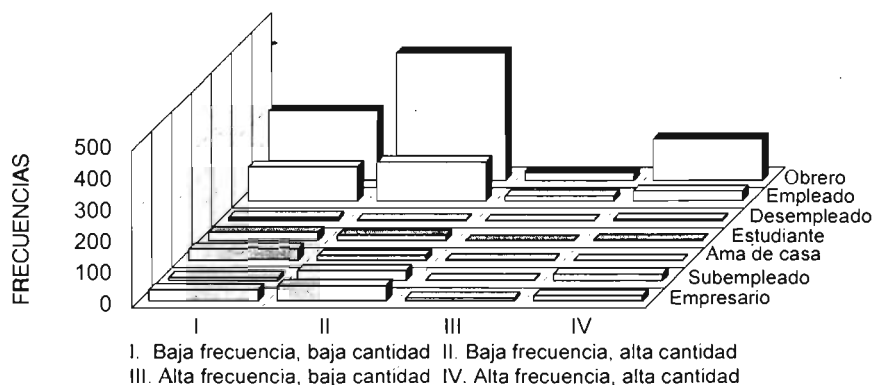


Cuadro 47

DISTRIBUCIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO POR OCUPACIÓN

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL					
OCUPACIÓN	Baja Frecuencia Baja Cantidad	Baja frecuencia Alta Cantidad	Alta Frecuencia Baja Cantidad	Alta Frecuencia Alta Cantidad	TOTAL
Prop./Maest./Empr %	36 32.6	49 43.7	10 8.9	17 14.8	112 8.1
Empleados %	107 38.7	122 44.1	16 5.7	31 11.4	276 20.0
Obreros %	223 28.2	411 52.1	26 3.2	130 16.5	790 57.4
Subempleados %	11 15.9	32 47.6	3 4.9	22 31.7	68 4.9
Ama de Casa %	38 67.6	16 27.9	2 2.9	1 1.5	56 4.1
Estudiantes %	28 56.7	18 36.7	- -	3 6.7	50 3.6
Desempleados %	12 48.3	4 17.2	2 10.3	6 24.1	24 1.7
TOTAL %	454 33.1	652 47.4	59 4.3	209 15.2	1375 100
$\chi^2 = 99.23$ $GL = 18$ $P < .001$					

GRÁFICA CUADRO 47

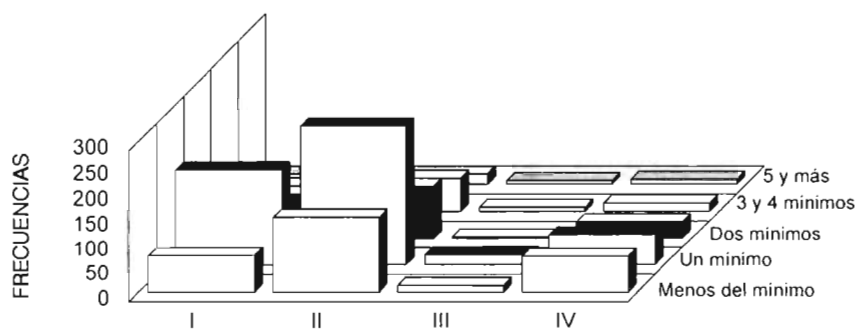


Cuadro 48

DISTRIBUCIÓN DEL PATRÓN DE CONSUMO POR INGRESOS

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL					
INGRESO	Baja Frecuencia Baja Cantidad	Baja frecuencia Alta Cantidad	Alta Frecuencia Baja Cantidad	Alta Frecuencia Alta Cantidad	TOTAL
Menos del mínimo	74	151	13	71	310
%	24.0	48.8	4.3	22.9	24.1
Un mínimo	190	276	21	62	550
%	34.6	50.3	3.8	11.3	42.6
Dos mínimos	89	104	4	34	232
%	38.6	45.0	1.8	14.6	18.0
3 y 4 mínimos	51	65	9	17	142
%	36.3	45.6	6.4	11.7	11.0
5 y más mínimos	20	20	7	10	56
%	35.3	35.3	11.8	17.6	4.4
TOTAL	425	617	54	194	1289
%	33.0	47.8	4.2	15.0	100
		$X^2 = 46.17$		GL = 12	$P <= .001$

GRÁFICA CUADRO 48



I. Baja frecuencia, baja cantidad II. Baja frecuencia, alta cantidad
 III. Alta frecuencia, baja cantidad IV. Alta frecuencia, alta cantidad

4.7.2 PROBLEMAS ASOCIADOS

En relación a la presencia de problemas asociados al consumo de alcohol en los últimos doce meses (donde se incluyen: problemas en sus relaciones personales, en el trabajo, con la policía u otras autoridades, en la salud física, y en la psicológica o bienestar mental), y las variables sociodemográficas (cuadros/gráficas 49-54); encontramos que de forma general destacó el reporte de problemas en las relaciones personales y en la salud física.

Al examinar esta información de acuerdo al sexo, observamos que en los hombres se reportaron mayormente estos problemas, junto con los del trabajo, la policía y en la salud psicológica; a diferencia de las mujeres donde se encontraron menores frecuencias de los mismos. Por edad destacaron los problemas en las relaciones personales y en la salud física, pero sobretodo en los rangos de 25-34 y 15-24 años. Similar situación se observó en el estado civil casado/unión libre y en los solteros donde se registraron mayores frecuencias. En cuanto a la escolaridad, estos mismos problemas prevalecieron en los niveles primaria y secundaria; lo mismo ocurrió en la ocupación obrero calificado/no calificado, el cual sobresalió muy por arriba del resto de las ocupaciones.

Por lo que se refiere al ingreso económico, observamos la misma tendencia en relación a los problemas reportados, aunque destacaron aquí los que obtuvieron un sueldo mínimo y seguidos en importancia por los que ganan menos del mínimo y por la categoría dos sueldos mínimos.

En algunos análisis de significancia estadística (X^2), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estos problemas y las variables sociodemográficas; en otros análisis la distribución no permitió aplicar el estadístico X^2 , debido a que se encontraban celdas con ausencia de valor y con frecuencias esperadas de cinco y menos, lo cual está indicado en cada caso.

Cuadro 49

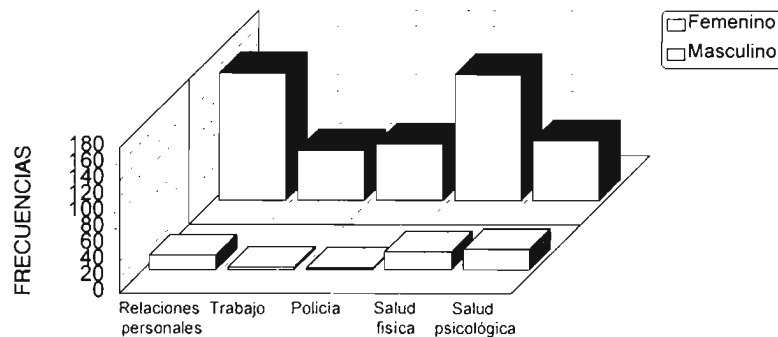
DISTRIBUCIÓN DE PROBLEMAS ASOCIADOS POR SEXO

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES																
Sexo	Relaciones Personales ¹			En el Trabajo ¹			Con la policía ¹			En la Salud Física*			En la Salud Psicológica ¹			
	Si	No	Total ³	Si	No	Total ³	Si	No	Total ³	Si	No	Total ³	Si	No	Total ³	
Masculino ²	158	36	194	62	19	81	70	22	91	156	46	202	74	14	89	
%	81.6	18.4	90	76.5	23.5	95.1	76.4	23.6	98.2	77.5	22.5	89.1	84.1	15.9	88.4	
Femenino ²	18	3	22	3	1	4	2	-	2	22	2	25	9	2	12	
%	84.6	15.4	10.0	80.0	20.0	4.9	100	-	1.8	90.0	10.0	10.9	78.6	21.4	11.6	
Total	176	39	215	65	20	85	71	22	93	179	48	227	84	17	100	
%	81.9	18.1	100	76.7	23.3	100	76.8	23.2	100	78.8	21.2	100	83.5	16.5	100	

* $X^2 = ns$ 1. La distribución no permitió aplicar X^2
 2 El porcentaje se obtuvo en relación de la presencia/ausencia del evento
 3. Porcentaje total en relación a la N

Nota: Misma situación se aplica en los siguientes cuadros

GRÁFICA CUADRO 49

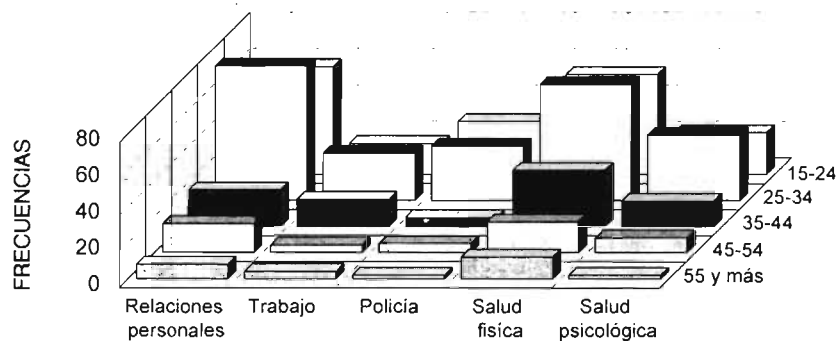


Cuadro 50

DISTRIBUCIÓN DE PROBLEMAS ASOCIADOS POR EDAD

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES																
Edad	Relaciones Personales ¹			En el Trabajo ¹			Con la policía ¹			En la Salud Física*			En la Salud Psicológica ¹			
	Si	No	Total ³	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	
15-24 ^c	59	15	74	17	2	18	29	7	36	55	13	69	23	4	27	
%	79.8	20.2	34.2	90.9	9.1	21.4	81.4	18.6	38.4	80.7	19.3	30.3	84.8	15.2	27.3	
25-34	74	12	85	26	11	36	30	10	40	64	19	83	36	9	45	
%	86.4	13.6	39.6	70.5	29.5	42.7	75.0	25.0	42.9	77.0	23.0	36.5	79.6	20.4	44.6	
35-44	20	6	26	15	4	19	5	2	7	31	7	39	14	2	17	
%	77.4	22.6	11.9	78.3	21.7	22.3	66.7	33.3	8.0	80.9	19.1	17.2	85.0	15.0	16.5	
45-54	16	6	22	4	3	7	5	2	7	17	7	23	8	-	8	
%	73.1	26.9	10.0	55.6	44.4	8.7	75.0	25.0	7.1	71.4	28.6	10.2	100	-	8.3	
55 y más	8	1	9	4	-	4	2	1	3	12	2	13	2	1	3	
%	90.9	9.1	4.2	100	-	4.9	75.0	25.0	3.6	87.5	12.5	5.8	75.0	25.0	3.3	
Total	176	39	215	65	20	85	71	22	93	179	48	227	84	17	100	
%	81.9	18.1	100	76.7	23.3	100	76.8	23.2	100	78.8	21.2	100	83.5	16.5	100	

GRÁFICA CUADRO 50

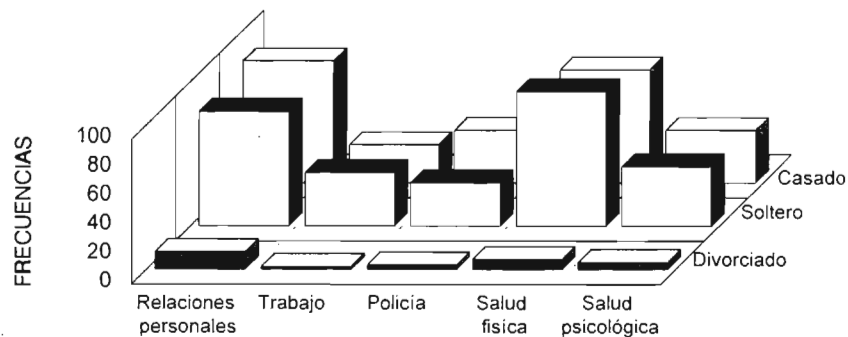


Cuadro 51

DISTRIBUCIÓN DE PROBLEMAS ASOCIADOS POR ESTADO CIVIL

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES															
Estado Civil	Relaciones Personales*			En el Trabajo ¹			Con la policía ¹			En la Salud Física*			En la Salud Psicológica ¹		
	Si	No	Total ³	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Casado ²	79	18	97	37	15	52	30	12	41	93	31	123	41	11	51
%	81.2	18.8	45.2	71.4	28.6	61.8	72.0	28.0	45.5	75.2	24.8	54.8	79.0	21.0	52.5
Soltero	84	17	102	26	4	30	36	9	46	78	16	94	36	5	41
%	82.9	17.1	47.5	86.1	13.9	35.3	80.0	20.0	50.0	83.2	16.8	41.5	87.8	12.2	41.5
Divorciado	12	3	16	2	1	2	3	1	4	7	2	8	5	1	6
%	78.9	21.1	7.3	66.7	33.3	2.9	80.0	20.0	4.5	80.0	20.0	3.7	85.7	14.3	5.9
Total	175	39	214	62	20	84	70	22	91	177	48	225	81	17	98
%	81.9	18.1	100	76.5	23.5	100	76.4	23.6	100	78.7	21.3	22.5	83.1	16.9	100

GRÁFICA CUADRO 51

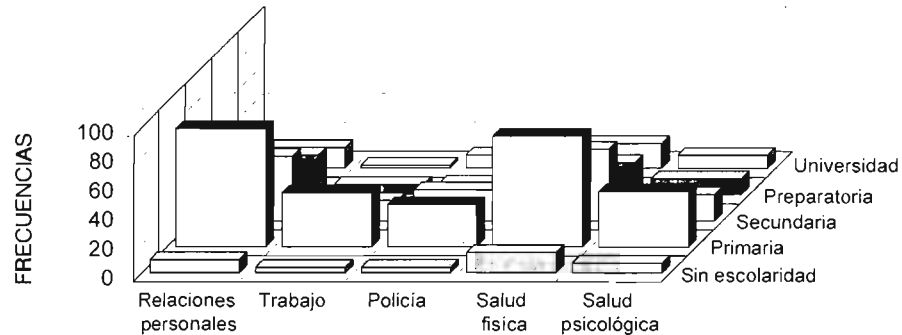


Cuadro 52

DISTRIBUCIÓN DE PROBLEMAS ASOCIADOS POR ESCOLARIDAD

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES																
Escolaridad	Relaciones Personales*			En el Trabajo ¹			Con la policia ¹			En la Salud Física ¹			En la Salud Psicológica ¹			
	Si	No	Total ³	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	
Sin Escolaridad ²	9	2	11	4	1	5	4	-	4	14	3	17	7	-	7	
%	84.6	15.4	5.0	83.3	16.7	5.9	100	-	4.5	81.0	19.0	7.7	100	-	6.7	
Primaria	81	20	101	37	7	45	29	11	40	76	24	100	38	7	45	
%	80.3	19.7	47.3	83.3	16.7	53.5	72.9	27.1	42.9	76.0	24.0	44.5	85.2	14.8	45.0	
Secundaria	44	10	54	14	10	24	21	8	29	49	15	64	18	7	25	
%	81.5	18.5	25.2	58.6	41.4	28.7	71.4	28.6	31.3	76.6	23.4	28.3	73.3	26.7	25.0	
Preparatoria	27	4	31	7	-	7	8	2	10	22	2	23	11	-	11	
%	86.8	13.2	14.7	100	-	7.9	83.3	16.7	10.7	92.9	7.1	10.3	100	-	10.8	
Universidad	14	2	17	2	1	3	9	1	10	17	4	21	9	3	12	
%	85.0	15.0	7.8	75.0	25.0	4.0	91.7	8.3	10.7	80.0	20.0	9.2	73.3	26.7	12.5	
Total	175	38	214	65	19	84	71	22	93	177	48	225	83	17	99	
%	82.2	17.8	100	77.2	22.8	100	76.8	23.2	100	78.7	21.3	100	83.3	16.7	100	

GRÁFICA CUADRO 52

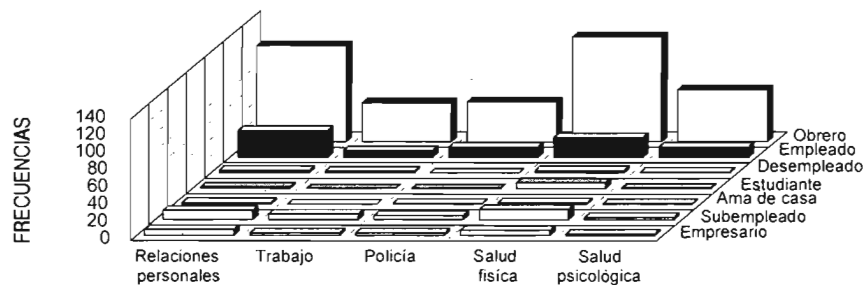


Cuadro 53

DISTRIBUCIÓN DE PROBLEMAS ASOCIADOS POR OCUPACIÓN

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ULTIMOS DOCE MESES															
Ocupación	Relaciones Personales ¹			En el Trabajo ²			Con la policía ¹			En la Salud Física ¹			En la Salud Psicológica ¹		
	Si	No	Total ³	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Empresario ²	7	2	9	3	1	4	3	3	7	6	3	9	2	2	5
%	81.8	18.2	4.4	80.0	20.0	4.9	50.0	50.0	7.4	63.6	36.4	4.1	50.0	50.0	5.1
Empleado	31	2	33	8	2	11	12	1	13	23	2	26	12	1	13
%	92.5	7.5	16.1	76.9	23.1	12.7	93.8	6.3	14.8	90.3	9.7	11.6	93.8	6.3	13.6
Obrero	111	31	142	45	16	60	46	17	63	121	37	158	60	12	73
%	78.4	21.6	68.7	74.0	26.0	71.6	73.7	26.3	70.4	76.4	23.6	71.5	83.0	17.0	74.6
Subempleado	11	1	12	7	-	7	5	1	6	12	2	13	3	-	3
%	92.9	7.1	5.6	100	-	7.8	85.7	14.3	6.5	87.5	12.5	6.0	100	-	3.4
Ama de casa	2	2	4	-	-	-	1	-	1	2	1	3	1	-	1
%	60.0	40.0	2.0	-	-	-	100	-	.9	75.0	25.0	1.5	100	-	.8
Estudiante	2	-	2	-	-	-	-	-	-	7	-	7	1	-	1
%	100	-	1.2	-	-	-	-	-	-	100	-	3.4	100	-	.8
Desempleado	3	1	4	2	1	2	-	-	-	3	1	4	1	1	2
%	80.0	20.0	2.0	66.7	33.3	2.9	-	-	-	80.0	20.0	1.9	50.0	50.0	1.7
Total	168	38	206	65	20	84	68	22	89	175	46	221	81	17	98
%	81.5	18.5	100	76.5	23.5	100	75.9	24.1	100	79.0	21.0	100	83.0	16.9	100

GRÁFICA CUADRO 53

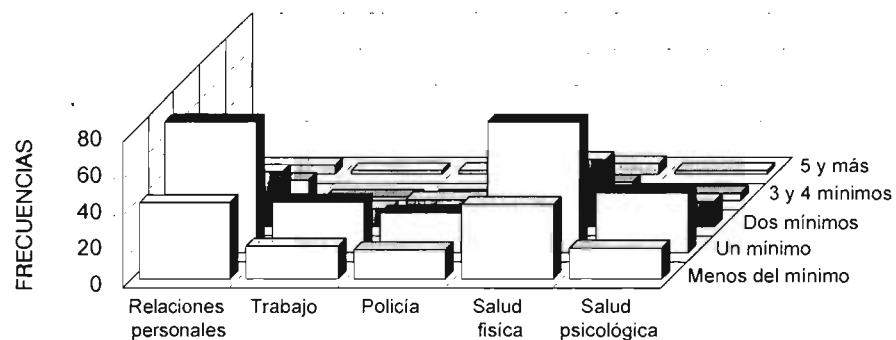


Cuadro 54

DISTRIBUCIÓN DE PROBLEMAS ASOCIADOS POR INGRESO

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL, ÚLTIMOS DOCE MESES															
Ingreso	Relaciones Personales ¹			En el Trabajo ¹			Con la policía ¹			En la Salud Física ¹			En la Salud Psicológica ¹		
	Si	No	Total ³	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Menos del mínimo	42	12	55	18	4	22	16	2	18	41	17	59	17	3	20
%	77.3	22.7	27.8	81.5	18.5	28.4	86.4	13.6	23.9	70.4	29.6	27.6	83.3	16.7	23.1
Un mínimo	72	17	89	28	7	35	22	11	33	72	18	90	33	8	41
%	80.6	19.4	45.6	81.0	19.0	44.2	67.5	32.5	43.5	79.8	20.2	42.4	80.0	20.0	48.1
Dos mínimos	30	3	33	10	5	15	15	5	20	37	7	44	14	1	15
%	90.0	10.0	16.9	66.7	33.3	18.9	75.0	25.0	26.1	84.9	15.1	20.6	94.4	5.6	17.3
3-4 mínimos	11	2	13	2	2	4	2	2	3	10	2	12	4	3	7
%	81.3	18.8	6.8	60.0	40.0	5.3	50.0	50.0	4.3	80.0	20.0	5.8	55.6	44.4	8.7
5 y más mínimos	5	1	6	2	1	2	2	-	2	6	2	7	2	-	2
%	85.7	14.3	3.0	66.7	33.3	3.2	100	-	2.2	77.8	22.2	3.5	100	-	2.9
Total	160	36	196	60	18	79	56	20	76	166	46	213	70	16	86
%	81.4	18.6	100	76.8	23.2	100	73.9	26.1	100	78.2	21.8	100	81.7	18.3	100

GRÁFICA CUADRO 54



4.7.3 DIFICULTADES ASOCIADAS

En el contexto de los problemas asociados al consumo de alcohol en los últimos doce meses, también se investigó la presencia de las siguientes dificultades: el haber tenido discusiones con la familia u otras personas cercanas, el haber tenido problemas en el trabajo - específicamente haber faltado al trabajo o cometer errores -, comentarios de algún doctor a su forma de beber, haber sido arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol - ebrio o tomado -, y el haber sido arrestado por la policía a consecuencia de beber o embriagarse en la calle (cuadros/gráficas 55-60). Aquí se observó que de manera general, sobresalió el reporte de haber tenido discusiones familiares, comentarios de algún doctor sobre la forma de beber, y el haber sido arrestado por beber o embriagarse en la calle.

En cuanto a las variables sociodemográficas, encontramos que en relación al sexo, los hombres refirieron haber presentado todas estas dificultades y muy por arriba de las mujeres, con diferencias estadísticamente significativas (X^2) en todas las dificultades; asimismo, sobresalieron en ellos, las discusiones familiares (23%), los comentarios de algún doctor (9.4%), y el ser arrestado por beber o embriagarse en la calle (8.7%). El reporte de estas mismas dificultades, sobresalió en los rangos de edad de 25-34 (23.7%, 9.6%, 10.2%), 35-44 (20.9%, 12.1%, 2.8%), y de 15-24 (16.0%, 4.2%, 6.5%); donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas (X^2), a excepción de la dificultad ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol. Por lo que se refiere al estado civil y la escolaridad, se observó la misma tendencia en los problemas reportados, pero principalmente en las categorías de casado/unión libre (20.1%, 10.5%, 6.3%), y solteros (19.4%, 5.8%, 8.4%), con diferencia significativas (X^2) en dificultades en el trabajo, comentarios de algún doctor y ser arrestado por beber o embriagarse en la calle. En los niveles de escolaridad primaria (25.4%, 10.6%, 8.4%) y secundaria (20.3%, 7.6%, 10.6%) destacaron las mismas dificultades, encontrando diferencias significativas en casi toda las dificultades, a excepción de ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol.

La ocupación mostró una tendencia similar, lo cual es mas evidente en los obreros calificados/no calificados (22.0%, 10.5%, 8.6%), donde se reportaron todas las dificultades, y muy por encima de las otras categorías, y seguido en menor frecuencia por los empleados (16.5%, 5.1%, 4.3%): De la misma forma, encontramos diferencias significativas (X^2) en las dificultades estudiadas, excepto en ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol. Finalmente, observamos que en ingreso económico, aquellos que obtienen un sueldo mínimo (19.3%, 10.1%, 7.2%), menos del mínimo (21.8%, 9.0%, 10.2%), y los de dos sueldos mínimos destacan en orden de importancia las discusiones familiares, los comentarios del algún doctor, y el ser arrestado por beber o embriagarse en la calle, siendo en éste último donde se encuentran diferencias estadísticamente significativas (X^2). Asimismo, en la variable ocupación en tres de las dificultades estudiadas no fue posible obtener la X^2 dada su distribución.

Cuadro 55

DISTRIBUCIÓN DE DIFICULTADES ASOCIADAS POR SEXO

DIFICULTADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES															
Sexo	Discusiones Familiares o con personas cercanas			Problemas en el trabajo			Comentarios de algún doctor a su forma de beber			Ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol			Ser arrestado por beber o embriagarse en la calle		
	Sí	No	Total ¹	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Masculino ²	285	953	1238	106	1128	1234	116	1121	1237	42	1193	1235	108	1124	1232
%	23.0	77.0	79.4	8.6	91.4	79.3	9.4	90.6	79.3	3.4	96.6	79.3	8.7	91.3	79.3
Femenino	22	300	322	4	318	322	12	310	322	1	321	322	1	321	322
%	6.7	93.3	20.6	1.3	98.7	20.7	3.9	96.1	20.7	.3	99.7	20.7	.3	99.7	20.7
Total	306	1254	1560	110	1446	1556	128	1430	1558	43	1514	1557	108	1445	1553
%	19.6	80.4	100	7.1	92.9	100	8.2	91.8	100	2.8	97.2	100	7.0	93.0	100
	$X^2=43.09$ $P<=.001$			$X^2=20.69$ $P<=.001$			$X^2=10.28$ $P<=.001$			$X^2=9.49$ $P<=.002$			$X^2=28.26$ $P<=.001$		

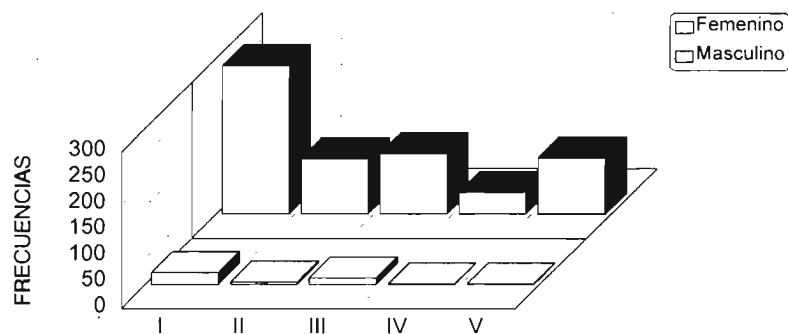
1. La distribución no permitió aplicar X^2

2 El porcentaje se obtuvo en relación de la presencia/ausencia del evento

3. Porcentaje total en relación a la N

Nota: Misma situación se aplica en los siguientes cuadros

GRÁFICA CUADRO 55

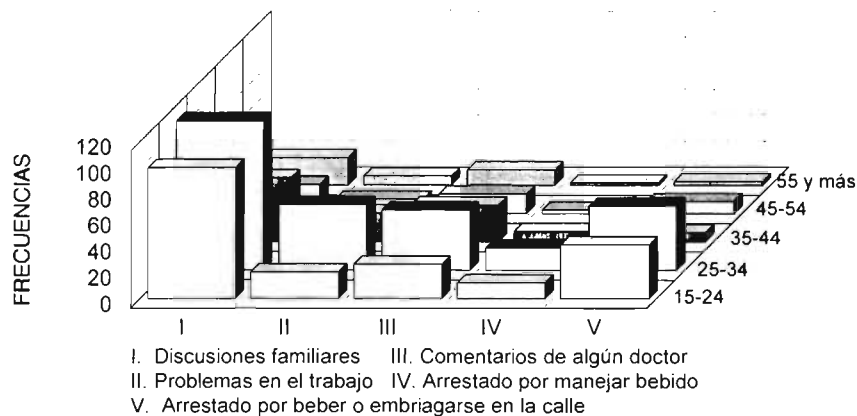


- I. Discusiones familiares III. Comentarios de algún doctor
 II. Problemas en el trabajo IV. Arrestado por manejar bebido
 V. Arrestado por beber o embriagarse en la calle

DISTRIBUCIÓN DE DIFICULTADES ASOCIADAS POR EDAD

DIFICULTADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL, ÚLTIMOS DOCE MESES															
Edad	Discusiones Familiares o con personas cercanas			Problemas en el trabajo			Comentarios de algún doctor a su forma de beber			Ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol			Ser arrestado por beber o embriagarse en la calle		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
15-24	100	524	624	20	603	623	26	597	623	12	611	623	41	581	622
%	16.0	84.0	40.0	3.2	96.8	40.1	4.2	95.8	40.0	2.0	98.0	40.0	6.5	93.5	40.0
25-34	114	367	482	50	430	480	46	435	481	17	462	479	49	429	478
%	23.7	76.3	30.9	10.5	89.5	30.9	9.6	90.4	30.9	3.6	96.4	30.8	10.2	89.8	30.7
35-44	49	185	233	22	212	233	28	205	233	8	225	233	7	227	233
%	20.9	79.1	15.0	9.2	90.8	15.0	12.1	87.9	15.0	3.5	96.5	15.0	2.8	97.2	15.0
45-54	22	103	125	11	113	124	15	110	125	3	122	125	9	116	125
%	17.9	82.1	8.0	8.7	91.3	8.0	11.9	88.1	8.0	2.6	97.4	8.0	7.3	92.7	8.0
55 y más	21	75	96	7	88	95	12	84	96	2	94	96	3	93	96
%	21.6	78.4	6.2	7.8	92.2	6.1	12.9	87.1	6.2	1.7	98.3	6.2	3.4	96.6	6.2
Total	306	1254	1560	110	1446	1556	128	1430	1558	43	1514	1557	108	1445	1553
%	19.6	80.4	100	7.1	92.9	100	8.2	91.8	100	2.8	97.2	100	7.0	93.0	100
	$\chi^2 = 10.87 \quad P < .02$			$\chi^2 = 25.17 \quad P < .001$			$\chi^2 = 23.92 \quad P < .001$			$\chi^2 = ns$			$\chi^2 = 15.97 \quad P < .003$		

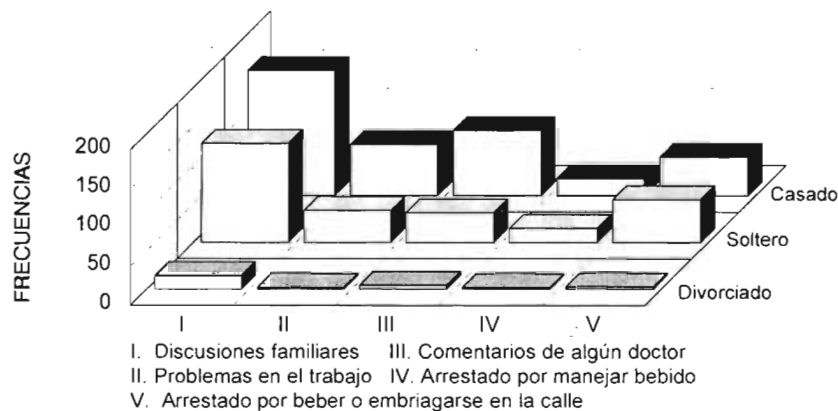
GRÁFICA CUADRO 56



DISTRIBUCIÓN DE DIFICULTADES ASOCIADAS POR ESTADO CIVIL

DIFICULTADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES															
Estado Civil	Discusiones Familiares o con personas cercanas			Problemas en el trabajo			Comentarios de algún doctor a su forma de beber			Ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol			Ser arrestado por beber o embriagarse en la calle		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Casado	162	646	808	66	739	805	84	723	807	22	785	807	50	755	805
%	20.1	79.9	51.8	8.2	91.8	51.8	10.5	89.5	51.8	2.8	97.2	51.9	6.3	93.7	51.9
Soltero	127	527	654	41	612	652	38	615	653	18	633	651	55	596	651
%	19.4	80.6	42.0	6.2	93.8	42.0	5.8	94.2	41.9	2.8	97.2	41.9	8.4	91.6	41.9
Divorciado	17	80	97	2	94	97	5	92	97	2	95	97	3	93	96
%	17.1	82.9	6.2	2.6	97.4	6.2	5.1	94.9	6.2	1.7	98.3	6.2	3.4	96.6	6.2
Total	305	1253	1558	109	1445	1554	127	1429	1557	42	1513	1555	108	1443	1552
%	19.6	80.4	100	7.0	93.0	100	8.2	91.8	100	2.7	97.3	100	7.0	93.0	100
	$\chi^2 = ns$			$\chi^2 = 5.63 \quad P < .06$			$\chi^2 = 11587 \quad P < .003$			$\chi^2 = ns$			$\chi^2 = 4.47 \quad P < .10$		

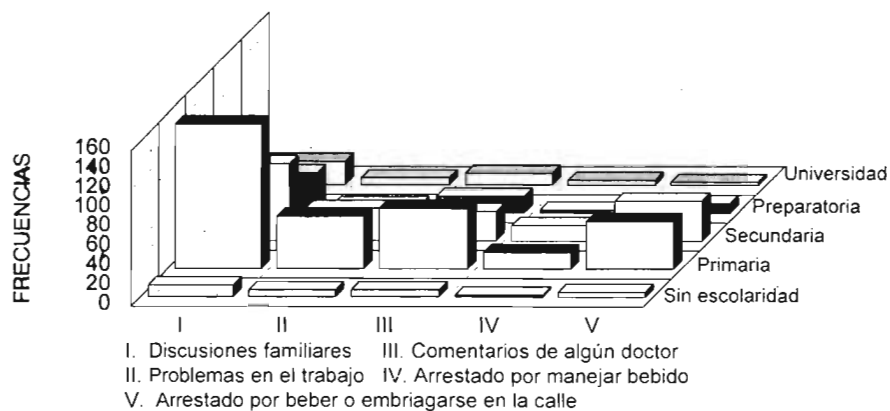
GRÁFICA CUADRO 57



DISTRIBUCIÓN DE DIFICULTADES ASOCIADAS POR ESCOLARIDAD

DIFICULTADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES															
Escolaridad	Discusiones Familiares o con personas cercanas			Problemas en el trabajo			Comentarios de algún doctor a su forma de beber			Ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol			Ser arrestado por beber o embriagarse en la calle		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Sin Escolaridad	12	65	77	7	70	77	7	70	77	2	75	77	5	72	77
%	16.1	83.9	4.9	9.7	90.3	5.0	9.7	90.3	5.0	2.2	97.8	5.0	6.5	93.5	5.0
Primaria	149	437	586	54	531	584	62	523	585	17	569	585	49	535	583
%	25.4	74.6	37.7	9.2	90.8	37.7	10.6	89.4	37.6	2.8	97.2	37.7	8.4	91.6	37.7
Secundaria	79	312	391	33	358	391	30	362	391	16	376	391	41	350	391
%	20.3	79.7	25.2	8.5	91.5	25.2	7.6	92.4	25.2	4.0	96.0	25.2	10.6	89.4	25.3
Preparatoria	41	233	274	8	265	273	17	257	273	3	270	273	10	262	271
%	14.8	85.2	17.6	3.0	97.0	17.6	6.1	93.9	17.6	1.2	98.8	17.6	3.7	96.3	17.5
Universidad	24	204	228	7	219	226	12	216	228	5	221	226	3	223	226
%	10.5	89.5	14.6	2.9	97.1	14.6	5.1	94.9	14.6	2.2	97.8	14.6	1.5	98.5	14.6
Total	305	1251	1556	109	1443	1552	127	1427	1554	42	1510	1553	108	1441	1549
%	19.6	80.4	100	7.0	93.0	100	8.2	91.8	100	2.7	97.3	100	7.0	93.0	100
	$\chi^2 = 29.12 \quad P <= .001$			$\chi^2 = 18.75 \quad P <= .001$			$\chi^2 = 9.49 \quad P <= .04$			$\chi^2 = ns$			$\chi^2 = 24.67 \quad P <= .001$		

