

11262

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍAS Y DOCTORADOS EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**



**FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE
CONSUMIDORES DE ALCOHOL
EN SERVICIOS FORMALES E INFORMALES DE SALUD**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS
PRESENTA:
MARIANA BELLÓ ZELAYA

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. LUIS R. SOLÍS ROJAS**

m346031



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

1941

AGRADECIMIENTOS

A María Elena Medina-Mora y Luis Solís, que desde mi ingreso en la maestría me han dado su voto de confianza y de cariño.

A los doctores Guilherme Borges, Juan Luis Durán y Gustavo Nigenda, por la minuciosa lectura de este trabajo, por sus reflexiones y su tiempo.

Al maestro y más que nada entrañable amigo, Esteban Puentes: por la serenidad, la reflexión siempre aguda y la invitación al pensamiento amplio.

A Martha Cordero, por su profundo sentido de la lealtad, su afecto incondicional y todos los códigos comunes. Gracias amiga.

A Carlos Rossini, por poner México ante mis ojos y mi corazón.

A los amigos tucumanos, todos y todas, porque en cada regreso me esperan con un mate, asado y vino, con familias cada vez más grandes y porque siempre siguen estando.

A Paula, mi hermana, por su inmensa generosidad, por la mesura y la fortaleza, aún desde antes de que yo tenga uso de razón.

A Marta y Luis, mis padres, porque por ellos sé que con valentía, creatividad y buen sentido del humor la vida se abre paso; por las formas tan curiosas de haberme expresado esto, por todo el amor del mundo.

A Marco, por toda la alegría que ha traído a mi vida, por la complicidad y tantos sueños compartidos. Gracias corazón.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: MARIANA BELLO
ZELAYA
FECHA: 27.5.2005
FIRMA: [Firma]

CONTENIDO

RESUMEN		3
INTRODUCCIÓN		4
PARTE I	MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES	
	El estudio de la utilización de servicios de salud. Conceptos y Modelo Explicativo	7
	El estudio de la utilización de servicios por consumo de alcohol. Modelo teórico y estudios realizados.	17
PARTE II	INVESTIGACIÓN	
	Planteamiento del problema	24
	Justificación del estudio	26
	Marco conceptual	27
	Objetivos e hipótesis	30
	Metodología	31
	Plan de análisis	40
	Resultados	41
	Discusión	57
	Principales limitaciones del estudio y recomendaciones para estudios posteriores	66
BIBLIOGRAFÍA		68

RESUMEN

Introducción: El consumo excesivo de alcohol está relacionado con una serie de consecuencias agudas y crónicas en la salud del individuo y en su contexto familiar y social. A pesar de que el consumo de alcohol y los problemas relacionados constituyen un importante problema de salud pública en México, se reporta una muy baja prevalencia de demanda de atención entre bebedores. Los estudios sobre el uso de servicios han mostrado que tanto los factores individuales y sociales, así como de los servicios de salud, interactúan para desencadenar una demanda de atención. **Objetivos:** El presente estudio evaluó los factores asociados a la demanda de servicios formales e informales de atención por parte de consumidores de alcohol en población general. Se analizó específicamente cuáles son las características de las personas, sus niveles de patrón de consumo y de dependencia, y los problemas sociales que se relacionan con la demanda de atención. **Material y Métodos:** La investigación tuvo un diseño de tipo observacional, transversal y analítico. Los resultados y conclusiones de este trabajo se derivan de una submuestra de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002, la cual tuvo un total de 5406 personas, entre 18 y 65 años de edad que reportaron haber bebido durante el año previo a la aplicación de la encuesta. A cada una de las personas que formaron parte de la muestra se les aplicó un cuestionario para indagar sobre características sociodemográficas, patrones de consumo, dependencia, problemas relacionados y utilización de servicios, entre otros. En primera instancia se realizó una descripción de la muestra en términos de las variables sociodemográficas y de las variables que describen el comportamiento de consumo y los problemas relacionados. Posteriormente se realizaron análisis bivariados simples para obtener las medidas de asociación crudas entre las variables estudiadas y la variable dependiente. Con base en criterios conceptuales y estadísticos, se evaluaron diversos modelos multivariados por medio de regresión logística. **Resultados:** Las variables que resultaron asociadas a la demanda de atención fueron el género, el tipo de comunidad, la escolaridad, el nivel de ingreso, el patrón de consumo, la dependencia y los problemas sociales investigados (problemas con la autoridad, arresto, pérdida del trabajo y discusiones con la pareja). Se obtuvieron dos modelos explicativos de la demanda: en el primero de ellos se incluyeron tres variables: género, dependencia y pérdida del trabajo. Posteriormente, se consideró la importancia de analizar los síntomas de dependencia de forma separada y se obtuvieron importantes hallazgos, ya que la variable género pierde el poder predictivo y, de los síntomas de dependencia, los que mostraron asociación fueron: uso por más tiempo o en mayor cantidad, deseo persistente y uso continuado a pesar de tener conciencia de problemas. Perder el trabajo se mantiene en el modelo con importante valor asociativo. **Conclusiones:** Los resultados de este estudio apoyan hallazgos previos relacionados con el hecho de que las consecuencias adversas en las vidas de las personas como resultado del consumo de alcohol, operan como importantes predictores de la búsqueda de atención. De igual forma se confirma nuestra hipótesis general de trabajo, ya que los que presentan dependencia y problemas relacionados, en el caso particular de la pérdida del trabajo, presentan mayor probabilidad de solicitar servicios. Los hallazgos fortalecen la propuesta de reforzar la oferta de servicios de atención en instancias del sector salud, poniendo énfasis en los primeros niveles de atención, así como en la adecuación de servicios para las mujeres.

INTRODUCCIÓN

El objetivo general de este trabajo es indagar cuáles son los factores que se asocian con la demanda de servicios de atención por parte de consumidores de alcohol. Los factores analizados corresponden a las personas que realizan la demanda; estos son: factores de tipo sociodemográficos y factores propios de la condición de consumo de alcohol y sus problemas relacionados.

El consumo de alcohol puede ser abordado desde diferentes aristas, ya sea como un factor de integración social, para disfrute personal, o como un símbolo de la transmisión generacional y cultural; como un asunto de interés político y económico o, como corresponde en nuestro caso, como un problema de salud pública.

Desde la perspectiva de la salud pública, el consumo excesivo de alcohol cobra relevancia al estar relacionado con una serie de consecuencias agudas y crónicas en la salud del individuo y en la sociedad.

A través de los años se ha documentado acerca de los efectos tóxicos del alcohol en el organismo de las personas y su papel en el desarrollo de una variedad de problemas médicos, incluyendo enfermedades cardiovasculares, cirrosis, síndrome de dependencia y anomalías en el crecimiento fetal.

El consumo excesivo de alcohol contribuye también en problemas de índole social, lesiones, accidentes automovilísticos y violencia; afecta la productividad y asistencia laboral, la interacción familiar, el desempeño escolar e, incluso, de forma directa o indirecta, puede llevar a la muerte. (NIAAA, 2000)

En México, el abuso en el consumo de alcohol representa uno de los problemas de salud pública más importantes por sus elevados costos en los planos individual, familiar, social y para el sistema de salud. A pesar de esto, son pocos los alcohólicos que realizan una demanda de atención, los estudios en población general indican que sólo uno de cada tres personas que presentan dependencia al alcohol, solicitan ayuda para atender sus problemas (Medina-Mora y cols., 2002a).

Con base en estos antecedentes se ha considerado la importancia de realizar una investigación para conocer bajo qué condiciones los consumidores de alcohol realizan una demanda de atención, ya sea en alguna de las instancias del sistema formal de atención o, en instancias informales.

El interés de tomar en consideración estas últimas fuentes de atención radica, como lo veremos en apartados subsiguientes de este trabajo, en la forma particular de organización de la oferta de servicios para la atención de esta problemática en México.

Desde una perspectiva general, este estudio se ubica dentro del área de la investigación en salud pública, dentro de la cual Frenk (1993), en su definición de la nueva salud pública ubica dos principales objetos de análisis: el estudio epidemiológico de las condiciones de salud de las poblaciones, por un lado y, por el otro, el estudio de la respuesta social organizada a estas condiciones de salud, a través de los sistemas de salud.

Desde una perspectiva más acotada, nos ubicamos en el área de investigación de la salud mental ya que la condición de salud que se analiza es el consumo de alcohol y los problemas relacionados.

En la primera parte de este trabajo se presentan algunas precisiones conceptuales para delimitar nuestro objeto de estudio, así como el modelo teórico que nos servirá de marco para la comprensión de la utilización de los servicios de salud. Posteriormente se

presenta un modelo teórico desarrollado específicamente para explicar la utilización de servicios en consumidores de alcohol y los principales hallazgos de los estudios realizados en esta materia. En el apartado denominado Marco Conceptual se encuentra el conjunto de variables y relaciones entre ellas, que serán objeto de investigación en este trabajo.

En la segunda parte del trabajo se presentan los aspectos metodológicos empleados para la realización del estudio, el instrumento y la definición de variables utilizadas. Posteriormente se presentan los resultados obtenidos y se discuten los principales hallazgos y sus implicaciones en la planeación de servicios. Finalmente, se plantean las limitaciones del estudio y recomendaciones para estudios posteriores.

PARTE I: MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

EL ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CONCEPTOS Y MODELO EXPLICATIVO

PRECISIONES CONCEPTUALES Y DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El objetivo de este estudio es analizar los factores relacionados con la demanda de atención en servicios formales e informales por parte de consumidores de alcohol.

El proceso de búsqueda de atención en los servicios de salud es un proceso complejo en el cual intervienen una serie de factores relacionados con los individuos solicitantes y con los servicios de salud. A su vez, la selección de los factores que se estudian depende de la sección del proceso en el cual se centre la investigación. Sobre esta delimitación del problema de estudio nos centraremos inicialmente.

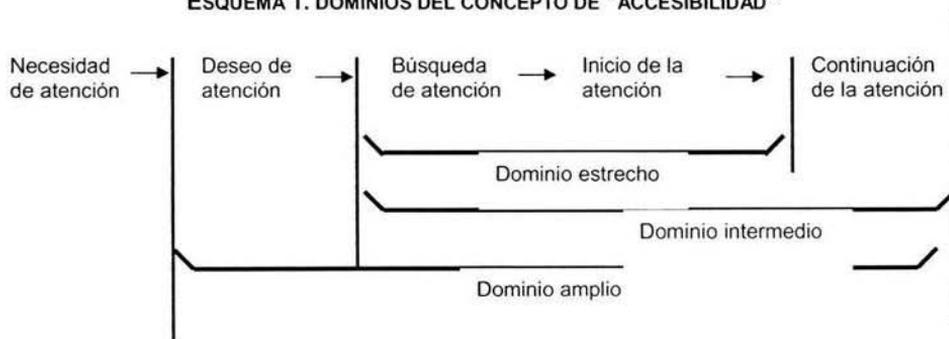
En primer lugar, resulta de gran importancia discriminar teóricamente lo que entendemos por un estudio de los factores asociados a la utilización de servicios, a diferencia de lo que constituye un estudio de accesibilidad.

Mientras que los estudios de accesibilidad se enfocan en un dominio estrecho del proceso de atención médica, el estudio de los factores asociados implica un espectro más amplio de factores y relaciones entre ellos.

Concretamente, la accesibilidad se define como el "ajuste" entre las características de la población (poder de utilización) y las de los recursos de atención a la salud (resistencias). (Donabedian, citado por Frenk, 1985)

Como se observa en el esquema que se presenta a continuación el dominio amplio inicia con las necesidades de salud y continúa con el deseo de búsqueda. En este trabajo, la definición de las necesidades de salud que se relacionan con la demanda de atención ocupa el lugar principal, por esta razón, el presente, es un estudio de análisis de los factores asociados a la utilización (demanda) de los servicios disponibles por consumidores de alcohol. (Ver Esquema 1)

ESQUEMA 1. DOMINIOS DEL CONCEPTO DE "ACCESIBILIDAD"



Frenk, 1985

Otras precisiones conceptuales deben realizarse para la delimitación del objeto de estudio de este trabajo. Estas precisiones son las que giran en torno a los conceptos de "búsqueda", "utilización" y "demanda" de atención.

La definición de estos términos se realiza en función de los objetivos que se persigan en el estudio a realizar y cada uno de ellos se enmarca en modelos teóricos explicativos de las categorías de análisis de interés.

Los estudios sobre el uso que hacen las personas de los servicios de salud responden a distintos interrogantes y objetivos, desde los modelos orientados para la investigación en salud pública y desarrollo de políticas públicas, centrados en la definición de las necesidades de salud y su relación con el uso de servicios de salud; hasta aquellos que intentan entender cuáles son los procesos conductuales y sus determinantes sociales que llevan a una persona a percibir su estado de enfermedad y, por consiguiente a la búsqueda y la utilización de servicios de salud.

Para los fines de estudio, entendemos el concepto "búsqueda" como un proceso, el cual involucra toda una serie de aspectos físicos, cognitivos y emocionales –dentro de un contexto social- que llevan a una persona a adoptar el comportamiento propio del enfermo (Suchman, 1965) y finalmente orientan a los individuos en lo que se ha llamado los caminos de la búsqueda de la atención. Dentro de este modelo teórico, los caminos se definen como todos los procesos internos y de contacto con el mundo externo que llevan a una persona a asumir la presencia de la enfermedad y finalmente a la búsqueda de las opciones de alivio.

Entre otros factores, la percepción de susceptibilidad y gravedad así como de los beneficios y obstáculos de la búsqueda, y las señales detonantes que precipitan la acción, permiten la comprensión de la compleja trama de factores intervinientes. (Ronsenstock, 1966) Finalmente, para completar la explicación del proceso de búsqueda, dentro de este marco de referencia, están las redes de contacto, que pueden operar como puentes entre las personas y los servicios de atención a la salud. En estas redes, los contactos con otorgantes de los sistemas informales cobran importancia fundamental. Estos contactos informales suelen ser los miembros de la familia, los amigos o personas destacadas en la comunidad de referencia (Salgado y cols. 2003), los cuales pueden funcionar como puentes efectivos u obstaculizantes hacia los servicios.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud, ésta puede caracterizarse en términos de tipo, lugar, motivo e intervalo de tiempo comprendido. No obstante estas categorías de clasificación se analizarán más adelante, nos interesa hacer una precisión con respecto al intervalo de tiempo. Éste último puede expresarse en términos de contacto, volumen o continuidad. Contacto implica el ingreso de una persona al sistema de atención dentro de un periodo determinado, lo cual no significa que haya una continuidad en el uso de servicios. Para el diseño y reajuste de los servicios, los indicadores están orientados hacia medir este factor de continuidad, ya sea a través de las medidas de extensión e intensidad del uso (Pabón Lasso, 1985)

En este estudio, la información disponible no nos permite estimar el factor de continuidad, por lo tanto sólo podremos analizar los contactos de las personas que bebieron en el último año, con algún servicio de atención, razón por la cual vemos más apropiado el uso del término demanda que el de utilización.

Además, nuestro estudio, como ya se ha planteado, pretende analizar los factores relacionados con la demanda de consumidores de alcohol en servicios formales e informales y por lo tanto estará centrado en la definición de las necesidades de salud, así como otras características de los bebedores y su relación con el uso de servicios de salud.

Es necesario destacar, no obstante estas precisiones, y por la ambigüedad en el uso de los conceptos en la literatura, en el marco de este estudio los conceptos de demanda de atención y utilización de servicios de salud serán tratados indistintamente.

No obstante estas precisiones, debe aclararse que, aunque con diferentes propósitos, los modelos teóricos explicativos son complementarios ya que todos ellos responden a la necesidad de comprender la utilización de servicios por parte de las personas con necesidades de atención.

Finalmente, una última precisión corresponde a lo que en el marco de este estudio denominaremos servicios formales e informales de atención. Dentro de los llamados servicios formales consideramos los servicios profesionales de atención médica, psicológica y de trabajo social. En este trabajo se incluyen las siguientes modalidades de servicios de atención profesional: hospital general o centro comunitario, hospital o servicio psiquiátrico, y grupo de atención médica o médico privado.

Por otra parte, los servicios alternativos de salud (aquí denominados servicios informales de atención) son todos aquellos que incorporan modalidades y prácticas que no pertenecen al sistema dominante de atención a la salud, ejercidos por personal especializado y que cuentan con su propia estructura filosófica, teórica y práctica. Incluyen a la homeopatía, curación a través de energía, la medicina tradicional y los grupos de ayuda mutua, entre otros. (Sugarman y Buró, citado por Berenson y Medina-Mora, 2002) Dentro de los servicios informales se incluye a los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), sacerdotes y curanderos. Por razones que se analizarán en los apartados finales de este estudio, AA merece especial atención en el esquema de organización de la oferta. Su modalidad es la de ayuda mutua y, en materia de atención a consumidores de alcohol en México, se los considera coadyuvantes de los sectores profesionales dentro del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, vale la pena destacar una práctica muy usada entre los alcohólicos, las cuales son las intervenciones basadas en la fe, que involucran la acción de las creencias religiosas como principal componente para la consecución y mantenimiento de la abstinencia. Las "juras" ante la Virgen de Guadalupe y otros santos, ante quienes se hace el compromiso de abstinencia por un tiempo determinado, en pacientes específicos, los "juramentos" logran tener un poderoso efecto y por lo tanto, es una intervención frecuentemente exitosa. (Zabicky y Solís, 2000)

De aquí en adelante profundizaremos en el concepto de demanda de atención así como el modelo teórico que nos servirá de marco de análisis de las variables en nuestro estudio.

LA DEMANDA DE ATENCIÓN Y CONCEPTOS RELACIONADOS

Definir la demanda de atención no es posible sin tomar en cuenta la noción de un proceso dinámico entre distintos componentes.