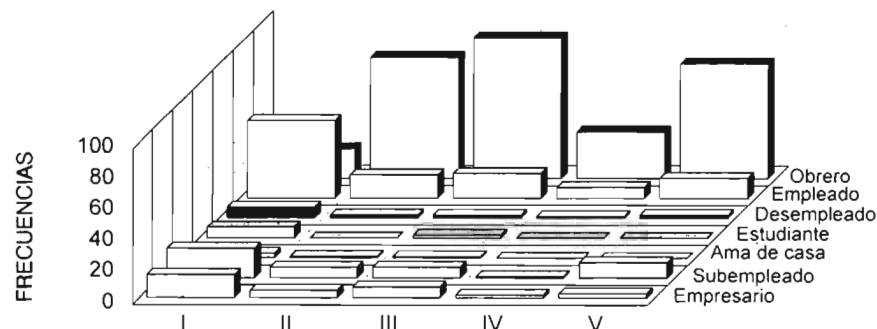
GRÁFICA CUADRO 58



DISTRIBUCIÓN DE DIFICULTADES ASOCIADAS POR OCUPACIÓN
DIFICULTADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES

Ocupación	Discusiones Familiares o con personas cercanas			Problemas en el trabajo ¹			Comentarios de algún doctor a su forma de beber			Ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol ¹			Ser arrestado por beber o embriagarse en la calle ¹		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Empresario	15	110	125	5	120	125	7	118	125	2	122	123	3	120	123
%	11.9	88.1	8.2	4.0	96.0	8.2	5.3	94.7	8.2	1.3	98.7	8.1	2.7	97.3	8.2
Empleado	50	225	305	15	289	304	16	290	305	7	298	305	13	292	305
%	16.5	83.5	20.1	4.9	95.1	20.0	5.1	94.9	20.1	2.4	97.6	20.1	4.3	95.7	20.2
Obrero	190	675	866	78	786	864	91	774	865	30	835	865	74	787	862
%	22.0	78.0	57.0	9.0	91.0	57.0	10.5	89.5	57.0	3.4	96.6	57.0	8.6	91.4	56.9
Subempleado	19	56	75	7	69	75	7	68	75	1	74	75	10	65	75
%	25.3	74.7	5.0	8.8	91.2	5.0	9.9	90.1	5.0	1.1	98.9	5.0	13.2	86.8	5.0
Ama de casa	3	61	65	1	64	65	1	64	65	-	65	65	-	65	65
%	5.1	94.9	4.2	1.3	98.7	4.3	1.3	98.7	4.3	-	100	4.3	-	100	4.3
Estudiante	7	47	55	-	54	54	2	52	54	-	54	54	-	54	54
%	13.6	86.4	3.6	-	100	3.5	3.1	96.9	3.5	-	100	3.5	-	100	3.6
Desempleado	8	21	29	2	26	29	2	26	29	1	28	29	2	26	29
%	28.6	71.4	1.9	8.6	91.4	1.9	8.6	91.4	1.9	2.9	97.1	1.9	8.6	91.4	1.9
Total	294	1226	1520	108	1408	1515	126	1392	1518	41	1476	1516	103	1409	1513
%	19.3	80.7	100	7.1	92.9	100	8.3	91.7	100	2.7	97.3	100	6.8	93.2	100
	$\chi^2=22.63$ P<=.001						$\chi^2=17.47$ P<=.007								

GRÁFICA CUADRO 59

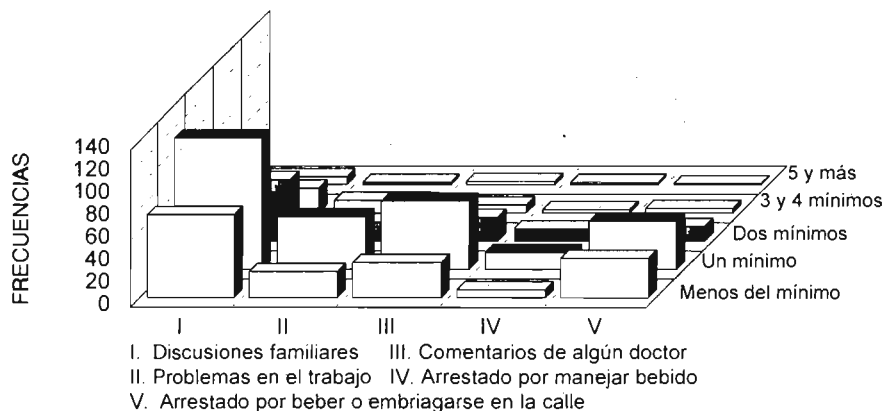


- I. Discusiones familiares III. Comentarios de algún doctor
 II. Problemas en el trabajo IV. Arrestado por manejar bebido
 V. Arrestado por beber o embriagarse en la calle

DISTRIBUCIÓN DE DIFICULTADES ASOCIADAS POR INGRESO

DIFICULTADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES																
Ingreso	Discusiones Familiares o con personas cercanas			Problemas en el trabajo			Comentarios de algún doctor a su forma de beber			Ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol			Ser arrestado por beber o embriagarse en la calle			
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	
Menos del mínimo %	74 21.8	267 78.2	341 24.1	23 6.8	317 93.2	340 24.0	31 9.0	310 91.0	341 24.1	7 2.2	334 97.8	341 24.1	35 10.2	305 89.8	340 24.1	
Un mínimo %	117 19.3	487 80.7	604 42.6	47 7.8	557 92.2	604 42.7	61 10.1	543 89.9	604 42.6	15 2.5	588 97.5	603 42.6	43 7.2	558 92.8	601 42.6	
Dos mínimos %	55 21.4	204 78.6	259 18.3	17 6.4	243 93.6	259 18.3	21 8.0	238 92.0	259 18.3	11 4.2	248 95.8	259 18.3	13 5.1	246 94.9	259 18.3	
3-4 mínimos %	22 14.1	131 85.9	152 10.7	11 7.2	139 92.8	150 10.6	7 4.4	145 95.6	151 10.7	3 2.2	148 97.8	151 10.7	4 2.7	146 97.3	151 10.7	
5 y más mínimos %	7 12.2	54 87.8	61 4.3	2 4.1	59 95.9	61 4.3	3 5.4	58 94.6	61 4.3	2 2.7	60 97.3	61 4.3	1 1.4	60 98.6	61 4.3	
Total %	276 19.4	1142 80.6	1418 100	100 7.1	1314 92.9	1414 100	122 8.6	1294 91.4	1417 100	38 2.7	1377 97.3	1415 100	96 6.8	1316 93.2	1412 100	
	X ² = ns			X ² = ns			X ² = ns			X ² = ns			X ² = 14.33 P<= .006			

GRÁFICA CUADRO 60



4.7.4 OTROS INCIDENTES ASOCIADOS

Dentro del reporte de problemas asociados al consumo de alcohol, se investigaron otros incidentes que podrían haberse presentado relacionados a su ingestión, en los doce meses previos a la entrevista. En éste sentido, se consideraron los siguientes incidentes: haber tenido un accidente de tránsito al manejar, haber tenido otro tipo de accidente donde resultara herido o lesionado, haber sido arrestado por algún otro motivo (excluyendo manejar en estado de ebriedad o por beber en la vía publica), y el haberse visto implicado en cualquier otro accidente al estar bebiendo (cuadros/gráficas 61-66).

En relación al sexo, se observó la misma tendencia mostrada en los análisis anteriores, donde los pacientes del sexo masculino reportaron haber presentado mas incidentes que las mujeres; destacando de manera general el haber tenido otro tipo de accidente donde resultara herido o lesionado, y el haberse visto implicado en cualquier otro accidente al estar bebiendo, este último con diferencias estadísticamente significativas ($X^2=10.31$ $P<=.001$).

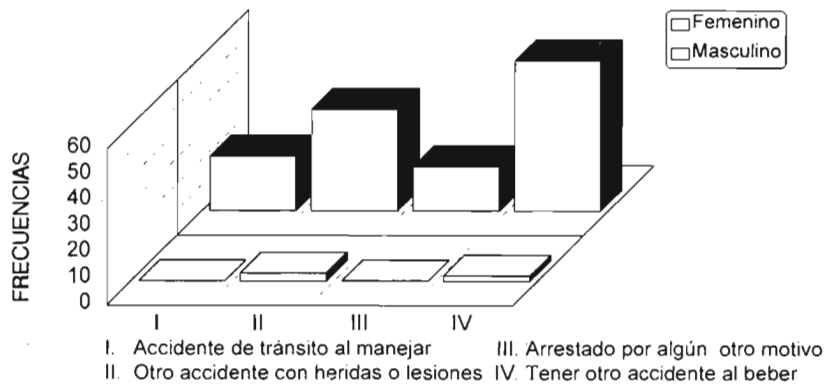
Al igual que en sexo, se encontró que destacó el haber tenido otro tipo de accidente con heridas y lesiones, y el tener otro accidente al estar bebiendo en las otras variables sociodemográficas. En el caso de la edad destacaron estos eventos en los rangos de 15 a 24 y 25-34 años. Tendencia similar se observó en los solteros y casados, lo cual ocurrió también en los niveles de escolaridad primaria y secundaria. En ocupación se encontró similar tendencia pero de forma por demás importante en los obreros calificados/no calificados. Por lo que se refiere al ingreso económico también destacaron aquellos que obtuvieron un sueldo mínimo, menos del mínimo y dos sueldos mínimos, sobre todo en los eventos tener otro accidente al beber, y el haber tenido otro accidente con heridas o lesiones.

Cuadro 61

DISTRIBUCIÓN DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS POR SEXO

OCURRENCIA DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS AL ALCOHOL												
Sexo	Accidente de tránsito al manejar			Otro accidente con heridas o lesiones			Ser arrestado por algún otro motivo			Tener otro accidente al estar bebiendo		
	Si	No	Total ¹	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Masculino	21	44	65	39	75	114	17	32	50	58	116	1224
%	32.1	67.9	94.0	34.1	65.9	85.2	35.0	65.0	96.8	4.7	95.3	79.6
Femenino	-	4	4	3	17	20	-	2	2	2	312	315
%	-	100	6.0	16.7	83.3	14.8	-	100	3.2	.8	99.2	20.4
Total	21	48	69	42	92	134	17	34	51	60	1478	1539
%	30.1	69.9	100	31.5	68.5	100	33.9	66.1	100	3.9	96.1	100
			1. El porcentaje se obtuvo en relación a la presencia/ausencia del evento				2. Porcentaje total en relación a la N			$X^2= 10.31$ $P < .001$		

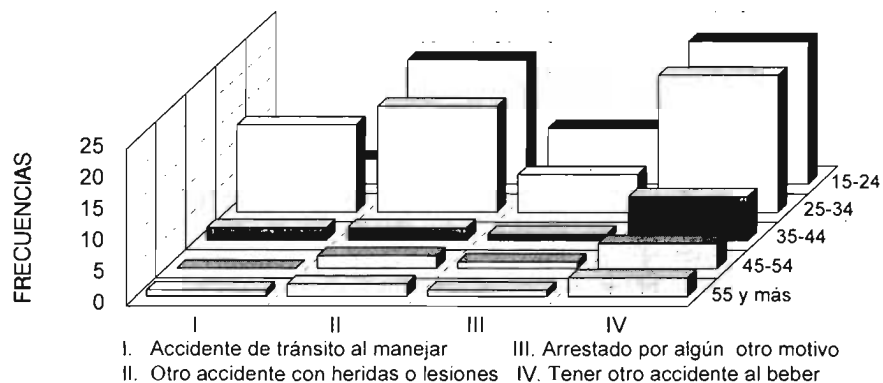
GRÁFICA CUADRO 61



DISTRIBUCIÓN DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS POR EDAD

Edad	OCURENCIA DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS AL ALCOHOL											
	Accidente de tránsito al manejar			Otro accidente con heridas o lesiones			Ser arrestado por algún otro motivo			Tener otro accidente al estar bebiendo		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
15-24	4	20	24	20	43	63	9	17	26	23	594	617
%	17.2	82.8	34.9	31.6	68.4	46.9	34.4	65.6	51.6	3.8	96.2	40.1
25-34	14	17	31	17	26	42	6	12	18	22	451	473
%	45.9	54.1	44.6	39.2	60.8	31.5	31.8	68.2	35.5	4.7	95.3	30.8
35-44	2	7	8	2	17	19	1	3	4	7	222	229
%	20.0	80.0	12.0	13.0	87.0	14.2	20.0	80.0	8.1	3.2	96.8	14.9
45-54	-	5	5	2	5	7	1	1	2	4	122	126
%	-	100	7.2	25.0	75.0	4.9	50.0	50.0	3.2	3.3	96.7	8.2
55 y más	1	-	1	2	2	3	1	-	1	3	89	93
%	100	-	1.2	50.0	50.0	2.5	100	-	1.6	3.6	96.4	6.0
Total	21	48	69	42	92	134	17	34	51	60	1478	1539
%	30.1	69.9	100	31.5	68.5	100	33.9	66.1	100	3.9	96.1	100

GRÁFICA CUADRO 62

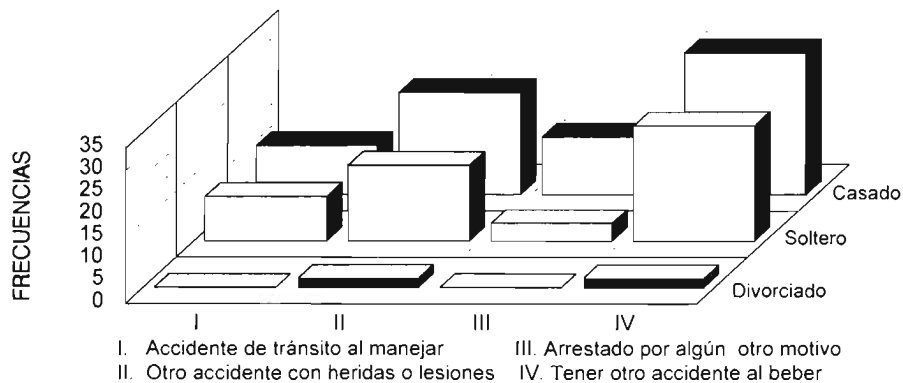


Cuadro 63

DISTRIBUCIÓN DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS POR ESTADO CIVIL

OCURRENCIA DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS AL ALCOHOL												
Estado Civil	Accidente de tránsito al manejar			Otro accidente con heridas o lesiones			Ser arrestado por algún otro motivo			Tener otro accidente al estar bebiendo		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Casado	10	25	35	17	43	60	4	15	19	26	768	794
%	28.6	71.4	50.6	27.8	72.2	44.4	21.7	78.3	37.1	3.2	96.8	51.6
Soltero	11	22	32	23	43	66	13	17	31	32	615	647
%	33.3	66.7	47.0	35.0	65.0	49.4	43.2	56.8	59.7	5.0	95.0	42.1
Divorciado	-	2	2	2	6	8	-	2	2	2	94	96
%	-	100	2.4	30.0	70.0	6.2	-	100	3.2	2.6	97.4	6.2
Total	21	48	69	42	92	134	17	34	51	60	1477	1537
%	30.1	69.9	100	31.5	68.5	100	33.9	66.1	100	3.9	96.1	100

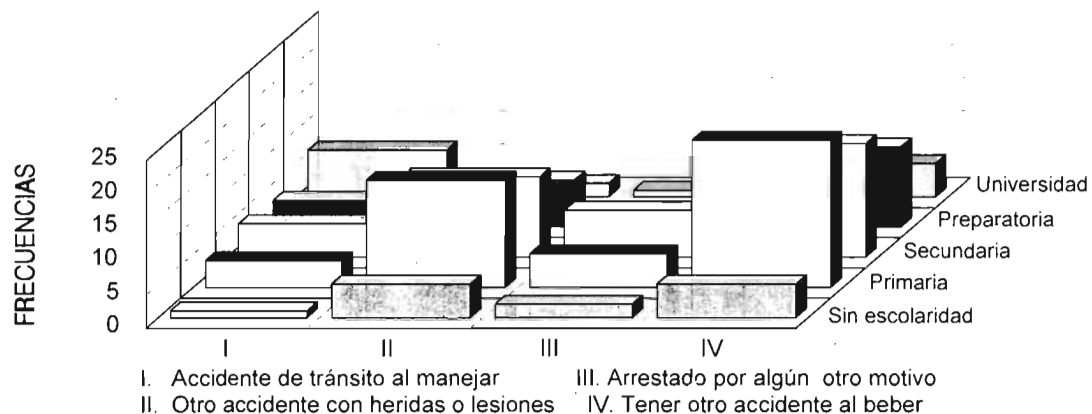
GRÁFICA CUADRO 63



Cuadro 64

DISTRIBUCIÓN DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS POR ESCOLARIDAD												
OCURRENCIA DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS AL ALCOHOL												
Escolaridad	Accidente de tránsito al manejar			Otro accidente con heridas o lesiones			Ser arrestado por algún otro motivo			Tener otro accidente al estar bebiendo		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Sin Escolaridad	1	-	1	5	4	9	2	1	2	5	71	76
%	100	-	1.2	54.5	45.5	6.8	66.7	33.3	4.8	6.5	93.5	5.0
Primaria	4	14	18	16	41	57	5	6	11	22	556	579
%	22.7	77.3	26.5	27.5	72.5	42.6	46.2	53.8	21.0	3.9	96.1	37.7
Secundaria	5	12	17	12	17	29	7	16	23	17	368	385
%	30.0	70.0	24.1	40.0	60.0	21.6	32.1	67.9	45.2	4.3	95.7	25.1
Preparatoria	4	11	15	7	21	28	2	6	8	12	260	271
%	27.8	72.2	21.7	26.5	73.5	21.0	30.0	70.0	16.1	4.3	95.7	17.7
Universidad	7	12	18	2	8	11	1	6	7	5	219	224
%	36.4	63.6	26.5	23.1	76.9	8.0	12.5	87.5	12.9	2.2	97.8	14.6
Total	21	48	69	42	92	134	17	34	51	60	1475	1535
%	30.1	69.9	100	31.5	68.5	100	33.9	66.1	100	3.9	96.1	100

GRÁFICA CUADRO 64

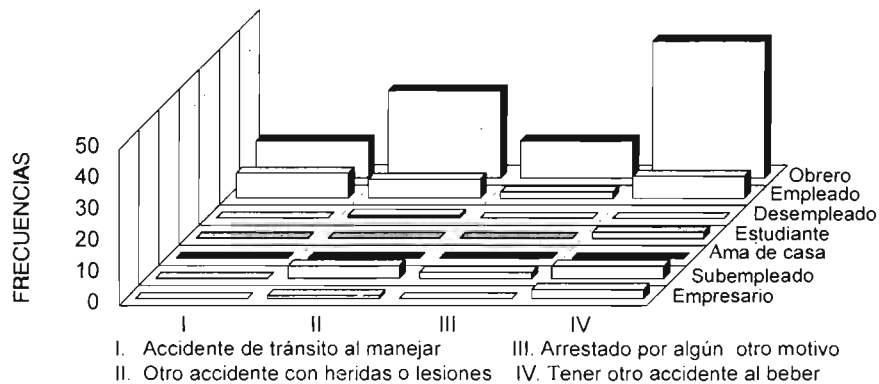


Cuadro 65

DISTRIBUCIÓN DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS POR OCUPACIÓN

Ocupación	OCURRENCIA DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS AL ALCOHOL											
	Accidente de tránsito al manejar			Otro accidente con heridas o lesiones			Ser arrestado por algún otro motivo			Tener otro accidente al estar bebiendo		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Empresario	-	7	7	1	3	4	-	2	2	3	120	123
%	-	100	9.6	20.0	80.0	3.2	-	100	5.1	2.7	97.3	8.2
Empleado	8	12	20	6	17	23	2	8	10	7	297	304
%	41.7	58.3	28.9	25.0	75.0	17.7	16.7	83.3	20.3	2.2	97.8	20.3
Obrero	12	27	40	28	59	87	12	16	28	44	810	854
%	31.2	68.8	57.8	32.4	67.6	66.5	44.1	55.9	57.6	5.1	94.9	57.0
Subempleado	-	-	-	4	7	12	2	5	7	4	71	75
%	-	-	-	35.7	64.3	8.9	25.0	75.0	13.6	5.5	94.5	5.0
Ama de casa	-	-	-	-	3	3	-	1	1	-	61	61
%	-	-	-	-	100	2.5	-	100	1.7	-	100	4.1
Estudiante	-	2	2	-	-	-	-	1	1	2	50	52
%	-	100	3.6	-	-	-	-	100	1.7	3.2	96.8	3.5
Desempleado	-	-	-	1	1	2	-	-	-	-	28	28
%	-	-	-	50.0	50.0	1.3	-	-	-	-	100	1.9
Total	21	48	69	40	91	131	16	33	49	60	1438	1498
%	30.1	69.9	100	30.4	69.6	100	32.2	67.8	100	4.0	96.0	100

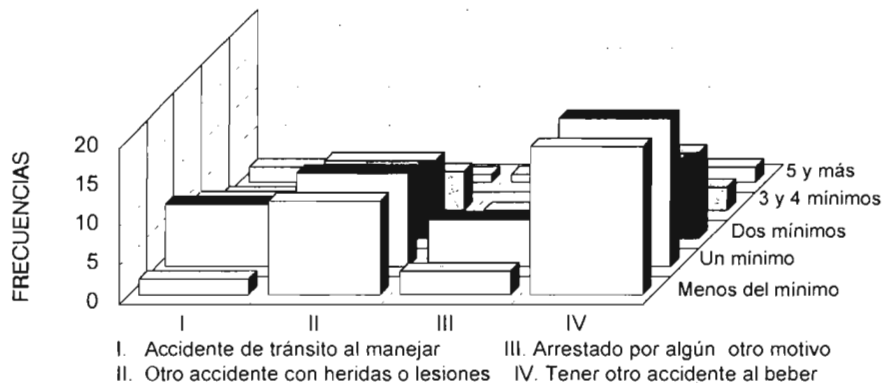
GRÁFICA CUADRO 65



DISTRIBUCIÓN DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS POR INGRESO

Ingreso	Accidente de tránsito al manejar			Otro accidente con heridas o lesiones			Ser arrestado por algún otro motivo			Tener otro accidente al estar bebiendo		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Menos del mínimo	2	4	7	12	19	31	3	6	9	19	318	337
%	37.5	62.5	11.0	39.5	60.5	26.8	36.4	63.6	21.2	5.7	94.3	24.1
Un mínimo	8	12	21	12	30	41	6	16	22	19	578	597
%	40.0	60.0	34.2	28.0	72.0	35.2	26.9	73.1	50.0	3.2	96.8	42.6
Dos mínimos	5	13	18	10	17	27	2	6	8	11	247	257
%	27.3	72.7	30.1	36.4	63.6	23.2	30.0	70.0	19.2	4.2	95.8	18.4
3-4 mínimos	2	8	10	5	7	12	-	2	2	3	146	149
%	16.7	83.3	16.4	40.0	60.0	10.6	-	100	5.8	2.2	97.8	10.6
5 y más mínimos	2	3	5	1	4	5	1	1	2	2	58	60
%	33.3	66.7	8.2	16.7	83.3	4.2	50.0	50.0	3.8	2.8	97.2	4.3
Total	19	41	60	40	78	118	12	31	43	54	1346	1400
%	31.5	68.5	100	33.8	66.2	100	28.8	71.2	100	3.8	96.2	100

GRÁFICA CUADRO 66



4.7.5 SÍNTOMAS ASOCIADOS

Como parte de los problemas asociados a la ingestión de alcohol, se incluyeron los siguientes síntomas: sentir que debería beber menos o dejar de beber por completo, haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido, haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo, haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos, haberse tomado un trago apenas se levanta, y el haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo - golpes, agresión física -, (cuadros/gráficas 67-72).

Al examinar el reporte de estos síntomas con respecto a las variables sociodemográficas, se pudo determinar en forma general que se presentó con mayor frecuencia el sentir que deberían de beber menos o dejar de beber por completo (46%-47%), siendo este el principal y muy por arriba de los otros, siguiéndole en importancia por haber despertado la mañana siguiente sin poder recordar algunas cosas (19%), y el sentir las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido. Esta situación fue evidente en el sexo masculino, donde además de presentarse esta tendencia (51.6%, 22.3%, 22.1%), se observó un incremento de todos los síntomas con diferencias estadísticamente significativas (X^2); en contraste con el sexo femenino, donde únicamente destacó el sentir que debería de beber menos (24.9%).

Esta misma situación: sentir que debería de beber menos, no recordar cosas, y sentir las manos temblorosas se presentó en la variable edad, aunque destacó en los intervalos de 15-24 (46.9%, 14.6%, 15.8%), y de años 25-34 (47.3%, 23.1%, 23.4%), obteniéndose aquí también diferencias significativas (X^2), a excepción de sentir que debería de beber menos. Por estado civil destacaron los mismos síntomas en los casados/unión libre (46.0%, 18.5%, 18.8%), y en los solteros (47.8%, 20.1%, 19.5%), encontrándose diferencias significativas en los síntomas beber menos y tener una pelea. La escolaridad mostró una tendencia similar donde sobresalieron el beber menos, no recordar cosas, y manos temblorosas en los niveles primaria (53.8%, 22.3%, 23.6%), y secundaria (52.5%, 20.0%, 20.5%), destacando además el encontrar diferencias significativas en todos los síntomas. En ocupación e ingreso, también se observó el reporte de sentir que debería beber menos, el haberse despertado sin recordar cosas, y el sentir las manos temblorosas, con un predominio de la categoría obrero calificado/no calificado (54.8%, 23.0%, 23.7%), con diferencia significativas entre los síntomas y la ocupación; situación similar se presentó en el ingreso, donde destacaron los que obtienen un sueldo mínimo (48.1%, 17.9%, 19.1%), y menos del mínimo (56.3%, 26.5%, 27.3%) principalmente, con diferencias significativas en casi todos los síntomas, a excepción de haberse envuelto en una pelea al estar bebiendo.

Cuadro 67

REPORTE DE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA POR SEXO

SÍNTOMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL																		
Sexo	A			B			C			D			E			F		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Masculino	637	598	1236	276	960	1236	218	1017	1236	273	962	1235	249	985	1234	149	1084	1233
%	51.6	48.4	79.3	22.3	77.7	79.3	17.7	82.3	79.3	22.1	77.9	79.3	20.2	79.8	79.3	12.1	87.9	79.3
Femenino	80	242	322	25	297	322	10	312	322	29	293	322	8	314	322	9	312	321
%	24.9	75.1	20.7	7.7	92.3	20.7	3.1	96.9	20.7	9.0	91.0	20.7	2.6	97.4	20.7	2.8	97.2	20.7
Total	718	840	1558	300	1257	1558	228	1329	1558	302	1255	1557	257	1299	1556	158	1396	1554
%	46.1	53.9	100	19.3	80.7	100	14.7	85.3	100	19.4	80.6	100	16.5	83.5	100	10.2	89.8	100
Gl.= 1	X ² = 72.94 P<= .001			X ² = 34.93 P<= .001			X ² = 43.48 P<= .001			X ² = 28.11 P<= .001			X ² = 57.40 P<= .001			X ² = 23.83 P<= .001		

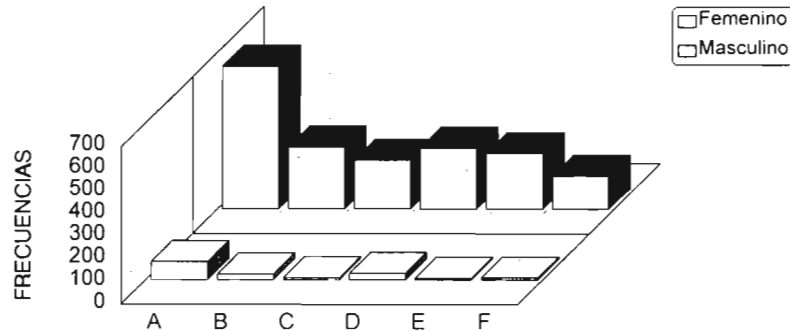
1. El porcentaje se obtuvo en relación de la presencia/ausencia del evento

2. Porcentaje total en relación a la N

- A. Sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo
 B. Haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo
 C. Haber tomado un trago apenas se levanta

- D. Haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido
 E. Haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos
 F. Haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo

GRÁFICA CUADRO 67



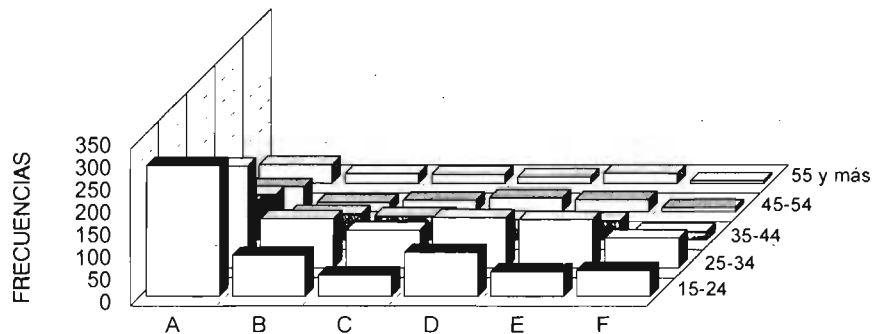
REPORTE DE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA POR EDAD

SÍNTOMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL																		
Edad	A			B			C			D			E			F		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
15-24	292	330	622	91	533	624	47	576	623	98	524	622	55	567	622	57	565	622
%	46.9	53.1	40.0	14.6	85.4	40.1	7.6	92.4	40.0	15.8	84.2	40.0	8.9	91.1	40.0	9.2	90.8	40.0
25-34	227	252	479	110	367	478	84	395	478	112	367	478	108	370	478	67	409	476
%	47.3	52.7	30.8	23.1	76.9	30.7	17.5	82.5	30.7	23.4	76.6	30.7	22.7	77.3	30.7	14.1	85.9	30.6
35-44	101	132	233	58	175	233	53	180	233	46	188	233	43	190	233	19	214	233
%	43.3	56.7	15.0	24.8	75.2	15.0	22.7	77.3	15.0	19.5	80.5	15.0	18.5	81.5	14.9	8.2	91.8	15.0
45-54	55	71	127	20	107	127	25	102	127	31	95	127	27	99	127	9	118	127
%	43.8	56.2	8.1	15.7	84.3	8.1	19.6	80.4	8.1	24.8	75.2	8.1	21.6	78.4	8.1	7.2	92.8	8.1
55 y más	42	54	96	22	74	96	20	76	96	15	81	96	23	73	96	6	90	96
%	44.0	56.0	6.2	22.4	77.6	6.2	20.7	79.3	6.2	15.5	84.5	6.2	24.1	75.9	6.2	6.0	94.0	6.2
Total	718	840	1558	300	1257	1558	228	1329	1558	302	1255	1557	257	1299	1556	158	1396	1554
%	46.1	53.9	1558	19.3	80.7	100	14.7	85.3	100	19.4	80.6	100	16.5	83.5	100	10.2	89.8	100
GL= 4	X ² = ns			X ² = 19.44 P<= .001			X ² = 45.36 P<= .001			X ² = 13.19 P<= .01			X ² = 46.22 P<= .001			X ² = 12.73 P<= .01		

A. Sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo
 B. Haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo
 C. Haber tomado un trago apenas se levanta

D. Haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido
 E. Haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos
 F. Haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo

GRÁFICA CUADRO 68



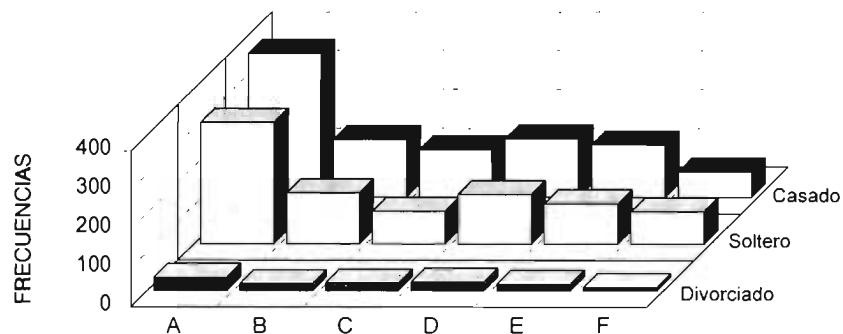
REPORTE DE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA POR ESTADO CIVIL

SÍNTOMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL																		
Estado Civil	A			B			C			D			E			F		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Casado	370	435	804	149	655	804	123	682	805	151	654	805	136	669	804	66	739	805
%	46.0	54.0	51.8	18.5	81.5	51.8	15.3	84.7	51.8	18.8	81.2	51.8	16.9	83.1	51.8	8.2	91.8	51.9
Soltero	312	340	652	131	521	652	84	568	651	127	524	651	103	548	651	83	567	650
%	47.8	52.2	42.0	20.1	79.9	42.0	12.8	87.2	41.9	19.5	80.5	41.9	15.8	84.2	41.9	12.7	87.3	41.8
Divorciado	34	64	98	18	79	98	20	78	98	22	76	98	17	80	98	9	89	98
%	34.7	65.3	6.3	18.6	81.4	6.3	20.3	79.7	6.3	22.0	78.0	6.3	17.8	82.2	6.3	9.3	90.7	6.3
Total	716	838	1554	298	1256	1554	227	1328	1554	300	1254	1553	256	1297	1553	158	1395	1553
%	46.1	53.9	100	19.2	80.8	100	14.6	85.4	100	19.3	80.7	100	16.5	83.5	100	10.2	89.8	100
GL= 2	$X^2= 5.86$ P<= .05			$X^2= ns$			$X^2= ns$			$X^2= ns$			$X^2= ns$			$X^2= 8.10$ P<= .01		

- A. Sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo
 B. Haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo
 C. Haber tomado un trago apenas se levanta

- D. Haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido
 E. Haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos
 F. Haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo

GRÁFICA CUADRO 69



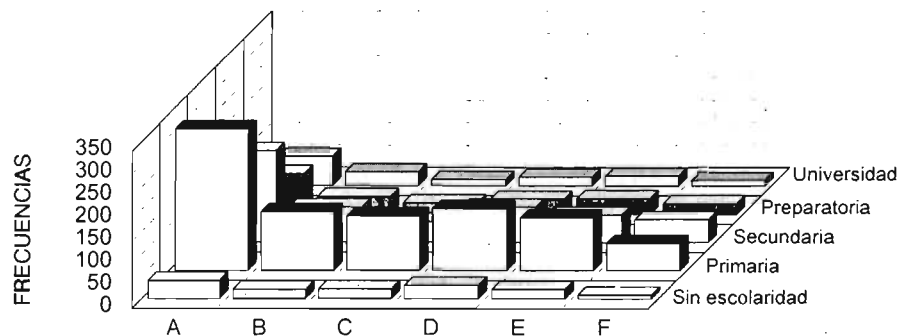
REPORTE DE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA POR ESCOLARIDAD

SÍNTOMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL																		
Escolaridad	A			B			C			D			E			F		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Sin Escolaridad	41	36	77	21	56	77	22	55	77	30	47	77	21	56	77	9	68	77
%	53.8	46.2	5.0	26.9	73.1	5.0	28.0	72.0	5.0	38.7	61.3	5.0	26.9	73.1	5.0	11.8	88.2	5.0
Primaria	316	271	588	131	455	586	122	465	587	138	449	587	118	468	586	61	526	587
%	53.8	46.2	37.8	22.3	77.7	37.7	20.7	79.3	37.8	23.6	76.4	37.8	20.2	79.8	37.8	10.4	89.6	37.9
Secundaria	204	185	388	78	311	389	46	343	388	79	309	388	61	326	387	51	337	388
%	52.5	47.5	25.0	20.0	80.0	25.0	11.7	88.3	25.0	20.5	79.5	25.0	15.8	84.2	25.0	13.2	86.8	25.0
Preparatoria	90	185	275	39	236	275	25	250	275	33	241	274	35	240	275	24	250	274
%	32.8	67.2	17.7	14.2	85.8	17.7	9.0	91.0	17.7	12.1	87.9	17.6	12.7	87.3	17.7	8.8	91.2	17.7
Universidad	65	161	226	31	195	227	14	213	227	20	207	227	22	205	227	12	213	224
%	28.6	71.4	14.5	13.9	86.1	14.6	6.2	93.8	14.6	8.8	91.2	14.6	9.5	90.5	14.6	5.2	94.8	14.5
Total	716	838	1553	300	1254	1553	228	1326	1553	300	1252	1553	257	1295	1552	157	1393	1550
%	46.1	53.9	100	19.3	80.7	100	14.7	85.3	100	19.3	80.7	100	16.5	83.5	100	10.1	89.9	100
GL= 4	$\chi^2= 69.56$ P<= .001			$\chi^2= 15.35$ P<= .004			$\chi^2= 50.77$ P<= .001			$\chi^2= 51.01$ P<= .001			$\chi^2= 22.97$ P<= .001			$\chi^2= 10.99$ P<= .02		

- A. Sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo
 B. Haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo
 C. Haber tomado un trago apenas se levanta

- D. Haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido
 E. Haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos
 F. Haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo

GRÁFICA CUADRO 70



Cuadro 71

REPORTE DE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA POR OCUPACIÓN

SINTOMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL																		
Ocupación	A			B			C			D			E			F		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Empresario	42	81	123	17	106	123	9	114	123	12	111	123	12	112	123	8	115	123
%	34.2	65.8	8.1	14.1	85.9	8.1	7.4	92.6	8.1	10.1	89.9	8.1	9.4	90.6	8.1	6.7	93.3	8.1
Empleado	109	195	305	44	262	305	32	273	305	31	275	305	46	259	305	17	286	304
%	35.9	64.1	20.1	14.4	85.6	20.2	10.6	89.4	20.2	10.0	90.0	20.2	15.2	84.8	20.2	5.7	94.3	20.1
Obrero	473	391	864	199	665	863	141	723	863	204	659	863	156	705	862	109	754	863
%	54.8	45.2	57.0	23.0	77.0	57.0	16.3	83.7	57.0	23.7	76.3	57.0	18.2	81.8	56.9	12.7	87.3	57.0
Subempleado	40	36	75	19	56	75	26	50	75	24	51	75	25	50	75	10	65	75
%	52.7	47.3	5.0	25.3	74.7	5.0	34.1	65.9	5.0	31.9	68.1	5.0	33.0	67.0	5.0	13.2	86.8	5.0
Ama de casa	14	50	65	2	62	65	2	63	65	6	59	65	2	63	65	3	61	65
%	21.8	78.2	4.3	3.8	96.2	4.3	2.6	97.4	4.3	9.0	91.0	4.3	2.6	97.4	4.3	5.1	94.9	4.3
Estudiante	16	39	55	5	50	55	2	53	55	7	47	54	1	54	55	3	51	55
%	28.8	71.2	3.6	9.1	90.9	3.6	3.0	97.0	3.6	12.3	87.7	3.6	1.5	98.5	3.6	6.1	93.9	3.6
Desempleado	7	22	29	6	23	29	7	22	29	7	22	29	6	23	29	2	26	29
%	22.9	77.1	1.9	20.0	80.0	1.9	22.9	77.1	1.9	22.9	77.1	1.9	20.0	80.0	1.9	8.6	91.4	1.9
Total	701	814	1515	292	1223	1515	218	1298	1515	291	1224	1515	247	1266	1514	154	1360	1514
%	46.3	53.7	100	19.3	80.7	100	14.4	85.6	100	19.2	80.8	100	16.3	83.7	100	10.2	89.8	100
GL= 6	X ² = 75.60 P<= .001			X ² = 29.86 P<= .001			X ² = 49.56 P<= .001			X ² = 48.44 P<= .001			X ² = 39.97 P<= .001			X ² = 17.66 P<= .007		

A. Sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo

B. Haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo

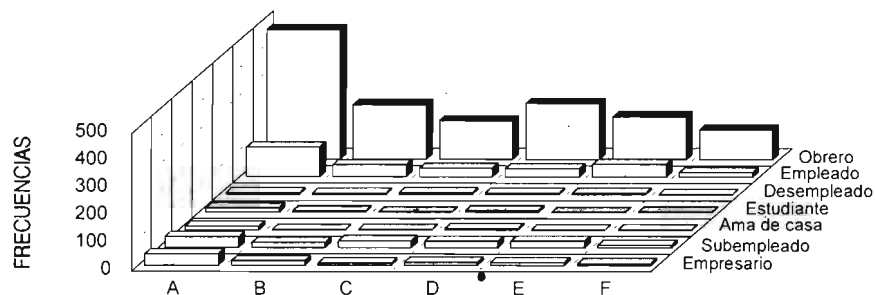
C. Haber tomado un trago apenas se levanta

D. Haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido

E. Haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos

F. Haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo

GRÁFICA CUADRO 71



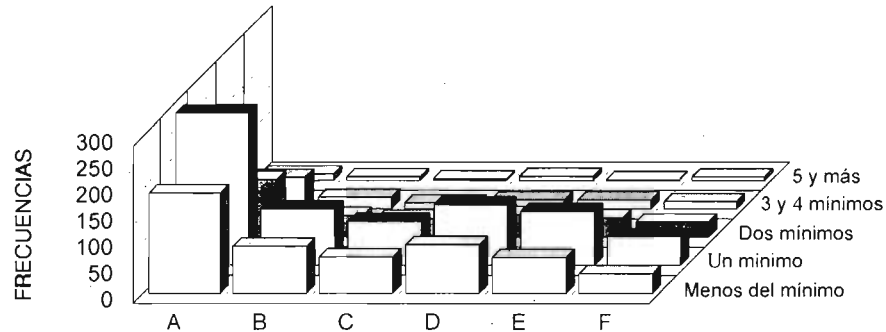
REPORTE DE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA POR INGRESO

SÍNTOMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL																		
Ingreso	A			B			C			D			E			F		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Menos del mínimo	192	149	341	90	250	340	70	270	340	93	247	340	69	271	340	38	302	340
%	56.3	43.7	24.1	26.5	73.5	24.1	20.7	79.3	24.1	27.3	72.7	24.1	20.2	79.8	24.1	11.2	88.8	24.1
Un mínimo	291	313	603	108	494	602	84	519	603	115	488	603	103	499	602	55	547	603
%	48.1	51.9	42.7	17.9	82.1	42.6	14.0	86.0	42.7	19.1	80.9	42.7	17.1	82.9	42.6	9.2	90.8	42.7
Dos mínimos	110	149	259	41	218	259	35	223	258	43	215	258	37	221	258	29	229	258
%	42.5	57.5	18.3	16.0	84.0	18.3	13.5	86.5	18.3	16.7	83.3	18.3	14.4	85.6	18.3	11.2	88.8	18.3
3-4 mínimos	60	90	150	22	129	151	11	140	151	17	134	151	17	134	151	14	137	151
%	39.8	60.2	10.6	14.8	85.2	10.7	7.1	92.9	10.7	11.0	89.0	10.7	11.0	89.0	10.7	9.3	90.7	10.7
5 y más mínimos	12	48	60	7	54	61	3	58	61	8	53	61	2	59	61	7	54	60
%	20.5	79.5	4.3	12.2	87.8	4.3	5.4	94.6	4.3	13.5	86.5	4.3	4.1	95.9	4.3	11.0	89.0	4.3
Total	665	749	1414	269	1145	1414	204	1210	1414	276	1138	1414	228	1184	1412	143	1269	1412
%	47.0	53.0	100	19.0	81.0	100	14.4	85.6	100	19.5	80.5	100	16.1	83.9	100	10.1	89.9	100
GL= 4	$X^2= 34.40$ P<= .001			$X^2= 18.14$ P<= .001			$X^2= 21.60$ P<= .001			$X^2= 22.76$ P<= .001			$X^2= 14.64$ P<= .001			$X^2= ns$		

A. Sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo
 B. Haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo
 C. Haber tomado un trago apenas se levanta

D. Haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido
 E. Haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos
 F. Haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo

GRÁFICA CUADRO 72



4.8 RELACIÓN ENTRE PATRÓN DE CONSUMO Y PROBLEMAS

En esta parte se presenta en primer lugar, los problemas asociados al consumo de alcohol en los últimos doce meses y el patrón de consumo (cuadro/gráfica 73), donde se observó que tanto en las relaciones personales y en la salud física el consumo de alcohol predominante, fuera el de baja frecuencia y alta cantidad (77.3%, 72.6%); así como el de alta frecuencia alta cantidad (91.8%, 88.6%). En los problemas restantes se sigue este mismo patrón pero se reportó una menor frecuencia de éstos.

En el siguiente cuadro y gráfica (74), se observó que las discusiones familiares o con personas cercanas obtuvieran frecuencias superiores, con un predominio de consumo en baja frecuencia y alta cantidad ($n= 132$), y de alta frecuencia alta cantidad ($n= 93$). Las restantes dificultades asociadas al consumo de alcohol mantienen con menores frecuencias el mismo patrón de consumo.

En relación a otros incidentes asociados, se vió la misma tendencia en cuanto al patrón de consumo, pero aquí destacó el reporte de haber tenido otro accidente al estar bebiendo ($n= 27$ y $n= 17$), y el tener otro accidente donde resultara con heridas y lesiones ($n= 12$, $n= 17$), (cuadro/gráfica 75).

En la parte de los síntomas investigados (cuadro/gráfica 76), y el patrón de consumo se presentó similar tendencia a la anterior; donde el mayor reporte de consumo fué en baja frecuencia alta cantidad, seguido por el de alta frecuencia alta cantidad en todos los síntomas estudiados, pero con un predominio del síntoma: sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo (52.4%, 72.2%). donde además se encontraron diferencias estadísticamente significativas (X^2).

Cuadro 73

4.8.1 PATRÓN DE CONSUMO POR PROBLEMAS ASOCIADOS

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES																
PATRÓN DE CONSUMO	Relaciones Personales ¹			En el Trabajo ¹			Con la policía ¹			En la Salud Física*			En la Salud Psicológica ¹			
	Si	No	Total ³	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	
I ²	11	4	15	5	1	6	6	2	7	18	7	26	6	2	7	
%	72.2	27.8	8.1	85.7	14.3	9.1	77.8	22.2	9.8	71.0	29.0	13.1	77.8	22.2	8.7	
II	70	21	91	13	8	22	24	8	32	64	24	88	18	6	24	
%	77.3	22.7	49.8	61.5	38.5	33.8	74.4	25.6	42.4	72.6	27.4	44.7	75.9	24.1	28.2	
III	3	3	7	2	2	3	3	-	3	7	2	10	3	1	4	
%	50.0	50.0	3.6	50.0	50.0	5.2	100	-	4.3	75.0	25.0	5.1	80.0	20.0	4.9	
IV	65	6	70	26	7	33	23	10	33	65	8	73	43	7	50	
%	91.8	8.2	38.5	80.0	20.0	51.9	70.0	30.0	43.5	88.6	11.4	37.1	86.7	13.3	58.3	
Total	149	34	183	46	17	64	56	20	76	154	42	196	70	15	85	
%	81.4	18.6	100	72.7	27.3	100	73.9	26.1	100	78.5	21.5	100	82.5	17.5	100	

X² = ns1. La distribución no permitió aplicar X²

2. El porcentaje se obtuvo en relación a la presencia /ausencia del evento

2. Porcentaje total en relación a la N

Nota: Se aplica la misma situación en todos los cuadros

GRÁFICA CUADRO 73



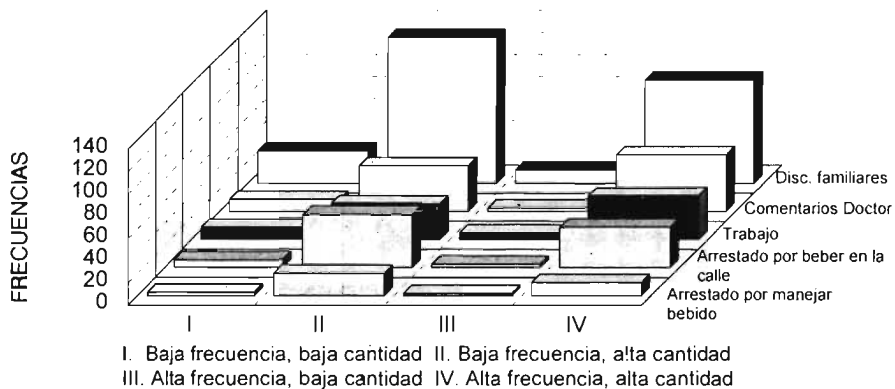
- I. Baja frecuencia, baja cantidad II. Baja frecuencia, alta cantidad
 III. Alta frecuencia, baja cantidad IV. Alta frecuencia, alta cantidad

Cuadro 74

4.8.2 PATRÓN DE CONSUMO POR DIFICULTADES ASOCIADAS

DIFICULTADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES															
PATRÓN DE CONSUMO	Discusiones Familiares o con personas cercanas			Problemas en el trabajo			Comentarios de algún doctor a su forma de beber			Ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol			Ser arrestado por beber o embriagarse en la calle		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
I	29	438	467	11	455	466	11	456	467	3	462	465	7	459	465
%	6.2	93.8	33.4	2.3	97.7	33.4	2.3	97.7	33.4	.7	99.3	33.3	1.4	98.6	33.4
II	132	524	655	32	621	653	41	613	654	20	634	654	47	604	651
%	20.1	79.9	46.8	4.9	95.1	46.8	6.2	93.8	46.8	3.0	97.0	46.8	7.2	92.8	46.8
III	12	49	61	6	55	61	3	58	61	2	60	61	3	58	61
%	20.3	79.7	4.4	9.5	90.5	4.4	5.4	94.6	4.4	2.7	97.3	4.4	5.4	94.6	4.4
IV	93	123	216	39	176	215	51	165	216	12	204	216	36	179	215
%	42.9	57.1	15.4	18.1	81.9	15.4	23.8	76.2	15.5	5.7	94.3	15.5	16.9	83.1	15.4
Total	266	1134	1400	88	1308	1395	106	1292	1398	37	1359	1396	94	1299	1393
%	19.0	81.0	100	6.3	93.7	100	7.6	92.4	100	2.7	97.3	100	6.7	93.3	100
GL= 3	$X^2= 130.55$ P<= .001			$X^2= 66.33$ P<= .001			$X^2= 101.41$ P<= .001			$X^2= 15.08$ P<= .001			$X^2= 57.05$ P<= .001		

GRÁFICA CUADRO 74



Cuadro 75

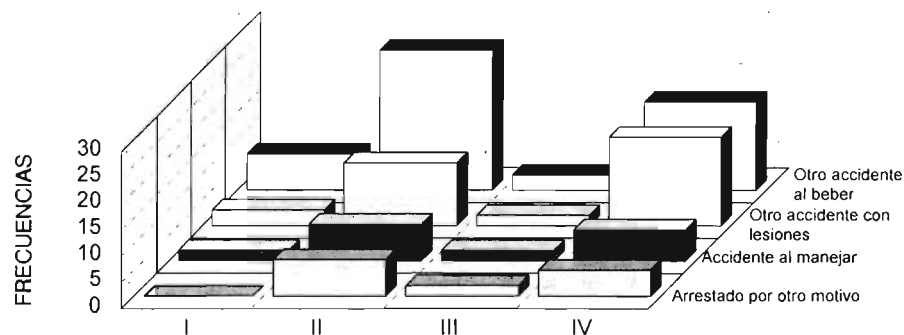
4.8.3 PATRÓN DE CONSUMO POR OTROS INCIDENTES ASOCIADOS

OCURRENCIA DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL												
PATRÓN DE CONSUMO	Accidente de tránsito al manejar ¹			Otro accidente con heridas o lesiones ¹			Ser arrestado por algún otro motivo ¹			Tener otro accidente al estar bebiendo		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
I	2	11	12	3	26	30	-	11	11	7	451	459
%	13.3	86.7	20.0	11.1	88.9	25.4	-	100	24.5	1.6	98.4	33.1
II	7	22	29	12	44	55	7	12	19	27	625	652
%	25.7	74.3	46.7	20.9	79.1	47.2	39.1	60.9	43.4	4.2	95.8	47.1
III	2	3	6	2	3	5	2	2	4	3	57	60
%	42.9	57.1	9.3	33.3	66.7	4.2	60.0	40.0	9.4	5.5	94.5	4.4
IV	6	9	15	17	10	27	5	5	10	17	197	214
%	38.9	61.1	24.0	63.6	36.4	23.2	50.0	50.0	22.6	8.1	91.9	15.5
Total	17	45	62	34	84	118	15	29	44	55	1330	1385
%	28.0	72.0	100	28.9	71.1	100	34.0	66.0	100	4.0	96.0	100

GL= 3

 $\chi^2 = 16.55$ $P \leq .001$

GRÁFICA CUADRO 75



I. Baja frecuencia, baja cantidad II. Baja frecuencia, alta cantidad
 III. Alta frecuencia, baja cantidad IV. Alta frecuencia, alta cantidad

Cuadro 76

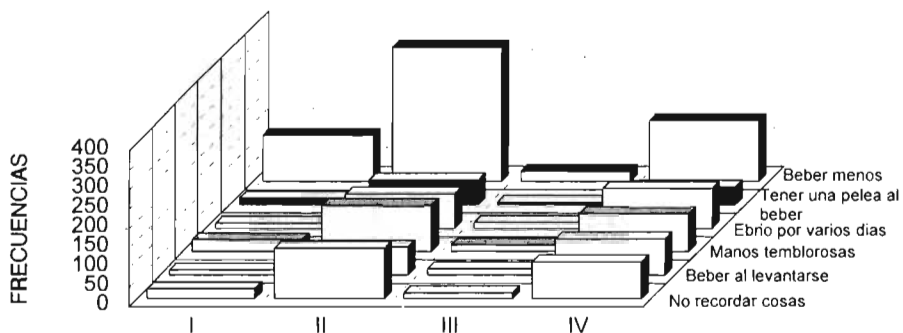
4.8.4 PATRÓN DE CONSUMO POR SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA

SÍNTOMAS	SÍNTOMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL																	
	A			B			C			D			E			F		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
I	119	343	462	25	438	463	13	449	463	31	432	463	13	449	463	17	445	462
%	25.8	74.2	33.0	5.4	94.6	33.1	2.9	97.1	33.1	6.6	93.4	33.1	2.9	97.1	33.1	3.6	96.4	33.1
II	345	314	659	129	527	656	72	585	567	119	537	656	88	569	657	64	593	657
%	52.4	47.6	47.1	19.7	80.3	47.0	11.0	89.0	47.0	18.2	81.8	47.0	13.4	86.6	47.0	9.7	90.3	47.1
III	26	34	60	15	46	60	16	45	60	17	44	60	15	46	60	7	54	60
%	43.8	56.2	4.3	24.7	75.3	4.3	26.0	74.0	4.3	27.4	72.6	4.3	24.7	75.3	4.3	11.0	89.0	4.3
IV	157	60	218	94	124	218	93	125	218	98	119	218	102	115	217	46	169	215
%	72.2	27.8	15.6	43.0	57.0	15.6	42.6	57.4	15.6	45.2	54.8	15.6	46.9	53.1	15.5	21.5	78.5	15.4
Total	648	751	1399	262	1135	1397	194	1204	1398	265	1132	1397	218	1179	1397	133	1261	1395
%	46.3	53.7	100	18.8	81.2	100	13.9	86.1	100	19.0	81.0	100	15.6	84.4	100	9.6	90.4	100
GL= 3	$X^2= 146.88 P<= .001$			$X^2= 139.76 P<= .001$			$X^2= 209.51 P<= .001$			$X^2= 146.84 P<= .001$			$X^2= 225.36 P<= .001$			$X^2= 54.96 P<= .001$		

- A. Sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo
 B. Haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo
 C. Haber tomado un trago apenas se levanta

- D. Haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido
 E. Haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos
 F. Haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo

GRÁFICA CUADRO 76



- I. Baja frecuencia, baja cantidad II. Baja frecuencia, alta cantidad
 III. Alta frecuencia, baja cantidad IV. Alta frecuencia, alta cantidad

4.9 ANÁLISIS DEL PATRÓN DE CONSUMO POR NÚMERO DE EVENTOS

En el siguiente cuadro/gráfica 77, se presenta la distribución por número de bebidas ingeridas y el patrón de consumo; donde se observa que el 44.4% reportó beber una bebida con baja frecuencia y en baja cantidad; un porcentaje similar (40%), indicó ingerir una bebida en baja frecuencia alta cantidad, pero destacó que el 62% reportara consumir tres bebidas y el 60.7% dos bebidas en esta frecuencia y cantidad. Para los que informaron consumir en alta frecuencia alta cantidad sobresalió la ingestión de tres ((32.9%), y dos bebidas (23.5%).

Por lo que se refiere al número de problemas presentados de acuerdo al patrón de consumo, se observaron mayores frecuencias en los que presentaron uno y dos problemas, pero esto es predominante en el consumo de baja frecuencia alta cantidad (59.0%, 47.5%); sin embargo, también destacó el consumo de alta frecuencia alta cantidad en el reporte de tres (65.8%), dos (37.5%), y un (28.4%) problema (cuadro/gráfica 78).

Al examinar el número de dificultades (cuadro/gráfica 79), se observó que predominó el patrón de baja frecuencia alta cantidad pero sobre todo en lo que informaron presentar una (55.2%), dos (52.0%), y tres (43.9%) dificultades; no obstante se observó un incremento importante en el consumo de alta frecuencia alta cantidad en el reporte del número de dificultades presentadas (28% a 61.5%).

Similar situación se detectó en el número de síntomas presentados (cuadro/gráfica 80), donde el consumo de baja frecuencia alta cantidad obtuvo porcentajes que van de 31.8% para cinco síntomas al 56.8% para el reporte de un síntoma; de la misma forma se observó un incremento del consumo en alta frecuencia alta cantidad, con porcentajes del 72% para seis síntomas al 25% para la presencia de dos. A diferencia de los resultados anteriores, en este análisis se encontraron diferencias estadísticamente significativas (X^2), entre éstos síntomas y el patrón de consumo, como se muestra en dicho cuadro.

Cuadro 77

4.9.1 PATRÓN DE CONSUMO POR NÚMERO DE BEBIDAS

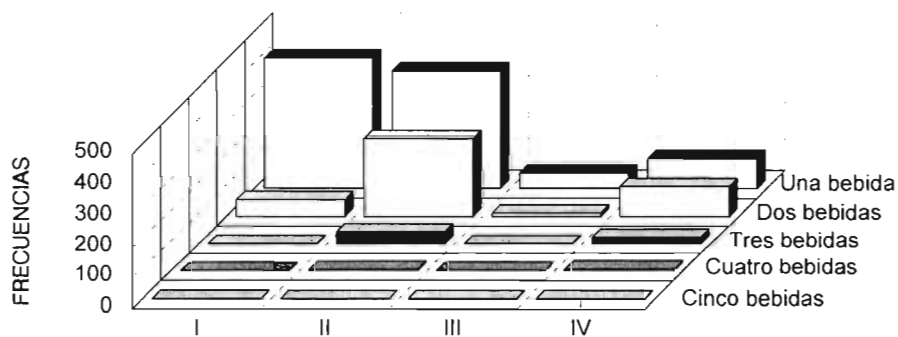
PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL ¹					
Número de Bebidas	Baja Frecuencia Baja Cantidad	Baja frecuencia Alta Cantidad	Alta Frecuencia Baja Cantidad	Alta Frecuencia Alta Cantidad	TOTAL
Una	414	373	50	96	933
%	44.4	40.0	5.3	10.3	65.9
Dos	54	248	11	96	409
%	13.2	60.7	2.6	23.5	28.9
Tres	2	41	1	22	65
%	3.8	62.0	1.3	32.9	4.6
Cuatro	-	2	-	4	7
%	-	37.5	-	62.5	.5
Cinco	-	-	1	1	2
%	-	-	50.0	50.0	.1
TOTAL	470	665	62	218	1415
%	33.2	47.0	4.4	15.4	100

Se muestran frecuencias y porcentajes por renglón, y totales marginales.

I. La distribución no permitió aplicar χ^2

Nota: Se aplica la misma situación en todos los cuadros

GRÁFICA CUADRO 77



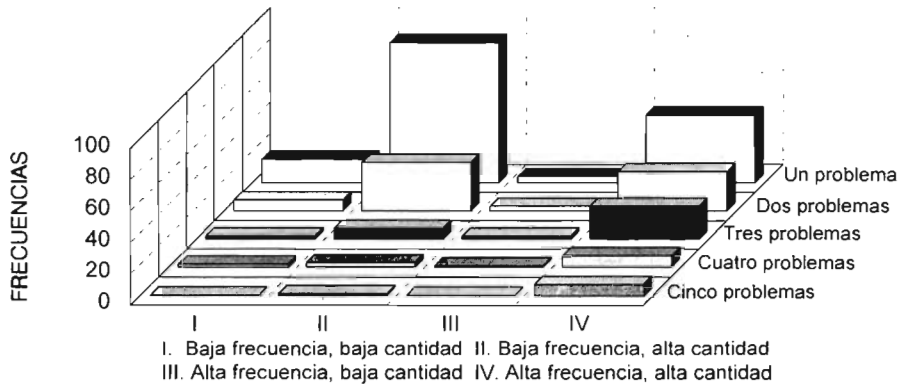
I. Baja frecuencia, baja cantidad II. Baja frecuencia, alta cantidad
III. Alta frecuencia, baja cantidad IV. Alta frecuencia, alta cantidad

Cuadro 78

4.9.2 PATRÓN DE CONSUMO POR NÚMERO DE PROBLEMAS

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL ¹					
Número de Problemas	Baja Frecuencia Baja Cantidad	Baja frecuencia Alta Cantidad	Alta Frecuencia Baja Cantidad	Alta Frecuencia Alta Cantidad	TOTAL
Uno	15	89	4	43	151
%	9.8	59.0	2.7	28.4	55.8
Dos	7	31	3	25	66
%	10.0	47.5	5.0	37.5	24.4
Tres	2	7	2	21	31
%	7.9	21.1	5.3	65.8	11.6
Cuatro	2	3	1	7	14
%	17.6	23.5	9.0	52.9	5.2
Cinco	-	1	-	7	8
%	-	10.0	-	90.0	3.0
TOTAL	26	132	10	103	271
%	9.8	48.5	3.7	38.1	100

GRÁFICA CUADRO 78

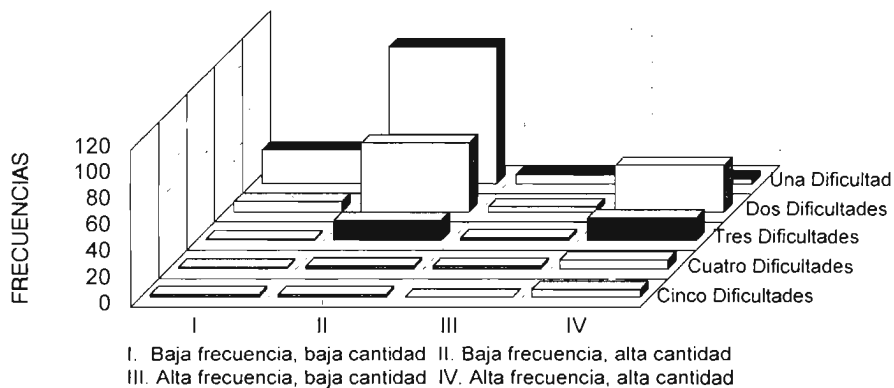


Cuadro 79

4.9.3 PATRÓN DE CONSUMO POR NÚMERO DE DIFICULTADES

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL					
Número de Dificultades	Baja Frecuencia Baja Cantidad	Baja frecuencia Alta Cantidad	Alta Frecuencia Baja Cantidad	Alta Frecuencia Alta Cantidad	TOTAL
Una	26	106	7	54	192
%	13.4	55.2	3.4	28.0	55.1
Dos	8	53	4	36	102
%	8.1	52.0	4.1	35.8	29.2
Tres	1	15	2	17	34
%	2.4	43.9	4.9	48.8	9.7
Cuatro	1	2	2	7	11
%	7.7	15.4	15.4	61.5	3.1
Cinco	2	2	-	6	10
%	25.0	16.7	-	58.3	2.9
TOTAL	38	177	14	119	348
%	10.9	50.8	4.0	34.2	100

GRÁFICA CUADRO 79

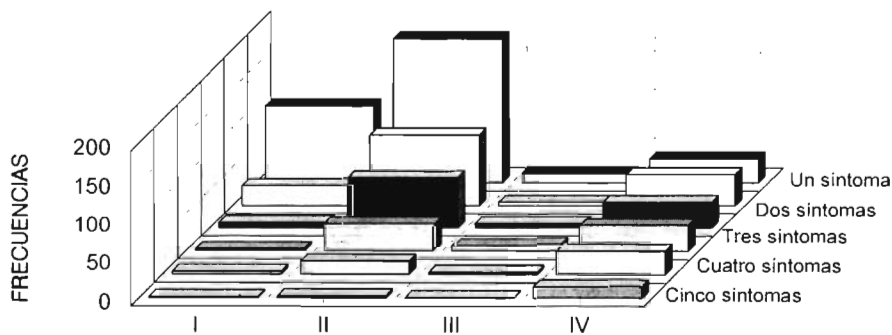


Cuadro 80

4.9.4 PATRÓN DE CONSUMO POR NÚMERO DE SÍNTOMAS

PATRÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL ¹					
Número de Síntomas	Baja Frecuencia Baja Cantidad	Baja frecuencia Alta Cantidad	Alta Frecuencia Baja Cantidad	Alta Frecuencia Alta Cantidad	TOTAL
Un	98	184	12	31	324
%	30.2	56.8	3.6	9.5	42.6
Dos	26	91	5	41	162
%	15.8	56.1	3.1	25.0	21.4
Tres	8	66	7	35	117
%	7.1	56.7	6.4	29.8	15.4
Cuatro	3	36	7	34	81
%	4.1	44.9	9.2	41.8	10.7
Cinco	4	17	3	30	55
%	7.6	31.8	6.1	54.5	7.2
Seis	2	3	1	15	21
%	8.0	16.0	4.0	72.0	2.7
TOTAL	141	398	36	185	759
%	18.5	52.5	4.7	24.3	100
		$X^2 = 146.16$	GL = 15	$P < .001$	

GRÁFICA CUADRO 80



I. Baja frecuencia, baja cantidad II. Baja frecuencia, alta cantidad
 III. Alta frecuencia, baja cantidad IV. Alta frecuencia, alta cantidad

4.10 ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ALCOHOL PURO EN MILILITROS.

En relación a los problemas presentados en los últimos doce meses, y la ingestión habitual de bebidas alcohólicas (cuadro gráfica 81), estimada en niveles de alcohol puro en mililitros; encontramos elevados porcentajes (entre un 75.8% y 83.2%) de pacientes que reportaron presentarlos, destacando entre éstos los problemas en la salud psicológica (83.2%), en las relaciones personales (81.4%), y en la salud física (79.3%). Asimismo, se observó que hacia el interior de los problemas se presentan porcentajes similares; sin embargo dada la distribución no fue posible aplicar X^2 .

De las dificultades presentadas (cuadro gráfica 82), sobresalieron las discusiones familiares (19.7%), donde también encontramos diferencias significativas. Por otro lado, es interesante destacar un incremento en los porcentajes de acuerdo al incremento en el nivel de consumo. Los porcentajes mas elevados en los tipos de dificultad presentada se observan en la mayor cantidad de consumo(751-4000 ml).

En el reporte de otros incidentes que se pudieron haber presentado en el último año, se encontraron porcentajes similares en tres de éstos: ser arrestado por algún otro motivo, tener otro accidente con heridas o lesiones, y accidente de tránsito al manejar, con porcentajes del 32.8%, 31.0% y 29.3% respectivamente (cuadro/gráfica 83).

Por lo que se refiere a la sintomatología presentada, y la cantidad habitual de consumo de alcohol puro en mililitros; destacó y muy por encima de los otros, el síntoma "sentir que debería beber menos o dejar de beber por completo" (46.2%), los demás síntomas obtuvieron porcentajes de entre 10.2% y 19.10%. Se observó además, que al incrementarse la cantidad de consumo, también se incrementa la proporción de personas que reportaron presentarlos, encontrando diferencias significativas (X^2) entre los seis síntomas investigados y la cantidad de consumo (cuadro gráfica 84).

4.10.1 CONSUMO DE ALCOHOL PURO POR PROBLEMAS ASOCIADOS

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES ¹															
Alcohol puro en mililitros	Relaciones Personales			En el Trabajo			Con la policía			En la Salud Física			En la Salud Psicológica		
	Si	No	Total ³	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
001-250 ²	88	25	113	26	7	32	39	13	52	95	26	122	40	8	48
°	77.9	22.1	53.8	79.5	20.5	39.4	74.6	25.4	56.8	78.2	21.8	53.3	82.8	17.2	48.7
251-500	51	7	59	20	7	27	12	6	18	46	12	57	21	6	26
°	87.3	12.7	28.1	72.7	27.3	33.3	68.2	31.8	19.8	79.7	20.3	25.9	78.1	21.9	26.9
501-750	17	2	20	5	2	7	12	2	15	17	2	18	12	1	12
°	87.5	12.5	9.5	66.7	33.3	9.1	83.3	16.7	16.2	90.9	9.1	8.3	93.3	6.7	12.6
751-4000	14	4	18	12	3	15	7	-	7	17	6	23	10	2	12
°	77.3	22.7	8.6	77.8	22.2	18.2	100	-	7.2	75.0	25.0	10.5	85.7	14.3	11.8
Total	170	39	209	62	20	82	70	22	92	175	46	220	82	17	98
°	81.4	18.6	100	75.8	24.2	100	76.6	23.4	100	79.3	20.7	100	83.2	16.8	100

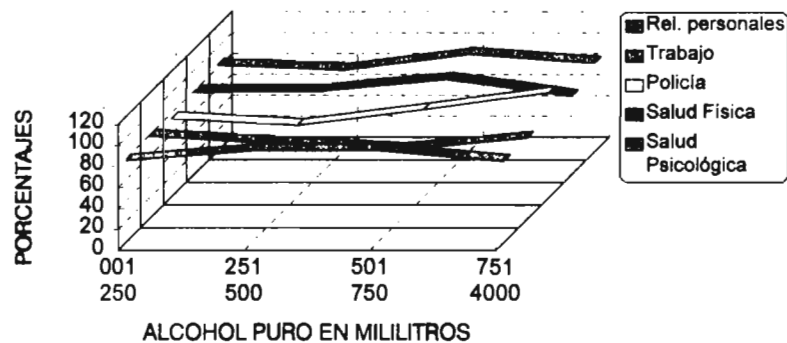
1. La distribución no permitió aplicar X²

1. El porcentaje se obtuvo en relación de la presencia/ausencia del evento

2. Porcentaje total en relación a la N

Nota: Se aplica la misma situación en los siguientes cuadros

GRÁFICA CUADRO 81



Cuadro 82

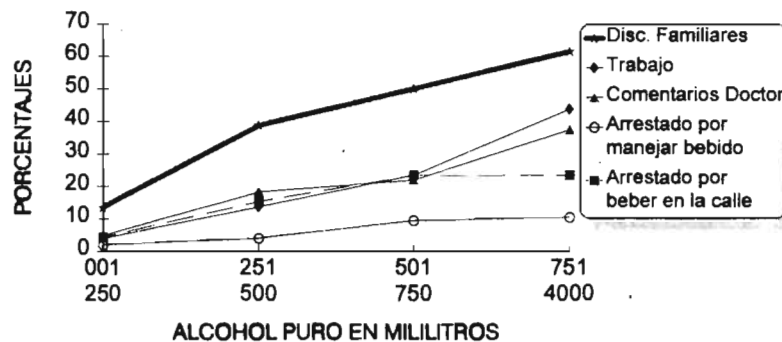
4.10.2 CONSUMO DE ALCOHOL PURO POR DIFICULTADES

DIFICULTADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES															
Alcohol puro en mililitros	Discusiones Familiares o con personas cercanas			Problemas en el trabajo ¹			Comentarios de algún doctor a su forma de beber ¹			Ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol ¹			Ser arrestado por beber o embriagarse en la calle ¹		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
001-250	161	1041	1203	46	1153	1199	58	1143	1201	24	1175	1199	51	1145	1197
%	13.4	86.6	79.0	3.9	96.1	79.0	4.8	95.2	79.0	2.0	98.0	79.0	4.3	95.7	79.0
251-500	88	139	227	31	195	226	41	185	227	9	218	227	35	192	227
%	38.7	61.3	14.9	13.6	86.4	14.9	18.2	81.8	14.9	4.0	96.0	14.9	15.3	84.7	15.0
501-750	26	26	53	12	41	53	12	41	53	5	48	53	12	41	53
%	50.0	5.0	3.5	23.4	76.6	3.5	21.9	78.1	3.5	9.4	90.6	3.5	23.4	76.6	3.5
751-4000	24	16	40	17	22	40	14	26	40	4	36	40	9	30	39
%	61.4	39.6	2.6	43.7	56.3	2.6	35.4	64.6	2.6	10.4	89.6	2.6	23.4	76.6	2.6
Total	300	1222	1522	107	1411	1518	125	1395	1520	42	1477	1519	108	1408	1515
%	19.7	80.3	100	7.0	93.0	100	8.2	91.8	100	2.8	97.9	100	7.1	92.9	100

GL= 3

 $X^2= 154.11$ $P<= .001$

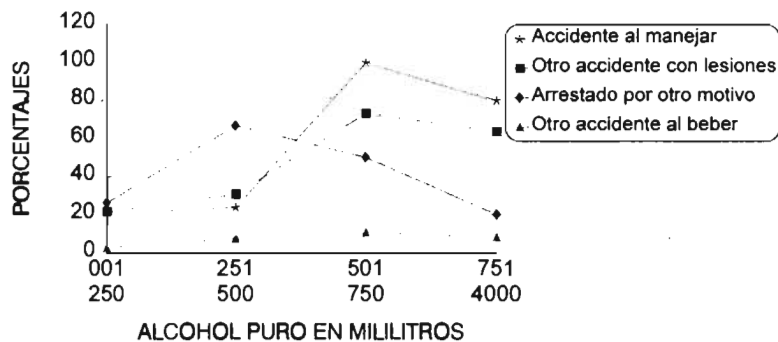
GRÁFICA CUADRO 82



4.10.3 CONSUMO DE ALCOHOL PURO POR OTROS INCIDENTES ASOCIADOS

OCURRENCIA DE OTROS INCIDENTES ASOCIADOS CON EL ALCOHOL ¹												
Alcohol puro en mililitros	Accidente de tránsito al manejar			Otro accidente con heridas o lesiones			Ser arrestado por algún otro motivo			Tener otro accidente al estar bebiendo		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
001-250	9	34	43	19	69	88	9	26	35	33	1150	1183
%	21.2	78.8	63.4	21.7	78.3	67.1	26.2	73.8	68.9	2.8	97.2	78.7
251-500	4	13	17	7	15	22	3	2	5	17	210	228
%	23.8	76.2	25.6	30.8	69.2	16.5	66.7	33.3	9.8	7.6	92.4	15.1
501-750	3	-	3	9	3	12	3	3	7	6	47	53
%	100	-	4.9	73.3	26.7	9.5	50.0	50.0	13.1	10.9	89.1	3.5
751-4000	3	1	4	6	3	9	1	3	4	3	36	40
%	80.0	20.0	6.1	63.6	36.4	7.0	20.0	80.0	8.2	8.3	91.7	2.6
Total	20	48	68	41	90	131	17	34	50	60	1443	1503
%	29.3	70.7	100	31.0	69.0	100	32.8	67.2	100	4.0	96.0	100

GRÁFICA CUADRO 83



4.10.4 CONSUMO DE ALCOHOL PURO POR SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA

SÍNTOMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL																		
Alcohol puro en mililitros	A			B			C			D			E			F		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
001-250	465	733	1198	157	1041	1198	107	1090	1197	157	1039	1196	115	1081	1196	72	1123	1195
%	38.8	61.2	78.9	13.1	86.9	78.9	8.9	91.1	78.8	13.1	86.9	78.7	9.6	90.4	78.8	6.0	94.0	78.8
251-500	166	63	228	84	142	227	67	161	228	89	140	228	81	147	228	43	185	228
%	72.5	27.5	15.0	37.2	62.8	14.9	29.3	70.7	15.0	38.8	61.2	15.0	35.5	64.5	15.0	18.8	81.2	15.1
501-750	41	13	55	30	25	55	26	29	55	30	25	55	31	24	55	21	32	53
%	75.8	24.2	3.6	54.5	45.5	3.6	47.0	53.0	3.6	54.5	45.5	3.6	56.1	43.9	3.6	39.1	60.9	3.5
751-4000	30	8	38	23	17	40	25	15	40	22	18	40	25	14	39	18	22	40
%	78.3	21.7	2.5	58.3	41.7	2.6	62.5	37.5	2.6	54.2	45.8	2.6	63.8	36.2	2.6	45.8	54.2	2.6
Total	702	818	1520	295	1225	1520	224	1295	1520	297	1222	1519	252	1266	1518	154	1362	1516
%	46.2	53.8	100	19.4	80.6	100	14.8	85.2	100	19.6	80.4	100	16.6	83.4	100	10.2	89.8	100
GL= 3	$X^2= 124.65 P<= .001$			$X^2= 158.02 P<= .001$			$X^2= 188.07 P<= .001$			$X^2= 157.51 P<= .001$			$X^2= 225.45 P<= .001$			$X^2= 145.20 P<= .001$		

A. Sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo

B. Haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo

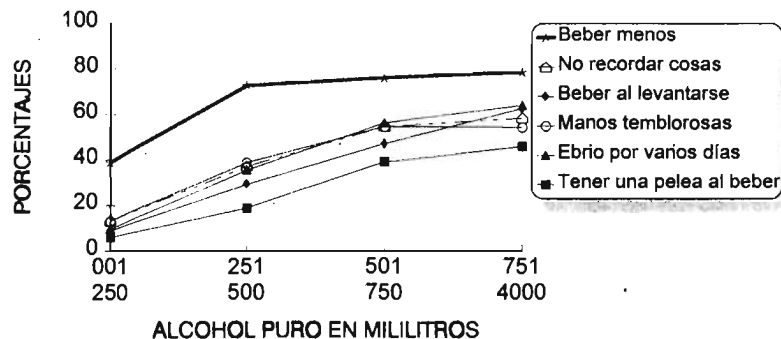
C. Haber tomado un trago apenas se levanta

D. Haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido

E. Haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos

F. Haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo

GRÁFICA CUADRO 84



4.11 ANÁLISIS DEL CONSUMO DE ALCOHOL PURO POR NÚMERO DE EVENTOS

Al analizar la cantidad de consumo por el número de bebidas ingeridas, encontramos diferencias significativas como se puede ver en el cuadro gráfica 85. El 77.3% de los que ingirieron un sólo tipo de bebida, lo bebieron hasta en un cuarto de litro. De los que consumieron dos, 57.6% lo hizo hasta en tres cuartos de litro y aquellos que ingirieron de tres a cinco de las bebidas investigadas (38.8%), lo consumieron hasta en cuatro litros

Respecto a la distribución de los sujetos de acuerdo al número de problemas (cuadro gráfica 86) y dificultades (cuadro gráfica 87) presentadas, encontramos diferencias estadísticamente significativas en relación a la cantidad de alcohol puro ingerido. En los que presentaron un solo evento la mayor proporción lo hizo con un consumo de entre 001 y 250 ml, para los que presentaron dos el mayor porcentaje lo ingirió entre 501 y 750 ml., y para los que presentaron tres y mas de estos eventos, se observó un incremento en las proporciones de acuerdo al incremento de consumo.