Donabedian, 1988, propone el "Modelo de Atención Médica", para explicar el conjunto de circunstancias -y sus actores-, que ocurren desde el momento en que las personas presentan una necesidad de salud, hasta que la misma es aliviada, neutralizada, intensificada o bien, se genera una nueva necesidad.

En este modelo, la demanda de atención es un segmento intermedio del proceso que se compone de dos partes: la de los usuarios potenciales por un lado, y la de los servicios de salud, por el otro. Un tercer elemento es la integración de ambos.

La relación dinámica entre estos componentes se produce en un contexto social, histórico y cultural que moldea las formas de interacción. (Donabedian, 1987)

En lo que respecta a los usuarios potenciales de los servicios, el modelo define que el inicio de cualquier proceso de atención médica se manifiesta ante la presencia de una necesidad de salud. Definida ésta última como la alteración del estado de salud o bienestar de las personas que, por lo tanto, requieren atención en los servicios de salud. (Donabedian, 1988) El individuo, la comunidad o ambos, no pueden satisfacer por sí mismos la situación para obtener un nivel de salud superior.

En este proceso interviene una interacción compleja entre factores afectivos, cognoscitivos, volitivos, por un lado, y factores sociales, económicos, ecológicos y culturales, por el otro. (Donabedian, 1987) De este marco de referencia depende la definición de las necesidades de salud que requieren ser atendidas. (Donabedian, 1988, Frenk, 1993, Pineault, 1995) Además, en muchos casos, el proceso de contacto con un profesional no es directo, sino que pueden intervenir otros actores (redes informales de atención) que facilitan u obstaculizan la búsqueda. (Donabedian, 1988)

Esta compleja interacción de factores lleva a que la presencia de una necesidad de salud no desemboque de forma automática en una demanda de atención, ya que para que la presencia de la necesidad desencadene el proceso, en primer lugar, debe ser percibida por el paciente, un profesional, o ambos. (Frenk, 1993)

Con respecto a esto último, al interior de toda sociedad existen concepciones diferentes acerca de las condiciones de salud y enfermedad, en este sentido, no es posible lograr niveles absolutos de congruencia entre los distintos grupos que la integran. En el proceso de atención médica las características de las personas enfermas y de los servicios interactúan para llevar a diferentes tipos de desenlaces.

Una vez que la necesidad es percibida por el individuo, el profesional de la salud o ambos, se desencadena un proceso de adopción de decisiones que puede, o no, tener como desenlace una demanda de atención.

En realidad, sólo una parte de las personas que necesitan los servicios efectivamente los usan, en este escenario pueden estar interviniendo factores individuales o sociales, pero también, por diversas razones, los servicios pueden no responder a todas las necesidades de salud de una población. (Donabedian, 1988, Pabón Lasso, 1985, Pineault, 1995).

En cualquiera de los escenarios planteados, identificar las necesidades de salud de una población, es útil para la planeación de las respuestas a través del sistema de atención a la salud.

En lo que respecta a los servicios de salud, éstos se incluyen dentro de una estructura más abarcativa de la cual son un componente sustantivo: los sistemas de salud. Ayudar a la población a preservar su salud, evitar la enfermedad y sanar a los enfermos, son los objetivos últimos de un sistema de salud.

El sistema de salud comprende una estructura y una serie de relaciones entre sus componentes y actores que determinan a su vez un conjunto complejo y multidimensional de funciones y actividades, y por lo tanto, sirve a múltiples propósitos que desembocan en la interacción entre prestadores de servicio y los miembros de una población. No obstante, es ante todo, un medio para mejorar la salud de la población. (Frenk, 1993)

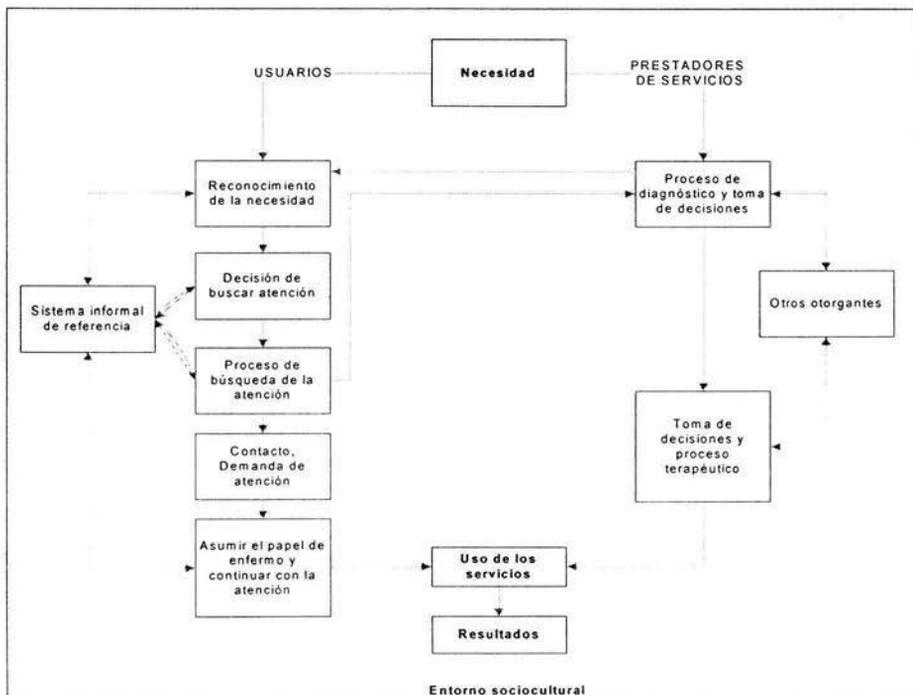
El sistema de salud es el vehículo de la respuesta social organizada a las condiciones de salud de una población. (Frenk, 1993)

Si bien en este trabajo no se abordará en profundidad las características del sistema de salud ni de los servicios de salud, solo mencionaremos que para que una demanda de atención pueda concretarse, éstos últimos deben, en primer lugar, estar disponibles. La disponibilidad define los recursos existentes en función de la población a servir, los recursos comprenden los humanos, físicos y financieros.

En segundo lugar, los servicios debe estar accesibles. La accesibilidad (como se ha mencionado anteriormente) se define a través de las barreras u obstáculos que pueden impedir o dificultar el uso de los servicios. Estas barreras pueden ser económicas, organizativas, geográficas y culturales. Ambos factores, la disponibilidad y la accesibilidad, configuran la oferta de servicios. (Pabón Lasso, 1985)

Las interrelaciones expuestas y sus principales actores se presentan en el esquema a continuación.

ESQUEMA 2: PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA



Adaptado de Donabedian, 1988

EL MODELO CONDUCTUAL DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

El interés por el estudio sistemático de la utilización de los servicios de salud, toma un valor destacado en la década de los años 60, a raíz de intentar dar respuesta a planteos tales como: (1) el derecho de las personas de recibir atención por sus problemas

de salud, independientemente de su capacidad de pago, (2) las carencias en cuanto a la atención de la salud de los grupos más vulnerables, (3) la alta expectativa con respecto a que la atención médica puede contribuir a mejorar la salud de la población y (4) la baja disponibilidad de servicios.

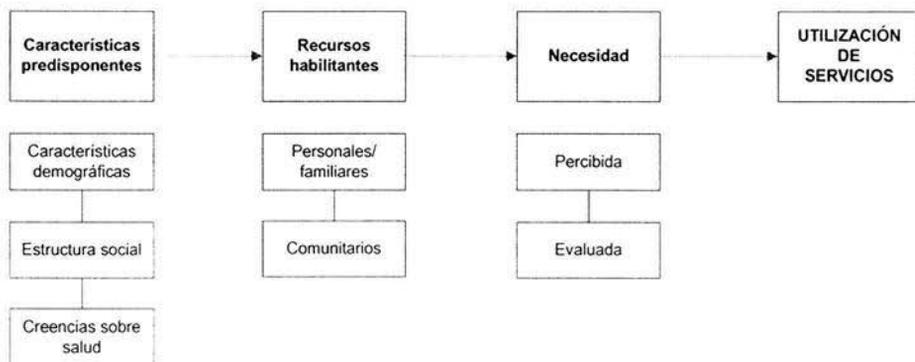
En pocas palabras, el estudio de la utilización de los servicios de salud se desarrolla para obtener información útil en el desarrollo de políticas de salud que garantizaran el acceso equitativo. (Andersen y Newman, 1973)

El modelo que utilizaremos como marco teórico para explicar el uso de servicios de salud es el modelo conductual desarrollado por Ronald Andersen y colaboradores, el cual, desde su creación a finales de la década de los 60 ha ido evolucionando en etapas a través de la inclusión de nuevas variables y relaciones entre ellas.

Para explicar la utilización de los servicios de salud, Andersen y colaboradores destacan la participación de determinantes individuales -entre los cuales, las necesidades de salud son de principal importancia- y determinantes sociales. (Andersen, 1995)

En su primera etapa el modelo sugiere que el uso de los servicios de salud está en función de: (1) la predisposición de las personas al uso de los mismos, (2) factores que capacitan o impiden el uso, factores habilitantes, y (3) de la necesidad de atención. (Ver Esquema 3)

ESQUEMA 3. FACTORES DETERMINANTES DE LA UTILIZACIÓN (PRIMERA FASE)



Andersen y Newman , 1973

En cuanto a los *factores predisponentes*, el modelo plantea que algunos individuos tienen una propensión mayor que otros para utilizar los servicios y esta propensión está definida por características individuales que preexisten a la enfermedad. Las personas con alguna de estas características tienen mayor probabilidad de usar los servicios aunque estas características no sean directamente responsables del uso.

Las características predisponentes se componen de (1) factores demográficos, (2) factores que tienen que ver con la estructura social y (3) actitudes y creencias sobre la atención médica, sobre los profesionales de la salud y sobre la enfermedad.

Entre los factores predisponentes, las características demográficas, como la edad o el género, representan cuestiones de tipo biológico que implican una probabilidad de

que las personas necesiten de un servicio. Las enfermedades pasadas también se incluyen en esta categoría ya que hay evidencia de que las personas que han experimentado problemas de salud en el pasado tienen mayor probabilidad de realizar demandas de atención en el futuro.

Por otra parte, la estructura social refleja el estatus de una persona en la sociedad, por ejemplo la capacidad de hacer frente con los problemas que se presentan y de qué manera el medio ambiente físico puede ser saludable o no serlo. Las medidas tradicionales para evaluar la estructura social son educación, ocupación, grupo étnico, etc. Las creencias sobre la salud, por su parte, son las actitudes, los valores y los conocimientos de las personas acerca de la salud y de los servicios que influyen su percepción sobre las necesidades de salud y, consecuentemente, sobre el uso de los servicios. Como otras variables predisponentes, no tienen una relación directa con el uso de los servicios pero condicionan el uso.

Por su parte, los *factores capacitantes o habilitantes* hacen que los recursos de salud sean alcanzables para los individuos. Estos factores se miden a través de los recursos familiares como son el nivel de ingreso y la seguridad social.

Aparte de los atributos de la familia, ciertas características de la comunidad en la que vive la familia también afecta el uso de los servicios. Una de estas características es la cantidad de servicios y recursos que existen en la comunidad. También se consideran en esta categoría los tiempos de viaje y de espera, entre otros.

Tanto los recursos personales como los comunitarios deben estar presentes para que el uso tenga lugar. En primer lugar, el personal de salud y las instalaciones deben estar disponibles; además, la gente debe contar con los medios y la información para llegar a los servicios y hacer uso de ellos.

Finalmente, la *necesidad o enfermedad* ha sido considerada el componente de mayor peso en el modelo, inclusive, a expensas de las creencias en salud, de los valores y de la estructura social. (Andersen y Newman 1973)

Como se observa en el esquema, la importancia de esta variable está representada por su cercanía con el uso de servicios. El mayor peso se adjudica al componente evaluado de la necesidad. Con respecto a esto, en estudios posteriores se ha argumentado que no habría uso de servicios si no interviene, además del imperativo biológico de la necesidad "necesidad evaluada", una percepción acerca de la misma con respecto al nivel de gravedad que ésta representa en la vida de las personas. Además, la percepción está profundamente relacionada con las creencias sobre la salud que desarrollan las personas en un contexto social y cultural.

La segunda fase del modelo fue desarrollada en los años 70 por Aday, Andersen, y Newman, entre otros colaboradores. La novedad de esta fase, fue la incorporación del sistema de salud como variable dentro del modelo dada la importancia de la política nacional de salud, así como de los recursos y la organización del sistema de salud para predecir el uso de servicios, así como de los cambios de los patrones de uso a lo largo del tiempo.

Esta segunda fase incluye medidas de uso de servicios como aquellas que representan el tipo, el sitio, el propósito y la coordinación de servicios recibidos para la atención de un episodio de enfermedad. También se incluyó la medición de la satisfacción de los usuarios.

Tomando como base estas variables del modelo, se intenta analizar los determinantes de la demanda de atención y la utilización de servicios, en lo que los

autores denominan "acceso a la atención médica". El concepto de acceso es amplio, en él intervienen tanto las características de los servicios y recursos, así como "la voluntad" del consumidor potencial de recibir atención. Ésta depende de su actitud y conocimiento sobre la atención de salud, por un lado, así como de las definiciones sociales y culturales que el individuo tiene de la enfermedad, por otro.

En esta segunda fase del modelo, los determinantes de la demanda incluyen desde la política de salud pasando por las características del sistema y de la población en riesgo para llegar a los resultados, los cuales se manifiestan en la efectiva utilización de los servicios de salud y en qué medida éstos satisfacen las necesidades de los usuarios. (Aday y Andersen, 1974)

Este modelo teórico se compone de las siguientes variables:

(i) *Política de salud.* Las políticas en salud son el punto de partida para el estudio del concepto de acceso. En la definición de las políticas de salud se determinan los mecanismos para mejorar el acceso a los servicios.

(ii) *Características del sistema de prestación.* Se refiere a la forma de organización del sistema para la atención de los consumidores. El sistema de prestación comprende dos elementos principales: la organización y los recursos.

Los recursos de un sistema los conforman la fuerza de trabajo y los recursos financieros. La organización describe qué hace el sistema con estos recursos. Se refiere a la manera en que el personal médico y los recursos son controlados y coordinados en el proceso de provisión de servicios médicos.

Ambas características, recursos y organización, tienen sub-componentes.

El componente de los recursos incluye tanto el volumen total de los mismos, como la forma en que éstos son distribuidos geográficamente en un país.

Los componentes de la organización son el ingreso y la estructura. El ingreso se refiere a los medios a través de los cuales los pacientes logran entrar al sistema de atención a la salud y continúan el proceso de tratamiento. También especifica los requerimientos que deben ser reunidos así como las barreras que se interponen al ingreso.

La estructura, tiene que ver con la característica del sistema que determina qué ocurre cuando un paciente ingresa al sistema: tipo de profesionales que laboran en el sistema, mecanismos de admisión y de referencia, así como el seguimiento después de la hospitalización. Éste es el componente con mayores dificultades para definir, así como para establecer la relación con los patrones de utilización.

(iii) *Características de la población en situación de riesgo.* Éstas incluyen la predisposición, la capacidad y la necesidad, como fueron conceptualizadas en la primera fase.

(iv) *Utilización de los servicios de salud.* Este concepto constituye la concreción del efecto que tienen las características de la población en situación de riesgo y las características del sistema de prestación.

La utilización de los servicios de salud puede caracterizarse en términos de tipo, lugar, motivo e intervalo de tiempo comprendido. El tipo de utilización se refiere a la clase de servicios recibida y el agente de salud que los provee.

El lugar puede ser el consultorio médico, el servicio ambulatorio, de un hospital, la sala de urgencias, etc. El motivo de la consulta se refiere a si la misma responde a una necesidad de prevención, tratamiento o de atención en un ámbito no médico. Finalmente, el intervalo de tiempo para una visita puede expresarse en términos de contacto, volumen o continuidad. Contacto significa si una persona ingresó al sistema de atención dentro de un

periodo determinado, a los responsables de las políticas de salud les interesa quienes ingresaron al sistema, pero más específicamente, quienes no lo hicieron. Volumen se refiere al número de contactos y visitas de seguimiento dentro de un periodo determinado. Esta medida implica, además del contacto, la frecuencia de utilización. Continuidad se refiere al grado de conexión y coordinación entre los servicios médicos asociados con una experiencia o episodio de enfermedad en particular. Si el proceso de atención es fragmentado o mal organizado se puede considerar que las personas no tienen un acceso adecuado al sistema.