En cuanto al número de síntomas presentados (cuadro gráfica 88), se observó lo siguiente: el 51.1% que presentó un síntoma lo consumió hasta en 250 ml, para los que presentaron dos el 24.5% lo hizo hasta en medio litro, los que presentaron tres el 21.3% lo ingirió hasta en tres cuartos de litro y los que presentaron de cuatro a seis síntomas mostraron un incremento en los porcentajes, de acuerdo al incremento en la cantidad de consumo, destacando que el 61.9% lo ingiriera en mayor cantidad.

Finalmente, la distribución entre el tipo de bebida y la cantidad de alcohol puro ingerido se muestra en el cuadro gráfica 89, donde se observó por orden de importancia que los destilados, la cerveza y el pulque obtuvieran los porcentajes mas elevados de acuerdo a la cantidad de alcohol puro ingerido, y que en éstos tipos de bebida se encontraran diferencias significativas.

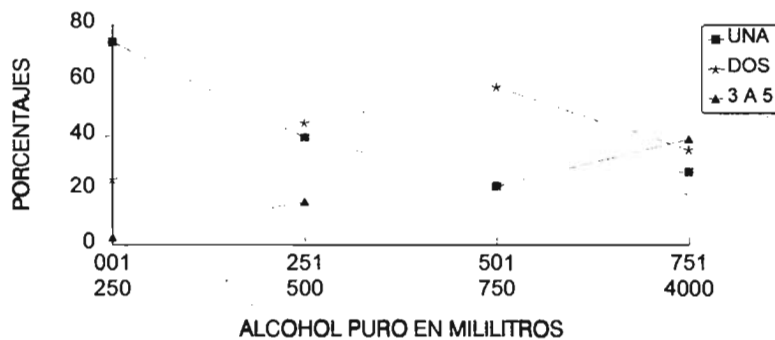
Cuadro 85

4.11.1 NÚMERO DE BEBIDAS POR CANTIDAD DE ALCOHOL PURO INGERIDO

Alcohol puro en mililitros	NÚMERO DE BEBIDAS CONSUMIDAS			
	UNA	DOS	TRES A CINCO	TOTAL
001 - 250	892	286	32	1211
%	73.7	23.7	2.7	78.7
251 - 500	92	104	36	233
%	39.5	44.8	15.7	15.1
501 - 750	12	31	12	55
%	21.2	57.6	21.2	3.6
751 - 4000	11	14	16	41
%	26.5	34.7	38.8	2.6
Total	1006	436	96	1539
%	65.4	28.3	6.2	100
GL= 6 X ² = 257.27 P<= .001				

Porcentaje obtenido del total por renglón

GRÁFICA CUADRO 85



Cuadro 86

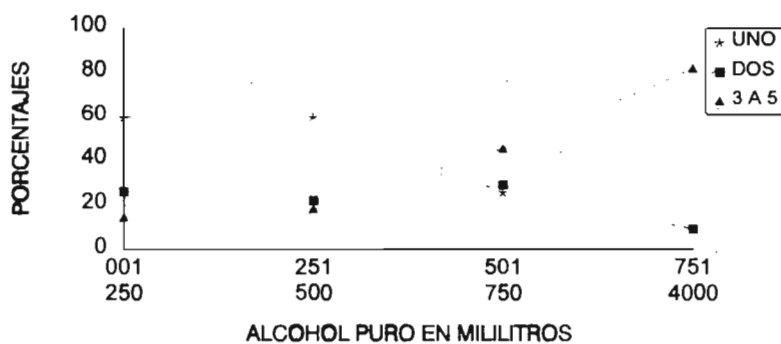
4.11.2 NÚMERO DE PROBLEMAS POR CANTIDAD DE ALCOHOL PURO INGERIDO

Alcohol puro en mililitros	NÚMERO DE PROBLEMAS			TOTAL
	UNO	DOS	TRES A CINCO	
001 - 250	106	46	26	178
%	59.5	26.0	14.4	57.8
251 - 500	51	19	16	86
%	59.6	22.1	18.3	28.0
501 - 750	7	7	12	26
%	25.8	29.0	45.2	8.3
751 - 4000	2	2	15	18
%	9.1	9.1	81.8	5.9
Total	166	74	68	308
%	53.8	24.2	22.0	100

GL= 6 $X^2= 55.49$ $P <= .001$

Porcentaje obtenido del total por renglón

GRÁFICA CUADRO 86



Cuadro 87

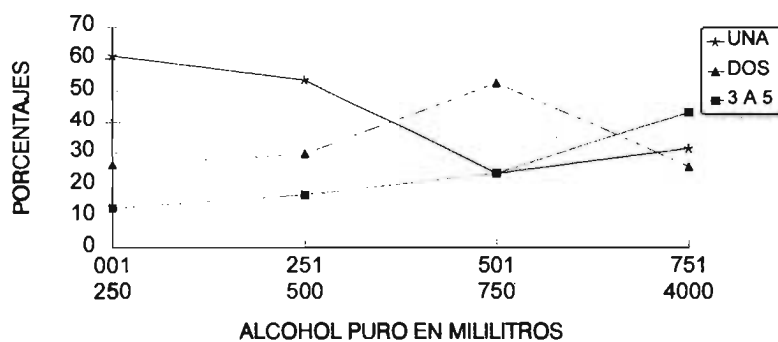
4.11.3 NÚMERO DE DIFICULTADES POR CANTIDAD DE ALCOHOL PURO INGERIDO

Alcohol puro en mililitros	NÚMERO DE DIFICULTADES			TOTAL
	UNA	DOS	TRES A CINCO	
001 - 250	131	56	27	214
%	61.0	26.3	12.7	54.6
251 - 500	63	35	20	118
%	53.5	29.6	16.9	30.0
501 - 750	7	17	7	31
%	23.7	52.6	23.7	8.0
751 - 4000	9	7	12	29
%	31.4	25.7	42.9	7.4
Total	210	115	67	392
%	53.6	29.3	17.1	100

GL= 6 $X^2 = 31.17$ $P \leq .001$

Porcentaje obtenido del total por renglón

GRÁFICA CUADRO 87



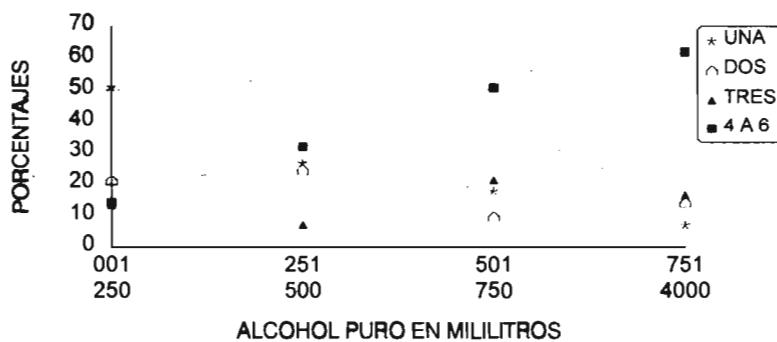
Cuadro 88

4.11.4 NÚMERO DE SÍNTOMAS POR CANTIDAD DE ALCOHOL PURO INGERIDO

Alcohol puro en mililitros	NÚMERO DE SÍNTOMAS				TOTAL
	UNO	DOS	TRES	CUATRO A SEIS	
001 - 250 %	278 51.1	115 21.2	74 13.5	77 14.2	544 66.2
251 - 500 %	51 26.6	47 24.5	33 17.2	61 31.8	193 23.5
501 - 750 %	9 18.0	5 9.8	11 21.3	26 50.8	50 6.1
751 - 4000 %	2 7.1	5 14.3	6 16.7	22 61.9	35 4.2
Total %	341 41.5	172 20.9	123 15.0	185 22.6	822 100
GL= 9 $X^2= 112.70$ $P \leq .001$					

Porcentaje obtenido del total por renglón

GRÁFICA CUADRO 88



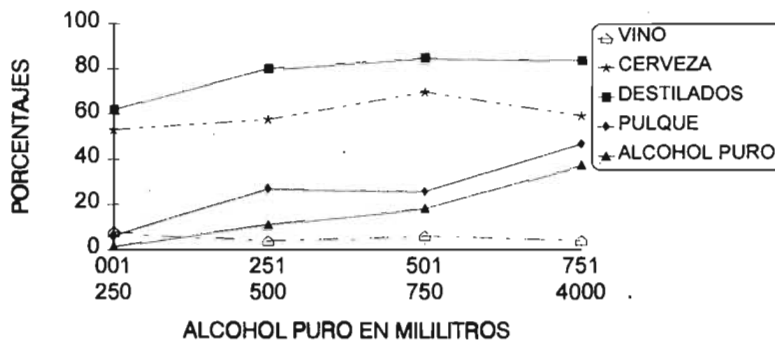
4.11.5 INGESTIÓN DE ALCOHOL PURO POR TIPO DE BEBIDA

Mililitros	TIPO DE BEBIDA														
	VINO ¹			CERVEZA			DESTILADOS			PULQUE			ALCOHOL PURO ¹		
	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL	SI	NO	TOTAL
001-250	94	1105	1198	636	565	1202	747	459	1206	73	1126	1198	16	1173	1189
%	7.8	92.2	78.5	53.0	47.0	78.6	61.9	38.1	78.6	6.1	93.9	78.5	1.3	98.7	78.5
251-500	9	223	233	134	98	233	186	46	233	63	170	233	26	205	231
%	3.9	96.1	15.2	57.7	42.3	15.2	80.1	19.9	15.2	27.0	73.0	15.2	11.1	88.9	15.3
501-750	3	51	55	38	17	55	46	8	55	14	41	55	10	45	55
%	6.1	93.9	3.6	69.7	30.3	3.6	84.8	15.2	3.6	25.8	74.2	3.6	18.2	81.8	3.6
751-4000	2	39	41	24	17	41	34	7	41	19	22	41	15	25	40
%	41.0	95.9	2.7	59.2	40.8	2.7	85.7	16.3	2.6	46.9	53.1	2.7	37.5	62.5	2.6
Total	108	1419	1526	833	697	1259	1013	521	1534	169	1357	1526	66	1448	1514
%	7.0	93.0	100	54.4	45.6	100	66.1	33.9	100	11.1	88.9	100	4.4	95.6	100

gl= 3

 $\chi^2=7.5$ p <= .05 $\chi^2=43.84$ p <= .001 $\chi^2=155.70$ p <= 0.0011. La distribución no permitió aplicar χ^2

GRÁFICA CUADRO 89



4.12 ANÁLISIS POR TIPO DE BEBIDA CONSUMIDA

La distribución de los tipos de bebida y los problemas relacionados a su ingestión se muestran en esta sección; donde de manera general se observó que tanto los destilados como la cerveza mantienen elevadas frecuencias en el reporte de problemas en las relaciones personales y en la salud física; y en menor frecuencia en el trabajo, en la salud psicológica y con la policía.

En primera instancia en el cuadro/gráfica 90, los problemas en las relaciones personales y en la salud física fueron mayormente reportadas en el consumo de destilados ($n= 127$), y cerveza ($n= 104$). El consumo de estas bebidas también es importante en las discusiones familiares ($n= 214$, $n= 180$), aunque se observó una tendencia similar en los otros tipos de bebidas, encontrando diferencias significativas (X^2), entre la ingestión de cerveza y los problemas de trabajo; entre los destilados y el ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol. Sin embargo, llama la atención que en el consumo de pulque y las discusiones familiares, los problemas en el trabajo, y los comentarios de algún doctor a su forma de beber se encontraran diferencias significativas (X^2); misma situación ocurrió entre el consumo de alcohol puro y las discusiones familiares y los comentarios de algún doctor (cuadro/gráfica 91).

En la presencia de otros incidentes asociados, se observó también un incremento en las frecuencias de consumo de destilados y cerveza, pero destacando el haber tenido otro accidente al estar bebiendo ($n= 38$, $n= 36$), y el haber resultado con heridas o lesiones en algún accidente ($n= 26$, $n= 28$). El consumo de pulque en estos incidentes mostró diferencias significativas (X^2), así como el de alcohol puro y haber resultado con heridas y lesiones en un accidente (cuadro/gráfica 92).

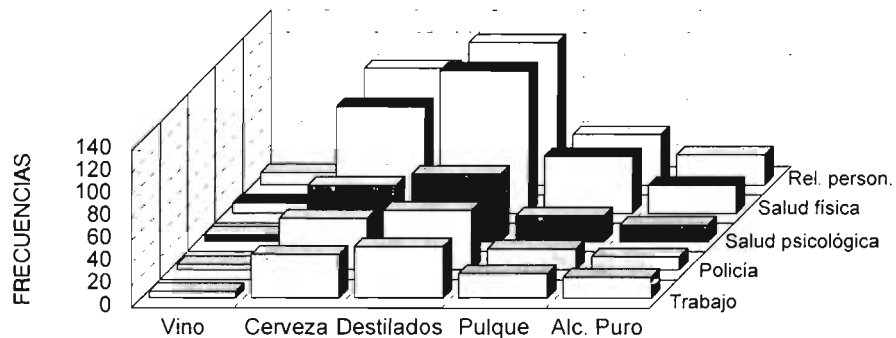
Con respecto a la sintomatología reportada, se encontró una tendencia similar a lo anterior, donde hay mayor consumo de destilados y cerveza, pero de manera sobresaliente en los que reportaron sentir que deberían de beber menos o beber por completo. El resto de los síntomas se observó similar distribución con respecto a la ingestión de bebidas alcohólicas y los síntomas reportados (cuadro/gráfica 93). Por otro lado, cabe destacar que se encontraron las siguientes diferencias significativas (X^2), entre el consumo de vino y el sentir que debería de beber menos; en la cerveza y el sentir beber menos, no recordar cosas y las manos temblorosas; en los destilados y el no recordar cosas; sin embargo, también llama la atención el hecho de que se encontraron estas diferencias significativas (X^2) entre la ingestión de pulque y alcohol puro con respecto a los seis síntomas investigados.

Cuadro 90

4.12.1 TIPO DE BEBIDA POR PROBLEMAS ASOCIADOS

PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES															
TIPO DE BEBIDA	Relaciones Personales			En el Trabajo			Con la policía			En la Salud Física			En la Salud Psicológica		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Vino	11	2	12	6	1	7	5	1	6	9	2	12	6	2	8
%	86.7	13.3	5.9	87.5	12.5	7.8	85.7	14.3	6.5	78.6	21.4	5.2	70.0	30.0	8.4
			212			84			89			222			98
Cerveza	104	24	128	39	10	49	46	13	59	95	28	123	50	10	60
%	81.3	18.7	60.3	79.7	20.3	57.8	77.5	22.5	65.7	77.2	22.8	55.2	83.3	16.7	60.5
			213			84			89			223			98
Destilados	127	26	152	46	17	64	53	14	67	127	38	166	60	13	74
%	83.2	16.8	71.3	72.7	27.3	75.5	79.0	21.0	74.3	77.0	23.0	73.8	82.0	18.0	74.2
			214			84			90			224			99
Pulque	45	7	51	22	7	28	19	4	23	51	8	60	23	4	27
%	87.1	12.9	24.1	76.5	23.5	33.3	82.1	17.9	25.7	86.1	13.9	26.9	84.8	15.2	27.7
			213			84			90			222			98
Alcohol Puro	27	4	31	19	4	23	12	2	13	25	3	28	15	2	17
%	86.8	13.2	14.8	82.1	17.9	27.2	87.5	12.5	14.5	88.2	11.8	12.7	90.0	10.0	16.7
			212			85			91			222			99

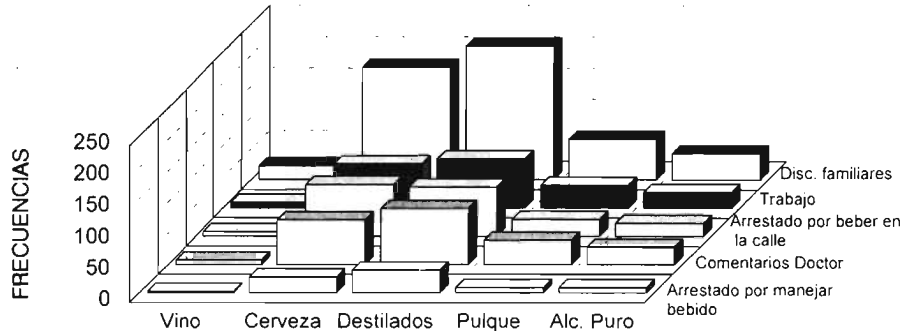
GRÁFICA CUADRO 90



4.12.2 TIPO DE BEBIDA POR DIFICULTADES ASOCIADAS

DIFICULTADES ASOCIADAS AL CONSUMO DE ALCOHOL. ÚLTIMOS DOCE MESES															
TIPO DE BEBIDA	Discusiones Familiares o con personas cercanas			Problemas en el trabajo			Comentarios de algún doctor a su forma de beber			Ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol			Ser arrestado por beber o embriagarse en la calle		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Vino %	22 19.7	88 80.3	109 1543	9 8.3	100 91.7	109 1539	7 6.8	102 93.2	109 1541	2 1.5	108 98.5	109 1539	7 6.8	102 93.2	109 1536
Cerveza % GL= 1	180 21.4	659 78.6	838 1546	70 8.4	766 91.6	837 1542	71 8.5	767 91.5	838 1544	25 3.0	814 97.0	838 1453	82 9.8	754 90.2	836 1539
Destilados % GL= 1	214 20.8	812 79.2	1025 1549	78 7.6	944 92.4	1022 1545	89 8.7	934 91.3	1024 1548	36 3.5	987 96.5	1022 1546	78 7.6	942 92.4	1020 1543
Pulque % GL= 1	65 38.3	105 61.7	170 1543	36 21.4	134 78.6	170 1539	39 22.8	132 77.2	170 1541	8 4.9	162 95.1	170 1539	27 16.2	142 83.8	169 1536
Alcohol Puro % GL= 1	42 61.4	26 38.6	69 1531	25 36.1	44 63.9	69 1527	28 41.0	41 59.0	69 1529	8 12.0	60 88.0	69 1528	21 30.5	47 69.5	68 1528

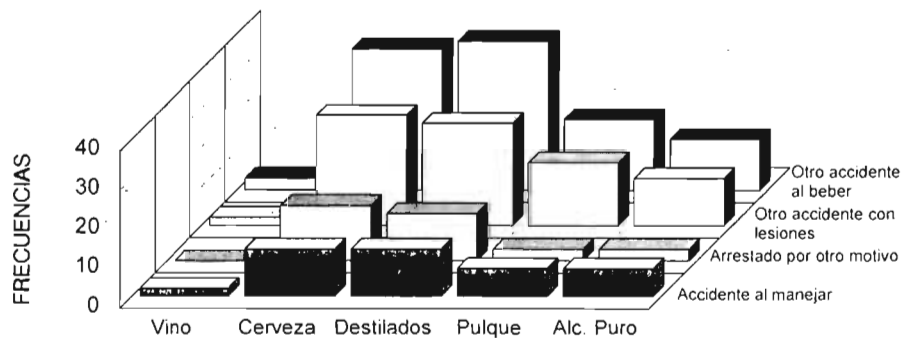
GRÁFICA CUADRO 91



4.12.3 TIPO DE BEBIDA POR OTROS INCIDENTES ASOCIADOS

TIPO DE BEBIDA	OCURRENCIA DE OTROS INCIDENTES												
	Accidente de tránsito al manejar			Otro accidente con heridas o lesiones			Ser arrestado por algún otro motivo			Tener otro accidente al estar bebiendo			
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	
Vino	2	6	8	2	9	12	-	2	2	3	106	109	
%	30.0	70.0	12.0	21.4	78.6	8.8	-	100	3.3	3.0	97.0	7.2	
			69			132			50			1522	
Cerveza	12	28	41	28	51	79	14	23	37	36	795	830	
%	30.6	69.4	59.0	35.4	64.6	60.0	37.8	62.2	75.0	4.3	95.7	54.4	
			69			132			50			1525	
Destilados	12	34	46	26	68	94	12	24	36	38	974	1012	
%	26.8	73.2	67.5	28.1	71.9	71.7	34.1	65.9	74.6	3.8	96.2	66.2	
			69			132			49			1529	
Pulque	7	7	14	16	8	24	3	4	7	18	152	170	
%	52.9	47.1	20.5	65.5	34.5	18.4	44.4	55.6	15.0	10.7	89.3	11.2	
GL= 1			69	$X^2= 16.35 P<= .001$			131			50	$X^2= 24.05 P<= .001$		
Alcohol Puro	7	2	8	12	5	17	3	2	6	13	55	68	
%	80.0	20.0	12.3	70.0	30.0	12.5	57.1	42.9	11.5	19.5	80.5	4.5	
GL= 1			67	$X^2= 12.66 P<= .001$			132			45			1510

GRÁFICA CUADRO 92



4.1.2.4 TIPO DE BEBIDA POR SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA

SINTOMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL																		
TIPO DE BEBIDA	A			B			C			D			E			F		
	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total	Si	No	Total
Vino %	39	72	111	22	90	112	13	98	112	22	89	112	16	96	112	9	101	110
GL= 1	35.1	64.9	7.2	19.3	80.7	7.3	11.9	88.1	7.3	20.0	80.0	7.3	14.1	85.9	7.3	8.3	91.7	7.2
	$X^2= 5.79$ $P<= .01$			$X^2= ns$ $P<= ns$			$X^2= ns$ $P<= ns$			$X^2= ns$ $P<= ns$			$X^2= ns$ $P<= ns$			$X^2= ns$ $P<= ns$		
Cerveza %	429	407	836	184	653	837	133	704	837	177	660	837	140	696	836	86	748	834
GL= 1	51.3	48.7	54.2	22.0	78.0	54.2	15.9	84.1	54.2	21.2	78.8	54.2	16.7	83.3	54.2	10.3	89.7	54.2
	$X^2= 19.64$ $P<= .001$			$X^2= 8.62$ $P<= .001$			$X^2= ns$ $P<= ns$			$X^2= ns$ $P<= ns$			$X^2= ns$ $P<= ns$			$X^2= ns$ $P<= ns$		
Destilados %	478	546	1024	214	812	1025	152	872	1024	202	821	1023	179	844	1023	111	911	1022
GL= 1	46.6	53.4	66.2	20.8	79.2	66.3	14.9	85.1	66.2	19.7	80.3	66.2	17.5	82.5	66.2	10.9	89.1	66.2
	$X^2= ns$ $P<= .02$			$X^2= 4.77$ $P<= .02$			$X^2= ns$ $P<= ns$			$X^2= ns$ $P<= ns$			$X^2= ns$ $P<= ns$			$X^2= ns$ $P<= ns$		
Pulque %	127	45	171	73	97	170	68	103	171	85	86	171	70	100	170	37	134	171
GL= 1	73.9	26.1	11.1	42.9	57.1	11.0	39.6	60.4	11.1	49.8	50.2	11.1	41.3	58.7	11.1	21.7	78.3	11.1
	$X^2= 59.99$ $P<= .001$			$X^2= 68.41$ $P<= .001$			$X^2= 95.81$ $P<= .001$			$X^2= 112.24$ $P<= .001$			$X^2= 84.58$ $P<= .001$			$X^2= 28.19$ $P<= .001$		
Alcohol Puro %	49	20	69	37	31	69	40	29	69	46	23	69	46	23	69	28	41	69
GL= 1	71.1	28.9	4.5	54.2	45.8	4.5	57.8	42.2	4.5	66.3	33.7	4.5	66.3	33.7	4.5	41.0	59.0	4.5
	$X^2= 17.94$ $P<= .001$			$X^2= 56.14$ $P<= .001$			$X^2= 105.83$ $P<= .001$			$X^2= 98.87$ $P<= .001$			$X^2= 127.70$ $P<= .001$			$X^2= 74.31$ $P<= .001$		

A. Sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo

B. Haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo

C. Haber tomado un trago apenas se levanta

D. Haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido

E. Haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos

F. Haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo

GRÁFICA CUADRO 93



4.13 COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE CONSUMO POR TIPO DE PROBLEMA

Se aplicaron pruebas de T-Test Groups del paquete estadístico SPSS/PC (Norusis, 1988), para determinar diferencias entre dos medias. Las variables consideradas en éste análisis fueron por un lado las secciones que corresponden a problemas, dificultades, otros incidentes y síntomas (variables independientes, dicotómicas); categorizando dentro de cada sección a los eventos en dos grupos: 1. Presentó y 2. No Presentó. Por otro lado, se consideró la ingestión habitual de alcohol puro en mililitros (variable dependiente, continua).

De esta forma, y como se muestra en el cuadro 94 se obtuvieron en primer lugar valores F; y que de acuerdo a su nivel de significancia, indica si existen o no diferencias significativas entre las varianzas de los grupos que presentaron (1) y no presentaron (2) problemas, dificultades, incidentes o síntomas en el evento. Para las variables donde se encontraron diferencias significativas en el valor F, se tomó en segundo lugar la información obtenida en la varianza estimada separada que nos proporciona valores T, los grados de libertad y su nivel de significancia correspondiente. El valor T y su nivel de significancia nos indican de la existencia de diferencias significativas entre las medias de consumo de nuestros grupos (1. **Presencia**, 2. Ausencia del evento).

Los resultados obtenidos mostraron que el consumo de alcohol en los sujetos que presentaron éstos problemas, dificultades, incidentes y síntomas difirió de aquellos que no los presentaron, siendo para aquellos que reportaron haberlos tenido mas elevado, que para los que no reportaron haberlos tenido; esta situación se observó al analizar las medias de consumo de ambos grupos.

De acuerdo a lo **anteriormente** descrito, encontramos que en la parte de problemas a **pesar de haber investigado cinco tipos**, solo en los problemas con la **policía se encontraron** diferencias significativas ($p \leq .01$). En la sección de **dificultades todas ellas resultaron** significativas. Por lo que se refiere a los cuatro tipos de **incidentes estudiados** se encontraron diferencias significativas en tres de estos, excepto en ser detenido por otros motivos.

En cuanto a los seis síntomas investigados encontramos diferencias significativas en todos, con niveles de $p \leq .000$ en cada uno de ellos.

Cuadro 94

RELACIÓN ENTRE CANTIDAD DE INGESTIÓN (alcohol puro en mililitros)
Y TIPO DE PROBLEMA

PROBLEMAS:	PRESENCIA		AUSENCIA		Valor t
	Media	S	Media	S	
Relaciones personales	359	377	286	291	1.13 ¹
En el trabajo	507	581	476	415	.22 ¹
Con la policía	398	432	240	181	2.46**
En la salud física	356	437	308	308	.68 ¹
En la salud Psicológica	412	481	335	351	.62 ¹
DIFICULTADES:					
Discusiones familiares	336	373	144	224	8.52***
En el trabajo	437	464	163	240	6.05***
Comentarios de algún doctor	406	516	162	226	5.25***
Arrestado por manejar bebido	366	458	177	262	2.68**
Ser arrestado por beber en la calle	376	388	167	254	5.49***
OTROS INCIDENTES:					
Accidente de tránsito al manejar	568	765	197	222	2.12*
Otro accidente con heridas o lesiones	453	420	211	321	3.26**
Ser arrestado por algún otro motivo	370	431	280	379	.76 ¹
Tener otro accidente al estar bebiendo	322	361	178	267	3.04**
SÍNTOMAS:					
Sentir que debería beber menos	252	286	121	238	9.62***
No recordar cosas al otro día	333	357	146	232	8.55***
Tomar un trago al levantarse	398	470	146	197	7.93***
Manos temblorosas al otro día	330	355	147	234	8.45***
Borracho o ebrio durante varios días	394	445	140	193	8.87***
Tener una pelea al estar bebiendo	407	435	157	233	7.00***

¹ ns

* p< 0.05

** p< 0.01

*** p< .000

4.14 MATRIZ DE CORRELACIÓN

Como parte de los análisis propuestos, se obtuvo la matriz de correlación (Cuadro 95), donde se correlacionaron la cantidad ingerida de alcohol puro en mililitros, el número de bebidas consumidas, el número de problemas, de dificultades y síntomas presentados. Aquí se observó una correlación significativa del consumo de alcohol puro con el número de bebidas ingeridas (.4122*), con el número de problemas presentados (.3479*), con el número de síntomas reportados (.3008*), y con el número de dificultades presentadas (.3008*). De la misma manera, se asoció significativamente el reporte de problemas con el número de dificultades (.6174*), y de los problemas con los síntomas presentados (.4442*). Asimismo, se encontró una asociación significativas entre las dificultades y el número de síntomas reportados (.4270*).

Cuadro 95

CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

	Consumo de Alcohol puro mililitros	Número de bebidas consumidas	Número de problemas presentados	Número de dificultades presentadas	Número de Síntomas presentados
Consumo alcohol puro en mililitros	1.0000	.4122*	.3479*	.2167*	.3008*
Número de bebidas consumidas		1.0000	.0821	.0996	.1408
Número de problemas presentados			1.0000	.6174*	.4442*
Número de dificultades presentadas				1.0000	.4270*
Número de síntomas presentados					1.0000

* $p \leq .001$

4.15 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN

En el cuadro 96, se presentan las correlaciones entre la cantidad de alcohol puro en mililitros, ingerido habitualmente y el reporte de número de bebidas consumidas, número de problemas, número de dificultades y número de síntomas presentados. Como se observa se encontraron asociaciones significativas en todas las variables analizadas ($p \leq .001$). Asimismo correspondió el mayor grado de asociación para el consumo de alcohol puro y el número de bebidas ingeridas (.3805). Para el número de síntomas y problemas presentados se observó similar asociación (.3684 y .3657 respectivamente). En cuanto al número de dificultades presentadas, se encontró el menor grado de asociación en relación con la cantidad de alcohol puro ingerido (.2060).

Cuadro 96

CORRELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE EVENTOS PRESENTADOS Y LA CANTIDAD HABITUAL DE CONSUMO DE ALCOHOL PURO EN MILILITROS

EVENTOS	r
Número de bebidas consumidas	.3805*
Número de problemas	.3657*
Número de dificultades	.2060*
Número de síntomas	.3684*

* $p < 0.001$

4.16 ANÁLISIS DEL RIESGO (ODDS RATIO) ASOCIADO EN LOS MOTIVOS DE ATENCIÓN Y CAUSAS DE TRAUMATISMO

Con el propósito de determinar si el consumo de alcohol constituye un factor de riesgo en los motivos de atención, se analizaron dos situaciones. En primer lugar, se evaluó el riesgo entre el acudir a los servicios de urgencia a consecuencia de haber sufrido un traumatismo, o por presentar un problema médico agudo; en segundo lugar y considerando únicamente a los traumatismos, determinar el riesgo asociado entre aquellos que fueron intencionales o accidentales. Para ambas situaciones se utilizaron como indicadores del consumo de alcohol previo al evento, las concentraciones de alcohol en sangre (lecturas positivas/negativas), determinada a través del alcosensor; y la información proporcionada por el propio paciente sobre su consumo de alcohol (si consumió/no consumió). De esta forma, se estimó el riesgo asociado con cada variable, calculando los Odds Ratio (Razón de productos cruzados), y sus intervalos de confianza del 95%.

Los resultados se muestran en el cuadro 97, donde se observa que las lecturas positivas ($\leq .10\text{mg}/100\text{ml}$) constituyeron un factor de riesgo para sufrir un traumatismo (OR= 5.56); y dentro de éstos, también se estimó un riesgo asociado con los traumatismos intencionales (OR= 3.88).

Por lo que respecta al autoreporte de consumo, y al igual que lo observado con el alcosensor, se encontró un riesgo asociado con los traumatismos (OR= 2.73), y dentro de estos, un riesgo para los traumatismos intencionales (OR= 5.63).

Cuadro 97

ANÁLISIS DE ODDS RATIO PARA MOTIVOS DE ATENCIÓN

Indicador	Motivo de atención			
	Traumatismo/Problema Médico		Traumatismo Intencional/Accidental	
	OR	(IC 95%)	OR	(IC 95%)
Lectura Alcosensor (<10 mg/100 ml)	5.56	3.34-9.57	3.88	2.94-5.12
Autoreporte de consumo	2.73	1.94-3.91	5.63	4.32-7.35

Por otro lado, y con la finalidad de estimar el riesgo asociado a las causas del traumatismo, se procedió a analizar esta información de la siguiente forma: se consideró cada causa de traumatismo de manera separada, y se agruparon las cinco categorías restantes, quedando la nueva categoría de otros. Esto es, en primer lugar se tomó la categoría de Asalto y se comparó con riña, lesiones, caídas, accidente automovilístico y otras causas, que quedaron agrupadas en la categoría de otros (Cuadro 98). Al igual que los análisis anteriores, se tomaron los mismos indicadores del consumo de alcohol previo al evento; lectura del alcosensor y autoreporte de consumo.

Cuadro 98

RECLASIFICACION DE LAS CAUSAS DE TRAUMATISMO
(Frecuencias)

CAUSA DE TRAUMATISMO	ALCOSENSOR		AUTOREPORTE	
	Positiva n= 326	Negativa n= 897	Si Consumió n= 439	No Consumió n= 816
Asalto	84	111	127	78
Otros: riña, lesiones, caídas, acc. automovilístico, otras causas	242	786	312	738
Riña-riña familiar	95	104	122	80
Otros: asalto, lesiones, caídas, acc. automovilístico, otras causas	231	793	317	736
Lesiones	32	314	45	304
Otros: asalto, riña, caídas, accidente automovilístico, otras causas	294	583	394	512
Caídas	56	213	78	196
Otros: asalto, riña, lesiones, acc. automovilístico, otras causas	270	684	361	620
Accidente Automovilístico	50	118	52	126
Otros: asalto, riña, lesiones, caídas, otras causas	276	779	387	690
Otras Causas de Lesión	9	37	15	32
Otros: asalto, riña, lesiones, caídas, accidente automovilístico	317	860	424	784

Una vez realizadas estas nuevas agrupaciones, procedimos a estimar el riesgo asociado a cada causa de traumatismo (Cuadro 99), donde encontramos que las lecturas positivas del alcosensor guardan una relación estadísticamente significativa con el riesgo de involucrarse en una Riña-riña familiar (OR= 3.14), de sufrir un Asalto (OR= 2.46), o tener un Accidente automovilístico (OR= 1.20). Al considerar el autoreporte de consumo y las causas de traumatismo, se observaron relaciones significativas con el riesgo de sufrir un Asalto (OR= 3.85), y con involucrarse en una Riña-riña familiar (OR= 3.54).