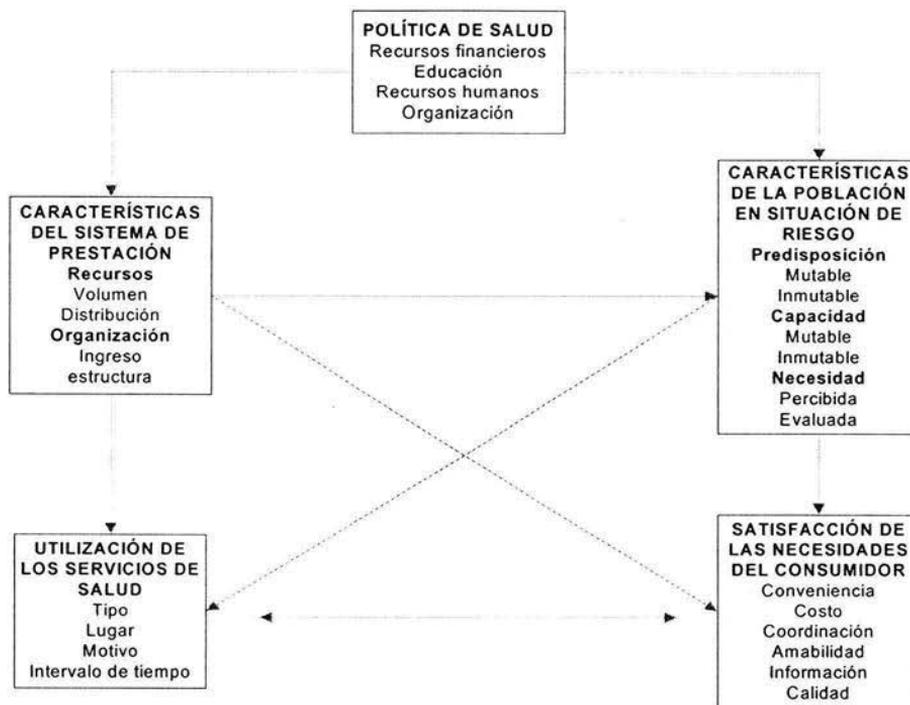
(v) *Satisfacción de las necesidades del consumidor.* El grado de satisfacción se puede medir a través de la actitud hacia el sistema de atención médica que tienen los individuos que han realizado un contacto con el mismo. (Aday y Andersen, 1974, Andersen y Newman, 1973)

Aday y Andersen, 1974, han propuesto un conjunto de relaciones entre los componentes del modelo. Éstas parten de afirmar que las políticas de salud deben tender a modificar las características del sistema de prestación, obviamente, en dirección de una mejoría; y a su vez, tienden a cambiar las características de la población en situación de riesgo, ya sea de forma directa o bajo la mediación de los sistemas de prestación. Algunas de las características de la población son susceptibles de ser modificadas por las políticas de salud.

El sistema de prestación, puede a su vez, afectar directamente los modelos de utilización y la satisfacción de los consumidores con el sistema. El sistema también puede modificar las características de la población, y de esta manera afecta indirectamente la utilización de los servicios y la satisfacción del consumidor.

Las características de la población afectan la utilización y la satisfacción. Finalmente, una doble flecha relaciona la utilización con la satisfacción de los usuarios, esto implica que la utilización de los servicios puede afectar la satisfacción que un paciente experimenta con el sistema y, a su vez, la satisfacción o descontento que éste experimenta, afecta su utilización ulterior de los servicios. (Aday y Andersen, 1974) (Ver Esquema 4)

ESQUEMA 4. MARCO TEÓRICO PARA EL ESTUDIO DEL ACCESO (SEGUNDA FASE)



Aday y Andersen, 1974

La tercera y cuarta fases del modelo son desarrolladas en la década de los años 80 y 90, y aunque el modelo continúa siendo, principalmente, un modelo de uso de servicios, el foco de atención se amplía para la comprensión de los resultados en la situación de salud de las poblaciones, donde la utilización de los servicios, representa un medio para alcanzar mejores niveles de salud. Para ello se reconoce la influencia de factores como el medio ambiente externo (que incluye factores físicos, políticos y económicos). También intervienen las prácticas de salud personales, como es la dieta alimenticia, el ejercicio y el auto-cuidado en su interacción con el uso de servicios, ya que tienen una importante influencia sobre los resultados de salud.

Esta última fase del modelo requiere un desafío conceptual y metodológico que aún no ha sido desarrollado. (Andersen, 1995)

EL ESTUDIO DE LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS POR CONSUMO DE ALCOHOL. MODELO TEÓRICO Y ESTUDIOS REALIZADOS

En el campo del consumo de sustancias, los estudios sobre utilización de servicios habían recibido poco interés hasta que en la década de los 80, en el área específica de consumo de alcohol, algunos investigadores comenzaron a estudiar el proceso de búsqueda de ayuda, especialmente, por parte de mujeres. (Beckman y Kocel, 1982, Hingson y cols. 1982, Thom, 1984, 1986) Estos estudios han utilizado tanto poblaciones clínicas como población general, algunos, inclusive, han comparado ambos tipos.

En todos los casos, el interés por la investigación de este vasto tema de análisis radica en la evidencia generalizada de que, más allá de las prevalencias de consumo y los graves problemas relacionados, la demanda de atención es muy reducida, hecho que ha sido reportado consistentemente en la literatura.

En los estudios realizados en esta materia se reporta que sólo una pequeña proporción de personas que presentan problemas relacionados con el consumo, solicitan algún tipo de ayuda.

En Estados Unidos en una encuesta llevada a cabo en población general, en el año 1984, sólo 3.4% de la muestra reportó haber asistido a algún tipo de tratamiento por problemas relacionados con el consumo, alguna vez en su vida. Un porcentaje menor solicitó ayuda en el último año (1.3%). (Room, 1989) Datos arrojados en una encuesta posterior, en el año 1990, reportan que sólo 5% de los bebedores de 18 o más años, solicitó ayuda por problemas relacionados. En esta serie de encuestas, las cifras para el año 1979 son aún menores, ya que el porcentaje de personas que solicitan algún tipo de ayuda a lo largo de su vida fue de 2%. (Weisner y cols. 1995)

En el año 1997, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre abuso de drogas en EEUU, sólo 3% de personas que reportaron problemas por el uso de alcohol habían recibido algún tipo de servicios en el último año. (Wu y cols. 2003) En este estudio, inclusive, se reporta que aún cuando la prevalencia de problemas por consumo de alcohol es mucho mayor que los problemas por el uso de otras drogas, las personas con problemas derivados del consumo de alcohol tienen una menor probabilidad de asistir a algún tipo de servicios de atención. Esto puede explicarse a través de la aceptación social con respecto al uso de alcohol, la cual obstaculiza la percepción del consumo como un problema de salud.

Otra encuesta nacional llevada a cabo en Canadá, en 1989, mostró que un 3.6% de los bebedores adultos reportaron haber solicitado atención por problemas relacionados. Esta misma encuesta reportó que un 9% de aquellos que han reportado efectos negativos en al menos, un área de la vida, han realizado una solicitud de atención. (Ogborne y DeWit, 1999) Otro estudio llevado a cabo en Ontario en 1980 mostró una cifra aún inferior a 1%. (Smart y cols. 1980)

Los estudios realizados en México muestran esta misma tendencia. En la Encuesta Nacional de Adicciones llevada a cabo en 1998 se reportó que uno de cada tres dependientes, había solicitado algún tipo de ayuda. (Medina-Mora y cols., 2002a)

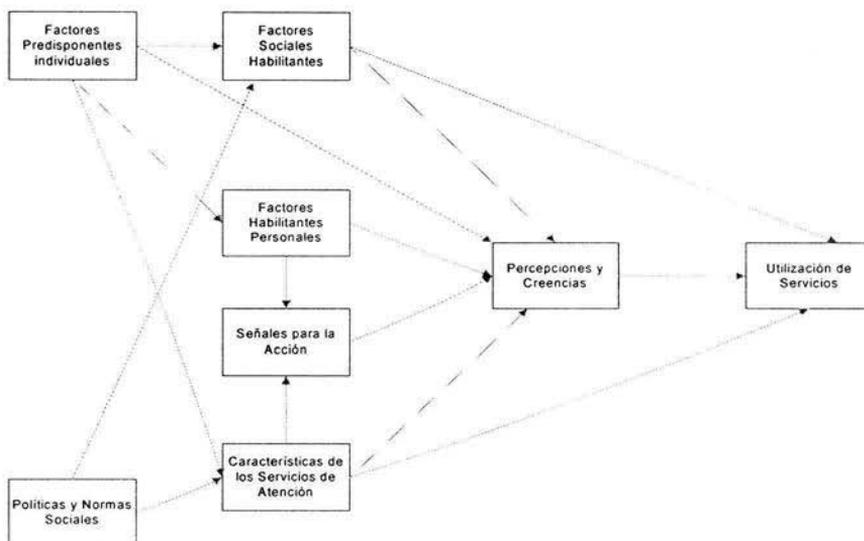
Una vez presentada esta evidencia general nos adentraremos en el tema específico de interés de este estudio: las variables que se han analizado, desde diferentes modelos teóricos, para comprender los determinantes de la búsqueda de atención.

Los estudios sobre demanda de servicios por el de consumo de alcohol, se han llevado a cabo, principalmente, bajo dos enfoques o marcos teóricos. Por un lado,

aquellos cuyo principal objetivo fue establecer los determinantes individuales y sociales de la utilización de servicios, basados en el modelo desarrollado por Andersen y cols., el "Modelo conductual", (Aday y Andersen, 1974, Andersen y Newman, 1973); y por otro lado, aquellos estudios centrados en el proceso cognitivo que lleva a una persona a buscar ayuda, el "Modelo basado en las creencias sobre la salud". Este ultimo es el caso de los estudios que se han llevado a cabo partiendo del modelo desarrollado por Rosenstock en 1966.

Un modelo que complementa a ambos tipos es el desarrollado por Linda Beckman y Katherine Kocel en 1982 con el objetivo de examinar las barreras para el uso de servicios de tratamiento por problemas relacionados con el consumo de alcohol que tenían las mujeres. (Ver Esquema 5)

ESQUEMA 5. MODELO DE UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR CONSUMO DE ALCOHOL



Beckman y kocel, 1982

Como se observa en el esquema, el modelo desarrollado por estas autoras es muy completo ya que además de los factores individuales predisponentes (género, edad, escolaridad, etc.), se incluyen también factores relacionados con autoestima, depresión, historia de consumo y tratamiento, así como factores habilitantes de índole social como son el ingreso, el aseguramiento y la disponibilidad de servicios en la comunidad. También se hallan incluidas las características estructurales de los servicios de tratamiento y, finalmente, los factores de mayor peso en el modelo, son las percepciones y creencias sobre el consumo, los tratamientos y la salud en general. Todos estos factores conforman la compleja red de determinantes de la utilización.

A partir de la revisión de los estudios sobre la demanda de atención y el uso de los servicios por parte de consumidores de alcohol, se hallan diversos conglomerados de

variables investigados conforme a los distintos objetivos planteados en estos estudios. Éstos responden a las diferentes necesidades de estudio y han utilizado uno y otro modelo para explicar la utilización.

A continuación expondremos el amplio conjunto de variables que en la literatura se han investigado para entender el fenómeno de la demanda de atención en el caso del consumo de alcohol. De esta exposición amplia, retomaremos algunos de los factores explorados, mismos que serán objeto de este estudio.

Sea cual fuere el marco teórico en el cual se basaron los estudios realizados en este campo, así como sus objetivos y particularidades, se pueden aislar tres grandes grupos de planteamientos en cuanto a variables relacionadas con la demanda. En primer lugar, la demanda de atención está en función de la severidad o gravedad del problema de consumo; en segundo lugar, la demanda de atención está bajo la influencia de factores individuales y sociales y, en tercer lugar; la disponibilidad y características de los servicios de atención son, en parte, responsables del uso de los mismos por parte de los individuos. Cabe aclarar que estos planteamientos están relacionados entre sí. (Hartnoll, 1992)

SEVERIDAD DEL PROBLEMA DE CONSUMO Y SU RELACIÓN CON LA DEMANDA DE ATENCIÓN

Cuando se analizan los factores asociados con la demanda de atención de consumidores de alcohol, hay que considerar algunas particularidades que forman parte de la problemática del consumo.

Por un lado, en el análisis debe considerarse la modalidad del consumo de las personas (frecuencia e intensidad), pero, en el caso específico del consumo de alcohol, éste en sí mismo no implica un problema de salud o, una necesidad como se definió en el marco teórico que usamos de referencia. Lo que se observa en el caso particular de este fenómeno es que, ante ciertos niveles de consumo, pueden manifestarse problemas relacionados, que pueden, a su vez, afectar a la salud (física y mental), o bien, a las relaciones interpersonales (familiares y sociales) y laborales del individuo. Es por esto que cuando hablamos del consumo de alcohol como un problema de salud, el mismo va indisolublemente asociado a los problemas relacionados que éste puede acarrear y que pueden presentar distintos niveles de gravedad.

Por lo tanto, y éstos constituyen componentes de estudio, el consumo, generalmente excesivo de alcohol y los problemas relacionados con el mismo, es lo que llamaremos, problema de salud, enfermedad o necesidad.

Sin embargo, cuando se estudia los factores asociados con la demanda de atención, a la presencia de estos aspectos (consumo y problemas), se debe agregar otro fenómeno de índole cognitivo: la percepción por parte de la persona de que algunas áreas de su vida están afectadas, y que tal afectación no ha podido ser resuelta de forma individual y por lo tanto, se requiere ayuda externa de alguna índole.

Estos factores indicadores de la problemática del consumo, modalidad de consumo, relacionados y percepción de que el consumo afecta áreas de la vida, han sido explorados en la literatura. A continuación se presentan los principales hallazgos.

La percepción de consecuencias adversas relacionadas con el consumo de alcohol, ya sea en cuanto a los daños a la salud, a las relaciones interpersonales (también definida como disfunción psicosocial) así como a los problemas sociales de diferente índole; es la variable más frecuentemente relacionada con la búsqueda de atención.

(Hingson y cols. 1982, Tucker 1995, Weisner, 1993, Finney y Moos, 1995, Hajema y cols. 1999, Tucker y Gladsjo, 1993, George y Tucker, 1996) Además, esta variable se comporta de manera independiente con respecto a otros indicadores de la enfermedad (necesidad) como son el presentar síntomas de dependencia y el patrón de consumo, ya que el beber grandes cantidades o con gran frecuencia no se comporta como un predictor de peso para la búsqueda. (Hingson y cols., 1982, Hajema y cols. 1999, Tucker, 1995, George y Tucker, 1996, Tucker y Gladsjo, 1993)

En el marco de estos hallazgos se considera que las consecuencias adversas representan pérdidas o amenazas de pérdidas y por lo tanto funcionan como "señales para la acción" para llevar a cabo una demanda de atención (Beckman y Kocel, 1982, Hajema y cols., 1999)

El estudio clásico en cuanto a estos hallazgos es el realizado por Hingson y cols. en 1982, quienes investigaron la utilización de servicios por parte de personas que presentaban problemas con su forma de beber. El hallazgo más importante fue que las personas que buscaron algún tipo de ayuda fueron similares a los que no lo hicieron tanto en las características personales como demográficas. De manera similar, entre los hallazgos más significativos fue que aquellos que han buscado ayuda, eran similares a los que no en cuanto a los patrones de consumo y en cuanto a las cantidades consumidas cuando reconocieron sus problemas. Lo que distingue a ambos grupos, los que solicitaron ayuda y los que no, fue la percepción de que el consumo de alcohol estaba afectando de manera adversa su salud, las relaciones con los amigos, las relaciones con la familia y el trabajo. Estas personas consideran a sus problemas como de mayor severidad, aún cuando las cantidades de consumo no sean significativamente diferentes. También la presión social fue un factor asociado.

En el año 1993, Tucker y Gladsjo, realizaron un estudio con consumidores problemáticos de dos tipos, unos que estaban en tratamiento ambulatorio o participando en grupos de Alcohólicos Anónimos y otros que no estaban en ningún tipo de tratamiento ni lo habían recibido anteriormente. Hallaron que la búsqueda de ayuda estuvo relacionada con la presencia de problemas psicosociales relacionados con el consumo, especialmente dentro del dominio interpersonal, pero no se relacionaba con consumir grandes cantidades de alcohol, ni con presentar dependencia. Tampoco la demanda de atención se encontró relacionada con variables sociodemográficas. Por lo tanto, al igual que otros estudios realizados, se enfatiza la influencia de factores funcionales más que estructurales.

Con respecto al valor predictivo de la variable dependencia al alcohol, en el estudio realizado por Weisner y cols., 1995, se reporta que presentar dependencia sí se relaciona con la búsqueda de servicios de atención, sin embargo, el haber presentado problemas sociales es un predictor de mayor fortaleza.

Otros estudios han mostrado que el efecto de ciertos síntomas de dependencia están mediados por la percepción de la necesidad de tratamiento y por el reconocimiento de consecuencias adversas sociales y en la salud. Esto se muestra en el estudio realizado por Finney y Moos, (1995), en el cual se encontró que la percepción de la severidad de los problemas relacionados con el consumo, es el predictor de tratamiento más poderoso. La percepción de la severidad juega un papel central en la búsqueda de tratamiento, aún mediando los efectos de otras variables de "necesidad" como son: presentar síntomas de dependencia, haber tenido periodos de intoxicación y consecuencias adversas. Cuando la percepción de la severidad es controlada, ninguno de los otros predictores mencionados que estuvieron asociados en las relaciones bivariadas con la demanda, continúan en el modelo. La percepción de la necesidad se comporta como un mediador entre las necesidades y el ingreso a tratamiento.

FACTORES INDIVIDUALES Y SOCIALES Y SU RELACIÓN CON LA DEMANDA DE ATENCIÓN

Con respecto a la relación de factores individuales y sociales relacionados con la demanda, los que han sido analizados principalmente en la literatura son: el género, la edad, el estado civil, la escolaridad y el ingreso, por un lado; y por el otro, las redes de apoyo familiares y sociales y de qué manera éstas funcionan como promotoras u obstaculizadoras de la demanda de atención.

En lo que respecta al primer grupo de factores, los individuales y, con excepción del género, en los antecedentes revisados en la literatura, no se ha encontrado consistencia.

Ser hombre y estar casado implica una mayor probabilidad de solicitar ayuda según un estudio realizado por Weisner y cols. en 1995. En otros estudios se reportó que los jóvenes tenían una mayor probabilidad de realizar una demanda, en comparación con los adultos (Room, 1989, Kaskutas y cols. 1997) Por el contrario, Hajema y cols. 1999 encontraron que los adultos desocupados tenían mayores probabilidades de realizar una búsqueda de servicios. Ogborne y DeWit, 1999, reportaron que los adultos, solteros con mayores niveles de escolaridad tenían mayor probabilidad de utilización.

Como se observa en cuanto a estos factores, no se encuentran hallazgos consistentes a lo largo de los diferentes estudios analizados.

De manera opuesta a lo que ocurre con variables como la edad, la escolaridad, el estado civil y los niveles de ingreso de las personas, el papel que juega el género en la demanda de atención sí ha mostrado consistencia a lo largo de los estudios, observándose que entre aquellos que solicitan algún tipo de tratamiento por los problemas derivados del consumo de alcohol, la proporción de mujeres siempre es considerablemente menor que la proporción de hombres (Beckman y Kocel, 1982, Weisner y cols. 1995, Thom, 1986, Room, 1989, Wu y cols. 2003, Kaskutas y cols. 1997, Solís y Medina-Mora, 1994)

Estos estudios han mostrado que, aún tomando en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la prevalencia de problemas relacionados con el consumo, éstas últimas utilizan con menor frecuencia los servicios. (Beckman y Amaro, 1985)

Por su parte el estudio del papel que juegan las redes sociales en la búsqueda de atención por consumo de alcohol también ha sido motivo de interés en los estudios realizados.

Como se ha planteado en el modelo teórico, el contexto social de las personas juega un papel muy importante, tanto en la concepción de los patrones de enfermedad, así como en las alternativas a las que recurren los individuos para buscar soluciones. Las redes sociales del individuo influyen los patrones de búsqueda de atención tanto en problemas de tipo médico como psicológico (Mechanic, 1978), incluyendo los problemas relacionados con el alcohol (Room, 1989, Weisner, 1990 y 1993)

Room, 1989, encontró que antes de ingresar a un tratamiento, la mayoría de los consumidores experimentaron una fuerte presión social para interrumpir el consumo e iniciar un tratamiento, la cual es ejercida básicamente, por parte de las personas que están en su entorno más cercano, éstos son la familia, los amigos, y compañeros de trabajo, a los cuales Room llama sistema "informal" de atención.

Hay evidencia, arrojada en estudios con poblaciones clínicas, que el ingreso a tratamiento, frecuentemente ocurre después de que el consumidor ha llegado a situaciones muy desgastantes con las personas que lo rodean. Estas personas juegan un

papel crucial en la inducción a tratamiento y desde esta perspectiva, el control informal es una precondition para el ingreso a tratamiento formal.

No obstante, algunos de estos estudios han sugerido que las familias y los amigos ocultan los problemas relacionados con el consumo e intentan resolverlos dentro del contexto familiar. Esto es más característico en las primeras fases del consumo, así como en el caso de las mujeres consumidoras. Otras investigaciones han sugerido que las familias y los amigos buscan asesoría y contactan con agencias de tratamiento, con más frecuencia que el consumidor mismo. (Thom, 1984, Beckman y Amaro, 1985)

Una línea de investigación interesante con respecto a esto, es la que se ha enfocado en la naturaleza del evento sobre el cual recae la presión social para la búsqueda de tratamiento. En estos estudios se ha encontrado que la presión social se orienta hacia aquellos eventos que tienen que ver principalmente con problemas de salud, seguidos de conducir bajo los efectos de alcohol, problemas familiares y en el trabajo y, accidentes de tránsito. (Weisner, 1990)

La importancia de estudiar los eventos recientes relacionados con la presión y el ingreso a tratamiento, es que esto incrementa el conocimiento acerca de los tipos de problemas de salud y del comportamiento que los individuos, las instituciones y la sociedad en general, definen como "necesidad de atención".

DISPONIBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS Y SU RELACIÓN CON LA DEMANDA DE ATENCIÓN

Con respecto al tercer grupo de hipótesis planteado en la literatura, las características estructurales de los servicios incluyendo el tipo de tratamiento y de apoyos que están disponibles, la composición y actitudes del staff, los procedimientos de admisión y los servicios de apoyo, pueden ejercer un efecto directo sobre el ingreso y continuación del tratamiento, o bien efectos indirectos a través de la influencia sobre las percepciones y creencias del individuo. (Beckman y Kocel, 1982)

Una vez que se ha mostrado un panorama de los estudios que han investigado la demanda de atención por parte de consumidores de alcohol, se demuestra que éste es un fenómeno multifactorial complejo ante el cual, como en todos los casos, los modelos teóricos permiten y facilitan explicaciones que constituyen sistemas parciales en tanto son simplificaciones de la realidad.

Para el caso específico de este estudio, desafortunadamente, no es posible analizar todos los factores que los modelos han relacionado con la variable demanda de atención y que la literatura ha explorado, sin embargo el estudio de algunos de éstos es de gran utilidad para la comprensión de la demanda de atención en México. Adicionalmente, el reto para estudios posteriores queda planteado.

En este estudio se analizaron un grupo de variables correspondientes a los individuos, entre ellos, factores de índole sociodemográficos y otros factores propios de la enfermedad como son el patrón de consumo, los criterios de dependencia y problemas sociales relacionados. Un mayor detalle de estas variables de estudio y las relaciones propuestas para explicar la demanda de atención, se presentarán a continuación, en la segunda parte de este trabajo.

PARTE II: INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo excesivo de alcohol está relacionado con una serie de consecuencias agudas y crónicas en la salud del individuo y en su contexto familiar y social.

A través de los años se ha documentado los efectos tóxicos del alcohol en el organismo de las personas y su papel en el desarrollo de una variedad de problemas médicos, incluyendo el síndrome de dependencia al alcohol, las enfermedades cardiovasculares, cirrosis y anomalías en el crecimiento fetal, entre otros.

El consumo excesivo de alcohol contribuye también a una serie de problemas de índole familiar y social, lesiones, accidentes automovilísticos y violencia; afecta la productividad y asistencia laboral, la interacción familiar, el desempeño escolar e, incluso, de forma directa o indirecta, puede llevar a la muerte. (NIAAA, 2000)

El tipo y la magnitud de estos problemas son el resultado de redes causales relativamente complejas y dependen de la interacción de factores correspondientes al individuo, la sustancia y el ambiente en que se consume. (Medina-Mora y Fleiz, 2003)

La mayor parte de las personas que consumen bebidas alcohólicas lo hace con un patrón de consumo que no conlleva riesgo de consecuencias adversas, en otros, en cambio, su manera de beber implica un mayor riesgo de daños, ya sea individuales o a terceras personas. (Medina-Mora y Fleiz, 2003)

Desde una perspectiva de salud pública, los patrones de consumo de riesgo (mayor frecuencia y/o intensidad), junto a los daños asociados al mismo -síndrome de dependencia al alcohol y problemas sociales relacionados- constituyen necesidades de salud que requieren atención en servicios de salud. Este contacto con los servicios está mediado por la influencia de un conjunto de variables de diversa índole.

A pesar de las graves consecuencias asociadas al consumo de alcohol, la demanda de atención entre bebedores es extremadamente baja y se sabe por estudios previos que gran parte de la demanda se realiza en servicios no profesionales de atención. (Solís y Medina-Mora, 1994)

En México, la importancia de este problema de salud pública ha motivado, desde la década de los 70, el estudio continuo sobre la magnitud del problema, las características de las personas que consumen, los daños derivados de dicho consumo y la magnitud de la utilización de servicios. A la fecha existe una importante tradición en el desarrollo de metodologías como son las encuestas en población general y los estudios en poblaciones clínicas.

En estos estudios se ha explorado la prevalencia de utilización de servicios, así como algunas características de la conducta de búsqueda de ayuda, componentes de redes sociales de ayuda y preferencias institucionales para la utilización. Cabe aclarar el especial énfasis puesto en las diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta al uso de los servicios. (Solís y Medina-Mora, 1994, Mariño y cols. 1997, Solís y Cordero, 1999, Medina-Mora y cols., 2003)

Sin embargo, no se han realizado estudios donde se explore la asociación entre las características sociodemográficas de las personas, así como en cuanto al consumo de alcohol y problemas relacionados con la demanda de atención por estos problemas en población general. Este hecho, sumado a la evidencia de la baja prevalencia de la demanda de atención entre bebedores, ha provocado el interés de realizar este estudio con base en los datos arrojados en la Encuesta Nacional de Adicciones del año 2002, encuesta que se llevó a cabo en población general de 12 a 65 años. (SSA, En Prensa)

A partir de las consideraciones anteriores podemos elaborar la siguiente
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores predisponentes y habilitantes de las personas consumidoras de alcohol, así como sus niveles de patrón de consumo, dependencia y problemas sociales que se asocian con la demanda de atención en servicios formales e informales de atención en el último año?

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Un sistema nacional de salud debe estar preparado para detectar y tratar de manera oportuna un problema prioritario de salud pública como es el abuso de alcohol, el alcoholismo y sus consecuencias en la salud física y psicosocial de las personas, lo cual implica mejorar el estado de salud general de una población, asegurar el desarrollo económico y social, y disminuir los costos para el sistema de salud.

El estudio de las necesidades de salud y su expresión en la demanda de atención es de utilidad para evaluar, con bases sólidas, en qué medida los servicios son utilizados por la población que tiene necesidades, dicho en otras palabras, nos permite estimar la cobertura de servicios de atención para problemas relacionados con el consumo.

El poder definir los niveles de consumo de alcohol y los problemas relacionados de las personas que realizan una demanda de atención en algún tipo de servicio, nos permitirá determinar la dimensión y características de los grupos poblacionales a los cuales alguna instancia formal o informal de salud está brindando cobertura y, en consecuencia, quienes son las personas que aún presentando necesidades de atención, no establecen contacto con las mismas.

Estudios de esta naturaleza permiten al Sistema Nacional de Salud replantear cómo se están prestando y difundiendo las alternativas de atención para atender las necesidades de esta población y en consecuencia, articular de manera más efectiva la red de servicios de atención a problemas relacionados con el consumo de alcohol, en sus dos vertientes, servicios formales e informales.

Con respecto a estos últimos, si consideramos que en el marco de las creencias populares el consumo de bebidas alcohólicas y los problemas relacionados no son considerados problemas de salud que requieren de atención profesional, asumimos que una gran proporción de personas hacen una solicitud de ayuda en "sistemas no formales de atención" como son los grupos de Alcohólicos Anónimos, los sacerdotes y los curanderos, los cuales, en México, ocupan un lugar de respeto y confianza. Por esta razón, en este estudio se ha incluido a estos proveedores de servicios.

Otra razón de gran importancia para realizar este estudio es que partimos de la hipótesis general de que los servicios de atención, ya sean éstos formales o informales, donde se incluyen las variantes de la religión y la medicina tradicional, están predominantemente orientados hacia las personas que presentan mayores niveles de consumo de alcohol, dependencia y problemas relacionados. Esta situación general lleva a que un importante grupo de personas que consumen alcohol de forma perjudicial, aún presentando algunos problemas relacionados, con o sin reunir los criterios de dependencia al alcohol, no establecen contacto alguno con un servicio, lo cual implicaría, en algunos casos, la progresión de la enfermedad a niveles de mayor gravedad.

Contar con información objetiva en este tema es de gran utilidad para una planeación racional de servicios y recursos, basada en las necesidades de atención de este grupo de la población. Adicionalmente, en caso de comprobarse nuestra hipótesis, se planteará la necesidad de reforzar los primeros niveles de atención.

MARCO CONCEPTUAL

El objetivo general de este estudio es analizar ciertos factores que la literatura ha reportado que se hallan asociados con la demanda de atención de consumidores de alcohol.

La demanda de atención es la fase de un proceso que pone en contacto a la población con el sistema de prestación de los servicios, con el propósito de dar respuesta a una condición de salud determinada (necesidades de salud).

Para empezar, y como se la comentado en la primera parte, en este estudio sólo contamos con información sobre el contacto (mas no continuación) que realizaron en el año previo a la encuesta los bebedores con algún servicio de atención, ya sea éste de índole formal o informal.

La demanda de atención, entendida en los términos previos constituye nuestra variable de análisis o variable dependiente del marco conceptual. (Ver Esquema 5)

Del conjunto de variables que exploraremos su relación con la demanda y tal como se ha reportado en la literatura general y específica, podemos identificar tres grandes agrupaciones.

Los factores predisponentes y habilitantes son características individuales y sociales que indican una mayor propensión al uso de los servicios y hacen que los mismos sean alcanzables.

Entre los factores predisponentes, en este estudio, se analiza el *género* de las personas, el cual se ha demostrado en estudios previos tener relación con la demanda, de tal forma que los hombres solicitan ayuda en mayor medida que las mujeres. También se analizan la *edad*, la *religión*, el *estado civil*, la *escolaridad* y la *situación de trabajo de los individuos al momento de la encuesta*. Con respecto a estos últimos factores, en la literatura revisada, no se ha encontrado consistencia en cuando a sus poderes predictivos.

En cuanto a los factores habilitantes, se analiza el *ingreso mensual reportado*, la *condición de aseguramiento* y la *zona de residencia*. Los dos primeros factores han sido investigados en la literatura sobre la utilización de servicios en general, donde los hallazgos indican que ambos favorecen la utilización de servicios, ya que la misma puede llegar a implicar importantes costos económicos para el individuo y la familia. Con respecto al lugar de residencia de los individuos, éste es el primer estudio de alcance nacional que considera las áreas rurales, donde la disponibilidad de servicios suele ser menor o de más difícil acceso.

El segundo grupo de factores que se analiza en cuanto a su asociación con la demanda de atención, son los relacionados con la presencia de la enfermedad (necesidades de salud según el modelo teórico).

Para ello se utilizarán variables relacionadas con el consumo en sí mismo, y un grupo de variables indicativas de problemas relacionados.

El *patrón de consumo*, entendida como la modalidad de consumo de alcohol de las personas en cuanto a frecuencia e intensidad, es la variable que indica cuáles son los niveles de consumo de las personas y permite relacionar éstos con probabilidades de uso de servicios.

Entre los problemas relacionados con el consumo de alcohol, se analiza por un lado, el *síndrome de dependencia* (medida en forma agregada), entendido como la presencia de por lo menos tres criterios entre los siguientes: tolerancia, abstinencia, uso

por más tiempo o en mayor cantidad, deseo persistente, empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos, reducción de actividades sociales y uso continuado a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos. También se analizará la contribución de cada uno de los síntomas por separado para la explicación de la búsqueda de atención.

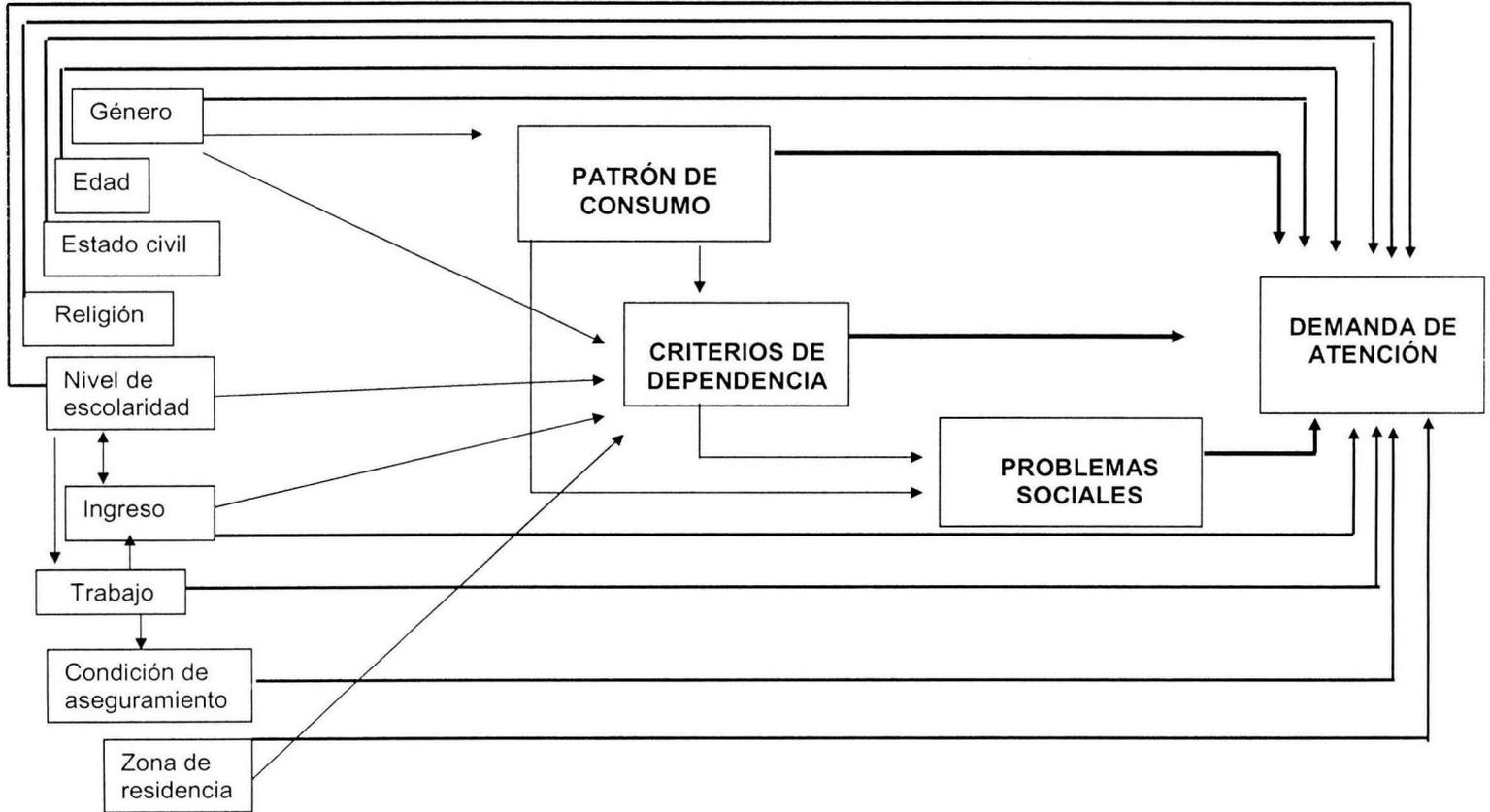
Por otro lado, y para completar el marco conceptual de este trabajo, se incluye la presencia de algunos problemas sociales relacionados con la forma de beber: *problemas con la autoridad, arresto, pérdida del trabajo y discusiones con la pareja*.