Cuadro 99

ANÁLISIS DE ODDS RATIO PARA CAUSA DE TRAUMATISMO

INDICADOR	<u>CAUSA DE TRAUMATISMO</u>											
	<u>Asalto</u>		<u>Riña-Riña Familiar</u>		<u>Lesiones</u>		<u>Caídas</u>		<u>Accidente Automovilístico</u>		<u>Otros Eventos</u>	
	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)	OR	IC (95%)
Lectura Alcosensor (10mg/100 ml)	2.46	1.77-3.42	3.14	2.26-4.35	0.20	0.13-0.30	0.67	0.47-0.93	1.20	0.82-1.74	0.66	0.29-1.44
Autoreporte de Consumo	3.85	2.79-5.32	3.54	2.56-4.89	0.19	0.13-0.27	0.68	0.50-0.93	0.74	0.51-1.05	0.87	0.44-1.68

4.17 ANÁLISIS DE CONSISTENCIA INTERNA: REACTIVOS SECCIÓN DE PROBLEMAS

La consistencia interna de los reactivos se evaluó mediante el análisis de confiabilidad del estadístico alpha, el cual nos indica la medida en que los reactivos evalúan elementos pertenecientes a una misma dimensión.

Como puede apreciarse en el cuadro 100, el coeficiente alpha global es alto, señalando un elevado nivel de consistencia entre los 20 reactivos de los problemas investigados; asimismo nos muestra como estos ítems evalúan una misma dimensión. En cuanto al coeficiente remanente al eliminar cada reactivo, se observa que en cada caso es superior a .85.

Por otro lado, encontramos que solo dos de los reactivos mostraron correlaciones con el alpha global, inferiores a .30, lo que indica una posible independencia del resto de los ítems.

Cuadro 100

COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD		
	Correlación ítem total	Valor Alpha si el ítem es excluido
PROBLEMAS:		
Relaciones personales	.5585	.8563
En el trabajo	.5211	.8596
Con la policía	.4205	.8620
En la salud física	.4999	.8586
En la salud Psicológica	.4818	.8601
DIFICULTADES:		
Discusiones familiares	.6033	.8541
En el trabajo	.5460	.8576
Comentarios de algún doctor	.5014	.8588
Arrestado por manejar bebido	.3627	.8639
Ser arrestado por beber en la calle	.4331	.8612
OTROS INCIDENTES:		
Accidente de tránsito al manejar	.2831	.8660
Otro accidente con heridas o lesiones	.3576	.8640
Ser arrestado por algún otro motivo	.2237	.8668
Tener otro accidente al estar bebiendo	.3168	.8647
SÍNTOMAS:		
Sentir que debería beber menos	.4239	.8674
No recordar cosas al otro día	.5610	.8563
Tomar un trago al levantarse	.5304	.8574
Manos temblorosas al otro día	.5791	.8553
Borracho o ebrio durante varios días	.6284	.8528
Tener una pelea al estar bebiendo	.5037	.8585
ALPHA= .8718		

4.18 ANÁLISIS FACTORIAL DE LOS REACTIVOS SECCIÓN DE PROBLEMAS

En el cuadro 101 se muestran los resultados del análisis factorial con rotación varimax, donde se incluyen los reactivos que conforman los problemas asociados al consumo de alcohol.

El análisis tuvo como finalidad determinar la forma como se agrupaban los 20 reactivos que se investigaron en esta sección del instrumento. De esta forma, se pudo observar como se definen tres factores, siendo el primero donde se incluyeron los seis reactivos del área de problemas de salud; en el segundo factor se mezclaron reactivos del área de problemas y dificultades asociadas al consumo de alcohol, por lo que éstos se pudieron identificar como problemas sociales. Finalmente el tercer factor, aún cuando contempla solo tres reactivos, fué posible determinar como éstos podían caracterizarse como problemas legales o con la policía.

Es importante notar que el análisis excluyó a cuatro de los reactivos que investigan básicamente la ocurrencia de accidentes (sección de incidentes), por lo que sería conveniente seguir analizando este hecho y tratar de encontrar una explicación.

Los resultados en términos generales corresponden a lo planteado en las secciones de los problemas estudiados en el instrumento, donde por un lado se observan tres áreas definidas de problemas: De Salud, Sociales y Legales (policía). Así mismo, se detecta que cuatro reactivos presentaron problemas, ya que fueron excluidos del análisis

Cuadro 101

RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL PARA LOS PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL

REACTIVOS	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Tomar un trago al levantarse	.86900		
Manos temblorosas al otro día	.86634		
Borracho o ebrio durante varios días	.81696		
Tener una pelea al estar bebiendo	.79979		
No recordar cosas al otro día	.72498		
Sentir que debería beber menos	.60332		
Tener otro accidente al estar bebiendo*			
Problemas en el trabajo		-.72728	
Discusiones en el trabajo		.64382	
En la salud psicológica		-.52740	
Discusiones familiares		.52255	
En la salud física		-.52209	
Comentarios de algún doctor		.50449	
Relaciones personales		-.49966	
Otro accidente con heridas o lesiones*			
Ser arrestado por beber en la calle			.59540
Arrestado por manejar bebido			.55759
Con la policía			-.49298
Ser arrestado por algún otro motivo*			
Accidente de tránsito al manejar*			
	Salud	Sociales	Legales

* Reactivos que se excluyeron del análisis

4.19 ANÁLISIS DE REGRESIÓN MÚLTIPLE

Con el propósito de determinar si las variables incluidas en el estudio, podían predecir los problemas identificados se realizaron análisis de regresión múltiple.

Este análisis permite predecir los valores en una variable a partir de los valores en otra variable; por lo que la técnica empleada para la construcción de los modelos es el análisis de regresión lineal. La regresión puede ser utilizada tanto para resumir datos, como para establecer relaciones entre variables. Considerando que la R^2 obtenida en el análisis, es una medida de bondad de ajuste o coeficiente de determinación, este estadístico indica la proporción de variación en la variable dependiente "explicada por el modelo".

Para el análisis de regresión, se tomaron en una primera etapa como variables dependientes, las tres áreas de problemas identificados en el análisis factorial: Problemas de Salud, Sociales y Legales. Estas áreas son el resultado de la sumatoria de los reactivos que pesaron en cada uno de los factores (cuadro 101). De esta forma, procedimos a realizar los análisis de regresión por separado con cada una de estas variables dependientes, tomando como variables independientes (predictoras), a las variables sociodemográficas, junto con la frecuencia de embriaguez y la cantidad de alcohol puro ingerido.

En estos tres primeros análisis, se encontró que la frecuencia de embriaguez explicó la mayor proporción de la varianza (27%, 18% y 6% respectivamente). La segunda variable en ingresar a los modelos, fue la cantidad de alcohol puro ingerido; además de estas variables, la escolaridad, sexo y edad fueron predictoras de los problemas de salud; en tanto que la edad, también fue predictora de los problemas sociales y el sexo, a su vez fue predictor de los problemas legales. Cabe destacar que las variables predictoras de los problemas de salud explicaron el 38% de la varianza total en este modelo (cuadros 102). Las variables independientes en los problemas sociales explicaron el 25% (cuadros 103), y en el caso de los problemas legales explicaron el 9% (cuadros 104).

Cuadro 102

VARIABLES PREDICTORAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

Variable	B	EE de B	BETA	R ² Acumulada
Frecuencia de Embriaguez	.989623	.061082	.385323	.2776*
Consumo alcohol puro	.671284	.056223	.280024	.3590*
Escolaridad	-.0156971	.030523	-.113910	.3724*
Sexo	.444774	.089145	.112632	.3825*
Edad	.093894	.030384	.068182	.3870*
Constante	-.416899	.125349		

*p< .01

Cuadro 103

VARIABLES PREDICTORAS DE LOS PROBLEMAS SOCIALES

Variable	B	EE de B	BETA	R ² Acumulada
Frecuencia de Embriaguez	.721208	.055155	.334562	.1861*
Consumo alcohol puro	.544714	.051441	.270720	.2511*
Edad	.076198	.027490	.065923	.2554*
Constante	-.606033	.076301		

*p<.01

Cuadro 104

VARIABLES PREDICTORAS DE LOS PROBLEMAS LEGALES

Variable	B	EE de B	BETA	R ² Acumulada
Frecuencia de Embriaguez	.130678	.022174	.169516	.0616*
Consumo alcohol puro	.123983	.020387	.172308	.0891*
Sexo	.071353	.032220	.060199	.0925**
Constante	-.169728	.034383		

*p<.01

**p<.05

En la segunda etapa de los análisis de regresión, también se incluyeron como variables dependientes las áreas de problemas identificados: Salud, Sociales y Legales; pero en estos no se incluyó la frecuencia de embriaguez y la cantidad de alcohol puro ingerido, quedando únicamente como variables independientes las características sociodemográficas. Esto se hizo con la finalidad de saber de que manera se comportaban los modelos anteriores de regresión, al no incluir las variables relacionadas con el consumo de alcohol.

De esta forma, se pudo determinar que la variable sexo ingreso como primer predictor en cada una de las situaciones estudiadas. En el caso de los problemas de salud (cuadro 105), explicó por sí misma el 6% de la varianza y junto con escolaridad, ocupación, edad, ingreso económico y estado civil explicaron el 12% de la varianza total en este modelo. En los otros dos análisis las varianzas explicadas por los modelos disminuyeron significativamente: 4% en el caso de los problemas sociales (cuadro 106), y 2% en el caso de los problemas legales (cuadro 107).

Cuadro 105

VARIABLES PREDICTORAS DE LOS PROBLEMAS DE SALUD
(NO INCLUYENDO LA FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ NI LA CANTIDAD DE CONSUMO DE ALCOHOL)

Variable	B	EE de B	BETA	R ² Acumulada
Sexo	.920204	.103757	.235236	.0612*
Escolaridad	-.170315	.043575	-.123484	.1051*
Ocupación	.325544	.098525	.099357	.1114*
Edad	.140822	.038584	.102679	.11170*
Ingreso Económico	-.087551	.041993	-.059658	.1196**
Estado Civil	-.176276	.086821	-.055416	.1222**
Constante	.707351	.154730		

*p< .01

**p< .05

Cuadro 106

VARIABLES PREDICTORAS DE LOS PROBLEMAS SOCIALES
(NO INCLUYENDO LA FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ NI LA CANTIDAD DE CONSUMO DE ALCOHOL)

Variable	B	EE de B	BETA	R ² Acumulada
Sexo	.511256	.091262	.154476	.0257*
Escolaridad	-.095398	.035511	-.081752	.0411*
Edad	.088849	.031371	.076571	.0456*
Ocupación	.177385	.086145	.063990	.0485**
Constante	.241173	.131718		

*p< .01

**p< .05

Cuadro 107

VARIABLES PREDICTORAS DE LOS PROBLEMAS LEGALES
(NO INCLUYENDO LA FRECUENCIA DE EMBRIAGUEZ NI LA CANTIDAD DE CONSUMO DE ALCOHOL)

Variable	B	EE de B	BETA	R ² Acumulada
Sexo	.136971	.031965	.117734	.0179*
Ocupación	.059126	.026773	.060677	.0213**
Constante	-.013559	.029210		

*p< .01

**p< .05

En la tercera etapa de los análisis de regresión, se incluyó al consumo de alcohol puro ingerido como variable dependiente y a las variables sociodemográficas como variables independientes o predictoras. El modelo resultante explicó el 5% de la varianza total del modelo, y las variables predictoras fueron el sexo, escolaridad y ocupación (cuadro 108).

Cuadro 108

VARIABLES PREDICTORAS DE LA CANTIDAD DE CONSUMO

Variable	B	EE de B	BETA	R ² Acumulada
Sexo	.285941	.045489	.174116	.0354*
Escolaridad	-.055736	.017238	-.096312	.0516*
Ocupación	.094713	.042323	.068989	.0551**
Constante	1.125967	.057497		

*p<.01

**p<.05

En general se encontró que de acuerdo a los análisis de regresión descritos anteriormente, que la frecuencia de embriaguez y el consumo de alcohol puro (grado de intoxicación) explicaran la mayor parte de la varianza al ser la primera y segunda variables en ingresar a los modelos, y que junto con la escolaridad (primaria), sexo (masculino), edad (15-24 años), y ocupación (obreros), funcionaran como variables predictoras en los modelos analizados. El embriagarse frecuentemente, el consumir elevadas cantidades de alcohol, el ser hombre, obrero y tener entre 15 y 24 años, son indicadores importantes para presentar problemas de salud, sociales y legales asociados con la ingestión de alcohol.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

En este capítulo se describen los hallazgos más importantes de la investigación llevada a cabo, donde el objetivo general fue el estudio de los problemas asociados al consumo de alcohol, en una submuestra de pacientes atendidos en los servicios de urgencias de ocho hospitales ubicados en la ciudad de México. Bajo esta perspectiva y de acuerdo a los resultados obtenidos, se aceptan las hipótesis alternas y se rechaza la nula. Las hipótesis alternas se comprueban y corroboran las interrogantes planteadas: i) se pudo determinar que una proporción significativa de personas incluídas en el estudio, reportaran la presencia de los problemas investigados asociados a la ingestión de alcohol, ii) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los problemas estudiados y el patrón de consumo, iii) se pudieron establecer diferencias significativas entre las variables sociodemográficas y los problemas reportados asociados al consumo de alcohol, y iv) se encontraron variaciones entre la cantidad de consumo, el patrón de ingestión y el número de problemas presentados. Esta discusión incluirá las implicaciones más relevantes, para concluir con las aportaciones del presente trabajo.

El estudio del uso y abuso de bebidas alcohólicas y sus consecuencias abarca un espectro muy amplio de posibilidades, ya que las manifestaciones de la ingestión son múltiples y existen también múltiples causas en su inducción; de esta forma, encontramos que existen diversas teorías y aproximaciones sobre las causas de la condición. Los modelos biológicos del uso de alcohol, se enfocan principalmente al estudio de las propiedades farmacológicas del alcohol y sus efectos sobre el organismo. Las teorías psicológicas, asumen que los bebedores muestran ciertas características o tendencias de personalidad que pueden llegar a ser cruciales en el desarrollo de su desorden, -la investigación ha podido identificar conductas de agresividad, sentimientos de soledad, tristeza y desesperanza; así como síntomas de depresión, angustia y ansiedad-. En éste sentido es importante destacar las aportaciones de la teoría del comportamiento para el tratamiento de las personas afectadas, aunque actualmente se están revisando y discutiendo los paradigmas y modelos cognitivos-conductuales en el estudio y tratamiento de las personas con problemas de uso y abuso de alcohol (Gaceta Psicología, 1996; Saunders y Houghton, 1996). Por otro lado, el modelo sociocultural sostiene que existen principalmente factores antropológicos y sociológicos más que médicos o psicológicos. Sin embargo, se ha hecho evidente que para comprender el uso y consumo de alcohol tanto en los diversos grupos que conforman la sociedad, así como en individuos específicos, se requiere de un esfuerzo multidisciplinario e integrativo que involucre la cooperación de diferentes disciplinas (Seeley, 1960; Makela, 1970; Robinson, 1977; Schmidt.,1977; NIAAA.,1993), mismas que deben tomar en cuenta las características propias de la naturaleza humana, que involucra complejos aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales.

La aplicación del método epidemiológico al estudio del uso y abuso del alcohol y sus consecuencias, donde se considera al individuo que bebe (huésped), la bebida alcohólica (agente), y el medio ambiente (contexto) en el que se da el consumo, que junto con los aspectos físico-geográficos incluye al medio sociocultural, proporciona nuevas perspectivas para el estudio de éste fenómeno tan complejo, difícil de abordar e investigar.

Considerando lo anteriormente expuesto, nuestro interés se centró en investigar las consecuencias del uso y abuso del alcohol en un segmento de la población, constituido por personas atendidas en salas de urgencia (NIAAA.,1993; Velasco, 1994), sitio donde es posible detectar el papel del uso del alcohol en eventos traumáticos y en las condiciones médicas agudas; así como la ocurrencia de otras consecuencias derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas en esta población.

Los datos de morbilidad y mortalidad debidos a eventos accidentales o intencionales reportados por diversos estudios y por fuentes de información estadística, permiten atribuir un papel importante del alcohol en su ocurrencia, lo que necesariamente no excluye otras causas que necesitan ser investigadas. La participación del alcohol ha sido documentada en una gran variedad de situaciones: accidentes de tránsito, choques, atropellamientos, caídas, accidentes laborales, ahogamientos, conducta violenta y otras formas de conducta criminal, homicidios, violaciones, suicidios, riñas, asaltos, y violencia familiar, donde el alcohol pudo haber sido la causa principal o haber jugado un papel causal importante (McCarrol et al.,1962; Brener, 1967; Borkentein et al.,1974; Cameron, 1977; Beck et al.,1975; Blomberg et al.,1979; Weissman et al.,1980; Klastsky et al.,1981; Blum, 1981; Roizen, 1982; Baker et al.,1982; Campillo, 1985; Menéndez, 1987; Natera y cols.,1988; Lahmeyer et al.,1990; De la Fuente, 1990; López y cols.,1991; DGE.,1991; Tapia y cols.,1992; Cravioto y cols.,1992; Romero, 1993; Hingson, 1993); así como sus repercusiones (utilización de servicios, ausentismo laboral, pérdida de horas laborales y de productividad en el trabajo, y años de vida potenciales perdidos), en términos de incapacidad, invalidez y muertes derivadas por estos eventos.

Las estimaciones del incremento en el consumo per-cápita y sobre los patrones de consumo de alcohol en la población, sugieren que el tipo de ingesta ocasional y excesiva de un grupo importante de nuestra población (personas de sexo masculino y de edad joven), más que relacionarse con problemas crónicos de salud (por ejemplo, la cirrosis), tienden a asociarse más frecuentemente con otro tipo de consecuencias personales, sociales y de salud física. Esta situación, asimismo ha sido apoyada por los datos reportados en las fuentes de información estadística, donde se observan aumentos importantes de fallecimientos y otros actos violentos y accidentales suscitados o facilitados por el uso de alcohol. Los índices de mortalidad por cirrosis también se han observado como indicadores del problema del uso de alcohol.

Dentro de los problemas que pueden relacionarse al consumo de alcohol, se ha considerado recientemente el estudio de personas que sufren accidentes, violencias, traumatismos y problemas médicos agudos por su forma de beber, muchas de las cuales

serían captadas en los servicios de urgencias de los hospitales. Por esto, es de interés profundizar en el estudio de éstos eventos, y de otros problemas personales, familiares y sociales que pueden relacionarse con la ingestión de bebidas alcohólicas. Bajo esta perspectiva se planteó la presente investigación, donde para el análisis de la información, en primer lugar y con la finalidad de mantener la estructura muestral y de darle a cada paciente la fracción de muestreo que le correspondía, se procedió a ponderar la población de estudio tomando en cuenta el proceso de selección llevado a cabo en cada uno de los hospitales incluidos en la investigación.

Así encontramos que la mayor proporción de pacientes fue captada en el hospital de traumatología de Lomas Verdes del IMSS, lo cual era de esperarse ya que en este lugar se atienden principalmente urgencias de tipo traumático. La menor proporción se observó en el hospital privado ABC, sitio donde el costo de la atención es muy elevado (\$500.00 por consulta). Cabe destacar que en los cuatro hospitales de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal se atendió a más de la mitad de los pacientes estudiados (57%) en sus salas de urgencia. En relación a los hospitales incluidos y a la metodología seguida, podemos mencionar que la información derivada es representativa de lo que sucede en las salas de urgencia de la Cd. de México. Sin embargo, es necesario considerar que no todas las personas que sufren accidentes, lesiones o violencias solicitan atención a estos centros de atención, ya que existe la posibilidad de que dependiendo de sus recursos económicos recurran a la atención médica privada, que se autoatendan, o que no busquen ninguna ayuda, si consideran que su lesión no era lo suficientemente grave. Bajo esta perspectiva, algunos investigadores han informado que los datos que se obtienen en las salas de urgencia proporcionan información solo de las víctimas involucradas en eventos violentos, y que generalmente no incluyen el uso de alcohol en otros participantes (Cherpitel, 1989; NIAAA, 1993).

Al observar la distribución por sexo y grupos de edad de la población general (INEGI, 1994), encontramos similar proporción de hombres y mujeres (49.1% y 50.8% respectivamente), en cambio esta relación contrastó con los datos encontrados en la población estudiada (pacientes atendidos en servicios de urgencia), donde solo una tercera parte correspondió al sexo femenino (34%) y las otras dos terceras partes al sexo masculino (66%). Esta situación es más pronunciada en nuestra submuestra de estudio (pacientes que además de ser atendidos en éstos servicios de urgencia, informaron consumo de bebidas alcohólicas y presencia de problemas en los doce meses previos a la aplicación de la entrevista), donde la proporción de hombres llegó al 80% y en las mujeres fue solo del 20%, razón por la cual y dado el bajo índice de mujeres que informaron consumo de alcohol ($n= 272$), se tomó a la submuestra en general, sin considerar el género en la mayor parte de los análisis realizados. No obstante, cabe destacar que el 41.4% de las mujeres captadas presentaron un patrón de consumo riesgoso; esto es, ingestión de baja frecuencia alta cantidad (35.6%), y de alta frecuencia alta cantidad (5.8%), lo que sugiere la necesidad de seguir analizando a éste grupo en futuros análisis.

En relación a la edad, se observó un incremento en la proporción de 15-24 y de 25-34 años (aproximadamente al doble), tanto en la población de referencia (39% y 27%) como en la submuestra de estudio (40% y 31%), a diferencia de la distribución de estos grupos de edad en la población general (21.6% y 14.6%). De ésta forma, encontramos una sobrerrepresentación de personas del sexo masculino y de gente joven (15 a 34 años) en nuestro estudio.

Por lo que respecta a las otras variables sociodemográficas, la distribución fue similar tanto en la población de referencia como en la submuestra de estudio, donde se apreció un predominio de personas casadas, con escolaridad de primaria, de ocupación obrero y el tener un ingreso mensual de un salario mínimo, lo cual nos permitió caracterizar a los sujetos en estudio; personas que dado sus niveles de escolaridad, ocupación e ingreso, se identificaron como pertenecientes a un nivel socioeconómico medio bajo y bajo.

Los datos arrojados por el estudio, mostraron que en los servicios de urgencia predominan los traumatismos como motivo de atención (78%) y que tienden a incrementarse ligeramente en la submuestra (82.4%), esto en relación a la atención de los problemas médicos agudos.

Al estimar la proporción de pacientes que obtuvieron lecturas positivas al aplicarles el alcosensor, encontramos que el 17% tenía niveles de alcohol en sangre igual o mayor a 10mg/100ml, lo que equivaldría a un consumo de cinco y más copas. Esta proporción fue menor a la reportada en el estudio de la Cd. de Acapulco 24% (García y cols.,1990), y mayor a lo informado en un estudio llevado a cabo en California E.U. 11%, aplicando los mismos instrumentos. La diferencia en la proporción de lecturas positivas, pudiera explicarse como lo refieren en el estudio de Acapulco, por el hecho de ser esta una ciudad turística y por el tipo de clima que prevalece la mayor parte del tiempo, donde el beber cerveza pudo haber contribuido al incremento de personas que obtuvieron una lectura positiva.

En relación al autoreporte de consumo tenemos que el 21% informó haber consumido alguna bebida alcohólica en las seis horas previas a la ocurrencia del evento. Esta discrepancia entre el dato arrojado por el alcosensor y el autoreporte, puede deberse al hecho de que cuando las personas sufren el evento y dependiendo de la gravedad pueden no ser llevadas o acudir inmediatamente a atenderse a los servicios de urgencia, por lo que en éste caso, el alcosensor ya no detecta la posible participación del alcohol en el evento.

Un aspecto importante, es el hecho de que el 26% informara ser abstemio de toda su vida, siendo la mayor parte de esta proporción personas del sexo femenino. Este dato concuerda con los estudios que reportan elevadas tasas de consumo de alcohol y de abstención en nuestra población (Roizen et al.,1980). La investigación reciente ha podido demostrar que el significado cultural del alcohol en la sociedad y su lugar en la vida diaria afecta la relación del alcohol con la violencia, por lo que se pueden distinguir dos tipos de culturas. Las culturas húmedas, se han caracterizado por el consumo diario o casi diario, donde las bebidas alcohólicas están integradas en forma general a la sociedad, y juegan un

papel importante en las actividades diarias. Por el contrario, las culturas secas están caracterizadas por estilos de consumo de parrandas, protagonizadas principalmente por hombres, que ocurren repetida y periódicamente -por ejemplo: fines de semana, cumpleaños, y días de pago- (Room, 1989). De esta forma, vemos como nuestra cultura puede clasificarse por nuestros patrones de consumo y sus consecuencias, como una cultura seca, con todas las implicaciones que se han descrito en este tipo de culturas: mayor consumo en personas de sexo masculino, consumo episódico, en altas cantidades y frecuentemente relacionadas con eventos violentos.

Como principal causa por la cual no se les pudo aplicar el alcosenor y/o la entrevista, tenemos que en ambas situaciones destacó el que los pacientes se retiraran sin ser vistos y no se pudiera aplicarles los instrumentos. Esta situación muestra parte de la dificultad al realizar este tipo de estudios, donde en ocasiones era difícil hacer el seguimiento de los pacientes dentro del área de urgencias y en otros momentos a la carga de trabajo del equipo de investigación. A pesar de esto, la tasa de rechazo fue aceptable en ambos instrumentos, solo de un 10%. Esta tasa de no respuesta fue similar a lo reportado en el estudio de la Cd. de Acapulco (11%), y mucho menor a la que se reporta en el estudio de California E.U. (27%).

De la población de referencia encontramos que más de la mitad de los pacientes captados (63%), informaron haber ingerido alcohol en los doce meses previos a la ocurrencia del evento (primer objetivo específico del estudio), por lo que estos pacientes integraron nuestra submuestra de estudio, donde el principal motivo de atención fue por haber sufrido algún traumatismo, destacándose aquí las contusiones (44%) y las cortaduras o heridas punzo-cortantes (31%). En los problemas médicos sobresalieron los síntomas no específicos como motivo de atención (45%). De esta forma, se pudo determinar que la principal razón o motivo por el cual la gente buscó atención en los servicios de urgencia fueron los traumatismos en mayor proporción (82.3%) que por problemas médicos (17.6%). Como causa de traumatismo, sobresalen los asaltos y las riñas en general (16% en ambos), causas que clasificamos dada su naturaleza como "traumatismos intencionales". Al estimar la proporción de lecturas positivas del alcosenor (17% y 24.2%) y del autoreporte de consumo (21% y 32.7%), éstas se incrementaron en relación a lo encontrado en la población de referencia.

Dado que en la literatura se ha reportado una asociación entre los traumatismos y el consumo de alcohol, se realizaron análisis que indicaron por un lado que existen diferencias significativas entre las diferentes causas de traumatismo y las lecturas del alcosenor, mismas diferencias se encontraron con el autoreporte de consumo ($p < .001$). Asimismo, los traumatismos intencionales sobrepasaron en proporción a los accidentales tanto en las estimaciones del alcosenor (45.1% y 17.6%) como en el autoreporte de consumo (60.9% y 21.7%). Así podemos decir que de los motivos de atención a los servicios de urgencia destacaron los traumatismos, y dentro de éstos los de naturaleza intencional en una proporción significativa en las lecturas positivas y el autoreporte de consumo. Esta

situación hace referencia a los factores contextuales del alcohol y la violencia en términos de los contextos sociales y culturales, de los grupos sociales y de las interacciones individuales que indican que el consumo de alcohol conduce a la violencia en determinados contextos. La coexistencia de culturas húmedas y secas o mixtas, se ha asociado con un incremento en la violencia, agravado por la pobreza y más recientemente por el desempleo, por lo que la conducta violenta puede ser percibida como una elección racional y aceptable en algunos contextos. El alcohol puede también interferir en la capacidad de una persona para percibir correctamente el significado y comportamiento de otras personas. Sin embargo, es necesario realizar más investigación, sobre todo en los factores de riesgo en la violencia en general, y de manera más específica en la violencia familiar, racial, étnica, y la relacionada al género (NIAAA., 1993).

Ahora bien, cuando se analizó la validez de los procedimientos utilizados, encontramos elevados índices de sensibilidad (91.6%) y especificidad (86.2%), así como una aceptable tasa de clasificación errónea (12.4%) para la submuestra de estudio y dentro de ésta, para los motivos de atención con ambos procedimientos, lo cual demuestra la validez tanto de las estimaciones del alcosensor como de los datos recabados en la entrevista en relación con el consumo de alcohol previo al evento. Asimismo en la comparación de los procedimientos por motivo de ingreso traumatismo y problemas médicos, observamos consistencia en las observaciones realizadas con cada uno de los métodos. Misma situación se observa dentro de los traumatismos según su naturaleza intencional o accidental, donde se estimó una elevada proporción de acuerdo en ambos instrumentos.

En el caso de las bebidas alcohólicas se ha señalado, que el informe o reporte del propio individuo, la evaluación médica y el uso de medidas objetivas (dispositivos de detección de alcohol en sangre), dan resultados comparables (Roizen, 1989; Rosovsky, 1992). Al respecto, es importante destacar que el método de estimación de alcohol en sangre, indica la presencia y niveles de alcohol al momento de realizar la prueba; sin embargo, no permite determinar los problemas y circunstancias asociadas, el nivel de dependencia, ni el uso crónico de la sustancia. En el caso del autoreporte, se han mencionado limitantes en su medición, debido a posibles problemas de la memoria a corto y largo plazo, y fallas en la información sobre períodos largos. No obstante, en sociedades como la nuestra, donde se ha encontrado una frecuencia irregular de consumo, el método de indagación a través de preguntas sobre el consumo usual ha sido el más adecuado. También se ha informado que los cuestionarios en los que responde el propio individuo tienen por lo general mayor sensibilidad y especificidad que los marcadores biológicos, por lo que son más recomendables. Otro aspecto importante al respecto se refiere al hecho de que en la implementación de cuestionarios la OMS ha propuesto una serie de preguntas básicas que ayudan a comprender la problemática involucrada y facilitan la comparación entre diversos estudios (Medina-Mora, 1994).

El patrón de consumo de alcohol típico en nuestro país ha sido descrito ampliamente por diversos estudios, donde se desprende que en la población masculina es episódico pero con ingestión de elevadas cantidades; además se ha indicado que esta forma de beber se ha asociado con un gran número de problemas derivados (Cabildo, 1972; WHO.,1981; Malin et al.,1982; Saunders, 1987; ENS.,1988; ENA.,1993). Esta situación también ha sido informada en otros trabajos, donde describen que esta forma de beber es representativa de la población masculina de México, por lo que éste patrón se ha visto asociado con la presencia de elevados índices de problemas individuales, familiares y sociales (Medina-Mora y cols.,1988; De la Fuente, 1990). Es interesante destacar como diversos estudios han reportado que los patrones de consumo varían de acuerdo al sexo y edad (dato que concuerda con lo encontrado en nuestra investigación), tanto en los hombres como en las mujeres; en la gente joven entre los 21 y 34 años, la prevalencia de bebedores es máxima y la de abstinencia mínima. (Cabildo y cols.,1969; Parra de la A y cols.,1980; WHO.,1981; Medina-Mora y cols.,1989; ENA.,1990; Narro y cols.,1994). Sin embargo, Edwards (1987) ha notado que la diferencia de la prevalencia del consumo de alcohol por sexo tiende a disminuir, sobre todo en los países desarrollados, donde la participación de la mujer en el área profesional, laboral y social es más importante, lo que puede contribuir a la elevación del consumo de alcohol en éste grupo. Por otro lado, también puede pensarse que las normas y controles sociales que se viven actualmente permiten que las mujeres puedan estar reportando más abiertamente la ingestión de alcohol. Otros estudios reportan que nuestro patrón de consumo tiende a asociarse con elevados índices de embriaguez (Roizen et al.,1980; WHO.,1981).

Por lo que respecta al análisis de la frecuencia y cantidad consumida, variables a partir de las cuales se conformo el patrón de consumo en nuestro estudio, se encontró que en términos generales predominó una baja frecuencia de consumo pero en altas cantidades, a diferencia de lo reportado en E.U., donde se informa que la mayoría de los adultos son bebedores moderados (APA, DSM-III, 1980).

Al respecto, se ha descrito en diversos estudios tanto nacionales como internacionales que un factor importante por el cual se presentan problemas en un país como el nuestro, es el patrón de consumo, donde gran parte de las veces en que se bebe, aún cuando estas no sean frecuentes, son también ocasiones para llegar a un estado de embriaguez. Por esto, un aspecto de suma importancia en el estudio de las consecuencias derivadas por el uso y abuso de bebidas alcohólicas lo constituye la conformación y descripción del patrón de consumo en una muestra o población determinada. El patrón de ingestión nos permite caracterizar e identificar la manera en que beben alcohol diferentes grupos poblacionales, y al relacionarlos con sus consecuencias, se obtiene el panorama de la forma en que son afectados dichos grupos. Considerando esta situación y con base en los objetivos propuestos, procedimos a conformar el patrón de consumo que mejor podía describir los hábitos de ingestión en la muestra de estudio. De esta forma, en la construcción del patrón de consumo se tomó en cuenta la frecuencia con que

acostumbraban beber los sujetos en los doce meses anteriores a la aplicación de la entrevista, así como la cantidad que habitualmente ingerían. La cantidad fue tomada del total de copas ingeridas por cada tipo de bebida, y que en el caso de informar consumir más de un tipo por ocasión, se obtenía la sumatoria de las cantidades. Así se obtuvieron las siguientes cuatro categorías: 1) ingestión de baja frecuencia y baja cantidad, 2) ingestión de baja frecuencia y alta cantidad, 3) ingestión de alta frecuencia y baja cantidad, y 4) ingestión de alta frecuencia y alta cantidad..

En cuanto al tipo de bebida consumida encontramos por orden de importancia el consumo de destilados y cerveza. Este dato difiere de lo encontrado en el estudio de Acapulco y el de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA.,1993), donde se reporta que las bebidas alcohólicas de mayor preferencia en ambas investigaciones fueron la cerveza, seguido por la ingestión de destilados. Asimismo, es importante destacar el reporte de consumo de dos y más tipos de bebidas, ya que el 34.7% de los sujetos estudiados indicó consumir de manera habitual más de un tipo de bebida.

La estimación del consumo habitual de alcohol puro en mililitros permitió profundizar en algunos análisis que discutiremos mas adelante. Aquí es importante en cambio destacar el consumo de elevadas cantidades de bebidas alcohólicas, lo que nos habla del grado de intoxicación de los sujetos; así el 78.7% informó beber habitualmente hasta un cuarto de litro de alcohol puro, lo que equivaldría a un consumo habitual de hasta once copas; además encontramos que el 21.3% lo consume en cantidades mas elevadas. Esta situación, se corrobora cuando se analiza la frecuencia de embriaguez, ya que el 56.8% informó haberse sentido embriagado por lo menos una vez en el último año, y de estos el 31.6% haberlo hecho hasta en cinco ocasiones.

En el contexto de los problemas asociados al consumo de alcohol, se ajustaron en primer lugar los datos a la submuestra de estudio -pacientes que informaron consumo de bebidas alcohólicas en los doce meses previos al momento de la aplicación de la entrevista-, lo cual representó al 63% de la población estudiada. Los análisis se realizaron siguiendo la estructura del cuestionario, donde en la primera sección se contemplaron cinco tipos de problemas, con una pregunta filtro en cada una de ellas. La pregunta filtro consistía en explorar en primera instancia por la ocurrencia del problema en alguna ocasión, sin tomar en cuenta el período del suceso, para las preguntas positivas, se planteaba de nueva cuenta la pregunta pero circunscribiéndola a los últimos doce meses. Así se pudo determinar que entre el 61.1% y el 69.8% informara de su ocurrencia: problemas en el trabajo, en la salud física, con la policía u otras autoridades, en su salud psicológica o bienestar mental y en sus relaciones personales asociados con el consumo de alcohol. La presencia de más de uno de estos problemas fue reportado por el 46.4% de los pacientes, información que concuerda con un estudio comparativo entre México y E.U. (Roizen et al.,1980), donde el 25% de los bebedores mexicanos reportaron haber experimentado cuatro o más problemas personales, en contraste con solo el 4% de los bebedores norteamericanos. La Encuesta Nacional de Adicciones, informa haber encontrado el reporte de problemas presentados alguna vez

asociados con el consumo de alcohol, donde destacaron por orden de importancia los problemas familiares (14.9%), de salud (12.4%), violencias (8.8%), trabajo (5.5%), policía (4.5%), accidentes de otro tipo (3.7%), accidentes automovilísticos (3.4%), el estar a punto de perder el trabajo (2.5%), predominando en todos el sexo masculino. El 35% de las personas encuestadas reportaron haber tenido un problema relacionado con el consumo de alcohol en los últimos doce meses y de estas el 12.5% presentaron más de cuatro.

En la sección siguiente, se indagaba sobre la presencia de cinco tipos de dificultades, que se podían haber presentado asociadas al consumo de alcohol. Aquí las preguntas se hacían directamente investigando su ocurrencia en los últimos doce meses. La mayor proporción informó haber tenido discusiones con la familia o con otras personas cercanas por su forma de beber (19.4%), las restantes dificultades si bien también fueron reportadas, estas fueron presentadas en menor proporción. La pregunta sobre si había sido arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol, obtuvo el menor porcentaje (2.7%), y esto pudo ser debido a la carencia de automóvil y dado el bajo nivel socioeconómico de estos pacientes. Al igual que la sección anterior, también se reporta la ocurrencia de más de una dificultad en el 11.8% de los pacientes.