Estas variables merecen una consideración especial. Entre los hallazgos que se han reportado en la literatura, la variable más frecuentemente asociada con la demanda de atención por consumo de alcohol, corresponde a la percepción de las personas de que el consumo está afectando áreas de sus vidas, más concretamente, la afectación en las áreas sociales, laborales e interpersonales del individuo pueden entenderse como pérdidas o amenazas de pérdidas que, a su vez, funcionan como señales o disparadores de la búsqueda de servicios.

Debido a la consistencia de estos resultados en los diferentes estudios, en este trabajo, consideraremos que el reporte positivo de la presencia de alguno/s de estos cuatro tipos de problemas, indica la percepción de consecuencias adversas directamente relacionadas con la modalidad de consumo de alcohol.

Escapa a nuestro análisis lo concerniente con la disponibilidad y características de los servicios. Con respecto a esto último y bajo la hipótesis de que en la demanda de atención intervienen factores relacionados con los individuos y con los servicios, se planteará más adelante y sólo como un punto de la discusión, un panorama general de la organización de la oferta de servicios de atención a los problemas derivados del consumo de alcohol en México.

ESQUEMA 5. MARCO CONCEPTUAL



OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar los factores relacionados con la demanda de atención en servicios formales e informales en el último año, por parte de personas que consumieron alcohol en los últimos 12 meses.

Objetivos específicos

1. Determinar la relación entre patrón de consumo, dependencia y problemas sociales relacionados al consumo de alcohol con la demanda de atención en el último año por parte de personas que consumieron alcohol en los últimos 12 meses.
2. Determinar la relación entre factores predisponentes y habilitantes con la demanda de atención en el último año por parte de personas que consumieron alcohol en los últimos 12 meses.

HIPOTESIS GENERAL

Existe una relación entre el patrón de consumo de alcohol y problemas relacionados con la demanda de servicios de atención, de tal forma que a mayores niveles de patrón de consumo, así como ante la presencia de dependencia y problemas sociales relacionados, es mayor la probabilidad de realizar una demanda de atención.

METODOLOGÍA

1. FUENTE DE INFORMACIÓN Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Los datos para la realización de este trabajo provienen de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en el año 2002 (ENA 2002). El tipo de estudio fue observacional, transversal, analítico.

El diseño muestral de la encuesta fue probabilístico, estratificado, polietápico por conglomerados. El marco muestral de la ENA-2002 fue el marco muestral de propósitos múltiples del INEGI, constituido de la información demográfica y cartográfica obtenida a partir del levantamiento del Censo de Población y Vivienda de 1995.

El tamaño de muestra fue de 14 020 viviendas. El mismo fue calculado para dar estimaciones a nivel nacional tomando como variable pivote la proporción de personas que según el levantamiento de 1998 manifestaron haber consumido alguna vez drogas ilegales. (SSA, En Prensa)

Del total de la muestra de la encuesta, para la realización de este estudio, se tomó una submuestra ya que sólo se consideraron a las personas que bebieron alcohol en el último año, las cuales constituyen un total de 5406 personas.

2. UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio lo constituyeron todas las personas del país entre 12 y 65 años.

3. UNIDADES DE ANÁLISIS

Las unidades de análisis son las personas de 12 a 65 años que formaron parte de la muestra original de la Encuesta y que bebieron alcohol en el año previo a la aplicación de la misma.

4. OPERATIVO DE CAMPO

El levantamiento de la encuesta se realizó entre febrero y mayo de 2002. Previo al levantamiento se capacitó al personal que participaría, el cual durante el operativo de campo, fue adecuadamente supervisado.

En primera instancia se aplicó una tarjeta de registro de hogares (TRH) la cual indaga sobre características sociodemográficas como son el sexo, la edad, escolaridad, características más sobresalientes de la vivienda y el área geográfica donde está ubicada, la tipología del hogar, estado civil, número de hijos nacidos vivos, condición de residencia y religión.

Una vez llenada la TRH, por medio de los datos de día y mes de nacimiento, se identificaba a la persona más próxima a cumplir años, cuya edad estuviera entre los 12 y 65 años. Este método, ya utilizado con anterioridad, al ser rigurosamente aplicado, reproduce la distribución por grupos de edad y sexo de la población objetivo, dada su calidad de aleatoriedad. A la persona seleccionada se le aplicó un cuestionario básico donde se investigó sobre el uso de diversas sustancias, patrones de consumo, problemas

relacionados, utilización de servicios, así como la opinión de las personas sobre la gravedad del uso, información sobre el consumo y asistencia a cursos sobre el tema.

Cabe hacer mención que debido a las preguntas que se aplicarían y al carácter mismo de la encuesta, durante la capacitación se enfatizó la necesidad de que el cuestionario básico se levantara bajo estrictas normas de confidencialidad. Esto permitiría obtener respuestas directas que no estuvieran sesgadas por la actitud del informante, posiblemente inhibido ante la presencia de otros miembros del hogar. (SSA, En Prensa)

5. INSTRUMENTO DE ESTUDIO Y DEFINICIÓN DE VARIABLES

La información se recabó usando un cuestionario estandarizado, diseñado para ser administrado en una entrevista cara a cara en el cual el entrevistador, previamente capacitado, registró las respuestas dadas por el entrevistado.

Los indicadores y preguntas que conforman el cuestionario han sido validados en estudios previos. (SSA, 1990, 1994 y 1998, Medina-Mora y Terroba, 1980, Medina-Mora, 1993)

El cuestionario contiene indicadores propuestos por la Organización Mundial de la Salud para evaluar uso/abuso y dependencia a sustancias así como problemas relacionados, incluye además preguntas que identifican al usuario de acuerdo con variables sociodemográficas y demanda de atención.

El instrumento consta de una Tarjeta de Registro de Hogares desde la cual se extrae la información sociodemográfica de las personas. Las que resultan de interés para este estudio son: sexo, edad, escolaridad, religión, estado civil, situación de trabajo actual, ingreso mensual, condición de aseguramiento y zona de residencia.

A la Tarjeta de Registro de Hogares le sigue un cuestionario donde se investiga el uso de diversas sustancias, patrones de consumo, problemas relacionados, utilización de servicios, así como la opinión de las personas sobre la gravedad del uso, información sobre el consumo y asistencia a cursos sobre el tema.

Las variables sobre las cuales indaga el instrumento, y que son de utilidad para este estudio son específicamente las que corresponden a la sección de Alcohol.

El apartado de Alcohol del cuestionario inicia con la pregunta sobre consumo de alcohol alguna vez en la vida. En caso de respuesta afirmativa se prosigue con la pregunta que indaga sobre el consumo de alcohol en el último año (pregunta "llave" en nuestro estudio), posteriormente, las preguntas se concentran en la investigación sobre el patrón de consumo en cuanto a frecuencia e intensidad para diferentes tipos de bebidas: vino, cooler o cubas, cerveza, brandy, tequila o ron, pulque y alcohol puro o aguardiente. Las preguntas subsiguientes, se refieren a los criterios de dependencia y corresponden a experiencias ocurridas en los últimos 12 meses. Posteriormente se indaga sobre algunos problemas sociales relacionados con el consumo: problemas con la autoridad, arresto, pérdida del trabajo y discusión con la pareja. Finalmente, se averigua sobre la solicitud de ayuda a alguna institución o persona por problemas relacionados con el consumo. Con respecto a las personas que nunca bebieron alcohol, se considera un campo para el reporte de esta situación.

5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Demanda de atención en servicios formales o informales

Se define como la búsqueda o solicitud de ayuda a alguna institución o persona, para consultar por problemas relacionados con su consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.

Variable nominal dicotómica

Categorías: "Sí", "No"

Esta variable se divide en el tipo de servicio donde se ha realizado la demanda, los cuales pueden ser:

- a) Hospital General o Centro Comunitario
- b) Hospital o Servicio Psiquiátrico
- c) Grupo de atención médica o médico privado
- d) Padre o Sacerdote
- e) Curandero
- f) Grupo de Alcohólicos Anónimos
- g) Otros

En el marco de este estudio, las opciones a, b y c, se consideraron como servicios formales de atención, y las opciones d, e y f, se consideraron servicios informales de atención.

5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

Patrón de consumo

Se define como el comportamiento o modalidad de consumo de las personas y se construye con datos de la frecuencia con que se consume diferentes cantidades de alcohol por ocasión de consumo. (Medina Mora, 1993)

Las preguntas que se incluyen en esta sección son comparables con los estudios realizados previamente. (SSA, 1990, 1994, 1998).

Los patrones de consumo se definen a través del índice de "Frecuencia-Cantidad-Variabilidad" basado en el que ha propuesto Cahalan en 1974, éste ha utilizado en anteriores encuestas de hogares llevadas a cabo en México. (Medina Mora, 1993)

Para obtener este índice se pregunta a los entrevistados la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas incluyendo vino de mesa, coolers o cubitas, cerveza, destilados, pulque y alcohol de caña de 96° o aguardiente y la cantidad consumida de cada una de estas bebidas en los doce meses previos al estudio.

Cruzando las variables de frecuencia y cantidad se definen en las siguientes categorías:

Bebedor frecuente consuetudinario: para cumplir con este criterio el sujeto debe consumir por lo menos una vez a la semana o con mayor frecuencia 5 o más copas por ocasión de consumo, por lo menos una vez por semana.

Bebedor frecuente de alto nivel: para cumplir con este criterio el sujeto consumir por lo menos una vez a la semana o con mayor frecuencia 5 o más copas por ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.

Bebedor frecuente de bajo nivel: para cumplir con este criterio el individuo debe consumir por lo menos una vez a la semana o con mayor frecuencia y nunca más de 5 copas por ocasión de consumo.

Bebedor moderado de alto nivel: para cumplir con este criterio el individuo debe beber por lo menos una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez a la semana 5 o más copas por ocasión de consumo, por lo menos una vez al año.

Bebedor moderado de bajo nivel: para cumplir con este criterio el individuo debe beber por lo menos una vez al mes o con mayor frecuencia, pero menos de una vez a la semana y nunca más de 5 copas por ocasión de consumo.

Bebedor poco frecuente de alto nivel: para cumplir con este criterio el sujeto debe beber por lo menos una vez al año pero menos de una vez al mes y beber 5 copas o más por lo menos una vez al año.

Bebedor poco frecuente de bajo nivel: para cumplir con este criterio el sujeto debe beber por lo menos una vez al año pero menos de una vez al mes y nunca más de 5 copas.

La categorización de patrones de consumo derivados de este índice asume que una persona que bebe grandes cantidades de alcohol por ocasión de consumo, tendrá más problemas que una persona que limita la cantidad a 1 o 2 copas, aunque, ésta última beba con más frecuencia. (Medina-Mora y Fleiz, 2003)

Con base en esto, a los fines de este estudio se ha organizado esta variable considerando desde los patrones de consumo de menor riesgo a los de mayor riesgo de la siguiente forma: (1) *bebedor poco frecuente de bajo nivel*, (2) *bebedor moderado de bajo nivel*, (3) *bebedor frecuente de bajo nivel*, (4) *bebedor poco frecuente de alto nivel*, (5) *bebedor moderado de alto nivel*, (6) *bebedor frecuente de alto nivel* y (7) *bebedor consuetudinario*.

Dependencia

El síndrome de dependencia al alcohol se define como el conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual, el consumo de bebidas alcohólicas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir alcohol. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome, en comparación con lo que sucede en individuos no dependientes. (CIE-10, 1996)

La presencia o ausencia del síndrome se evalúa a través de una serie de reactivos, evaluados como experiencias ocurridas en los últimos 12 meses, que nos permiten inferir una serie de síntomas, cuya presencia de por lo menos tres de ellos, indica dependencia del alcohol.

Los síntomas son los siguientes:

Tolerancia: necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado o disminución notable del efecto con la misma cantidad de alcohol.

La presencia del síntoma se definió como la respuesta afirmativa a la siguiente pregunta:
¿Descubrió que la misma cantidad de bebidas alcohólicas tenían mucho menos efecto que antes?

Abstinencia: estado fisiológico por la falta de bebidas alcohólicas.

La presencia del síntoma se definió como la respuesta afirmativa a alguna de las siguientes preguntas:

¿Descubrió que necesitaba una copa para no tener temblores o para no enfermarse?

¿Se enfermó o vomitó después de tomar bebidas alcohólicas o en la mañana siguiente?

¿Estaba deprimido, irritable o nervioso después de tomar bebidas alcohólicas o en la mañana siguiente?

¿Vio, sintió o escuchó cosas que en realidad no se encontraban ahí cuando los efectos del alcohol comenzaron a desaparecer?

¿Tuvo ataques o convulsiones cuando los efectos del alcohol comenzaban a desaparecer?

Uso por más tiempo o en mayor cantidad: conciencia subjetiva del deterioro en la capacidad de controlar la conducta de uso de la sustancia, ya sea en cuanto al inicio, terminación o niveles de uso.

La presencia del síntoma se definió como la respuesta afirmativa a alguna de las siguientes preguntas:

¿Empezó a tomar y fue difícil parar antes de sentirse completamente embriagado?

¿Algunas veces ha continuado tomando a pesar de haberse prometido a sí mismo no hacerlo?

¿Ha tratado de reducir el número de copas y/o las veces que bebe pero no ha podido?

¿Alguna vez comenzó a tomar bebidas alcohólicas a pesar de que no tenía la intención de hacerlo?

¿Una y otra vez ha querido disminuir o dejar de tomar bebidas alcohólicas?

Deseo persistente: fuerte deseo o sensación de compulsión a tomar alcohol.

La presencia del síntoma se definió como la respuesta afirmativa a la siguiente pregunta:

¿Algunas veces su deseo por una copa es muy fuerte?

Empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos: cambios en los hábitos de consumo, es decir, toma siempre igual sin importar el día de la semana o si asiste a alguna fiesta.

La presencia del síntoma se definió como la respuesta afirmativa a la siguiente pregunta:

¿Ha pasado mucho tiempo tomando bebidas alcohólicas o reponiéndose de los efectos de la bebida o haciendo cosas para obtener alcohol?

Reducción de actividades sociales para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos:

La presencia del síntoma se definió como la respuesta afirmativa a alguna de las siguientes preguntas:

¿Ha tenido que dejar o reducir trabajo importante o actividades sociales debido a su gusto por las bebidas alcohólicas?

¿Ha tenido que dejar o rechazar placeres o intereses por favorecer el tomar bebidas alcohólicas?

Uso continuado a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos: uso continuado de la sustancia a pesar de saber que tiene un problema social, psicológico o físico persistente o recurrente que es causado o exacerbado por el uso de la sustancia. La presencia del síntoma se definió como la respuesta afirmativa a alguna de las siguientes preguntas:

- ¿Ha tenido enfermedad del hígado o hepatitis?
- ¿Ha tenido enfermedad del estómago o sangre al vomitar?
- ¿Ha tenido hormigueo o entumecimiento en los pies?
- ¿Ha tenido problemas de memoria aún cuando no estaba bebiendo?
- ¿Ha tenido pancreatitis?
- ¿Se mantuvo tomando bebidas alcohólicas aunque sabía que tenía un problema de salud causado o empeorado por beber?
- ¿Se mantuvo tomando bebidas alcohólicas a pesar de que sentía que el beber le estaba causando problemas psicológicos o emocionales?

La forma en que está estructurada esta sección permite analizar el conjunto en la medida agregada del síndrome de dependencia o analizar por tipo de síntoma presentado.

Para la determinación de dependencia se consideró la presencia de tres o más síntomas con lo cual se construye una variable con las siguientes características:

Variable nominal dicotómica

Categorías: "presente", "ausente"

En este estudio se consideraron también para su análisis, la presencia de cada uno de los síntomas de forma separada:

- Tolerancia
- Abstinencia
- Uso por más tiempo o en mayor cantidad
- Deseo persistente
- Empleo de mucho tiempo para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos
- Reducción de actividades sociales para conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos
- Uso continuado a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos.

Cada una de ellas constituyen variables con las siguientes características:

Variable nominal dicotómica

Categorías: "presente", "ausente"

Problemas sociales relacionados con el consumo de alcohol

En este apartado se valoran cuatro tipos de problemas, tomados como reportes positivos de que el alcohol está teniendo consecuencias negativas en el bienestar social del individuo ya que evidencian conflictos entre el bebedor y su ambiente social.

Problemas con las autoridades mientras consumía bebidas alcohólicas aunque no iba conduciendo:

La presencia del problema se definió como la respuesta afirmativa a la siguiente pregunta:

- ¿Tuvo problemas con las autoridades mientras consumía bebidas alcohólicas aunque no iba conduciendo?

Variable nominal dicotómica
Categorías: “*presente*”, “*ausente*”

Arresto mientras conducía después de tomarse unas copas:

La presencia del problema se definió como la respuesta afirmativa a la siguiente pregunta:
¿Ha sido arrestado mientras conducía después de tomarse unas copas?

Variable nominal dicotómica
Categorías: “*presente*”, “*ausente*”

Pérdida del trabajo debido a la bebida:

La presencia del problema se definió como la respuesta afirmativa a la siguiente pregunta:
¿Ha perdido o casi perdió un trabajo, debido a la bebida?

Variable nominal dicotómica
Categorías: “*presente*”, “*ausente*”

Discusión o pelea con esposo(a), compañero(a) cuando estuvo tomando:

La presencia del problema se definió como la respuesta afirmativa a la siguiente pregunta:
¿Comenzó una discusión o pelea con su esposo (a) compañero (a) cuando estuvo tomando?

Variable nominal dicotómica
Categorías: “*presente*”, “*ausente*”

5.3. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Género

- Masculino
- Femenino

Variable nominal dicotómica

Edad: en años cumplidos del individuo en estudio al momento de la entrevista.

Variable numérica discreta

Estado civil: se indagó sobre el estado civil de las personas para ubicarlos en alguna de las siguientes categorías:

- Soltero/a
- Casado/a
- Unión libre
- Divorciado/a
- Separado/a
- Viudo/a
- No especificado

Variable politómica

Religión: se les preguntó a las personas acerca de su adhesión a alguna de las siguientes religiones o en su defecto a ninguna de ellas:

- Católica
- Protestante o evangélica
- Judía
- Otra

Variable politómica

Escolaridad: se preguntó a las personas sobre el último año de estudios realizado y se conformaron la siguientes categorías:

1. Sin instrucción
 - Educación básica (primaria completa)
 - Educación media (secundaria y/o preparatoria completas)
 - Educación superior (universidad y/o posgrado completos)

Variable ordinal

Trabaja actualmente: se indagó si las personas entrevistadas cumplían con alguna de las siguientes actividades: profesionales y técnicos, funcionarios de los sectores público o privado, personal administrativo, comerciantes, trabajadores en servicios personales, en labores agropecuarias e industriales. Estas personas se ubican en la categoría "*trabaja actualmente*".

Aquellas personas que respondieron estar buscando trabajo, ser estudiante, dedicarse a los quehaceres del hogar, estar jubilado o pensionado, incapacitado para trabajar, estar sin trabajo o en ocio voluntario, se ubican en la categoría "*no trabaja actualmente*".

Variable nominal dicotómica

Categorías: "Sí", "No"

Condición de aseguramiento: se indagó si las personas cuentan con alguno de los siguientes tipos de seguro médico: IMSS, ISSSTE, Seguro de Gastos Médicos, Otro o Ninguno.

Variable nominal dicotómica

Categorías: "Sí", "No"

Ingreso mensual: se define como la suma de la percepciones económicas que un individuo recibe por sus servicios.

Variable numérica continua

Lugar de residencia: según el tamaño de la localidad donde habitan las personas, se dividieron en dos tipos:

- Áreas urbanas (localidades con 2 500 habitantes o más)

- Áreas rurales (localidades con menos de 2 500 personas)

Variable nominal dicotómica

PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis estadístico se procedió en fases consecutivas culminando con la realización de un análisis por regresión logística en el cual se controló por las variables que potencialmente tienen efecto confusor sobre las asociaciones observadas. Se siguieron los pasos que se describen a continuación:

1. *Descripción de la muestra:* permite sintetizar las características de la muestra estudiada describiéndola en términos de las variables sociodemográficas, características de consumo, dependencia y problemas relacionados. En el caso de las variables categóricas se obtuvieron sus frecuencias y proporciones respectivas. En el caso de las variables de tipo numérico se determinaron medidas de tendencia central –media, mediana, moda- y sus medidas de dispersión – desviación estándar-, así como la forma de su distribución. Se realizó la descripción para la muestra general de la encuesta, así como para la submuestra de bebedores que se obtuvo para la realización de este estudio.
2. *Análisis simple:* utilizado para obtener las medidas de comparación y asociación crudas entre las variables estudiadas y la variable dependiente. En el caso de las variables categóricas, se utilizó el estadístico Chi cuadrado para determinar la significancia de las diferencias entre las proporciones correspondientes a cada categoría. Para las variables numéricas, se usó la correlación no paramétrica de Spearman.
3. *Análisis multivariado:* se utilizó el análisis por regresión logística. A partir de los resultados obtenidos en el análisis bivariado, se seleccionaron aquellas variables que estadística y conceptualmente resultaron relevantes como covariables asociadas a la principal relación investigada en este estudio. El criterio de inclusión en el análisis logístico multivariado fue la magnitud y significancia de la asociación mostrada en el análisis simple, además de los aspectos conceptuales. Se utilizó como modelo inicial uno en el que estaban presentes las variables que en el análisis simple demostraron asociaciones con un valor p menor a 0.05 y se eliminaron en forma consecutiva aquellas que al correr el modelo obtuvieron valores p superiores a 0.05. Se mantuvieron en el modelo final todas las variables con un valor p menor a 0.05.

Todos los análisis realizados tomaron en cuenta el diseño muestral complejo de la encuesta. Por esta razón, todas las observaciones están ponderadas y la magnitud de la varianza toma en cuenta este diseño muestral.

Los datos fueron analizados en el programa SPSS versión 10.0 para Windows y STATA versión 8.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE LA ENA

Los resultados presentados en este estudio provienen de datos arrojados por la Encuesta Nacional de Adicciones llevada a cabo entre febrero y mayo de 2002 en población de 12 a 65 años.

La muestra total de la encuesta estuvo constituida por 11 252 personas, los cuales, por tratarse de un muestreo complejo, representan a 69 767 067 individuos. La tasa de no respuesta fue de 20%.

75.8% de la muestra habita en comunidades urbanas, 55% son mujeres y la edad promedio fue de 32 años, con una desviación estándar de 14.3. En el Cuadro I se presentan las características sociodemográficas de la muestra.

Cuadro I. Características sociodemográficas de la muestra total de la Encuesta (n= 69 767 067)		
Variables		Porcentaje
Género	Hombres	45
	Mujeres	55
Estado civil	Casados	46.3
	Solteros	39.3
	Otros	14.4
Escolaridad	Sin instrucción	7.5
	Básica	36.2
	Media	44.2
	Superior	12.1
Religión	Católica	88.7
	Otra	11.3
Seguro médico	Si	51.4
	No	48.5
Trabaja actualmente	Si	48.6
	No	51.4
Tipo de comunidad	Urbana	75.8
	Rural	24.2
Edad	Media: 32.2 Mediana: 30 DS: 14.38	

Ingreso mensual

(n= 30 773 357)
Media: 4038 pesos
Mediana: 2600 pesos
DS: 5970

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS BEBEDORES

Para los fines de este estudio, de la muestra total se seleccionó a los bebedores, los cuales fueron definidos como todos aquellos que reportaron haber consumido bebidas alcohólicas en el año previo a la encuesta. Los bebedores constituyen 46.3% de la población total encuestada, representando a poco más de 32 millones de personas. Los que reportaron no haber bebido nunca, o en el último año constituyen 53.7% de la muestra total.

En adelante, la descripción de la muestra y los análisis posteriores estarán basados exclusivamente en la muestra individuos bebedores.

59.3% de los bebedores eran hombres; la media de edad fue de 33.5 años con una desviación estándar de 13.1. 50.8% son casados y más de 90% de la muestra reportó profesar la religión católica. 5.3% de los bebedores no tiene instrucción y 18.2% tienen instrucción superior. 64.3% reportó trabajar al momento de la entrevista. 83.2% de los bebedores habitan en zonas urbanas y más de la mitad reportaron contar con algún tipo de aseguramiento médico (57.2%).

En lo que respecta al nivel de ingreso mensual reportado, la media del mismo se ubica alrededor de 4 500 pesos mexicanos y la mediana, en 3000 pesos mexicanos. El ingreso mínimo mensual reportado fue de 41 pesos y el máximo de 120 000. Con los valores de ingreso reportados se construyeron 5 grupos iguales (quintiles), a los fines de algunos análisis futuros. Estos resultados se describen en el Cuadro II.

**Cuadro II. Características sociodemográficas de los bebedores
(n= 32 315 760)**

Variables	Porcentajes
Género	Hombres 59.3
	Mujeres 40.7
Estado civil	Casados 50.8
	Solteros 34.7
	Otros 14.5
Escolaridad	Sin instrucción 5.3
	Básica 29
	Media 47.5
	Superior 18.2
Religión	Católica 93.2
	Otra 6.8

Seguro médico	Si	57.2
	No	42.8
Trabaja actualmente	Si	64.3
	No	35.7
Tipo de comunidad	Urbana	83.2
	Rural	16.8
Edad	Media: 33.5 Mediana: 32 DS: 13.07	
Ingreso mensual reportado	(n= 18 951 665) Media: 4547.22 pesos mexicanos Mediana: 3000 pesos mexicanos Desviación estándar: 6421.37	

La observación de los cuadros I y II permite afirmar que entre los bebedores es mayor la proporción de hombres, así como la proporción de personas casadas, católicos, y que habitan en comunidad urbana. De igual manera, entre los bebedores es mayor el promedio de edad, es mayor la proporción de los que cuentan con algún tipo de seguro médico y son más elevados los niveles de escolaridad y de ingreso.

CARACTERÍSTICAS DE LOS BEBEDORES EN CUANTO AL CONSUMO DE ALCOHOL

Más de la mitad de los bebedores (58.5%), consume alcohol con una *frecuencia* baja que va de menos de una vez al mes, y hasta menos de una vez por año. La proporción de personas que beben con mayor frecuencia va disminuyendo hasta llegar a poco más de 1% de bebedores que consumen alcohol diariamente.

Las diferencias entre los géneros son notables y estadísticamente significativas ($p < 0.001$) con frecuencias de consumo mucho más altas entre los hombres. Estos datos se observan en el Cuadro III.

Cuadro III. Frecuencia con la que tomó alcohol en el último año según género

Frecuencia con la que tomó alcohol en el último año	Hombres* (n= 19 177 913)	Mujeres* (n= 13 137 847)	Total (n= 32 315 760)
A diario o casi diario	2.6%	.5%	1.7%
3 - 4 veces a la semana	2.6%	.3%	1.6%
1 - 2 veces a la semana	16.8%	4.0%	11.6%
2 - 3 veces al mes	16.5%	6.6%	12.5%
Una vez al mes	16.6%	10.4%	14.1%

2 – 11 veces al año	33.6%	49.1%	39.9%
Una vez al año	10.6%	28.2%	17.8%
Menos de una vez al año	.7%	.9%	.8%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

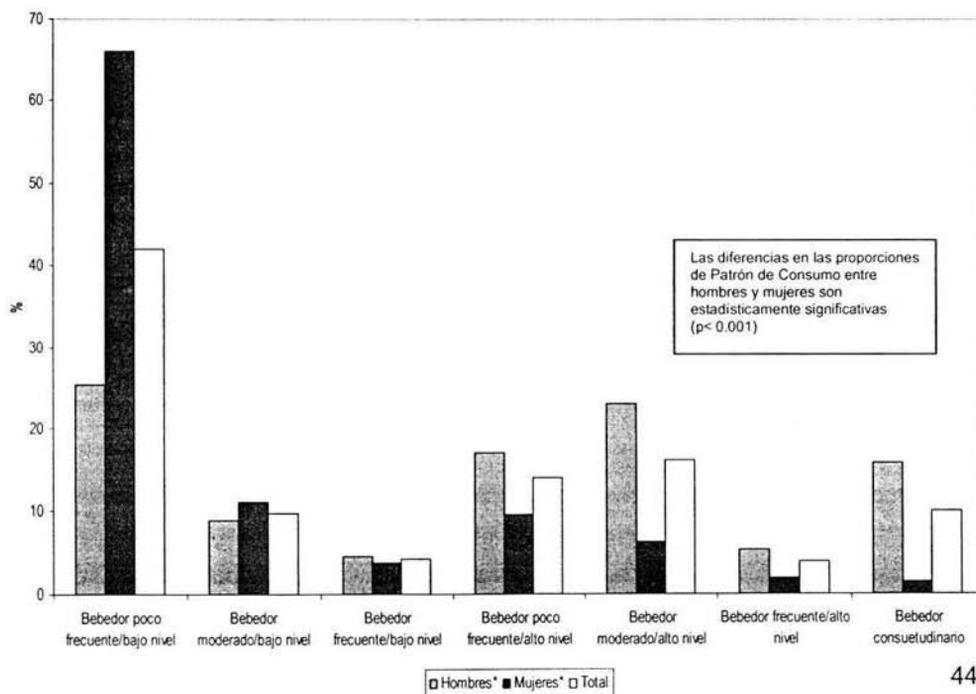
* Las diferencias en las proporciones de frecuencia de consumo en el último año entre hombres y mujeres son estadísticamente significativas ($p < 0.001$)

Una variable más compleja e indicativa de la modalidad de consumo de los bebedores es el *patrón de consumo*, la cual está compuesta por categorías de frecuencia e intensidad en cada ocasión de consumo. (Medina-Mora, 1993) La categorización de patrones de consumo derivados de este índice asume que una persona que bebe grandes cantidades de alcohol, aún en ocasiones esporádicas, tendrá más problemas que una persona que limita la cantidad a 1 o 2 copas, aunque, ésta última beba con más frecuencia. (Medina-Mora y Fleiz, 2003)

Por esta razón, y a fines de análisis en este trabajo, las categorías de consumo se ordenan desde el patrón de consumo más inocuo, "bebedor poco frecuente de bajo nivel", hasta llegar al más perjudicial, "bebedor frecuente consuetudinario".

Como se observa en las cifras presentadas en la Figura I, la mayor proporción de las personas que beben, consumen con poca frecuencia y en bajas cantidades (42%), tal como se ha señalado en la literatura sobre estudios poblacionales. (Medina-Mora y Fleiz, 2003)

Figura I. Porcentaje de la población por patrón de consumo según género



Si bien la mayor proporción de bebedores lo hace con un patrón de consumo de bajo riesgo (con poca o moderada frecuencia y con bajos niveles en cuanto a cantidad de consumo), 30% de los mismos consume con una frecuencia moderada o baja, pero de altos niveles en cuanto a la cantidad de consumo. Uno de cada diez bebedores (10%) consume en forma consuetudinaria.

Nuevamente las diferencias en el patrón de consumo entre hombres y mujeres son notables y estadísticamente significativas ($p < 0.001$), con patrones de consumo de riesgo más frecuentes entre los hombres. Estas diferencias son congruentes con los datos de patrones de consumo reportados en encuestas previas (SSA, 1990, 1994, 1998)

Otra variable indicativa de niveles de riesgo es el *mayor número de copas consumidas en un solo día o en una sola ocasión*, la cual arroja información sobre el consumo agudo, que puede tener consecuencias en el corto plazo en accidentes de vehículo de motor o de otro tipo, o en actos de violencia, que pueden ocasionar lesiones e incluso la muerte. (OMS, 2003)

De forma semejante a lo que se observa en las variables anteriormente reportadas, a medida que aumenta el número de copas consumidas en una ocasión de consumo, la proporción de bebedores disminuye. Así, poco menos de una tercera parte de los bebedores (32.5%) ha consumido sólo 1 o 2 copas y 23.7%, 3 a 4 copas en un día u ocasión. Este límite es importante, ya que es lo que se ha establecido en México como el umbral a partir del cual se incrementa sustancialmente la probabilidad de sufrir las consecuencias negativas mencionadas líneas arriba. (Medina-Mora, 2001)

Una importante proporción de bebedores (43.7%), toma más de cinco copas, incluyendo 3.4% que reportan haber bebido 24 o más copas en un solo día.

Las diferencias entre hombres y mujeres son estadísticamente significativas ($p < 0.001$). En tanto más de la mitad de ellas consumen con una intensidad de 1 o 2 copas, 61% de los hombres consumen 5 o más copas en una ocasión (Ver Cuadro IV).

Cuadro IV. Mayor número de copas que ha bebido en un día según género

Mayor número de copas que ha bebido en un día	Hombres* (n= 19 177 913)	Mujeres* (n= 13 137 847)	Total (n= 32 315 760)
24 o más copas en un solo día	5.0%	1.0%	3.4%
12 a 23 copas en un solo día	13.7%	.9%	8.5%
8 a 11 copas en un solo día	19.0%	4.9%	13.3%
5, 6 o 7 copas en un solo día	23.3%	11.6%	18.5%
3 ó 4 copas en un solo día	20.8%	28.0%	23.7%
1 ó 2 copas en un solo día	18.1%	53.6%	32.5%
No sabe	.0%	.0%	.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

* Las diferencias en las proporciones de mayor número de copas bebidas en un día entre hombres y mujeres son estadísticamente significativas ($p < 0.001$)

La información presentada sobre las modalidades o características de consumo entre los bebedores coincide con estudios poblacionales previos, donde se plantea que la forma de beber de los mexicanos responde a las características de consumo de las "culturas secas" las cuales se distinguen por el consumo esporádico aunque explosivo, es decir, de grandes cantidades por ocasión. (Medina-Mora y cols., 2002a)

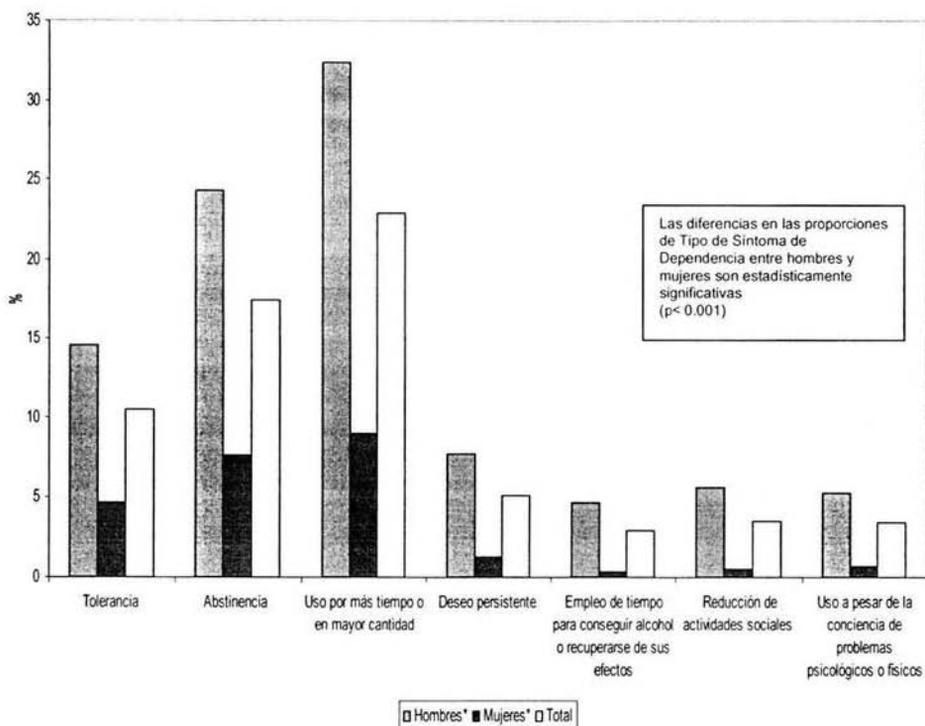
CARACTERÍSTICAS DE LOS BEBEDORES EN CUANTO AL SÍNDROME DE DEPENDENCIA

El síndrome de dependencia al alcohol se define como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de alcohol es la máxima prioridad para el individuo. La manifestación característica del síndrome es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir bebidas alcohólicas. (CIE-10, 1996) La presencia o ausencia del síndrome se evalúa a través de una serie de reactivos; cuando el individuo reporta por lo menos tres de ellos en los 12 meses previos a la encuesta, o de un modo continuo, es indicativo de dependencia.