La tercera sección del instrumento estuvo conformada por preguntas que se abocaban a explorar la presencia de otros incidentes asociados al consumo de alcohol: haber tenido un accidente de tránsito cuando manejaba, presentar otro tipo de accidente serio en el que resultara herido, y el haber sido arrestado por algún otro motivo. En esta sección al igual que la primera, constaba de una pregunta filtro que indagaba sobre su ocurrencia en los últimos doce meses, para a continuación determinar si su ocurrencia había estado relacionada con la ingestión de alcohol. De los que respondieron afirmativamente, entre el 26.5% y el 29.5% estuvieron relacionados al consumo de alcohol. En cuanto al haberse visto implicado en otros tipos de incidentes al estar bebiendo, el 30.9% informó haber acudido a algún servicio de urgencias para ser atendido, y el 43.4% reportó haber resultado lesionado en las ocasiones en que sufrió algún otro tipo de incidente.

Como parte de los problemas asociados al consumo de alcohol, se investigó en otra de las secciones del instrumento la presencia de seis síntomas en los últimos doce meses: sentir que debería de beber menos o dejar de beber por completo, haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido, haberse despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo, haber estado borracho o ebrio durante varios días seguidos, haber tomado un trago apenas se levanta, y haberse visto envuelto en una pelea al estar bebiendo. Aquí destacó que casi la mitad de la submuestra (45.3%), reportara sentir que debería beber menos o dejar de beber por completo. Esta pregunta investiga la deseabilidad de los sujetos hacia su forma de consumo. Además de la pregunta antes mencionada las otras se refieren a síntomas físicos producidos por la ingestión de alcohol: haber sentido las manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido (19.1%), y el haber despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo (19.0%); síntomas incluidos en el síndrome de dependencia

al alcohol. Por otro lado, el 22.4% reportó haber presentado uno, y el 31.4% dos y más de los síntomas indagados en esta sección.

La utilidad del patrón de consumo, se reflejó en que este nos permitió identificar los hábitos de consumo de los pacientes estudiados, donde se pudo determinar que casi la mitad de la submuestra (47%) se clasificara como bebedores de baja frecuencia pero con ingestiones de alta cantidad, lo que aunado al reporte del consumo de alcohol puro, nos estarían hablando de una asociación entre esta forma de beber y la presencia de eventos problemáticos. Cabe destacar una elevación en la proporción de pacientes que informaron del consumo en alta frecuencia y alta cantidad (15.4%), lo cual incrementa la posibilidad de presentar problemas.

Las diferencias significativas observadas en relación al sexo y edad ($p < .001$), muestran que en los hombres es más frecuente encontrar el consumo de baja frecuencia y alta cantidad, a diferencia de las mujeres, donde predomina el consumo de baja frecuencia y baja de cantidad. De la misma forma, se observa que en la gente joven (15-34 años), se consume alcohol en una baja frecuencia pero en altas cantidades. Esto a la luz de lo reportado por otros investigadores, muestran diferencias por sexo y edad, lo cual ha sido ya documentado en sus estudios. Es también interesante destacar que se encontraran además diferencias estadísticamente significativas ($p < .001$), en cuanto a escolaridad, ocupación e ingreso, predominando un bajo nivel de escolaridad, la ocupación obrero y el bajo ingreso que perciben estos pacientes, lo cual nos estaría hablando de un segmento específico de la población.

En cuanto a los problemas investigados y su distribución con respecto a las variables sociodemográficas observamos que destacaron de manera general los problemas en la relaciones personales y de salud física; en la mayor parte de los análisis de esta sección no se encontraron diferencias significativas (X^2), y en otros no fue posible aplicar éste estadístico dada la distribución de los datos: ausencia de valores en algunas celdillas y de valores esperados menores a cinco. Dentro de la sección de dificultades sobresalieron las discusiones familiares, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables sexo y edad principalmente. En los incidentes asociados, donde también la distribución en la mayor parte de los análisis, no permitió aplicar el estadístico (X^2), sobresalieron el tener algún otro accidente por beber y el haber sufrido algún otro accidente donde resultó con heridas o lesiones. En la sintomatología asociada con el consumo de alcohol, destacó el sentir que debería beber menos o dejar de beber por completo sobre los otros síntomas, aunque todos los síntomas investigados fueron más prevalentes en personas del sexo masculino, de edades entre los 15 y 34 años, en escolaridades bajas, en obreros y en niveles bajos de ingreso económico; con diferencias estadísticamente entre estos síntomas y las variables sexo, edad, escolaridad, ocupación e ingreso ($p < .001$).

La tendencia observada en lo que se refiere al reporte de los problemas asociados al consumo de alcohol descritos anteriormente, y su relación con el patrón de consumo se mantiene en el consumo de baja frecuencia pero alta cantidad; sin embargo llama la

atención que estos problemas también se presenten de manera importante cuando se reporta de la ingestión de alta frecuencia y alta cantidad, lo cual se desvía del patrón encontrado en población general por un lado, pero por otro al parecer nos habla de una característica especial de la población estudiada. Al analizar el patrón de consumo y el número de eventos presentados observamos que de forma general predominó el consumo de baja frecuencia y alta cantidad así como el de baja frecuencia y baja cantidad, pero cuando se considera el reporte de más de un evento cambia la distribución del patrón hacia el consumo de alta frecuencia y alta cantidad, observándose un incremento en la proporción de pacientes que refirieron presentar problemas con esta forma de beber.

Un aspecto interesante en este estudio fue el poder analizar los problemas y las variables sociodemográficas a la luz del patrón de consumo por un lado; y por otro el haber incluido la variable consumo de alcohol puro en mililitros. Donde se pudo determinar que al modificarse el patrón de consumo a alta cantidad alta frecuencia y al incrementarse la cantidad de consumo de alcohol puro es posible observar un incremento en la proporción de sujetos que informaron presentar problemas. Al igual que lo observado en el patrón de consumo, al incrementarse la ingestión de alcohol puro se incrementa el número de eventos presentados. De esta forma, vemos que las tendencias mostradas con el patrón de consumo se mantienen cuando se analizan con el consumo de alcohol puro.

En cuanto a la determinación de presencia de los problemas investigados por tipo de bebida encontramos de acuerdo a su importancia un mayor reporte de estos cuando se consumen destilados, seguido por cerveza, pulque y alcohol puro; aunque es interesante destacar un incremento en la proporción de sujetos que reportan problemas al consumir pulque y alcohol puro.

Cuando se analizan las medias de consumo de alcohol puro por tipo de problema se obtienen medias de consumo más elevadas en todos los problemas investigados; sin embargo no se encontraron diferencias significativas en todos. Las diferencias significativas en las medias de consumo, se encontraron en el reporte de problemas con la policía ($p < .01$). En todas las dificultades investigadas: discusiones familiares, en el trabajo, comentarios de algún doctor hacia su forma de beber, ser arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol y el ser arrestado por beber en la calle ($p < .000$). En los incidentes, las diferencias significativas fueron para accidentes de tránsito al manejar ($p < .05$), y para haber tenido otro accidente con heridas o lesiones y el haberse visto involucrado en otro accidente al estar bebiendo, ambas con ($p < .01$). Así mismo, en todos los síntomas investigados se encontraron estas diferencias significativas ($p < .000$), donde se observan medias de consumo de alcohol puro más altas cuando se reporta la presencia de los mismos.

La matriz de correlación mostró asociaciones estadísticamente significativas ($p < .001$), entre el grado de intoxicación (consumo de alcohol puro) y el número de bebidas, de problemas, de dificultades y de síntomas presentados. Por lo que podemos decir que existió una asociación significativa entre la cantidad de consumo y el número de eventos presentados y que además también se asociaron significativamente el número de problemas,

con el número de dificultades y el número de dificultades con el número de síntomas. Con base en esto podemos decir que tanto los problemas como los síntomas guardaron una relación significativa entre ellas, como con la cantidad de alcohol consumido. Lo anteriormente expuesto muestra como el grado de intoxicación se asocia significativamente con el número de problemas presentados. Esta situación se confirma cuando correlacionamos de manera independiente el número de eventos con la cantidad habitual de consumo, donde también encontramos asociaciones significativas ($p < .001$).

En cuanto al análisis de consistencia interna de los 20 reactivos que evaluaron la presencia de problemas, encontramos que el coeficiente alpha resultó ser alto (.87), lo que señaló un elevado nivel de consistencia entre los reactivos, por lo que podemos decir que estos ítems conforman una misma dimensión, la cual incluye los problemas estudiados.

Considerando lo anteriormente expuesto, se plantea la necesidad de realizar más investigación en las salas de urgencia, con la finalidad de profundizar el estudio de estos eventos y poder estudiar las tendencias; ya que si bien se pudieron resolver algunas interrogantes, es indudable el surgimiento de otras que es necesario abordar en futuras investigaciones. El establecimiento de mejores sistemas de clasificación en los motivos de atención y de los problemas estudiados, son puntos centrales para el estudio y comprensión de la problemática investigada; así como el de la definición de los patrones de consumo. Otro aspecto importante, se refiere al establecimiento de unidades de medición estandarizadas de ingestión de alcohol y de concentraciones de alcohol en sangre, ya que existen diversos sistemas de medición que bien puede ser onzas, mililitros y gramos, por lo que estas medidas pueden producir confusión, más que nada al momento de realizar las conversiones.

El empleo del alcosensor resultó de suma importancia, tanto en lo novedoso de su uso como por los datos objetivos que se obtienen en su aplicación. Este dispositivo de detección de alcohol en sangre a través del aliento, y dada su facilidad de manejo y aplicación puede ser utilizado rutinariamente como método de determinación del consumo y de los niveles de ingestión de bebidas alcohólicas en pacientes atendidos en estos lugares.

Las implicaciones del estudio propuesto fueron relevantes en el sentido de ampliar el conocimiento y determinar lo que sucede en las salas de urgencia de la Cd. de México, y el papel que jugó el consumo del alcohol en la ocurrencia de los eventos estudiados.

Al estimar el riesgo asociado de acuerdo al motivo de atención a los servicios de urgencia, encontramos que el acudir por haber sufrido algún traumatismo tiene un riesgo cinco veces mayor cuando se obtiene una lectura positiva y de 2.33 cuando se reporta el consumo de alcohol; esto es, en comparación con los problemas médicos agudos. Dentro de las causas de traumatismo se observó asimismo que tanto los asaltos como las riñas son eventos con mayor riesgo tanto con el obtener una lectura positiva (2.46 y 3.14), como en el autoreporte de consumo (3.85 y 3.54), al compararlos con las otras causas de traumatismo. También se encontró dentro de los traumatismos un riesgo de 2.94 con una lectura positiva y de 4.32 cuando se informa de su consumo en los traumatismos intencionales en

comparación con los accidentales. De los análisis de regresión, se desprendió que tanto la frecuencia de embriaguez como la cantidad de consumo fueran predictores importantes de la ocurrencia de problemas de salud, sociales y legales, lo cual permitió atribuir un papel relevante a la ingestión de bebidas alcohólicas y la presencia de problemas derivados de su consumo.

Finalmente, es importante considerar que en el estudio de los problemas asociados al consumo de alcohol destaca la gran complejidad de los factores involucrados, así como la multiplicidad de variables que se tienen que considerar; por lo que existe la necesidad de implementar un modelo integral y de fundamentos científicos que nos permitan determinar la relevancia de los problemas o factores que se tendrían que evaluar. Sin embargo, a pesar del avance alcanzado, el lograr un acuerdo sobre la estimación de las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas ha resultado ser difícil, así como el lograr consenso y aceptación respecto a los métodos para el estudio de los antecedentes, consecuencias, tipos de consumo y síntomas de dependencia. Ante esta situación concordamos con el punto de vista de Edwards (1982), quien planteó la necesidad de registrar la manifestación dentro de la población de los problemas relacionados con el consumo de alcohol en forma descriptiva, exacta y directa, con el propósito de analizar posteriormente la información y determinar la magnitud, agrupación y categorización de los problemas, tanto en la población general como en grupos específicos, lo que ayudaría a comprender la manera en que los procesos de índole social, cultural o familiar podrían prevenir, exacerbar o modificar las consecuencias del consumo en los individuos. Por lo que en primer lugar, se debe tratar de obtener estimaciones de la población con respecto a los problemas que afectan a la sociedad y elaborar métodos de clasificación y determinación de costos.

5.1 CONCLUSIONES

- Dentro de los problemas que pueden relacionarse al consumo de alcohol, se ha considerado recientemente el estudio de personas que sufren accidentes, violencias, traumatismos y problemas médicos agudos por su forma de beber, muchas de las cuales serían captadas en los servicios de urgencias de los hospitales. Ante esta situación, se plantea la necesidad de profundizar en el estudio de estos eventos y otros problemas personales, familiares y sociales que pueden asociarse con la ingestión de bebidas alcohólicas.

- Los datos de morbilidad, mortalidad e incapacidades relacionadas a eventos accidentales o intencionales descritos en diversos estudios y fuentes de información, permiten atribuir un papel importante del alcohol en su ocurrencia, lo cual no necesariamente excluye a otras causas que necesitan ser investigadas.

- En el estudio del uso y abuso del alcohol y sus consecuencias, es importante considerar que las manifestaciones de la ingestión son múltiples y que también existen múltiples causas en su inducción.

- A pesar de la dificultad existente para caracterizar los diferentes tipos de problemas e incapacidades asociadas al consumo de alcohol, existe consenso en que no obstante la gran gama de definiciones y clasificaciones, aquellas que toman en cuenta además de los aspectos biológicos, las complicaciones psicosociales, son de mayor utilidad para la comprensión de la problemática asociada y sus consecuencias.

- La revisión y desarrollo de nuevos conceptos ha sido de gran ayuda para el estudio de la extensión y las implicaciones de los problemas asociados al alcohol.

- Un aspecto importante en la investigación sobre el uso del alcohol y sus consecuencias, es indiscutiblemente el desarrollo de dispositivos e instrumentos de detección e identificación de bebedores problemáticos.

- Para una mayor comprensión de las consecuencias derivadas de la ingestión de alcohol es necesario considerar los diversos tipos de factores que influyen a nivel individual (procesos de absorción, metabolización, oxidación, eliminación y efectos), y el contexto o circunstancias en las cuales se da el consumo.

- Otro aspecto relevante para la comprensión de las consecuencias debidas al uso del alcohol, lo constituyen los determinantes culturales, las normas, las actitudes y factores económicos de las diversas sociedades, los cuales influyen en la forma de visualizar los problemas; por lo que las características propias del consumo y de los problemas que se derivan en cada sociedad, deben ser analizadas dentro del contexto en el cual se presentan.

- En el estudio de los problemas relacionados con la ingestión de bebidas alcohólicas, se ha encontrado que los patrones de consumo son un factor relevante en la ocurrencia de éstos, como en el caso de nuestro país donde gran parte de las veces en que se ingiere alcohol, aún cuando éstas no sean frecuentes, son también ocasiones para llegar a un estado de embriaguez. Esta forma de beber se ha asociado con una gran variedad de consecuencias personales, familiares y sociales. En este sentido, la investigación científica reciente ha podido mostrar el abuso de alcohol en personas que no son alcohólicas, pero cuando lo ingiere lo hacen en formas, cantidades y situaciones que conllevan grandes riesgos para ellas mismas y los demás.

- Por otro lado, es importante tomar en cuenta que no todos los bebedores pueden presentar problemas, y que en un momento dado cualquier persona puede tener consecuencias adversas relacionadas o no con el consumo de bebidas alcohólicas.

- No obstante las aportaciones descritas en el trabajo, es necesario considerar otras interrogantes que podrían abordarse en futuras investigaciones, como es el caso de la disponibilidad de nuevas bebidas alcohólicas importadas, de la relación entre la violencia doméstica y el consumo de alcohol, la legitimización entre el alcohol y la violencia; así como el papel del alcohol en esta: atenuante o agravante, la determinación de los factores culturales que favorecen la aparición de la violencia, el contexto laboral y el consumo de alcohol, el estudio de poblaciones especiales: indígenas, gay, lesbianas, etc., y por último pero no menos importante, el impacto de la pobreza en los eventos violentos.

- Por lo anteriormente expuesto, es importante implementar y llevar a cabo programas e intervenciones preventivas que nos permitan incidir sobre el amplio espectro de consecuencias derivadas del uso y abuso de bebidas alcohólicas; sobre todo, en los problemas directos e indirectos que se presentan en las salas de urgencia, por lo que las estrategias preventivas tendrían que tomar en cuenta a la población afectada y que como consecuencia de su forma de beber pueden ser atendidas en el segundo nivel de atención de los servicios de salud.

5.2 ALCANCES Y LIMITACIONES

- La investigación propuesta permitió obtener información relevante en la población que asiste a los servicios de urgencia de la Cd. de México, sobre el papel que juega el alcohol en los motivos de atención y problemas relacionados.
- Se identificaron variables sociodemográficas asociadas a la ocurrencia de la problemática estudiada.
- Fue posible evaluar la participación del alcohol en los problemas investigados.
- Haber contado con un dispositivo que nos permitió obtener estimaciones objetivas de los niveles de alcohol en sangre.
- Se pudo analizar la información tanto con el patrón de consumo, como con la estimación del consumo habitual de alcohol puro.
- Los modelos de regresión permiten atribuir a la frecuencia de embriaguez y a la cantidad de consumo de alcohol un papel importante como predictores de los problemas investigados.

Limitaciones:

- No haber contado con un grupo control o de comparación que nos permitiera determinar si los problemas estudiados son más prevalentes en el grupo de bebedores.
- Haber trabajado en un grupo específico de la población: pacientes atendidos en salas de urgencia, lo cual limita su generalización a otros grupos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAMS, Y OVERHOLSER (1992): Suicide Behaviour and History of Substance Abuse. Am. J. Drug Alcohol Abuse, 18(3): 343-354.
- ALCOHOL RESEARCH (1991): Why Do The people Drink?. Cap IV, Pp. 33-39. Department of Health and Human Services. Public Health Service. Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration, NIAAA
- ALONSO-FERNANDEZ (1988): La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo Clínico. Labor, Barcelona.
- ALONSO-FERNANDEZ (1992): Alcoholdependencia. Personalidad del alcohólico. 3ra. Edición, Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. Masson- Salvat Medicina. Barcelona (España).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1983): Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM III, De. Masson, S.A.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1988): DSM-III-R, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales., DSM III-R. Ed. Masson, S.A:
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): Dignostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV, Fourth Edition, Washington D.C.
- AMITZ Y BROWN (1982): Actions of drugs of abuse on brain reward systems. A reconsideration with especific attention to alcohol. Pharmacol Biochem Behav. 17: 233-238.
- ANTON, LITTEN Y ALLEN : Biological Assessment of Alcohol Consumption, Pp 31-39. In: Assessing Alcohol Problems a Guide for Clinicians and Researchers. NIAAA Treatment Handbook Series 4. U.S. Department of Health and Human Services. NIH, Publication No. 95-3745, 1995.
- AYALA, CARDENAS, ECHEVERRIA Y GUTIÉRREZ (1995): Los resultados iniciales de un programa de Autocontrol para bebedores problema en México. Salud Mental 18(4): 18-23.
- BABOR Y RITSON (1986): Alcohol-Related Problems in the Care Setting: A Review of Early Intervention Strategies. British J. of Addiction, 81: 23-46.
- BABOR, DE LA FUENTE, SAUNDERS Y GRANT (1989): AUDIT. The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in Primare Health Care. WHO/MNH/89.4. World Health Organization, Division of Mental Health. Geneva.
- BACON (1976): Defining Adolescent Alcohol Use: Implications for a Definition of Adolescent Alcoholism. Journal of Studies on Alcohol, 37(7): 1014-1019.
- BARRY (1974): The Biology of Alcoholism, Vol 3. Ed. Kissin, B. Begleiter, H. New York, Plenum Press, pp 53.
- BARRY (1982): A psychological perspective on development of alcoholims, Chapter 41, Pp 529-539. En Pattison EM: Kaufman E (eds): Encyclopedic Handbook of Alcoholism. Gardner Press, New York, 1982.

- BAKER, SAMKOFF, FISHER Y VANBEUREN (1982): Fatal occupational injuries. JAMA, 248(6): 692-697.
- BECK, KOVACS Y WEISSMAN (1975): Hopelessness and suicidal behavior; An overview. JAMA, 234(11): 1146-1149.
- BELFER, SHADER, CARROLL Y HARMATZ (1971): Alcoholism in Women. Archives of General Psychiatry, 25:540-544.
- BLOMBERG, PREUSSER, HALE Y ULMER (1979): Comparision of Alcohol Involvement in Pedestrians and Pedestrian Casualties. Report No. DTO HS-805 249. Washington, D.C. : National Highway Safety Administration. NTIS No. PB 80-166275.
- BLUM (1966): Op. cit. in: Clare WA (1979): The Causes of Alcoholism. British Journal of Hospital Medicine, Pp. 404-411. Institute of Psychiatry. London.
- BLUM (1981): Violence, Alcohol and Setting: An unexplored nexus. In: Collins JJ (Ed). Drinking and Crime: Perspectives on the Relationships between Alcohol Consumption and Criminal Behavior. Guilford Press. Pp 110-142. Nueva York.
- BORGES, KERSENOBICH, PELCASTRE, GIL, INDA Y GARRIDO : Cirrosis hepática y consumo de alcohol en un estudio colaborativo. Instituto Mexicano de Psiquiatría- Instituto Nacional de la Nutrición. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1992. Vol. 3, Pp. 130-138.
- BORKENSTEIN, CROWTHER, SHUMATER, ZIEL Y ZYLMAN (1974): The role of the drinking driver in traffic accidents (The Grand Rapids Study). Blutalkohol, II (Supplement 1): 1-132.
- BRADBURY (1991): Pattern and Severity of Injury Sustained by Pedestrians in Road Traffic Accidents with Particular Refence to the Effect of Alcohol. Injury, 22(2): 132-134.
- BRENNER (1967): Alcoholism and fatal accidents. O J Stud Alcohol, 28(3): 517-528.
- BRENNER (1982): International trends in Alcohol Consumption and Related Pathologies. In: Alcohol Consumption and Related Problems. Alcohol and Health, Monograph 1. NIAAA. DHHS Publication No (ADM)82-1190: 157-176.
- BRUNN (1975): Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies.
- BUKSTEIN (1994): Treatment of Adolescent Alcohol Abuse and Dependence. Alcohol Health & Research World, 18(4): 296-301.
- BUSTAMANTE (1974): El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas; aspectos sociomédicos. Gac. Méd. Méx. 107:227.
- CABILDO (1967): Encuestas para detectar trastornos Psiquiátricos. Higiene 18:115.
- CABILDO, SILVA Y JUÁREZ (1969): Encuesta sobre Hábitos de Ingestión de Bebidas Alcohólicas. Sal Púb Méx. XI(6): 759-769.
- CABILDO (1972): Panorama Epidemiológico del alcoholismo. Rev. Fac. Méd. 15:115.

- CAETANO Y MEDINA-MORA (1985): Immigration, acculturation and alcohol use: A comparison between people of mexican descent in México and the U.S. Alcohol Research Group. Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 46.
- CAETANO Y MEDINA-MORA (1988): Acculturation and Drinking among People of Mexican descent in Mexico and U.S. J Stud on Alcohol, 40(5): 462-471.
- CAHALAN (1974): Problem Drinkers. Ed. Jossey-Bass, San Francisco.
- CHAFETS Y DEMOVE (1962): Alcoholism and Society. Oxford University Press, Nueva York.
- CHAFETZ (1971): The Prevention of Alcoholism. International Journal of Psychiatry, Cap. 9, Pp. 329-348
- CHESSIK, LOOFF Y PRICE (1961): The alcoholic-narcotic addict. Quart J Stud Alc., 22: 261-268.
- CHERPITEL (1989): Prediction of Alcohol Related Casualties among Emergency Room Admissions. Int J Addict., 24: 725-737.
- CHERPITEL, PARES, RODES Y ROISOVSKY (1992): Validity of self-reported alcohol consumption in the Emergency Room: Data from the United States, Mexico and Spain. J Stud Alcohol., 53(3): 203-207.
- CHERPITEL (1992): Drinking Patterns and Problems. A Comparison of ER Patients in an HMO and in the General Population. Alcohol Clin. Exp. Res., 16(6): 1104-1109.
- CHERPITEL, PARES, RODES Y ROISOVSKY (1993): Drinking in the Injury Event: A comparison of emergency room populations in the United States, Mexico and Spain. Int J Addict., 28(10): 931-945.
- CHERPITEL (1993a): Alcohol and Injuries. A Review of International Emergency Room Studies. Addiction, 88(7): 923-937.
- CHERPITEL (1993b): Alcohol Consumption Among Emergency Room Patients Comparison of County/Community Hospitals and An HMO. Journal Studies on Alcohol, 54(4): 432-440.
- CHERPITEL (1993c): Alcohol and Violence-Related Injuries. An Emergency Room Study. Addiction, 88(1): 79-88.
- CHERPITEL (1994a): Injury and the Role of Alcohol. County Wide Emergency Room Data. Alcohol Clin. Exp. Res., 18(3): 679-684.
- CHERPITEL (1994b): Alcohol Consumption and Injury in the General Population from A National Sample. Drug Alcohol Depend., 34(3): 217-224.
- CHERPITEL (1994c): Alcohol and Injuries Resulting from Violence. A Review of Emergency Room Studies. Addiction, 89(2): 157-165.
- CHERPITEL (1995a): Alcohol Use Among HMO (Health Maintenance Organization), Patients in the Emergency Room, Primary Care and the General Population. J. Stud. Alcohol., 56(3): 272-276.
- CHERPITEL (1995b): Alcohol and Casualties. Comparison of County-Wide Emergency Room Data with the County General Population. Addiction, 90(2): 343-350.

- CALDERÓN (1968): Investigación Epidemiológica de los problemas del alcohol y alcoholismo. Seminario sobre alcoholismo O.P.S., Costa Rica.
- CALDERÓN, CAMPILLO Y SUAREZ (1981): Respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el alcohol. Organización Mundial de la Salud. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- CAMERON (1977): Alcohol and Traffic. In: Aarens M; Cameron T; Roizen J; Roizen R; Room R; Schneberk D; Wingard D: Alcohol, Casualties and Crime Project Final Report. Report No.C-18. Berkeley: Social Research Group, University of California, 120-288
- CAMPILLO Y MEDINA-MORA (1978): Evaluación de los Problemas y Programas de Investigación Sobre el uso de Alcohol y Drogas (Especialmente Solventes) en México. Salud Pública Méx. 20(6): 733-743.
- CAMPILLO (1983): Algunas Consideraciones Respecto al Alcoholismo. El Alcoholismo en México, 3:155-156.
- CAMPILLO, CALDERÓN Y SUAREZ (1985): Respuestas de la comunidad ante los problemas del alcohol. OMS-IMP.
- CAMPILLO (1985): Los problemas relacionados con el alcohol en México y estrategias para prevenirlos. En: Molina V. Sánchez L. (1985): El alcoholismo en México. Tomo I Patología. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. México D.F. Pp. 165-178.
- CAMPILLO Y PADILLA (1986): El medico ante el bebedor problema. Informe interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.
- CAMPILLO, DÍAZ Y ROMERO (1987): La Prevención del Alcoholismo y los Problemas Relacionados con el Alcohol. Psiquiatría, 3(3): 179-191.
- CAMPILLO, DÍAZ Y ROMERO (1994): La responsabilidad del medico en el tratamiento del enfermo alcohólico. Cap 14, Pp 245-251. En Tapia-Conyer: Las Adicciones, Dimensión, Impacto y Perspectivas. Ed. El Manual Moderno, México D.F., 1994.
- CASTRO Y MAYA (1987): El consumo de Alcohol en la Población Estudiantil. Salud Mental, 10(4): 52-58, Diciembre.
- CASILLAS (1982): La Ingestión de Bebidas Alcohólicas en una Muestra de Estudiantes Universitarios. En: El alcoholismo en México, Vol. II, Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. Pp. 219-233.
- CAVAZOS, DEL RIO, ISASOLA, LEZANA Y BALDESPINO (1989): Años de Vida Potencial Perdidos: su utilidad en el análisis de la mortalidad en México. Salud Publica de México. 31(5): 610-624.
- CEDERBAUM Y DICKER (1977): Factors Contributing to the Adaptive Increase in Ethanol Metabolism Due to Chronic Consumption of Ethanol. Alcoholism, 1: 27-31.
- CLARE (1979): The Causes of Alcoholism. British Journal of Hospital Medicine. Pp. 404-411. Institute of Psychiatry. London. April.

- CLARK (1978): Operational Definitions of Drinking Problems and Associated Prevalence Rates. Quart J Studies on Alcohol, 27: 648-668.
- CLAYTON (1980): Effects of Alcohol on Driving Skills. In: Sandler M (Ed). Psychopharmacology of Alcohol. Raven Press. 73-78, Nueva York.
- CLAVIJERO (1964): Historia antigua de México. Ed. Porrúa, México.
- CLONINGER (1987): Neurogenetic Adaptative Mechanism in Alcoholism. Science (236): 410-416.
- COLEMAN (1972): Abnormal Psychology and Modern Life. 4th Edn. Scott, foresman and Co. Glenview, Illinois.
- CONNORS : Screening for Alcohol Problems, Pp 17-29. In: Assessing Alcohol Problems. A Guide for Clinicians and Researchers. NIAAA Treatment Handbook Series 4. U.S. Departement of Health and Human Services. NIH Publication No. 95-3745, 1995.
- CONWAY (1968): Hemodynamic Effects of Ethyl Alcohol Coronary Heart Disease. Am Hearth J., 76: 581-582.
- COOKE (1972): Ethanol and Gastric function. Gastroenterology, 62:501-502.
- CRAVIOTO, TAPIA Y DE LA ROSA (1992): Avances del sistema de vigilancia epidemiológica de las Adicciones en México (SISVEA). Bol. Mensual de Epidemiología, 7 (9): 161-170.
- CRÓNICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1982): Crónica No. 36(6): 243-247, OMS.
- CRÓNICA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1983): Políticas de Lucha contra el alcoholismo: Reconsideración de un problema de Salud Pública, 37(5): 204-207, OMS.
- CRUZ (1994): Farmacología de las sustancias psicoactivas. Cap. 16, Pp 269-286. En Tapia-Conyer R(1994): Las Adicciones en México: Dimensión Impacto y Perspectivas. Ed. El Manual Moderno. México D.F.
- DAVIDSON Y HAMILTON (1978): High Mean Red Cell Volume: Its Incidence and Significance in Routine Haematology. J Clin Pathol., 31: 493-498.
- DAMKOT, PERRINE, WHITMORE, TODDISIE Y GELLER (1975): On the Road: Drinking Behavior and Breath Alcohol Concentration. Vols 1,2. Technical Report. DOT HS 364 3 757, Washington D.C. National Highway Traffic Safety Administration.
- DE LA FUENTE, KERSHENOBICH, VARGAS, NÚÑEZ, CELIS, SUÁREZ, LEÓN Y LANDA (1986): Detección oportuna de bebedores excesivos de alcohol (CUUAL). Memorias de la III Reunión de Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- DE LA FUENTE (1987a): El alcoholismo y el abuso del alcohol: Visión de conjunto. Salud Mental 10(4): 45-51.
- DE LA FUENTE (1987b): Sección Editorial. Salud Mental 10(4): 7-8.

- DE LA FUENTE & MEDINA-MORA (1987): Las Adicciones en México. I. El abuso del alcohol y los problemas relacionados. Salud Mental, 10(2): 3-13.
- DE LA FUENTE (1988): Semblanza de la Salud Mental en México. Salud Pub Méx., 30: 861-871.
- DE LA FUENTE Y ROSOVSKY (1989): Alcoholism a Serious Health Problem in México. Voices of México, UNAM. México, 11: 32-44.
- DE LA FUENTE (1990): Consideraciones sobre los Problemas Mentales y Conductuales que afectan la Salud en Sociedades en Desarrollo: El Caso de México. Salud Mental, 13(3): 1-7, Septiembre.
- DE LA FUENTE, MEDINA-MORA Y CARAVEO (1992): Las Adicciones en México y Problemas Relacionados. I El Abuso de Alcohol y Alcoholismo. Libro "La Salud Mental en México", (en Prensa)
- DELAUNAY, BALKAU Y PAPOZ (1991): The Frequency of Alcoholisation among Young People Injured in Accidents in France. Alcohol Alcohol., 26(4): 391-397.
- DIARIO OFICIAL (1985): Creación del Consejo Antialcohólico. México D.F.
- DIRECCIÓN DE ORGANIZACIÓN Y MÉTODOS, PROCURADURÍA GENERAL DEL DISTRITO FEDERAL (1984): Datos de Archivo. México D.F.
- DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA (1988): Encuesta Nacional de Adicciones, México.
- DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: Información Epidemiológica de morbilidad de 1991. Documento de trabajo, SSA, México D.F., 1991.
- DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: Veinte principales causas de mortalidad. Estados Unidos Mexicanos. 1991 (documento de trabajo). México D.F. 1993.
- DONABEDIAN (1990): Evaluación de la Necesidad. En: Aspectos de la Administración Médica. Colección Salud y Seguridad Social. (en prensa)
- DONOVAN, JESSOR Y JESSOR (1983): Problem Drinking in Adolescence and Young Adult Hood. Journal of Suicides on Alcohol, 44(1): 109-137.
- EDWARDS, HENSMAN, CHANDLER Y PETO (1972): Drinking in a London Suburb, Psychological Medicine, 2(3): 260.
- EDWARDS (1973): Epidemiology Appied to Alcoholism. Quart. J Stud Alc., 34: 28-50.
- EDWARDS, KISSIN, GROSS Y SCHULTZ (1973): Experimental Studies of Alcohol Intoxication and Withdrawal. (Edited by Gross MM), Plenum Press. New York.
- EDWARDS Y GROSS (1976): Alcohol Dependence: Provisional Description of a Clinical Syndrome. Br Med J., 1: 1058-1061.
- EDWARDS, GROSS Y KELLER (1977): Alcohol-Realated Disabilities, WHO. Offset Publication. No. 32, WHO, Geneva.

- EDWARDS, ARIF Y HODGSON (1982): Nomenclatura y Clasificación de Problemas Relacionados con el Consumo de Drogas y Alcohol. Bol. Of. Sanit. Panam., 93(5): 468-491.
- EDWARDS (1987a): El Alcoholismo como un Problema Médico Importante. Salud Mental, 10(2): 26-31, Junio.
- EDWARDS (1987b): Alcoholism and the Family. In: The Treatment of Drinking Problems. Cap III, Pp 46-56, 2da Ed. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- EICHNER (1973): The Hematologic Disorder of Alcoholism. Am Hearth Med., 54: 621-630.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (SENS): ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (ENA,1988): ALCOHOL. SECRETARÍA DE SALUD, DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA, INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA; MÉXICO D.F., 1990.
- ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES (ENA,1993): ALCOHOL SISTEMA DE ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD (SENS): SECRETARÍA DE SALUD. DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA; MÉXICO D.F., 1994.
- ETTINGER, WU, DE LA CRUZ, WEISSE, AHMED Y REAGAN (1978): Arrhythmias and the "Holiday Hearth". Am Hearth J., 95: 555-562.
- FINCH Y KENDALL (1974): An Assesment of Gastric Emptying by Breathalizer. Brit Journal of Clinical Pharmacology, 1: 233-237.
- FISHER, SIMPSON Y KAPUR (1987): Calculation of Blood Alcohol Concentration (BAC), by sex, weigh, number of drinks and time. Canadian Journal of Public Health, 78(5): 300-304.
- FRIEDMAN (1987): Primer of Epidemiology. Thrid Edition, McGraw-Hill Boook Company.
- GACETA PSICOLOGÍA (1996): El estado de arte en la investigación sobre adicciones. Facultad de Psicología, UNAM. Año 4, 4(73), Octubre.
- GARCÍA Y BORGES (1990): Alcohol como Factor de Riesgo en los Traumatismos en Servicios de Urgencias de Acapulco Gro. Anales de la V Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatria, Pp 56-63, México.
- GIBB, YEE, JOHNSTON, MARTIN Y NOWAK (1984): Accuracy and Usefulness of a Breath Alcohol Analyser (Alcosensor III). Annals of Emergency Medicine. 13: 516-520.
- GLOSARIO DE TÉRMINOS. DIPLOMADO SOBRE ADICCIONES: Castro, Cruz, Díaz-Leal, Medina-Mora y Reyes del Olmo, 1995.
- GLUKSMAN (1994): Alcohol and Accidents. Br. Med. Bull., 50(1): 76-84.
- GREMM, STECHELL, HOMES, STIFF, TOUQUET Y PRIEST (1993): Manegement of Alcohol Abusing Patients in Accidents and Emergency Depastments. J. R. Soc. Med., 86(7): 393-395.
- GUIMARAES (1987): Consumo de Alcohol en cuatro Facultades de la Ciudad Universitaria. Salud Mental, 10(2): 85-86.