La mayoría de los bebedores no presentan síndrome de dependencia al alcohol, sólo 8.8% presenta 3 o más síntomas, con lo cual se establece ya la presencia del síndrome. Del total de hombres, 13.5% presenta dependencia, en tanto, sólo 1.9% de las mujeres manifiestan el síndrome, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$)

También es posible considerar, de forma aislada, cada uno de los siete criterios a partir de los cuales se determina la presencia del síndrome de dependencia. La proporción de hombres con presencia de cualquiera de los síntomas es significativamente mayor de la proporción de mujeres ($p < 0.001$). Tanto en hombres como en mujeres, los síntomas de mayor frecuencia son el síntoma 3: uso por más tiempo o en mayor cantidad, el síntoma 2: abstinencia y el síntoma 1: tolerancia. Ver Figura II.

Figura II. Porcentaje de la población por tipo de sintoma de dependencia según género



La variable dependencia se encuentra significativamente asociada con algunas de las variables del marco conceptual, lo cual cobra importancia en los análisis multivariados que se presentan a continuación. El género está asociado a la dependencia de forma que es significativamente mayor la proporción de hombres dependientes, asimismo, es significativamente mayor la proporción de dependientes en comunidades rurales. Con respecto a la escolaridad y el ingreso mensual, a medida que aumenta el nivel de ambos, descende la proporción de dependientes. Finalmente, el patrón de consumo se asocia significativamente con la dependencia de manera que a medida que aumenta la frecuencia e intensidad del consumo, aumenta la proporción de dependientes.

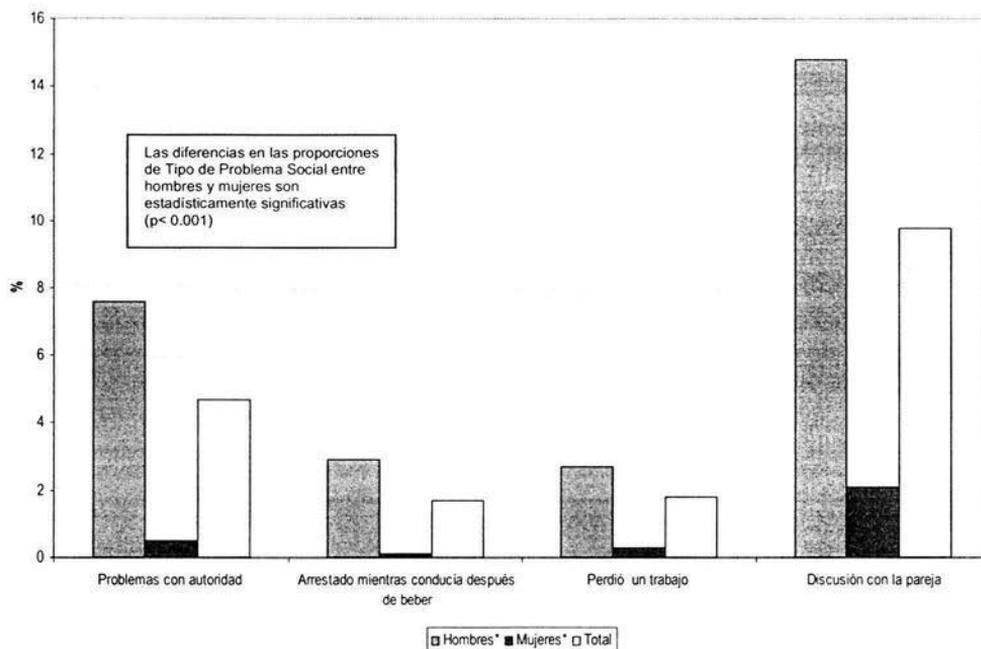
PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

Como se ha comentado ya en este estudio, el consumo de alcohol puede ocasionar problemas sociales, estos problemas representan fricciones del individuo con su entorno social, familiar y laboral. A su vez, en este estudio, consideramos que el reporte positivo de la presencia de alguno de estos problemas, implica la percepción de consecuencias adversas a causa del consumo, variable de fundamental importancia en la literatura.

Entre los problemas asociados al consumo que se analizan en este estudio, el haber comenzado una discusión con el o la compañero/a mientras bebía es el que se

presenta con mayor frecuencia, seguido de problemas con la autoridad, tanto en hombres como en mujeres. La frecuencia con que las mujeres reportan cualquier tipo de problema es significativamente menor que la de los hombres, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$) Esto se muestra en la Figura III.

Figura III. Porcentaje de la población por tipo de problema social según género



Vale la pena destacar que para el análisis de estas variables, no se contó con información sobre el total de la muestra. Para el caso de "problemas con la autoridad" y "arresto mientras conducía" se contó con una $n = 32\ 294\ 712$, lo cual significa que para un .1% de los casos, no se obtuvo la información. En el caso de las variables "pérdida del trabajo" y "discusión con la pareja", no se cuenta con información para un 10.6% y un 25.7% de la muestra, respectivamente. En estos últimos casos, una proporción de la información faltante (10.1% y 22.2%, respectivamente) corresponde a los sujetos que no trabajan y/o no tienen pareja.

DEMANDA DE ATENCIÓN Y TIPO DE SERVICIOS SOLICITADOS

Para determinar la demanda de servicios de atención, a todas aquellas personas que bebieron alcohol alguna vez en su vida, se les preguntó si durante el año anterior, habían solicitado ayuda a alguna institución o persona para consultar sobre problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas. También se indagó sobre el tipo de servicio o recurso al cual se solicitó la ayuda. Las posibles respuestas eran las siguientes:

(1) Hospital General o Centro Comunitario, (2) Hospital o Servicio Psiquiátrico, (3) Grupo de Atención Médica o Médico privado, (4) Padre o sacerdote, (5) Curandero, (6) Grupo de Alcohólicos Anónimos y (7) Otros.

En el marco de este estudio se consideró a las tres primeras opciones como parte del sistema formal de atención a la salud y a los tres últimos como el sistema informal o alternativo de atención, mereciendo los Grupos de Alcohólicos Anónimos, consideraciones especiales por su sistema de organización.

En consistencia con lo que se ha comentado en el marco teórico de este estudio, a pesar de que una importante proporción de la población presenta patrones de consumo de riesgo y habiendo casi 9% de la población con síndrome de dependencia, la demanda de atención presenta una frecuencia muy baja. Del total de bebedores, solo 1.4% (400009 personas) ha solicitado algún tipo de ayuda por sus problemas de consumo de alcohol durante el año anterior a la entrevista. El porcentaje de solicitantes de ayuda es más alto en los hombres ($p < 0.001$).

Del total de solicitudes de atención, la mayor proporción de personas ha solicitado ayuda en Grupos de Alcohólicos Anónimos así como en "otros" recursos de atención (43.4%). A estas instancias de atención le siguen, en frecuencia, aquellos que han solicitado ayuda a un curandero (12.7%) y a un sacerdote (11%). Llama la atención que del total de solicitudes de atención, sólo 9%, han solicitado ayuda en instancias de atención médica y que ninguna ha acudido a un hospital o servicio psiquiátrico.

Las proporciones de solicitud por parte de las mujeres en todos los tipos de servicios son menores siendo las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.001$). Ver cuadro V.

Cuadro V. Demanda de atención por tipo de servicio solicitado y género

Tipo de servicio solicitado	Hombres* (n= 19 177 913)	Mujeres* (n= 13 137 847)	Total (n= 32 315 760)
Hospital General o Centro Comunitario	.1%	.0%	.1%
Grupo de Atención Médica o Médico privado	.0%	.1%	.1%
Sacerdote	.3%	-	.2%
Curandero	.3%	.0%	.2%
Grupo Alcohólicos Anónimos	1%	.1%	.6%
Otros	1%	.1%	.6%

* Las diferencias en las proporciones de demanda de atención por tipo de servicio entre hombres y mujeres son estadísticamente significativas ($p < 0.001$)

RELACIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN CON VARIABLES SELECCIONADAS

En el cuadro VI se especifican los porcentajes de individuos que buscaron atención de acuerdo con diferentes variables analizadas. Para cada uno de los porcentajes se muestran los Intervalos de Confianza respectivos. Puede observarse que

en varios casos, los Intervalos de Confianza se traslapan, lo cual puede deberse a la alta variabilidad asociada al pequeño porcentaje de individuos que buscaron atención.

Es importante destacar, entre las variables analizadas, los altos porcentajes de búsqueda entre quienes perdieron su trabajo, así como la significativa diferencia entre hombres y mujeres.

Cuadro VI. Porcentaje de solicitantes de atención entre bebedores, según variables seleccionadas

		Porcentaje de solicitantes	Intervalo de Confianza 95%
Género	Hombre	2.1	1.51 - 2.95
	Mujer	0.2	0.11 - 0.63
Tipo de comunidad	Urbana	1.1	0.8 - 1.57
	Rural	2.5	1.26 - 5.08
Escolaridad	Sin instrucción	1.5	0.34 - 6.4
	Educación básica	1.7	1.14 - 2.66
	Educación media	1.4	0.87 - 2.37
	Educación superior	0.5	0.19 - 1.39
Ingreso mensual ¹	41.67 - 1600	2.7	1.56 - 4.63
	1601 - 2400	2.1	1.01 - 4.69
	2401 - 3500	1.6	0.71 - 3.78
	3501 - 6000	1.3	0.64 - 2.66
	6001 - 120 000	0.7	0.23 - 2.37
Patrón de consumo	Bebedor poco frecuente bajo	0.2	0.09 - 0.69
	Bebedor moderado bajo	0.3	0.07 - 1.82
	Bebedor frecuente bajo	2.3	0.68 - 7.9
	Bebedor poco frecuente alto	0.7	0.27 - 1.99
	Bebedor moderado alto	2.9	1.7 - 5.13
	Bebedor frecuente alto	2.3	0.48 - 10.86
	Bebedor consuetudinario	4.4	2.83 - 6.87
Dependencia	Sin dependencia	0.5	0.38 - 0.86
	Con dependencia	9.5	6.49 - 13.86
Problemas con la autoridad ²	Si	6.2	3.55 - 10.87
	No	1.1	0.77 - 1.63
Arrestado mientras consumía ³	Si	6.1	2.62 - 13.73
	No	1.2	0.92 - 1.78
Perdió un trabajo ⁴	Si	21.2	11.92 - 34.87
	No	1.1	0.75 - 1.64

Discusión con la pareja/ ⁵	Si	8.6	5.48 – 13.27
	No	0.8	0.52 - 1.22

/1 (n= 18 951 665)
/2 (n= 32 294 712)
/3 (n= 32 294 712)
/4 (n= 28 876 942)
/5 (n= 24 000 248)

En el cuadro VII se muestran las razones de momios para algunas variables que fueron seleccionadas para los análisis de asociación con la demanda de atención.

Cuadro VII. Variables asociadas con la Demanda de Atención

	OR	Intervalo de Confianza 95% para la Razón de Momios
Género/ ¹	8.02	3.20 – 20.05
Tipo de comunidad/ ²	2.30	1.04 – 5.10
Escolaridad/ ³	.72	0.52 – 1.01
Ingreso mensual/ ⁴	.75	0.59 – 0.95
Patrón de consumo/ ⁵	1.57	1.39 – 1.78
Dependencia	18.38	10.66 – 31.70
Problemas con la autoridad	5.90	2.87 – 12.13
Arrestado mientras consumía	5.05	1.97 – 12.92
Perdió un trabajo	23.93	10.50 – 54.55
Discusión con el/la esposo/a, compañero/a	11.69	6.07 – 22.52

/1 Categoría de referencia: mujeres

/2 Categoría de referencia: población urbana

/3 Evaluada como variable ordinal con las siguientes categorías: sin instrucción, educación básica, media y superior.

/4 Evaluada como variable ordinal con las siguientes categorías: (1) 41.6 – 1600, (2) 1601 – 2400, (3) 2401 – 3500, (4) 3501 – 6000 y (5) 6001 – 120000.

/5 Evaluada como variable ordinal

Siguiendo el marco teórico presentado para la comprensión de los factores asociados a la demanda, organizaremos los hallazgos, para su presentación, en factores predisponentes, habilitantes y propios de la necesidad. En este estudio, entre los factores predisponentes se analizaron el género, la edad, la religión, el estado civil, escolaridad y situación de trabajo actual. Los factores habilitantes que se estudiaron fueron el ingreso mensual, la condición de aseguramiento y el tipo de comunidad. Las variables relacionadas con la enfermedad que se analizaron en este estudio fueron el patrón de consumo, presentar síndrome de dependencia y los problemas sociales relacionados con el consumo. En este orden presentaremos los hallazgos.

FACTORES PREDISPONENTES Y DEMANDA DE ATENCIÓN

Entre los factores predisponentes que se analizaron, los que resultaron asociados con la demanda de atención fueron el género y la escolaridad. Del total de hombres bebedores 2.1% solicitaron algún tipo de ayuda, mientras que sólo 0.2% de las mujeres lo hicieron. Esta variable presenta una importante fuerza de asociación ya que los hombres tienen 8 veces más probabilidad de solicitar atención que las mujeres (IC 95% 3.20 – 20.05)

Con respecto a la escolaridad, la mayor proporción de solicitantes se concentra entre los que no tienen instrucción o tienen instrucción básica y media, con los siguientes porcentajes: 1.5, 1.7 y 1.4 respectivamente, mientras que de los que tienen educación superior, sólo solicitaron atención un 0.5%. En el análisis de las diferencias entre proporciones de búsqueda según nivel de escolaridad, esta variable presentó un valor de $p=0.28$; sin embargo, presenta una razón de momios de .72 (IC 95% 0.52 – 1.01) con una significancia estadística cerca del límite definido para este estudio ($p=0.058$).

FACTORES HABILITANTES Y DEMANDA DE ATENCIÓN

De los factores habilitantes analizados, la zona de residencia y el ingreso resultaron asociados con la demanda de atención. De los que habitan en zonas rurales, 2.5% solicitaron ayuda en alguno de los tipos de servicios que se indagaron, mientras que sólo 1.1% de los que habitan en zonas urbanas realizaron alguna solicitud. El valor de la medida de asociación fue de 2.30 (IC 95% 1.04 – 5.10), siendo los que habitan en zonas rurales los que tienen una mayor probabilidad de solicitar ayuda.

En lo que respecta al nivel de ingreso mensual, esta variable presenta un comportamiento similar a la variable escolaridad, ya que en el análisis de diferencias entre proporciones presenta un valor de $p=0.26$, sin embargo en el análisis de asociación presenta una razón de momios de 0.75 (IC 95% 0.52 – 1.01) estadísticamente significativa ($p=0.02$), siendo los de menor ingreso los que tienen mayor probabilidad de solicitar atención.

VARIABLES PROPIAS DE LA ENFERMEDAD (NECESIDAD) Y DEMANDA DE ATENCIÓN

Todas las variables relacionadas con la necesidad que se analizaron en este estudio resultaron significativamente asociadas a la demanda de atención.

La variable que presenta la mayor fuerza de asociación es la *pérdida del trabajo* como consecuencia de la forma de beber. 21.2% de los que han perdido un trabajo han solicitado ayuda en contraste con sólo un 1.1% de los que no reportan este problema. La fuerza de asociación de esta variable es importante, con una razón de momios de 23.93 (CI 95% 10.50 – 54.55).

En cuanto a la importancia de la fuerza de asociación, presentar *síndrome de dependencia* también estuvo fuertemente asociada a la demanda de atención, con una razón de momios de 18.38 (CI 95% 10.66 – 31.70).

Mientras que 9.5% de los que presentan el síndrome han solicitado alguna atención en alguno de los tipos de servicios, sólo 0.5% de los que no presentan dependencia lo hicieron.

Cabe la aclaración que la asociación de cada uno de los síntomas con la búsqueda de ayuda es diferenciada, pero estas asociaciones se mostrarán en el apartado de análisis multivariado.

En orden de importancia en cuanto a la fuerza de la asociación, le sigue el reporte de haber tenido *discusiones con la pareja*, los que reportaron este problema tienen 11 veces más probabilidad de realizar una demanda de atención (CI 95% 6.07 – 22.52). 8.6% de los que tuvieron discusiones realizaron una demanda de atención.

6.2% de los que tuvieron *problemas con la autoridad* han solicitado algún tipo de ayuda, en contraste con sólo 1.1% de los que no presentaron este problema. La fuerza de la asociación de esta variable con la demanda de atención fue de 5.99 (CI 95% 2.87 – 12.13) a favor de los que presentaron el problema.