- GUIMARAES (1989): Epidemiología del Uso y Consumo de Bebidas Alcohólicas. Delimitaciones y Objetivos. Salud Mental, 12(2): 13-19, Junio.
- GUITERAS (1965): Los peligros del alma. Visión del mundo de un Tzotil. FCE, México 1965; citado por Rubén Vasconcelos en la Gaceta Médica de México, 107(3).
- GUTIÉRREZ Y TOVAR (1984): La Vigilancia Epidemiológica de las Alteraciones Mentales. Sal Púb Méx., 26(5): 464-483.
- HARTOCOLLIS Y HARTOCOLLIS (1980): Alcoholism, borderline and narcissistic disorders. A psychoanalytic overview. En: Fann, Karacan, Pokorny y Williams (Dir): Phenomenology and treatment of alcoholism, Pp 93-180. MTP Press, Lancaster.
- HASIN Y GRANT (1987): Funcionamiento Neuropsicológico en los Alcohólicos: Co-Morbilidad Psiquiátrica, Historia de los Hábitos de Bebida y Características Demográficas. Comprehensive Psychiatry, 28(6): 520-529.
- HAWKER (1976): Alcohol use and Abuse Published for the Medical Council on Alcoholism, Londres.
- HEINZE (1987): Los Efectos del Alcohol y sus Interacciones con los Fármacos. Salud Mental, 10(4): 67-75, Diciembre.
- HEMAN (1989): Características Clínicas y Evaluación Semántica en Sujetos Parasuicidas y Homicidas. Psiquiatría (2da. época), 5(2): 65-79.
- HELZER Y PRYZBECK (1988): The Co-Occurrence of Alcoholism with other sychiatric Disorders in the General Population and Its Impact on Treatment. J. Stud. Alcohol., 49(3): 219-2224.
- HINDMARCH, KERR Y SHERWOOD (1991): The Effects of Alcohol and other Drugs on Psychomotor Performance and Cognitive Funtion. Alcohol Alcohol, 26(1): 71-79.
- HINGSON (1993): Prevention of Alcohol-Impaired Driving, Pp 28-34. In: Alcohol World, Health & Research. Vol 17, No. 1. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- HINES Y COWAB (1974): Anemia in Alcoholism. In: Dimitrov NV; Nodine JH (Eds). Drug and Haematology Reactions. Grune & Stratton, Pp 141-153, Nueva York.
- HOLDER (1987): Alcoholism Tratment and Potencial Health Care Cost Saving. Med Care, 25: 52-71.
- HONKANEN Y SMITH (1991): Impact of Acute Alcohol Intoxication on Patients of Non-Fatal Trauma. Cause-Specific Analysis of Head Injury Efect. Injury, 22(3): 225-229.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. Secretaría de Programación y Presupuesto. Estadísticas sobre Mortalidad en México. (1985)
- ISRAEL, KIMURA Y KIRIYAMA (1972): Experiencia, 28:1322. Johnson LC (1971) In: Recent Advances in Studies of Alcoholism (Ed. by Mello NK; Mendelson JH) NIMH, Washington, Pp 288.
- JELLINEK (1960) : The Disease Concept of Alcoholism. College and University Press, New Haven Connecticut.

- JONES (1968): Alcoholism. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32(1):2
- JONES (1977): Kennecott's insight program. In: Schram CJ (Ed) Alcoholism and its Treatment in Industry. Baltimore: Johns Hopkins University Press, Pp 76-81.
- JOOS Y MOERL (1984): Alcoholinduzierte Organischaden. Fortsch Med, 102: 49-52.
- KADDEN (1994): Cognitive-Behavioral Approaches to Alcoholism Treatment. Alcohol Health & Research World. 18(4): 279-286.
- KAPUR E ISRAEL (1985): Alcohol Dipstick. A Rapid Method for Analysis of ethanol in Body Fluids. Pp 310-320. En: Early Identification of Alcohol Abuse. National Institute on Alcohol Abuse (NIAAA): Eds. Norman C Chang and Helen M Chao. Research Monograph, No. 17. U. S. Department of Health and Human Services. DHHS, Publication No (ADM): 85-1258, 1985.
- KELLER (1960): The Definition of Alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol. 21: 125-134.
- KELLER (1975): Problems of Epidemiology in Alcohol Problems. Journal of Studies on Alcohol, 36: 1442-1451.
- KELLER (1977): A Lexicon of Disablements Related to Alcohol Consumption. WHO, Offset Publication No. 32:23-60. Alcohol Related Disabilities. Edited by G. Edwards, MM Gross, M Keller and R Room. World Health Organization, Ginebra.
- KENDELL (1984): The Beneficial Consequences of the United Kingdom's Declining Per Capita Consumption of Alcohol in 1979-82. Alcohol and Alcoholism, 19: 271-276.
- KERLINGER (1979): Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología. 2da. Ed, Interamericana. México.
- KESSEL & WALTON (1975): Alcoholism. Penguin Books. Great Britain.
- KLATSKY, FRIEDMAN Y SIEGLAUB (1981): Alcohol and Mortality: A ten-year Kaiser Permanent Experience. Ann Inter Med, 95(2): 139-145.
- KNUPFER (1967): The Epidemiology of Problems Drinking. Am J Public Health, 27: 648-668.
- LAGUNA (1992): VI. Las Instituciones de Educación Superior Frente a las Adicciones. Rev Fac Med., 35(2): 72-74, Abril-Junio
- LAHMEYER, CHANNON Y SCHLEMMER (1990): Abuso de Sustancias Psicoactivas. Pp 213-230. Psiquiatría, Diagnóstico y Terapéutica.
- LEVINE (1984): What is an Alcohol-Related Problem? (or What are the People Talking about When They Refer to Alcohol Problems?). Journal of Drug Issues, Pp 45-60, Winter.
- LI Y BAKER (1994): Alcohol in Fatally Injured Bicyclist. Accid. Anal. Prev., 26(4): 543-548.
- LIEBER (1969): Alcohol and the liver. In: Bittar EE, Bittar N (Eds). The Biological Basis of Medicine, Vol.5, Nueva York, Academic Press, 317-344.

- LIEBER (1977): Pathogenesis of alcoholic liver disease: An overview. In: Fisher MM, Rankin JG (Eds). Alcohol and the Liver. Hepatology: Research and Clinical Issues. Vol3. Plenum Press. 197-225. Nueva York.
- LIN, WEIDLER Y GARG (1976): Effects of Solid Food on Blood Levels of Alcohol in Man. Res Commun chem Phath., 13: 713-722. Nueva York.
- LIPSCOMB (1959): Epidemiological Methods in the Study of Alcoholism. Am J Public Health, 49: 333-372.
- LISHMAN (1981): Cerebral disorder in alcoholism: Syndromes of impairment. Brain, 104:1-20.
- LÓPEZ (1986): Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol: Urgencias Hospitalarias, su Evaluación y Registro. Reunión de Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Pp 1-10.
- LÓPEZ Y ROSOVSKY (1986): Estudio Epidemiológico sobre los accidentes y delitos relacionados con el consumo de alcohol. Salud Pública de México, 28(5): 515-520.
- LÓPEZ, ROSOVSKY, NARVÁEZ, CASANOVA, RODRÍGUEZ, JUÁREZ Y BARRIOS (1991a): Características de la población que solicita atención en los Servicios de Urgencias y su relación con el Consumo de Alcohol en la Ciudad de México. Salud Mental, 14(1): 19-24, Marzo.
- LÓPEZ, ROSOVSKY, NARVÁEZ, CASANOVA, RODRÍGUEZ Y GIL (1991b): Estudio Epidemiológico sobre las Urgencias Hospitalarias asociadas al Consumo de Alcohol. Psicopatología (Madrid), 11(4): 149-155.
- MACCOBY (1965): El alcoholismo en una comunidad campesina. Rev. Psicoanálisis, Psiquiatría, Psicología, 1: 63-193. México.
- MADEDDU Y BEFFA (1967): Aspects d'alcoolisme contemporain. Rev. Alcoolisme, 13: 325-328.
- MADSEN Y MADSEN (1969): The cultural structure of Mexican drinking behavior. Quartely Journal of Studes on Alcohol, 30: 701-718.
- MAKELA (1970): Historical Phases of the Alcohol Issues; from the Finish Foundation for Alcohol Studies. Alkoholpolitukka, 35.246.
- MAKELA (1975): Consumption level and cultural drinking patterns as determinants of alcohol problems. J. of Drug Issues, 5(4): 334-357.
- MALIN, COAKLEY, JAELEBER Y HOLLAND (1982): An epidemiologic perspective on alcohol use and abuse in the United States. In: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Alcohol Consumption and Related Problems. Alcohol and Health Monography, No.1 DHHS. Pub. No.(ADM)82-1190. Washington, D.C.: Spurt of Docs., U.S. Gout. Print Off, 99-153.
- MASSÉ, JUILLAN Y CHISLOUP (1976): World Health Statistical Report, 29(1), 40
- MARCÓNI (1967): Definiciones básicas. En: Epidemiología del alcoholismo en América Latina. Horwitz J, Marconi J, Adis Castro G, (Ed). Acta. Buenos Aires.

- MARLATT (1979): Alcohol use and problem drinking. A cognitive-behavioral analysis. En: Cognitive-Behavioral Interventions. Theory, Research and Procedures. Kendall PC and Hollon SP (Eds). Academic Press: New York.
- MARLATT Y GORDON (1979): Determinants of relapse. implications for the maintenance of behaviour change. En: Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles, Davidson P n(Ed). Brunner/Mazel: New York.
- MARLATT Y DONOVAN (1982): Behavioural psychology approaches to alcoholism. Cap 43, Pp 560-577. En: Encyclopedic Handbook of Alcoholism. Gardner Press, New York, 1982.
- MARLATT Y GORDON (1985): Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. Guilford Press, New York.
- MARLATT, BAER, DONOVAN Y KIVLAHAN (1988): Addictive Behaviors: Etiology and Treatment. American Review of Psychology. 39: 223-252.
- MAYFIELD, MCLEOD Y HALL (1974): The CAGE Questionnaire. Validation of a new Alcoholism screening instrument. Am J Psychiatr. 131: 1121-1123.
- MCCARROLL & HADDON (1962): A controlled study of fatal automobile accidents in New York City. J. Chronic Dis. 15: 811-826.
- MCCORD, MCCORD Y GUDEMAN (1959): Some current theories of alcoholism. A longitudinal evaluation. Quart J Stud Alc., 20: 727-739.
- MCCORD, MCCORD Y THURBER (1962): Origins of Alcoholism. Journal of Abnormal and Social Psychology, 64,361.
- MCCORD (1972): Etiological factors in alcoholism. Family and personal characteristics. Quart J Stud Alc., 33: 1020-1027.
- MCDONOUGH (1984): Evaluation of the Alcosensor III. Breath Alcohol Tester for Evidential use in IDAHO. Department of Health and Welfare, Bureau of Laboratories. Forensic Section (208) Pp 1-9.
- MEDINA MORA, DE LA PARRA A Y TERROBA (1980a): El consumo de Alcohol en la población del D.F. Rev. Salud Pública de México, 22(3): 281-288.
- MEDINA-MORA, DE LA PARRA A Y TERROBA (1980b): Extensión del consumo de alcohol en la población de la Paz, B.C. (encuesta de hogares) Cuadernos Científicos CEMESAM, 12: 192-204. México.
- MEDINA-MORA (1984): Factores sociales relacionados con el consumo de alcohol en México y Estados Unidos. Memorias de la II Reunión de Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 181-193. México.
- MEDINA MORA, GARCÍA, RASCÓN Y OTERO (1986): Variables culturales relacionadas con las prácticas de consumo de bebidas alcohólicas. Presentado en la III Reunión de Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- MEDINA-MORA (1987): El consumo de alcohol en México y sus problemas asociados. Salud Mental, 10(4): 81-91.

- MEDINA-MORA, RASCÓN, OTERO Y GUTIÉRREZ (1988): Patrones de Consumo de Alcohol en México. En: Alcohol Consumption Among Mexicans and Mexican Americans: A Binational Perspective. Ed. Jean Gilbert (UCLA), Los Angeles, California. Pp 27-52.
- MEDINA-MORA Y TAPIA (1989): Patrones de Consumo de Alcohol y Síntomas de Dependencia en una Región del Centro de la República Mexicana. Latinoamericana sobre Alcohol y Drogas. Pp 47-56.
- MEDINA-MORA, TAPIA, OTERO Y MARIÑO (1990): Etnicidad y patrones de uso de sustancias adictivas en México. Boletín Mensual de epidemiología, 5(6): 93-103, Junio.
- MEDINA-MORA, TAPIA, VILLATORO, SEPULVEDA, MARIÑO Y RASCÓN (1991): Patterns of Alcohol use in Mexican Urban Population: Results from a National Survey. Paper presented at the 17th. Annual Alcohol Epidemiology Symposium; Sigtuna, Sweden.
- MEDINA-MORA, MARIÑO Y LÓPEZ (1993): Situación Epidemiológica en el Hemisferio: México y Centroamérica. En: Las Adicciones, hacia un enfoque Multidisciplinario. Secretaría de Salud. SSA. CONADIC, México.
- MEDINA-MORA (1993): Diferencias por género en las prácticas 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. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- MEDINA-MORA (1994): Los Conceptos de Uso, Abuso, Dependencia y su Medición. Cap 2, Pp 25-55. En Tapia-Conyer R(1994): Las Adicciones en México: Dimensión Impacto y Perspectivas. Ed: El Manual Moderno. México D.F.
- MENDELSON Y MELLO (1966): Alcohol and food in health and disease; experimental analysis of drinking behavior of chronic alcoholics. Ann N Y Acad Sci., 133: 828-845.
- MENÉNDEZ (1987): Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado... patología, integración funcional o representación cultural. Cuadernos de la Casa Chata 150. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. 1ra. Edición
- MENESES, REA, MATUS Y HERNANDEZ (1993): Accidentes y lesiones en cuatro hospitales generales del Distrito Federal. Salud Publica de México.
- MERCER Y JEFREY (1995): Alcohol, Drug and Impairment in Fatal Traffic Accidents in British Columbia. Accid. Anal. Prev., 27(3): 335-343.
- MILLER (1976): Behavioral treatment of alcoholism. Pergamon: New York.
- MILLER Y MASTRIA (1977): Alternatives to alcohol abuse: A social learning model. Research Press: Champaign, Ill.
- MODELL Y MOUNTZ (1990): Drinking and Flaying. The Problem of alcohol Use by Pilots. N. Engl J Med, 323(7): 455-461.
- MOSER (1979): Problemas relacionados con el alcohol y estrategias de prevención. Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos en Problemas Relacionados con el Alcohol. Ginebra 20-26 de Noviembre

- MOSER (1980): Prevention of alcohol related problems. World Health Organization. Addiction Research Foundation, Canada.
- MOSS, FINNLEY Y CHAN (1981): The process of recovery from alcoholism. In: Comparing Alcoholic Patients and Matched Community Controls. J Stud Alcohol, 42(5): 383-492.
- MOSKOWITZ Y BURNS (1990): Effects of Alcohol on Driving Performance. In: Alcohol World. Health & Research, 14(1): 12-14.
- MURRELE, SDAO-JARVIE, GADDY Y TORRES DE GAVIS (1992): Utility of the CAGE questionnaire to measure risk of alcohol problems in the general population: Case of the Colombian National Household Drug Survey. Paper presented at the 18th Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Toronto, Canada.
- NAGE (1989): Personality Disorder in the Alcoholic Patient. Psychiatric Annals, 19(5): 256-260.
- NARRO (1992): II. Algunos Aspectos Epidemiológicos del Alcoholismo en México. Rev Fac Med, 35(2): 52-57, Abril-Junio.
- NARRO, MENESES Y GUTIÉRREZ (1994): Consecuencias comunitarias del consumo de alcohol. Cap 13, Pp 228-244. En : Tapia-Conyer: Las Adicciones. Dimensión, Impacto y Perspectivas. Ed. El Manual Moderno, México D.F., 1994.
- NATERA Y OROZCO (1981): Opiniones sobre el Consumo de Alcohol en una Comunidad Semirural. Sal Púb Méx., 23: 473-482.
- NATERA & TERROBA (1982): Prevalencia del consumo de alcohol y variables demográficas asociadas en la ciudad de Monterrey, N.L. Salud Mental 5(1): 82-86.
- NATERA, HERREJON Y ROJAS (1988): Comparación de algunas Características de la conducta de las esposas de alcohólicos y de no-alcohólicos. Salud Mental, 9(1): 13-18.
- NATERA, CASCO, NAVA Y OLLINGER (1988): Respuestas naturales de la familia al uso a abuso de alcohol y drogas. Resultados de un estudio piloto. Anales de la V Reunión de Investigación. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Pp. 40-47.
- NATIONAL COMMITTEE FOR INJURY PREVENTION CONTROL (1989): Injury Prevention. Meeting Challenge. Prepared by Education Development Center.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (1976): Facts About Alcohol and Alcoholism. Rockville, Maryland, USA. 1-43, NIAAA
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (1992): Moderate Drinking. Alcohol Alert No. 16, NIAAA.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (1993): Alcohol and Health. Eighth Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health from the Secretary of Health and Human Services. U.S. Department of Health and Human Services.
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (1995): Assessing Alcohol Problems. A Guide for Clinicians and Researchers. NIAAA Treatment Handbook Series 4. U.S. Department of Health and Human Services. NIH Publication No. 95-3745.

- NORUSIS (1988): SPSS/PC+ V2.0 Base Manual for the IBM PC/XT/AT And PS/2. SPSS Inc. Chicago, Illinois.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1980): Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Informe de un comité de expertos de la OMS. Ginebra, Suiza.
- OSTROM, HUELKE, WALLER, ERIKSSON Y BLOW (1992): Some Biases in the Alcohol Investigative Process in Traffic Fatalities. Accid Annal. Prev., 24(5): 539-545.
- PADILLA (1987): Trastornos por Niveles de Atención (2do. Nivel). Fase II (Reporte Interno). Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- PARRA DE LA, TERROBA, ISOARD, MEDINA-MORA, SALTIJERAL Y RUBIO (1976): Estudios epidemiológicos sobre el consumo de fármacos en las ciudades de Puebla y San Luis Potosí (encuestas de hogares). CEMEF. Reportes Especiales, México.
- PARRA DE LA, TERROBA Y MEDINA-MORA (1980): Prevalencia del consumo de alcohol en la ciudad de San Luis Potosí. Enseñanza e Investigación en Psicología, 2(12): 236-245.
- PEELE (1985): The Meaning of Addiction. Compulsive Experience and Its Interpretation. Lexington Books, Lexington.
- PEELE (1989): Disseassing of America: Addiction Treatment out of Control. Lexington Books, Lexington.
- PERNANEN (1976): Alcohol and crimes of violence. In: Kissin B, Becliter H (Eds). Social Aspects of Alcoholism. The Biology of Alcoholism. Vol 4, Plenum Press, 351-444. Nueva York.
- PERNANEN (1991): Alcohol in Human Violence. New York. Guilford Press.
- PERPER, KULLER Y SHIM (1993): Vehicular Crashes and Alcohol Involvement in Drivers and Faut, and Related Fatalities. Am. J. Forensic Med. Pathol., 14(3): 177-184.
- PICK Y LÓPEZ (1988): Cómo investigar en ciencias sociales. Ed. Trillas, 3a. edición. México D.F.
- PIROLA (1978): Drug Metabolism and Alcohol. University Park Press, Baltimore.
- PITTS Y WINOKURT (1966): Affective disorder. VII. Alcoholism and affective Disorder. J Psichiatric Res. 4: 37-50.
- POSANAU (1994): Alcohol and Motor Vehicle Accidents in the National Capital Distric of Papua New Guinea. Med. Law, 13(5-6): 399-406.
- POST Y SUN (1973): Research Communications in Chemical. Pathology and Parmacology, 6, 887.
- REGIDOR, GUITIERREZ Y DE MATEO (1992): Asociación entre el Consumo Habitual de Alcohol y Accidentes. Gac. Sanit., 6(33): 245-252.

- REYNAGA, AGUILAR, NAJAR, CANO, PIÑA Y GRACIA (1982): Taller de Introducción a la Metodología de Investigación Interdisciplinaria. Programa Universitario de Investigación Clínica. Coordinación de la Investigación Científica. Universidad Nacional Autónoma de México. 2da. Edición, Octubre.
- ROBINSON (1977): Alcoholism. New Knowledge and New Perspectives (Ed. Edwards G; Grant M) Croom Helm, Pp 60, London.
- ROIZEN, BRACE, CAMERON Y DIXON (1980): Drinking Behavior in a Cross-Cultural Perspective: Some Preliminary Findings From The World Health Organization. Project on Community Response to Alcohol-Related Problems. Alcohol Research Group.
- ROIZEN (1982): Estimating Alcohol Involvement in Serious Events. In: National Institute of Alcohol abuse and Alcoholism . Alcohol Consumption and Related Problems. Alcohol and Health Monograph. No. 1 DHHS PUB 82-1190, Washinton D.C., pp 179-219.
- ROIZEN (1989): Alcohol y Trauma. En Giesbretch, González, Grant, Room, Rootman y Towle (comps.), Drinking and Casualties. Londres/Nueva York: Tavistock/Routledge, Pp. 21-66.
- ROMERO (1993): El estudio de las adicciones en relación a la cultura. Pp 25-30. En: Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario. Secretaria de Salud, SSA, CONADIC, México.
- ROSS, GAVID Y SKINNER (1990): Diagnostic Validity on The MAST and Alcoholic Dependence Scale in the Assesment of The DSM III Alcohol Disorders. J Stud Alcohol, 51: 506-513.
- ROSOVSKY (1985): Public Health Aspects of the Production Marketing and Control of Alcoholic Beverages in México. Contemporary Drug Problems. Winter. 659-678.
- ROSOVSKY Y LÓPEZ (1986): Problemas asociados con el alcohol: Urgencias Hospitalarias, su evaluación y registro. Fase II. Proyecto de Investigación. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México D.F.
- ROSOVSKY Y LOPEZ (1986): Accidentes y violencias en relación con el consumo de alcohol en una Agencia Investigadora del Ministerio Publico del Distrito Federal. Salud Mental, 9(3):72-76.
- ROSOVSKY, LÓPEZ, NARVÁEZ Y VILLATORO (1992): Alcohol Related Problems in Emergency Rooms in Mexico City. Documento Interno del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- ROSOVSKY, NARVAEZ, BORGES Y GONZÁLEZ (1992): Evolución del consumo per cápita en México. Salud Mental, 15(1): 35-41.
- ROSOVSKY Y BORGES (1993): Accidentes y alcohol en América Latina. Pp 147-157. En: Las adicciones, hacia un enfoque multidisciplinario. Secretaria de salud, SSA; CONADIC, México.
- ROTHMAN (1980): The proportion of cancer tributable to alcohol consumption. Prev. Med, 9: 174-179.

- ROOM (1977): Measurement and Distribution of Drinking Patterns and Problems in General Poblacion. In: Alcohol Related Disabilities. Ed. G. Edwards, Mm. Gross, M. Keller, J. Moser and R. Room, WHO.
- ROOM (1982): Alcohol Statistics Project. World Health Organization. Annex 4, MNH/82.7.
- SAHAGUN (1956): Historia General de las cosas en Nueva España. Ed. Porrúa, México.
- SARLES (1974): Chronic calcifying pancreatitis-chronica alcoholic pancreatitis. Gastroenterology, 66: 604-616.
- SAUNDERS Y AASLAND (1987): WHO Collaborative project on identification and treatment of person with harmful alcohol consumption. Report on phase 1. Development of a screening instrument. World Health Organization. Division of Mental health, Geneva, 1987. WHO/MNH/DAT/86.3.
- SAUNDERS Y HOUGHTON (1996): Relapse Revisited: A Critique of Current Concepts and Clinical Practice the Management of Alcohol Problems. Addictive Behaviors, 21(6): 843-855.
- SCHIFRIN (1983): Societal Cost of Alcohol Abuse in the United States: An Updating. In Grant M; Plant A; Williams A (comps): Economics and Alcohol, Nueva York, Gardner Press, Pp 319-327.
- SCHMIDT (1977): Public Health Perspective on Alcohol Problems with specific refence to Canada. Canadian Journal of Public Health, 68: 382-386.
- SCHMIDT Y POPHAM (1978): Alcohol Problems and Their Prevention: A Public Health Perspective. Addiction Research Foundation of Ontario, Pp 1-15'
- SCHMIDT (1980): Cirrhosis and Alcohol Consumption: An Epidemiological Perspective. In: Edwards G and Grant M (Eds): Alcoholism: New Knowledge and New Responses, Croom Helm, Londres.
- SCHUCKIT (1979): Alcoholism and affective disorder. Diagnostic confusion. En Goodwin DW y Erikson CK (Eds.): Alcoholism and affective disorder Pp 9-19. Medical Books, Nueva York.
- SECRETARIA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (1986): Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- SECRETARIA DE SALUD (1985): Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. Acciones Específicas México D.F.
- SECRETARIA DE SALUD (1986): Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. México D.F.
- SEELEY (1960): Death by Liver Cirrhosis and the Price of Alcohol Beberage. Canadian Medical Association Journal, 83, 1361.
- SELTZER (1971): The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The Quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psyquiatry, 127: 1653-1658.

- SERVICIO MEDICO FORENSE. SEMEFO (1989): Departamento de Estadística. México D.F.
- SILVA (1972): Alcoholismo y accidentes de tránsito. Salud Pùb. Méx. 14:809.
- SISTEMA NACIONAL DE SALUD: Boletín de Información Estadística: Daños a la salud, num. 11, SNS, México, 1991.
- SKINNER; HOLT, SCHULLER, ROY E ISRAEL (1989): Identification of alcohol abuse. Trauma and laboratory indicators. Pp 285-301. En: Early Identification of Alcohol Abuse. National Institute on Alcohol Abuse (NIAAA): Eds. Norman C Chang and Helen M Chao. Research Monograph, No. 17. U. S. Department of Health and Human Services. DHHS, Publication No (ADM): 85-1258.
- SMART (1974): Addiction, Dependence, Abuse or Use: Which are We Studying with the Epidemiology. In: Drug use Epidemiological and Sociological Approaches. John Wiley and Sons Hemisphere Publishing Corp. Pp. 23-42, Washington.
- SMART (1980): Some Recent Studies of Teenage Alcoholism and Problem Drinking. Chapter 9. In: Phenomenology and Treatment of Alcoholism. Pp 127-137. Spectrum Publication, Inc.
- SMART Y MURRAY (1981): A Review of Trends in Alcohol and Cannabis Use Among Young People. Bulletin on Narcotics. Vol XXX111, No.4:77-90.
- SMART Y MANN (1987): Large Decreases in Alcohol-Related Problems Following a Slight Reduction in Alcohol Consumption in Ontario 1975-83. British Journal of Addiction, 82:285-291.
- SMART (1989): Is the Post-war Drinking Binge Ending?. British Journal of Addiction, 84: 743-748.
- SMART (1991): Consumo de Alcohol. Tendencias Mundiales. Foro Mundial de la Salud, 12: 106-110.
- SOLACHE, TAPIA, LOEN, LAZCANO, BORJA Y SEPULVEDA (1990): Encuesta Nacional de Salud. El Consumo de Bebidas Alcohólicas. Salud Mental, 13(3): 13-19, Septiembre.
- SUOKAS Y LONNQUIST (1995): Suicide Attempts in wich Alcohol is Involved. A Special Group in General Hospital Emergency Rooms. Acta Psychiatry Scand., 91(1): 36-40.
- SWENSON Y MORSE (1975): The use of a Self Administrated Alcoholism Screening Test (SAAST) in a Medical Center. Mayo Clinic Proc. 50: 204-220.
- TAPIA Y MENESES (1992): III. El Consumo de Alcohol entre los Médicos. Rev. Fac. Med., UNAM, 35(2):58-62, Abril-Junio.
- TARTER Y SHNEIDER (1976): Models and Theories of Alcoholism. In: Alcoholism. Tarter, RE and Sugarman, A. Eds. Addison Wesley Publishing Company:
- TARTER (1982): Experimental psychology and alcoholism. Assesment, contibution and impact. Pp 540-559. En: Encyclopedic Handbook of Alcoholism. Gardner Press, New York, 1982.
- TAYLOR (1979): Drinking, Homicide, and Rebellion in colonial mexican villages. Stanford University Press. Stanford Cal., USA.

- TERRIS (1980): La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. Ed. Siglo XXI, México.
- TERROBA, MEDINA-MORA Y SALTIJERAL (1977): Estudio epidemiológico sobre el consumo de drogas, medicamentos y alcohol en la ciudad de Mexicali, B.C., a través de encuestas de hogares. Reporte Interno. IMP, México.
- TERROBA & MEDINA-MORA (1979): Prevalencia del uso de fármacos en la ciudad de Mexicali, B.C. Cuadernos Científicos. CEMESAM, 11: 123-143.
- TERROBA, SALTIJERAL Y DEL CORRAL (1987): El Consumo de Alcohol y su Relación con la Conducta Suicida. Salud Mental, 10(4): 92-97, Diciembre.
- VAN THIEL Y LESTER (1976): Sex and Alcohol: A Second Peck. (Ed) New England. J of Medicine, 295: 835-836.
- VELASCO (1986): Alcohol and Alcohol Problems Research. Latin American Review Series. Br J Addict, 81:11-15.
- VELASCO (1994): Detección temprana del bebedor problema. Cap. 12, Pp 212-227. En : Tapia-Conyer: Las Adicciones. Dimensión. Impacto y Perspectivas. Ed. El Manual Moderno, México D.F., 1994.
- VESELLE, PAGE Y PASSANANTI (1971): Genetic and environmental factors affecting ethanol metabolism in man. Clinical Pharmacol Thera., 12: 192-201.
- VOGEL-SPROT (1972): The Biology of Alcoholism. (Edited by Kissin B; Begleiter H) Plenum Press, Pp 48, New York.
- WALSH Y GRANT (1985a): El comercio de Bebidas Alcohólicas y sus Efectos sobre la Salud Pública. Foro Mundial de la Salud, 6: 223-227.
- WALSH Y GRANT (1985b): Consecuencias para la Salud Pública de la Producción y el Comercio de Alcohol. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (Publicación en Offset, No. 88)
- WARREN Y RAYNES (1972): Modd chages during three condicions of alcohol imtake. Quart J Stud Alc. 33: 979-989.
- WEISSMAN & MYERS (1980): Clinical depression in alcoholism. Am J Psychiatry, 137: 372-373.
- WELTE Y ABEL (1989): Homicide; Drinking by the Victim. J Stud Alcohol, 50(3): 197-210.
- WEST (1972): A Cross Cultural Approach to Alcoholism. Ann N.Y. Acad. Sci. 197:214.
- WILLIAMS (1947): The etiology of alcoholism. A working hypothesis involving the interplay of hereditary and enviromental factors. Quart J Stud Alc., 7: 567-587.
- WHITEHEAD (1975): The Prevention of Alcoholism. Divergences and Convergences of two Approaches. Addictions Diseases, 1: 431-443.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1975): Official Records. No. 226, Pp 48 (Resolution WHO, 28.81)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1977a): World Health Statistics. Rep. 29 No. 1.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1977b): Report of a Two Group of Investigators on Criteria for Identifying and Classifying Disabilities Related to Alcohol Consumption. WHO offset publication No.2(5): 22. Alcohol Related Disabilities. Ed. of G. Edwards; MM Gross, M Keller, J Moser and R Room. WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1979): Alcohol control policies. In: Robinson D (Ed). Alcohol Problems. Holmes and Meier, Pp 226-231. New York.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1981): Community response to alcohol related problems, comparison of results of three countries: Mexico, Zambia and Scotland. Phase I. NIAAA, Monograph.
- WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL (1987): Annuaire de Statistiques Sanitaires Mondiales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (Publicación en Offset, No. 88).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992): The ICD-10, Classification of Mental and Behavioral Disorders, Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO, Geneva.
- WRIGHT JW (1978): Endocrine Effects of Alcohol. In: Marks V, Wright H (Eds). Metabolic Effects of Alcohol Clinics in Endocrinology and Metabolism, 7(2): 351-367.
- YERSIN, WYSS, KOHEN, RIVEIR, GUSER, PALCAUD Y MAGNENANT (1992): Detrimental Effects of Alcohol Intoxication on Severity of Injuries in Male Traffic Accident Victims. Prev. Med., 37(3): 118-123.

A N E X O S

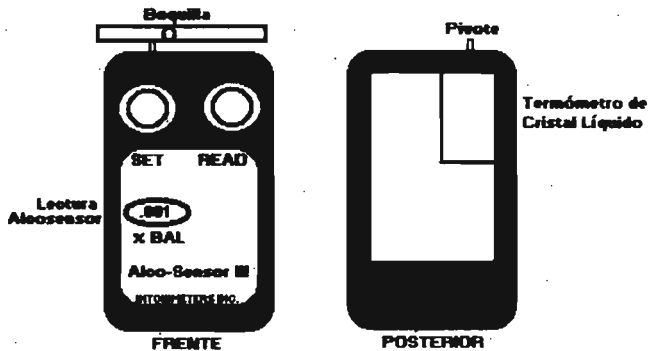
- 1. Características del Alcosensor**
- 2. Descripción del Manual de Entrevistadores**
- 3. Cuestionario Estudio Servicios de Urgencia IMP**

A N E X O 1

CARACTERÍSTICAS DEL ALCOSENSOR

El alcosensor es un dispositivo manufacturado por Intoximete, Inc., St. Louis Missouri (McDonough, 1984). Fue desarrollado para estimar el nivel de alcohol en sangre a través del aliento. Es de tamaño pequeño (2.5 x 4.75 x 1.25 pulgadas), que permite llevarlo en la bolsa de una bata. Pesa aproximadamente 4 onzas; es de plástico y opera con una batería de 9 voltios.

Consta de dos botones: SET Y READ y de una ventana de lectura al frente; en el reverso se localiza un termómetro de cristal. En la parte superior se encuentra un pequeño pivote donde se inserta una boquilla, que es remplazada por una nueva en cada muestra de aliento. El botón SET es presionado para mantener en operación la temperatura (rango de 20 a 36 grados centígrados) y limpia la celda. El botón READ sirve para obtener la prueba de aliento, por lo que la persona tiene que soplar en la boquilla. Se obtiene aproximadamente un centímetro cúbico de aliento.



La muestra de aliento pasa a través de una celdilla de abastecimiento para ser analizada. Por la ventana de lectura se puede observar un incremento gradual en la numeración, hasta obtener una lectura final máxima que dará el nivel de alcohol en sangre.

La celdilla de abastecimiento es una cámara dividida por una membrana plástica revestida, primero por platino y luego por ácido sulfúrico. El alcohol en el aliento es rápidamente absorbido por la membrana y convertido en electrones positivos de ácido acético. Pruebas adicionales de aliento pueden realizarse en intervalos de dos minutos. Otra ventaja del dispositivo es la de poder tomar pruebas de aliento en personas inconscientes. Se ha podido establecer la utilidad y exactitud del Alcosensor III, su tamaño y fácil manejo ayudan a dar un diagnóstico rápido, confiable y no hostil, proporcionando una estimación precisa de la concentración de alcohol en sangre.

ANEXO 2

DESCRIPCIÓN DEL MANUAL ENTREVISTADORES

Para el levantamiento de la información se elaboró un manual que contenía los puntos más relevantes a tomar en cuenta. De esta forma se contemplaron los siguientes aspectos:

- Objetivos del estudio.
- Resumen de las actividades del equipo de investigación.
- Manejo de los procedimientos para la selección de la muestra.
- Instrucciones para la aplicación y uso del alcosensor.
- Descripción general del cuestionario y el manejo individual de las preguntas, para ser aplicado mediante entrevista.
- Se elaboró y se dió un curso de capacitación al personal que participo en el trabajo de campo.
- También se desarrollaron materiales adicionales que nos permitieron llevar un control riguroso de la muestra y dar seguimiento al desarrollo del trabajo de campo: Hojas control de selección de la muestra, de control del personal y de vaciado de datos.

ESTUDIO SERVICIOS DE URGENCIA IMP

Nombre _____ No. Cuestionario

1	2	3	4

Domicilio _____ No. Tarjeta

1
5

Col. o Delegación _____ Hospital y Turno

--	--

Motivo de ingreso (según el paciente) _____ Hora de Registro

Hora		Min.	

Diagnóstico del servicio de Urgencias _____ Fecha

Día		Mes		Año	
15					

Presencia de alcohol _____ Sexo: Masculino 1
Femenino 2

Edad: _____

20	

Situación del paciente: Dado de alta..... 1
Admisión al hospital..... 2
Transferido..... 3
Custodia policiaca (examen psico-físico)..... 4
Falleció..... 5
Se retiró sin ser dado de alta.... 6
Se retiró sin ser visto..... 7
Otra (especificar) _____ 8

Derechohabiente: 1 IMSS 2 ISSSTE 3 Otro 4 Ninguno

REGISTRO DE CONTACTOS					
No. Cont.	Fecha	Hora	Resultado 1. Compl. 2. Rech. 3. Seg. 4. Otro	Comentarios: a menos que se complete la entrevista, dar detalles (ej.: cuándo se hizo el seguimiento, con quién habló, etc.)	Entre vista dor
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

Fecha:

--	--	--	--	--	--

Hora de inicio:

--	--	--	--

Hola, mi nombre es _____ trabajo en este hospital. Estamos platicando con la gente que ha venido hoy al servicio de Urgencias.

Esta es una encuesta que se está llevando a cabo en varios hospitales de esta ciudad, para conocer los problemas por los que la gente acude a los servicios de Urgencias. ¿Acepta colaborar con nosotros?

En primer lugar, quisiera pedirle que sople en esta boquilla lo más fuerte posible.

(Sí es necesario; es para una prueba de laboratorio; o lo que usted nos diga será confidencial; y la identidad de las personas no será mencionada)

Lectura del alco-sensor.....		<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
Rehusó.....	999	35			
No se aplicó (transcurrieron más de seis horas desde que entró al servicio de Urgencias).....	998				

Alco-sensor No. _____

Hora inicio Entrevista

Hora Min.

--	--	--	--

1. Dígame, qué le sucedió ¿cuál es la principal razón por la que está aquí? (aclarar si es accidente/lesión o problema médico).
- A. (Si no queda claro si se trata de accidente o problema médico). Cuénteme acerca del tipo de herida, enfermedad o problema médico que lo trajo a este servicio.

1	2	
<u>Accidentados/lesionados/in-</u> <u>toxicados</u>	<u>Enfermedad/problema médico</u>	
1. Cortadas, raspaduras o heridas punzocortantes (laceraciones)..... 1	1. Problemas cardíacos (ata- que al corazón, etc.).... 2	<input type="checkbox"/> 40
2. Contusiones..... 1	2. Falta de respiración..... 2	<input type="checkbox"/>
3. Fracturas/dislocaciones. 1	3. Otros problemas respirato- rios (resfriados, tos, gripe)..... 2	<input type="checkbox"/>
4. Torceduras/tirones..... 1	4. Problemas del hígado (ci- rrosis, acidez, hepatitis, ictericia)..... 2	<input type="checkbox"/>
5. Quemaduras..... 1	5. Problemas del páncreas... 2	<input type="checkbox"/>
6. Ahogamiento..... 1	6. Ulceras..... 2	<input type="checkbox"/> 45
7. Herida en la cabeza (des- calabrada)..... 1	7. Otros problemas estomaca- les (dolor o congestión). 2	<input type="checkbox"/>
8. Lesiones internas..... 1	8. Deficiencia vitamínica... 2	<input type="checkbox"/>
9. Mordedura de persona.... 1	9. Anemia..... 2	<input type="checkbox"/>
10. Intoxicación alcohólica, sobredosis..... 1	10. Síndrome de abstinencia al alcohol..... 2	<input type="checkbox"/>
11. Intoxicación por sobre- dosis de drogas..... 1	11. Problemas psiquiátricos o alteración del estado men- tal..... 2	<input type="checkbox"/> 50
12. Intoxicación por ingesta de otras sustancias.... 1	12. Otros problemas médicos.. 2	<input type="checkbox"/>
13. Mordeduras o picaduras (insectos o animales)... 1	_____	<input type="checkbox"/>
14. Otras lesiones (especificar) _____ 1	_____	<input type="checkbox"/>

(Si la causa no fue dada, preguntar 1B a 1C)

1B. Accidentados/lesionados

Dígame cómo le sucedió este accidente/lesión, con sus propias palabras (si hay dos o más causas que determine la principal)

1C. Problemas médicos

Dígame qué piensa usted es la causa de su (enfermedad, molestias) con sus propias palabras (si hay dos o más causas, que determine la principal)

1B

1C

- Caída..... 1
 Cortarse a sí mismo o haber sido cortado..... 2
 Balaceado..... 3
 Atropellado por un carro u otro vehículo (siendo peatón)..... 4
 Accidentado en un carro (u otro vehículo) siendo conductor o pasajero..... 5
 Tropezar con algo o alguien..... 6
 Quemaduras..... 7
 Humo, agua u otra cosa en los pulmones..... 8
 Ingestión de bebidas alcohólicas..... 9
 Ingestión de droga o medicina..... 10
 Ingestión de otras cosas (voluntaria o accidentalmente)..... 11
 Otra (especificar)..... 12
-
-
-

- Mencionó consumo de alcohol. 1
 Mencionó consumo de drogas o medicamentos..... 2
 Respondió, pero sin mención de alguno de los dos anteriores..... 3
 No tiene idea de qué lo causó..... 4

1B	1C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55

3. ¿Dónde estaba usted cuando le sucedió?

En su propia casa.....	1
En la casa de otra persona.....	2
Restaurant, bar o cantina.....	3
En su trabajo.....	4
En un vehículo de motor.....	5
En la calle o estacionamiento.....	6
En un parque, playa o área recreativa.	7
Otro (especificar).....	9
<hr/>	
No respondió.....	99
No procede.....	00

65	

4.A. ¿Cómo llegó a los servicios de Urgencia de este hospital?

Ambulancia (pasa a preg. 5).....	1
Policía (pasa a preg. 5).....	2
Llegó solo (pasa a preg. 5).....	3
Vino con alguien.....	4
Otro (especificar) (pasa a preg. 5)..	5
<hr/>	
No respondió.....	9
No procede.....	0

B. Si llegó con alguien, ¿por qué vino con usted?

Se sintió muy enfermo, herido para venir solo.....	1
No podía manejar y/o no tenía auto-móvil.....	2
Quería compañía o apoyo moral.....	3
Otra (especificar).....	4
<hr/>	
No respondió.....	9
No procede.....	0

5.A. ¿Por qué acudió a este servicio?

- | | SI | NO | |
|---|----|----|-----------------------------|
| 1. Lo trajo la ambulancia o policia sin consultarlo (pasa preg. 6) | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Alguna otra persona lo trajo sin consultarlo (pasa preg. 6) | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> 70 |
| 3. Porque era el lugar más cercano | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Porque este servicio de urgencias era el único lugar abierto a esta hora | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Porque es uno de los lugares donde se presta buena atención médica | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Porque era una urgencia seria | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Porque aquí pude obtener un tratamiento rápido | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> 75 |
| 8. Porque su doctor está dentro del personal o usted tiene privilegios aquí | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 9. Porque usted no conocia algún otro lugar don de acudir | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 10. Porque es un lugar donde la atención no es cara | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 11. Porque es aquí donde generalmente acude por atención médica | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 12. Por alguna otra razón, especifique _____ | 1 | 2 | <input type="checkbox"/> 80 |

Si da más de una razón a partir de la opción 3, pasar a la pregunta 5.B.

1	2	3	4	5	2
---	---	---	---	---	---

B. De las razones que usted dio, cuál piensa que es la principal para acudir a este servicio y no a otro sitio

3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

6. Aproximadamente ¿cuánto tiempo transcurrió entre su accidente-lesión y su llegada al servicio de Urgencias?

Minutos _____
 Horas..... _____
 Días..... _____

Hora	Min.	Días
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10		

7. Nos gustaría conocer qué bebidas alcohólicas ingirió antes de su accidente o lesión. Esto incluye: vino, cerveza, pulque, ron, brandy, tequila, whisky, o cualquier bebida que contenga alcohol.

En las seis horas antes de que ocurriera su accidente o lesión, ¿ingirió alguna de estas bebidas, aunque fuera sólo una copa? (Checar pregunta 29 para dar la hora previa al accidente)

- Sí (pasar a preg. 8)..... 1
- No tomó alcohol en las seis horas antes de que ocurriera su accidente, pero sí en alguna otra ocasión previa... 2
(Ver instrucción en el Cuadro)
- Nunca en mi vida he tomado alcohol (pasar a la preg. 38, pág. 24)..... 3
- No responde..... 9
- No procede..... 0

Checar pregunta 6

- Si llegó dentro de las 6 horas siguientes al accidente y contestó la opción 1 en la preg. 7, pasar a la preg. 16, pág. 10
- Si llegó después de las 6 horas de ocurrido el accidente, pasar a la preg. IMP, Pág. 11.

8. Aproximadamente ¿cuánto tiempo transcurrió entre el momento que tomó la última copa y que ocurriera su accidente o lesión?

Horas _____ ó Minutos _____

Hora Min.

--	--	--	--

15

9. ¿Tomó algún alimento dentro de las 6 horas antes que ocurriera su accidente?

- Sí..... 1
- No..... 2
- No responde..... 9
- No procede..... 0

10.A. Ahora, algunas preguntas acerca de cualquier medicina o droga que usted haya tomado antes del accidente, en las 6 horas antes de accidentarse:

¿Había tomado alguna medicina o droga?

- Sí..... 1
- No (pasar a preg. 11)..... 2
- No responde..... 9
- No procede..... 0

20

B. Si la respuesta es afirmativa, preguntar:

Nombre(s) de la(s) droga(s) o medicamento(s) y anotar

LISTA DE DROGAS	
1.	<u>ESTIMULANTES; ANFETAMINAS O COCAINA</u> (Chochos, diablos, speed, passa, benzedrinas, coca, nieve, coca-cola, polvo, talco, azúcar, arponazo)
2.	<u>TRANQUILIZANTES; BARBITURICOS</u> (Mandrax, ciclopaces, seconales, pasidrin, equanil, mejoral, nembutal)
3.	<u>CODEINA; DEMEROL O METADONA</u> (Tecata, arpón, nieve, polvo, banderilla, chutazo)
4.	<u>MARIHUANA; HASHISH O THC</u> (Nota, café, grifa, cannabis, yerbabuena, mafufa, epazote, orégano, toque de la buena)
5.	<u>ALUCINOGENOS; LSD; MEZCALINA; CILOCIBINA O PELO DE ANGEL</u> (Acido, viaje, azúcar, terrones, en onda)
6.	<u>HEROINA; OPIO</u> (Tecata, arpón, nieve, arponazo, polvo blanco, adormidera, goma)
7.	<u>INHALANTES</u> (Flexo, cemento, chemo, mento, toque, resistol)
8.	OTRAS, especifique:

C. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que tomó por última vez la(s) droga(s) y el momento en que ocurrió el accidente?

A	B	
No. de grupo de droga	Horas	Minutos
No. de grupo de droga	Horas	Minutos
No. de grupo de droga	Horas	Minutos

Lista	Hora	Min.
□	□ □ □ □	□ □ □ □
□	□ □ □ □	□ □ □ □
□	□ □ □ □	□ □ □ □

25
30
35

11.A. Quisiera saber lo que usted bebió en las 6 horas anteriores al accidente ¿bebió usted.....?

B. Si tomó vino (blanco, rosado, tinto) ¿Cuántas copas, vasos o botellas?

Si tomó cerveza ¿cuántas latas o botellas?

Si tomó destilados (tequila, whisky, cognac, brandy, ron, etc.) ¿cuántas cubas, copas solas o combinadas?

Si tomó pulque ¿cuántos vasos o litros?

Si tomó alcohol puro o aguardiente ¿cuántos vasos o tragos?

	A		B
	SI	NO	Cantidad en onzas
1. Vino.....	1	2	_____
2. Cerveza.....	1	2	_____
3. Destilados.....	1	2	_____
4. Pulque.....	1	2	_____
5. Alcohol puro o aguardiente.	1	2	_____

A	B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

55

C. **NO LLENAR.** Sólo para Cómputo

Total de alcohol puro ingerido en esta ocasión _____

(Ver Tabla de Conversiones y Equivalencias en el Manual del Entrevistador)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

TABLA DE EQUIVALENCIAS (USAR CON DIBUJOS)

- 1 Copa de vino = 4 onzas
- 1 Lata o botella de cerveza = 11 onzas
- 1 "Caguama" = 31 onzas
- 1 Vaso de pulque = 13 onzas
- 1 litro de pulque = 33 onzas
- 1 "Cuba" (brandy, ron) = 1 onza
- 1 Copa de tequila, cognac, whisky, etc. = 2-3 onzas

12. ¿Con quién estaba cuando bebió la última copa antes del accidente?

(Codifique todos los que se aplican)

- 1. Estaba solo..... 1
- 2. Esposo(a) o pareja..... 1
- 3. Otros parientes..... 1
- 4. Amigo(s)..... 1
- 5. Extraños..... 1
- 6. Otros (especifique) _____ 1
- 7. No respondió..... 9
- 8. No procede..... 0

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

65

PREGUNTAS ADICIONALES IMP (PARA TODOS LOS ACCIDENTES)

- IMP I.** Cuando ocurrió el accidente o lesión, etc. usted estaba:
- | | | | |
|---------------------|---|--------------------------|----|
| Solo..... | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| Con familiares..... | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| Con amigos..... | 1 | <input type="checkbox"/> | 20 |
| Con extraños..... | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| No respondió..... | 9 | | |
| No procede..... | 0 | | |
- IMP II.** A. ¿Resultó(a)ron lesionada(s) otra(s) persona(s)?
- | | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------|--|
| Sí..... | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| No (pasar a preg. IMP VI)..... | 2 | | |
| No respondió..... | 9 | | |
| No procede..... | 0 | | |
- B. ¿Cuántas personas resultaron lesionadas?
Especifique _____
- IMP III.** ¿Fueron conducidos a algún servicio de urgencias?
- | | | | |
|-------------------|---|--------------------------|----|
| Sí..... | 1 | <input type="checkbox"/> | 25 |
| No..... | 2 | | |
| No respondió..... | 9 | | |
| No procede..... | 0 | | |
- IMP IV.** A. ¿Conoce el tipo y gravedad de las lesiones que sufrieron?
- | | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------|--|
| Sí..... | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| No (pasar a preg. IMP V)..... | 2 | | |
| No respondió..... | 9 | | |
| No procede..... | 0 | | |
- B. En caso de ser afirmativa, ¿cuál fue la gravedad?
- | | | | |
|-------------------|---|--------------------------|--|
| Leve..... | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| Moderada..... | 2 | | |
| Seria..... | 3 | | |
| Falleció..... | 4 | | |
| No respondió..... | 9 | | |
| No procede..... | 0 | | |
- IMP V.** ¿La(s) otra(s) persona(s) lesionada(s) estaba(n) bajo los efectos del alcohol?
- | | | | |
|-------------------|---|--------------------------|--|
| Sí..... | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| No..... | 2 | | |
| No respondió..... | 9 | | |
| No procede..... | 0 | | |

IMP VI. ¿A quién responsabilizaría principalmente de lo ocurrido?

A sí mismo (pasa a preg.IMP. VIII)	1	<input type="checkbox"/>
A otro(s) (pasa a preg. IMP VII).	2	
Al medio ambiente (pasa a preg. IMP. VIII).....	3	
Al destino (pasa a preg.IMP.VIII)	4	
Otras, especifique (pasa a preg. IMP. VIII).....	5	
<hr/>		
No responde.....	9	
No procede.....	0	

IMP VII. ¿Considera usted que quien(es) ocasionó(aron) el accidente, se encontraba(n) bajo los efectos del alcohol?

Sí.....	1	<input type="checkbox"/>
No.....	2	30
No responde.....	9	
No procede.....	0	

IMP VIII. A. ¿Hubo daños humanos o materiales ocasionados por el accidente?

Sí.....	1	<input type="checkbox"/>
No (pasa a preg. IMP IX).....	2	
No responde.....	9	
No procede.....	0	

B. En caso de ser afirmativa ¿de qué tipo?

	SI	NO	
B.1 Lesiones a otras personas, especifique	1	2	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
B.2 Daños a la nación (poste, semáforo, banqueta, camellones, etc.)	1	2	<input type="checkbox"/>
B.3 Daños a bienes de particulares y terceros (vehículos, casas, todo bien o propiedad privada). Especificar.	1	2	<input type="checkbox"/>

IMP IX. ¿El hecho tuvo implicaciones legales?

Sí, especifique _____	1	<input type="checkbox"/>
No.....	2	35
No responde.....	9	
No procede.....	0	

IMP X. En caso de que el sujeto entrevistado considere ser el afectado, indagar:

¿Piensa usted levantar un acta para denunciar el hecho?

Sí.....	1	<input type="checkbox"/>
No.....	2	
No responde.....	9	
No procede.....	0	

UNICAMENTE PARA PROBLEMAS MEDICOS

M-1 ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que empezó a sentirse mal y su llegada al servicio de urgencias?

Minutos..... _____
 Horas..... _____
 Días..... _____

40

Nosotros estamos interesados en saber cuáles son las razones por las que las personas solicitan atención en este servicio y no a otro tipo de consulta externa o al médico particular.

M-2 A. ¿Por qué razón acudió usted a los servicios de urgencias en este hospital?

	SI	NO	
1. Lo trajo la ambulancia o policía sin consultarlo (pasa a preg. M-3)	1	2	<input type="checkbox"/>
2. Alguna otra persona lo trajo sin consultarlo. (pasa a preg. M-3)	1	2	<input type="checkbox"/>
3. Porque era el lugar más cercano	1	2	<input type="checkbox"/> 45
4. Porque se presta atención médica todo el día	1	2	<input type="checkbox"/>
5. Porque es uno de los lugares donde se presta buena atención médica	1	2	<input type="checkbox"/>
6. Porque era una urgencia seria	1	2	<input type="checkbox"/>
7. Porque aquí puede obtener un tratamiento rápido	1	2	<input type="checkbox"/>
8. Porque su doctor está dentro del personal o usted tiene privilegios aquí	1	2	<input type="checkbox"/> 50
9. Porque usted no conocía otro lugar donde acudir	1	2	<input type="checkbox"/>
10. Porque es un lugar donde la atención no es cara	1	2	<input type="checkbox"/>
11. Porque aquí es donde generalmente acude por atención médica	1	2	<input type="checkbox"/>
12. Por alguna otra razón, especifique	1	2	<input type="checkbox"/>
_____	1	2	<input type="checkbox"/>

Si da una sola razón a partir de la opción 3, pasar a la pregunta M-3

B. De las razones que usted dio, cuál piensa que es la principal para acudir a este servicio y no a otro sitio.

3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

--	--

Checkar pregunta M-1: usted dijo sentirse enfermo hace aproximadamente _____ (minutos, horas o días) antes de venir al servicio de urgencias.

M-3 Dentro de las seis horas antes de sentirse enfermo, ¿ingirió usted algún tipo de bebida alcohólica?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| Sí, dentro de las seis horas antes de sentirme mal..... | 1 | <input type="checkbox"/> |
| No, pero sí en la última semana.... | 2 | |
|(pasa a preg. M-6)..... | 2 | |
| No, pero sí tomé hace más de una semana....(pasa a preg. 18, pág. 15).. | 3 | |
| Nunca en mi vida he ingerido alguna bebida alcohólica (pasa a preg. 38, pág. 24)..... | 4 | |
| No respondió..... | 9 | |
| No procede..... | 0 | |

M-4 A. ¿Llegó usted a sentirse algo embriagado, tomado o borracho? (mareado, que no podía hablar, con dificultades para mantenerse en pie o caminar)

- | | | |
|-------------------------------|---|--------------------------|
| Sí..... | 1 | <input type="checkbox"/> |
| No....(pasa a preg. M-5)..... | 2 | |
| No respondió..... | 9 | |
| No procede..... | 0 | |

B. ¿Se sintió usted un poco, regular o completamente embriagado o borracho?

- | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|
| Un poco embriagado..... | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Regularmente embriagado..... | 2 | |
| Muy embriagado..... | 3 | |
| No respondió..... | 9 | |
| No procedió..... | 0 | |

M-5 ¿Piensa usted que se habría enfermado, si no hubiera tomado alcohol?

- | | | |
|----------------------|---|--------------------------|
| Sí..... | 1 | <input type="checkbox"/> |
| No..... | 2 | 60 |
| No estoy seguro..... | 3 | |
| No respondió..... | 9 | |
| No procede..... | 0 | |

Pasará a la siguiente página

M-6 ¿Piensa usted que se habría enfermado aunque no hubiera tomado ninguna bebida alcohólica en la última semana?

- | | | |
|----------------------|---|--------------------------|
| Sí..... | 1 | <input type="checkbox"/> |
| No..... | 2 | |
| No estoy seguro..... | 3 | |
| No respondió..... | 9 | |
| No procede..... | 0 | |

20.A. En los últimos doce meses ¿con qué frecuencia tomó 12 o más copas, tragos, cervezas, etc. Esto es, cualquier combinación de cerveza, vino, destilados, pulque, alcohol puro, en una sola ocasión?

Todos los días.....	1	<input type="checkbox"/>
Casi todos los días.....	2	<input type="checkbox"/>
3 ó 4 veces a la semana.....	3	<input type="checkbox"/>
1 ó 2 veces a la semana.....	4	<input type="checkbox"/>
2 ó 3 veces al mes.....	5	<input type="checkbox"/>
Más o menos una vez al mes.....	6	<input type="checkbox"/>
6 a 11 veces al año.....	7	<input type="checkbox"/>
1 a 5 veces al año.....	8	<input type="checkbox"/>
No ha bebido esa cantidad (en el último año)..(pasar a preg. 21)....	9	<input type="checkbox"/>
No respondió.....	99	<input type="checkbox"/>
No procede.....	00	<input type="checkbox"/>

12 copas,	12 cervezas medianas
tragos,	5 cervezas caguama
vasos,	12 copas de vino de mesa
etc:	2 botellas de vino de mesa de 3/4 lts.
	12 cubas o destilado solo
	1/2 botella de destilados de 3/4 lts.
	12 vasos de pulque
	4.5 litros de pulque
	12 "farolazos" de alcohol puro
	1/2 botella de alcohol puro de 3/4 litro

B. En estos últimos 12 meses ¿cuándo fue la última vez que tomó 12 ó más copas?

Hoy.....	1	<input type="checkbox"/>
Ayer.....	2	<input type="checkbox"/>
En la última semana.....	3	<input type="checkbox"/>
Hace más de una semana.....	4	<input type="checkbox"/>
No respondió.....	9	<input type="checkbox"/>
No procede.....	0	<input type="checkbox"/>

21.A. En los últimos 12 meses ¿con qué frecuencia tomó 5 ó más copas, pero menos de 12. Esto es, cualquier combinación de cerveza, vino destilado o pulque en una sola ocasión?

Todos los días.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi todos los días.....	2		
3 ó 4 veces a la semana.....	3		
1 ó 2 veces a la semana.....	4		
2 ó 3 veces al mes.....	5		
Más o menos una vez al mes.....	6		
6 a 11 veces al año.....	7		
1 a 5 veces al año.....	8		
No bebió esa cantidad en el último año.....(pasar a preg. 22).....	9		
No respondió.....	99		
No procede.....	00		

B. ¿Cuándo fue la última vez que tomó 5 ó más copas, tragos, pero menos de 12, en una sola ocasión?

Hoy.....	1	<input type="checkbox"/>
Ayer.....	2	
En la última semana.....	3	
Hace más de una semana.....	4	
No respondió.....	9	
No procede.....	0	

22. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se sintió embriagado? (mareado que no podía hablar, con dificultad para mantenerse en pie o caminar)

Diario.....	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi todos los días.....	2		
3 ó 4 veces a la semana.....	3		
1 ó 2 veces a la semana.....	4		
2 ó 3 veces al mes.....	5		
Más o menos 1 vez al mes.....	6		
6 a 11 veces al año.....	7		
1 a 5 veces al año.....	8		
Nunca en los últimos 12 meses.....	9		
No respondió.....	99		
No procede.....	00		

23. En general ¿con cuántos tragos o copas se siente usted, tomado, borracho o ebrio? _____

24.A. Dígame si alguna de las siguientes cosas le han ocurrido alguna vez. ¿Su forma de beber le ha causado alguna dificultad...? (Indagar cada opción de A antes de preguntar B)

B. Si la respuesta es afirmativa en A: ¿le ha ocurrido en los últimos 12 meses?

	A		B		A	B
	alguna vez		últimos 12 meses			
	SI	NO	SI	NO		
1. En sus relaciones personales	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. En su trabajo	1	2	1	2	25 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Con la policía u otras autoridades	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En su salud física	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 30
5. En su salud psicológica o bienestar mental	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Le voy a preguntar acerca de algunas experiencias que usted pudo haber tenido en los últimos 12 meses.

¿En los últimos 12 meses...? (Indagar cada opción)

	SI	NO	
A. ¿Ha tenido discusiones con su familia u otras personas cercanas acerca de su forma de beber, o sobre los efectos que está causando en los que lo rodean?	1	2	<input type="checkbox"/>
B. ¿Ha tenido problemas en su trabajo por su forma de beber? (falta de trabajo, cometer errores u otros problemas por los que su jefe se haya quejado)	1	2	<input type="checkbox"/>
C. ¿Algún doctor le ha dicho que usted tenía problemas serios relacionados con su forma de beber?	1	2	<input type="checkbox"/> 35
D. ¿Ha sido arrestado por manejar bajo los efectos del alcohol? (ebrio, tomado)	1	2	<input type="checkbox"/>
E. ¿Ha sido arrestado por la policía por beber o embriagarse en la calle?	1	2	<input type="checkbox"/>

26. Ahora le voy a preguntar algunas otras experiencias que pueden o no estar relacionadas con el consumo de alcohol.

A. ¿En los últimos 12 meses, pero sin contar esta ocasión...? (Indagar cada opción)

B. Si la respuesta es afirmativa en A: ¿el beber alcohol estuvo relacionado con esto que le sucedió?

	A		B		A	B
	en los últimos 12 meses	NO	estuvo relacionado con el beber	NO		
1. ¿Ha tenido algún accidente de tránsito cuando manejaba?	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha tenido algún otro tipo de accidente serio en el que resultara herido o lesionado o que estuviera a punto de ocurrirle?	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Fue detenido o arrestado por algún motivo? (Sin contar manejar en estado de ebriedad o beber en la vía pública) Especifique	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40

27. ¿Ha estado alguna vez implicado en cualquier otro tipo de accidente al estar bebiendo?

- SI.....(pasa a preg. 28)..... 1
- No....(ver siguientes instruc.).... 2
- No respondió..... 9
- No procede..... 0

Si en la parte B de la pregunta 26 (opciones 1 y 2) responde afirmativamente y/o también afirmativamente en la pregunta 27, continuar con la pregunta 28. Si en todas contestó negativamente, pasar a la pregunta 31, página siguiente.

28.A. ¿Resultó lesionado en esa(s) ocasión(es)?

- SI..... 1
- No..... 2
- No respondió..... 9
- No procede..... 0

B. ¿Acudió a algún servicio de urgencias para ser atendido?

- SI..... 1
- No..... 2
- No respondió..... 9
- No procede..... 0

45

29. En algún accidente que le haya ocurrido, ¿resultó con lesiones, pero no acudió a un servicio de urgencias?

Sí.....	1	<input type="checkbox"/>
No.....(pasar a preg. 31).....	2	
No respondió.....	9	
No procede.....	0	

30. ¿Por qué no acudió a un servicio de urgencias para atender sus lesiones?

No estaba seriamente lastimado.....	1	<input type="checkbox"/>
Acudió a un médico u otro tipo de servicio.....	1	<input type="checkbox"/>
Por miedo a hospitalizarse.....	1	<input type="checkbox"/> 50
Porque pensó que sería muy caro.....	1	<input type="checkbox"/>
Otro (especificar) _____	1	<input type="checkbox"/>
No respondió.....	9	
No procede.....	0	

31. Ahora le voy a leer algunas experiencias que muchas personas dicen haber tenido con su forma de beber. Por favor dígame cuáles le han ocurrido a usted en los últimos 12 meses (Indagar cada una)

	SI	NO	
A. ¿Sintió que debería beber menos o dejar de beber por completo?	1	2	<input type="checkbox"/>
B. ¿Se ha despertado al día siguiente sin poder recordar algunas cosas que hizo mientras estaba bebiendo?	1	2	<input type="checkbox"/>
C. ¿Ha tomado un trago apenas se levanta?	1	2	<input type="checkbox"/> 55
D. ¿Ha sentido sus manos temblorosas la mañana siguiente de haber bebido	1	2	<input type="checkbox"/>
E. ¿Ha estado borracho o ebrio durante varios días seguidos?	1	2	<input type="checkbox"/>
F. ¿Se vio envuelto en una pelea al estar bebiendo? (con golpes, agresión física)	1	2	<input type="checkbox"/>

32. De los siguientes lugares y personas que ofrecen ayuda para diferentes problemas, dígame a cual(es) ha acudido: Indagar en todas.

A. ¿Ha estado alguna vez...?

B. En caso de ser afirmativa en A: ¿ocurrió en los últimos 12 meses?

PORTE I

	A		B		A	B
	alguna vez		en los últimos 12 meses			
	SI	NO	SI	NO		
1. ¿En algún grupo de alcohólicos anónimos por su forma de beber?	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿En algún otro programa de atención a problemas de alcoholismo? (IMSS, ISSSTE, CAAF, SSA, etc.)	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿En algún programa de atención privada para alcohólicos?	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PORTE II

A. ¿Alguna vez...?

B. Si es afirmativa: ¿ocurrió en los últimos 12 meses?

Preguntar los apartados A y B a todos los sujetos, antes de preguntar el apartado C

C. (Sólo para respuestas afirmativas en el apartado A):

Cuando usted buscó este tipo de ayuda, ¿su manera de beber era parte del problema?

	A		B		C		A	B	C
	alguna vez		en los últimos 12 meses		relac. con su manera de beber				
	SI	NO	SI	NO	SI	NO			
4. ¿Ha estado en un programa sobre abuso de drogas?	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha consultado a un psicólogo, consejero matrimonial o terapeuta?	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha estado en una clínica u hospital en un programa de salud mental?	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha visto a algún sacerdote, pastor o ministro para obtener ayuda?	1	2	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pasar a la pregunta 38

PARA LOS QUE HAN BEBIDO HACE MAS DE 12 MESES

33. Si alguna vez ha ingerido alcohol: Aunque usted no haya bebido alcohol en los últimos 12 meses, queremos saber si alguna vez ha tenido dificultades por su forma de beber con:

	SI	NO	
A. Sus relaciones personales	1	2	<input type="checkbox"/>
B. Su trabajo	1	2	<input type="checkbox"/>
C. La policía u otras autoridades	1	2	<input type="checkbox"/>
D. Su salud física	1	2	<input type="checkbox"/> No
E. Su salud psíquica o bienestar mental	1	2	<input type="checkbox"/> 6

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

34. A. ¿Alguna vez se ha visto implicado en algún(os) accidente(s) cuando estaba bebiendo?

SÍ.....	1	<input type="checkbox"/>
No.....(pasa a preg. 37).....	2	
No respondió.....	9	
No procede.....	0	

- B. ¿Resultó lesionado en ese (esos) accidente(s)?

SÍ.....	1	<input type="checkbox"/>
No.....(pasa a preg. 37).....	2	
No respondió.....	9	
No procede.....	0	

- C. ¿Acudió a algún servicio de Urgencias para ser atendido?

SÍ.....	1	<input type="checkbox"/>
No.....(pasa a preg. 37).....	2	
No respondió.....	9	
No procede.....	0	

35. En algún(os) de este(los) accidente(s) que le haya(n) ocurrido, ¿resultó con lesiones, pero no acudió a un servicio de Urgencias?

SÍ.....	1	<input type="checkbox"/> No
No.....(pasa a preg. 37).....	2	
No respondió.....	9	
No procede.....	0	

36. ¿Por qué motivos no acudió a un servicio de Urgencias en ese o esos casos en que fue lesionado?

No estaba seriamente lesionado...	1	<input type="checkbox"/>
Acudió a un médico u otro tipo de servicio.....	1	<input type="checkbox"/>
Por miedo a hospitalizarse.....	1	<input type="checkbox"/>
Porque pensó que sería muy caro..	1	<input type="checkbox"/>
No respondió.....	9	
No procede.....	0	

17. De los siguientes lugares y personas que ofrecen ayuda para diferentes problemas, dígame a cuál(es) ha acudido.

A. ¿Ha estado alguna vez...?

B. (SÓLO para las respuestas afirmativas en la PARTE II A) Cuando usted se encontró en tal situación, ¿su manera de beber era parte del problema?

PARTE I	A		
	Alguna vez		
	SI	NO	
1. ¿En algún grupo de alcohólicos anónimos por su forma de beber?	1	2	<input type="checkbox"/>
2. ¿En algún otro programa de atención a problemas de alcoholismo? (IMSS, ISSSTE, CAAF, etc)	1	2	<input type="checkbox"/>
3. ¿En algún programa de atención privada para alcohólicos?	1	2	<input type="checkbox"/>

PARTE II	A		B		A	B
	Alguna vez		Relacionado con su forma de beber			
	SI	NO	SI	NO		
4. ¿Ha estado en algún programa sobre abuso de drogas?	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha consultado a un psicólogo, consejero matrimonial o terapeuta?	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha estado en una clínica u hospital psiquiátrico o en un programa de salud mental?	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha visto a alguna autoridad religiosa para obtener consejo o ayuda?	1	2	1	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aplicar a todos los sujetos sin excepción:

38. A. ¿Había estado en un servicio de urgencias en los últimos 12 meses sin contar esta ocasión?

Sí..... 1
 No.....(pasar a preg. 39)..... 2
 No responde..... 9

- B. ¿En cuántas ocasiones, antes que ésta? _____

- C. ¿Cuáles fueron los motivos por los que llegó al servicio de Urgencias? (Si es más de un motivo pregunte por la última ocasión)

30

Para concluir, quisiera saber algunos datos generales sobre usted

39. ¿Cuántos años cumplidos tiene? _____ años

40. ¿Cuánto pesa usted? _____ kilos

35

41. Estado civil: _____

Soltero..... 1
 Casado..... 2
 Unión libre..... 3
 Separado..... 4
 Divorciado..... 5
 Viudo..... 6
 No responde..... 9

42. ¿Hasta qué año estudió usted? _____

- No sabe leer ni escribir..... 1
- Nunca fue a la escuela, pero sabe leer y escribir.... 2
- Primaria incompleta (1 a 5 años cursados)..... 3
- Primaria completa (6 años cursados)..... 4
- Secundaria incompleta o equivalente (7 a 8 años cursados)..... 5
- Secundaria completa o equivalente (9 años cursados).. 6
- Preparatoria incompleta o equivalente (10 a 11 años cursados)..... 7
- Preparatoria completa o equivalente (12 años cursados) 8
- Estudios universitarios incompletos..... 9
- Estudios universitarios completos..... 10
- Estudios de posgrado..... 11
- No responde..... 99

43. A. ¿Dónde nació usted? _____

B. Ciudad en la que vive (lugar de residencia): _____

C. Sólo si vive en la Ciudad de México: ¿En qué delegación, barrio o colonia vive usted? _____

40

44. ¿Es usted derechohabiente de alguna institución de salud?

- SÍ (especifique) _____ 1
- No..... 2
- No responde..... 9

45. ¿A qué tipo de servicio médico acude con más frecuencia?

- Médico privado..... 1
- IMSS..... 2
- SSA..... 3
- ISSSTE..... 4
- SMDDF..... 5
- Otro (especifique)..... 6
- No responde..... 9

46. Situación laboral:

- Trabaja tiempo completo (pasar a preg. 48)..... 1
- Trabaja tiempo parcial (pasar a preg. 48)..... 2
- Desempleado, busca trabajo..... 3
- Desempleado, no busca trabajo.... 4
- Incapacitado por problemas físicos..... 5
- Retirado..... 6
- Ama de casa..... 7
- Estudiante..... 8
- Otra (especifique)..... 9
- No responde..... 99

45	

47. ¿Cuándo fue la última vez que trabajó en un empleo remunerado?

- Hace doce meses o menos..... 1
- Hace más de doce meses..... 2
- Nunca.....(pasa a preg. 50)..... 3
- No responde..... 9

--

48. A. ¿Para qué clase de negocio, industria o institución trabaja o trabajó usted?

--	--

B. Exactamente ¿qué hace o hacía así?, ¿cuál es o fue su principal actividad?

50	

49. ¿Cuántas personas contribuyen al ingreso familiar? _____

--	--

50. ¿A cuánto asciende, aprox. el ingreso familiar mensual?

\$ _____ mensuales

- Menos del salario mínimo..... 1
- Una vez el salario mínimo..... 2
- Dos veces el salario mínimo..... 3
- Tres a cuatro veces el salario mínimo..... 4
- Cinco o más veces el salario mínimo..... 5
- No responde..... 9

--

(NOTA: Salario mínimo \$ _____ mensuales vigentes)

- Hora de finalización: _____

- Tiempo total de la entrevista: _____

- Fecha de terminación de la entrevista: _____

- Firma del entrevistador: _____

OBSERVACIONES DEL ENTREVISTADOR

1. ¿Qué tan confiable considera las respuestas del entrevistado?

1. Absolutamente confiables 2. Algo dudosas
3. No confiables 0. No procede

SI HAY DUDAS: Indique sobre qué datos.

2. **COMENTARIOS:** Anotar todos aquellos datos que considere relevantes respecto al entrevistado y a la entrevista.

3. Nombre del entrevistador: _____

REPORTE DE MOTIVOS DE NO ENTREVISTA

Favor de completarlo cuando el sujeto seleccionado no fue localizado, rehusó responder la entrevista o hubo alguna otra causa que impidiera concluir la entrevista.

Fecha reporte	Nombre del sujeto
Sexo: 1. Masculino	2. Femenino

55

Ultimo contacto con el sujeto: Fecha: _____ Hora: _____

1. ¿Por qué no pudo realizar la entrevista?

1. El sujeto se rehusó o se lo impidieron
2. Suspendió en la pregunta # _____
3. No pudo localizar al sujeto
4. Otro, especifique: _____

2. ¿Quién se rehusó, no pudo o no quiso cooperar?

1. El entrevistado designado
2. Algún familiar o acompañante del entrevistado
3. Personal del hospital o del servicio de Urgencias, especifique _____
4. Otro, especifique _____

57

3. Describa qué ocurrió tan detalladamente como sea posible, por ejemplo: con quién habló usted, qué le dijo, etc. (Si el sujeto se rehusó a contestar la entrevista o si se lo impidieron). (Si necesita más espacio use otra hoja y engrápala al final)

4. ¿Cuál cree usted que fue la verdadera razón por la que no pudo concluir la entrevista?

5. Use este espacio para anotar otros datos adicionales sobre el sujeto que nos ayuden a entender qué clase de personas no fueron entrevistadas. (Trate de anotar grupo socioeconómico, posible escolaridad, cualquier información que pueda ofrecer, INDICANDO QUE COSAS CONOCE O SABE USTED y cuáles PIENSA QUE SON PROBABLEMENTE CIERTAS).