De los que han sufrido algún *arresto ocasionado por el consumo* 6.2% solicitó ayuda. Éstos tienen 5.05 más probabilidades de solicitar ayuda que los que no han reportado este problema. (CI 95% 1.97 – 12.92)

Finalmente, en cuanto al *patrón de consumo*, de los que beben de tal forma que su consumo representa riesgo, 2.6% solicitó algún tipo de ayuda en comparación con 0.4% de los que no presentan patrones de consumo de riesgo. El valor de la fuerza de asociación considerando todas las categorías de consumo fue de 1.57 (CI 95% 1.39 – 1.78), siendo que, a medida que aumentan los niveles de patrón de consumo (de bebedores poco frecuentes de bajo nivel hasta bebedores consuetudinarios), aumenta la probabilidad de solicitar servicios.

Si consideramos sólo dos categorías de consumo, patrones de riesgo (los que bebieron 5 o más copas por ocasión de consumo con cualquier frecuencia) y patrones sin riesgo (los que bebieron menos de 5 copas por ocasión de consumo con cualquier frecuencia), la medida de asociación es de 5.99 (CI 95% 2.71 – 13.23), donde los que beben con patrones de consumo de riesgo tienen más probabilidades de solicitar servicios.

ANÁLISIS MULTIVARIADO

El análisis multivariado se efectuó con la incorporación de variables seleccionadas con base en consideraciones de orden teórico, en la fuerza de asociación y su significancia estadística en el análisis bivariado, y en la evaluación de las asociaciones (correlaciones internas) entre diversas variables.

Las variables que se incorporaron inicialmente en el análisis multivariado fueron las siguientes: género, ingreso mensual, escolaridad, tipo de comunidad donde se habita (rural o urbana), patrón de consumo, problemas con la autoridad, arresto mientras conducía, y haber perdido un trabajo como consecuencia de la forma de beber. Se optó por incorporar tanto ingreso como escolaridad, a pesar de que estas variables suelen estar correlacionadas; debido a que el valor de su correlación, de acuerdo a los datos de la encuesta analizada, fue de 0.5 (Rho de Spearman). Se decidió no incluir la variable "discusiones con la pareja" ya que estaba altamente correlacionada con la pérdida de trabajo con una razón de momios de 13.4 (IC 95% 6.15 - 29.19) y con el género, con una razón de momios de 7.94 (IC 95% 5.0 - 12.6), y éstas mostraban un mayor poder explicativo tanto estadística como conceptualmente.

De este primer modelo estudiado se decidió eliminar las variables “problemas con la autoridad” y “arresto mientras consumía”, ya que el nivel de significancia de estas variables se perdía claramente al evaluarlas en conjunto con otras variables. El valor p de problemas con la autoridad fue de 0.956 y el de arresto mientras conducía fue de 0.455, denotando que su asociación inicial con la probabilidad de búsqueda de ayuda en realidad es producto de la asociación de estas variables con otras de mayor poder explicativo.

En el modelo así definido, todas las variables mostraban interesantes valores de asociación (Cuadro VIII) con valores de significancia por abajo de 0.05, con excepción de la escolaridad, cuyo valor p era relativamente alto ($p=0.103$, IC 95%) para la razón de momios 1.61 (IC 95% 0.90 - 2.87) y el ingreso mensual, cuya fuerza de asociación era pobre y de significancia estadística marginal (IC95% para la razón de momios 0.99 - 1.00).

Cuadro VIII. Modelos multivariados asociados a la demanda de atención (1)

	Razón de momios (Exp. de B)	Valor p	Intervalo de confianza 95% para la razón de momios
Género	9.81	0.008	1.81 – 53.07
Escolaridad	1.61	0.103	.90 – 2.87
Tipo de comunidad	2.75	0.048	1.01 - 7.49
Perder el trabajo	16.37	0.000	6.21 - 43.10
Ingreso mensual	.99	0.055	.99 – 1
Patrón de consumo	1.44	0.000	1.17 - 1.78

Sin embargo, al incorporar al modelo la variable dependencia (medida como variable dicotómica), algunos coeficientes del modelo cambian y los niveles de significancia también. El principal cambio es la pérdida de significancia del patrón de consumo y la disminución en el valor de su razón de momios asociada (IC 95% 0.94 - 1.59). Un análisis de la asociación entre estas dos variables muestra que el patrón de consumo y la presencia de dependencia al alcohol están fuertemente asociadas, con un incremento casi del 100% (OR= 1.92, $p>0.001$) en la probabilidad de padecer dependencia por cada nivel de incremento en el patrón de consumo. (Cuadro IX)

Cuadro IX. Modelos multivariados asociados a la demanda de atención (2)

	Razón de momios (Exp. de B)	Valor p	Intervalo de confianza 95% para la razón de momios
Género	7.30	0.019	1.39 - 38.22
Escolaridad	1.71	0.046	1.00 - 2.92
Tipo de comunidad	2.71	0.047	1.01 - 7.23
Perder el trabajo	6.07	0.001	2.19 - 16.80
Ingreso mensual	.99	0.056	.99 – 1
Patrón de consumo	1.22	0.127	.94 - 1.59
Dependencia	8.07	0.000	3.39 - 19.19

Se realizó una prueba adicional del modelo tomando en cuenta esta asociación y el hecho de que el ingreso mostraba una razón de momios muy débil, con pobre significancia estadística y que, por lo tanto, no mejoraba sustancialmente la capacidad explicativa del modelo. Consideraciones adicionales fueron el hecho de que sólo se contaba con información sobre ingreso para 3 355 observaciones, con lo que se perdía

mucha información, sumado al conocimiento de que el ingreso suele estar incorrectamente cuantificado cuando se mide mediante autoreporte.

Cuadro X. Modelos multivariados asociados a la demanda de atención (3)

	Razón de momios (Exp. de B)	Valor p	Intervalo de confianza 95% para la razón de momios
Género	2.85	0.030	1.10 - 7.37
Escolaridad	1.22	0.355	.79 - 1.87
Tipo de comunidad	1.74	0.248	.67 - 4.48
Perder el trabajo	4.77	0.001	1.89 - 12.03
Dependencia	10.36	0.000	5.67 - 18.92

Al evaluar el modelo multivariado así planteado (Cuadro X), se observa que la incorporación de la variable de dependencia afecta los coeficientes y la significancia de las variables de escolaridad y de tipo de comunidad. Es posible identificarse la razón de este efecto: la dependencia al alcohol es notablemente más frecuente en las áreas rurales (13% en comunidades rurales y 7.9% en comunidades urbanas) por lo que la asociación de la variable "tipo de comunidad" seguramente está confundida por la variable dependencia. En el caso de la escolaridad se presenta el mismo fenómeno: la dependencia al alcohol muestra una tendencia descendente muy clara conforme se incrementa el nivel de escolaridad.

Así, una primera propuesta para el modelo final (**Modelo A**) incorporaría las variables género, dependencia y haber perdido el trabajo por la bebida. Estas variables, con sus respectivas razones de momios, se muestran en el Cuadro XI e indican que independientemente de la presencia de dependencia al alcohol, los hombres tienen una probabilidad equivalente a tres veces la probabilidad de las mujeres de buscar ayuda por su consumo de alcohol, y que el hecho de perder el trabajo también es una variable fuertemente asociada a la búsqueda de ayuda, aún cuando se controle el efecto de la dependencia y del género. La probabilidad de buscar ayuda cuando se sufre dependencia al alcohol, por su parte, es 10 veces más alta que cuando no se tiene, independientemente del género y de la pérdida del trabajo.

Cuadro XI. MODELO A

	Razón de momios (Exp. de B)	Valor p	Intervalo de confianza 95% para la razón de momios
Género	2.93	0.028	1.12 - 7.66
Perder el trabajo	4.27	0.002	1.69 - 10.79
Dependencia	10.16	0.000	5.45 - 18.94

Una limitante del **Modelo A** es que al medirse con una variable dicotómica simplifica en demasía la compleja realidad de la dependencia al etanol. Por esta razón, se procedió a investigar otros modelos multivariados en los cuales se desagregó la variable dependencia para poder evaluar el efecto individual de cada una de los síntomas de dependencia sobre la probabilidad de buscar ayuda.

Al analizar cada uno de los síntomas en un modelo multivariado se evidenció que el síntoma 1 (Tolerancia) y el síntoma 6 (Reducción de actividades sociales para

conseguir alcohol o recuperarse de sus efectos) no tenían significancia estadística y que incluso mostraban razones de momios negativas, lo que insinuaba un posible efecto contrario a la probabilidad de buscar ayuda. La variable con mayor fuerza estadística para explicar la búsqueda de ayuda fue el síntoma 3 (Uso por más tiempo o en mayor cantidad) (IC 95% 4.3 - 20.9) Después de varias pruebas, se llegó a la conclusión de que las variables de dependencia que mejor explicaban la búsqueda de ayuda eran el síntoma 3 (Uso por más tiempo o en mayor cantidad), el síntoma 4 (Deseo persistente) y el síntoma 7 (Uso continuado a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos). Los valores de cada una de estas variables se muestran en el cuadro XII.

Cuadro XII. MODELO B

	Razón de momios (Exp. de B)	Valor p	Intervalo de confianza 95% para la razón de momios
Uso por más tiempo o en mayor cantidad (Síntoma 3)	11.01	0.000	5.21 - 23.26
Deseo persistente (Síntoma 4)	3.85	0.002	1.63 - 9.09
Uso continuado a pesar de tener conciencia de problemas (Síntoma 7)	2.41	0.038	1.05 - 5.53
Perder el trabajo	2.84	0.039	1.05 - 7.68

De hecho, al incorporar estas variables a un análisis junto con la variable género y la variable perder el trabajo, se encontró que la significancia del género se perdía, muy probablemente debido a que las variables de dependencia son más frecuentes en los hombres y por lo tanto pueden ser el fenómeno subyacente a las diferencias entre hombres y mujeres. Así, un segundo modelo para explicar las diferencias en la búsqueda de ayuda es el **Modelo B** el cual contiene a los tres síntomas ya mencionados y haber perdido el trabajo como consecuencia de la bebida. Debe resaltarse en este modelo la muy fuerte asociación (IC 95% 5.2 - 23.3) del síntoma 3.

DISCUSIÓN

El objetivo primordial de la sociedad organizada en el sistema de atención, es responder a las necesidades de salud de la población traducidas en la demanda de servicios. Sin embargo, y aquí el enorme reto para los sistemas de salud, la necesidad no siempre se traduce en demanda y ésta no siempre se satisface.

La utilización de servicios de salud es un proceso dinámico en el cual interactúan factores de diversos tipos. Responde a condicionantes individuales, cognitivos y emocionales, sociales, culturales, así como de los servicios de salud.

El consumo de bebidas alcohólicas es una práctica que ha acompañado a nuestras sociedades bajo diferentes representaciones, desde el uso ritual o ceremonial en los pueblos prehispánicos, como bebida que acompaña a la recreación, como símbolo de entrada en la adultez; hasta el uso perjudicial que ocasiona graves consecuencias que requieren atención en servicios especializados.

El alcoholismo entendido como una enfermedad, es un acontecimiento relativamente nuevo y en grandes sectores profesionales y de la sociedad en su conjunto es aún percibido como una conducta despreciable moralmente o que denota debilidad de la voluntad. A pesar de los avances en la investigación de este problema de salud, aún no se ha superado cabalmente la concepción moralista que impone, como alternativa de recuperación, castigos y verdaderas pruebas a la voluntad de las personas que lo padecen. En este contexto social y cultural, las necesidades, su traducción en la demanda y la provisión de los servicios de atención, adquieren características particulares.

Los temas que se someten a discusión en este estudio se organizan en diferentes apartados. En primer lugar, abordaremos lo relacionado con la magnitud del uso de servicios; posteriormente consideraremos los factores predisponentes, habilitantes y los factores propios de la necesidad de atención asociados con la demanda. Transversal al planteamiento de los hallazgos en estos aspectos y en total relación con ellos, plantearémos un panorama general de la organización de servicios en materia de alcohol (clasificados en servicios formales e informales de atención) y las implicaciones para la política de atención y, específicamente, para la planeación de servicios orientados a la población con problemas relacionados con su forma de beber.

LA MAGNITUD DEL USO DE LOS SERVICIOS

Si se consideran las consecuencias del consumo riesgoso o excesivo de alcohol en la salud del individuo y en su entorno familiar y social, es relevante la muy baja frecuencia de demanda de atención por parte de la población de bebedores, inclusive de aquellos que presentan dependencia y problemas relacionados. Este dato es consistente en la literatura sobre el tema, tanto en México como a nivel internacional. (Room, 1989, Weisner y cols. 1995, Wu y cols. 2003, Smart y cols. 1980, Ogborne y DeWit, 1999, Hingson y cols. 1982, Medina-Mora y cols., 2002a)

Esta consistencia en la información disponible es una de las motivaciones para la realización de este estudio, en el cual se observa que sólo 1.4% del total de bebedores ha solicitado algún tipo de ayuda por sus problemas de consumo de alcohol durante el año previo a la realización de la encuesta. Es más significativa aún, la baja frecuencia de demanda si consideramos que, incluso entre quienes presentan dependencia, sólo el 9.6% ha realizado alguna solicitud de atención.

Este primer aspecto, al igual que todos los que se plantearán a lo largo de este apartado, está relacionado tanto con factores individuales y sociales, insertos en un orden cultural, como con la organización y características específicas de la oferta de servicios de atención.

Culturalmente, el consumo de alcohol es una práctica generalizada y aceptada en la sociedad mexicana que, inclusive, es valorada en algunos contextos como una expresión de hombría o de adultez entre los adolescentes. (Medina-Mora y cols., 2002a) El consumo de alcohol se produce en el marco cultural donde las personas crecen y como tal, si los patrones de la cultura aceptan e impulsan el consumo, adquiere el estatus de una práctica regular. Esta legitimación del beber, e inclusive de beber en grandes cantidades o en ocasiones que implican peligro para las personas, impide la percepción del consumo como un problema de salud. No obstante esto, el consumo de alcohol en exceso, y las graves consecuencias que puede provocar, representa un problema de salud pública de primer orden con altos costos emocionales, familiares, sociales y económicos tanto para el individuo y la familia, como para el sistema de atención.

Como consecuencia del vacío en las alternativas de atención de esta población, entre otros factores; han proliferado organizaciones de la sociedad civil, tal es el caso de los Grupos de Alcohólicos Anónimos, así como otras prácticas, como es el ejemplo de la intervención religiosa para hacer frente a este problema de salud pública. Por su parte, el estado no ha diseñado una política unificada de atención y en las diferentes instituciones del Sector Salud casi no hay facilidades para el tratamiento de los alcohólicos. (Campillo y cols. 2001) Aunado al fenómeno de regularización del consumo fuerte en la sociedad, el sistema de atención médica no ha tomado debidamente en cuenta los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol. (de la Fuente y Kershenobich, 1992)

Un hallazgo de nuestro estudio es que la oferta de atención de servicios informales acapara la mayor proporción de solicitudes de atención. Consistente con estudios nacionales e internacionales (Solís y Medina-Mora, 1994, Kaskutas y cols. 1997, Weisner y cols., 1995), al considerar la demanda según el tipo de servicio solicitado, se observa que las preferencias se orientan a los grupos de Alcohólicos Anónimos, o sea, en una instancia no médica de provisión de servicios.

Lamentablemente, el bajo porcentaje de solicitudes de ayuda no nos permite hacer análisis específicos por tipo de servicios, pero cuando se describen las frecuencias, se observa que en el año anterior a la realización de la encuesta hay personas que solicitaron ayuda en más de una de las opciones planteadas y las opciones de atención médica son las que tienen menores porcentajes de solicitud. Este hallazgo puede estar relacionado con lo ya planteado en estudios sobre trastornos afectivos en población rural, donde se ha argumentado que la escasa utilización de servicios se relaciona con la incompatibilidad entre las interpretaciones que los pacientes y los médicos asignan al trastorno, sumado al desconocimiento que las personas tienen de las estrategias de intervención profesional. Ambos sistemas de interpretación se enmarcan en contextos culturales diferentes. (Salgado y col. 1999)

La no concepción de este fenómeno como un problema de salud (como lo plantea la psiquiatría moderna) y la escasa oferta, en términos de disponibilidad y accesibilidad, de servicios del sector salud, pueden funcionar como obstáculos a la utilización de las instancias profesionales de atención.

Dentro de la provisión de servicios, la organización de la oferta de los Grupos de Alcohólicos Anónimos, merece especial atención, tanto por la magnitud de la demanda -

43% en nuestro estudio- como por la disponibilidad y accesibilidad a los mismos; seguramente estos aspectos están íntimamente relacionados.

Los grupos de AA son coadyuvantes del Sistema Nacional de Salud en México para la atención del alcoholismo. Esta organización, por sus características de autonomía organizacional y financiera, se ha mantenido en una posición independiente de los sectores institucionales públicos y privados (Rosovsky y Leyva, 1990).

La proliferación de estos servicios ha sido notable a partir de la década de los 60, probablemente ante la insuficiencia de servicios de atención en el sector formal, la resistencia de los profesionales de la salud para atender a los alcohólicos y la carencia, en muchos casos, de pericia médica para contender con el problema de alcoholismo entre sus usuarios. Es relevante el dato que, después de Estados Unidos y Canadá, México es el país con más grupos registrados en el mundo. AA se encuentra en todo el país, tanto en zonas urbanas como rurales. Funcionan además grupos en lenguas indígenas, en cárceles y en hospitales. (Rosovsky, 1998, Campillo y cols. 2001).

Cabe mencionar también que, desde mediados de la década de los 70, funciona una corriente cuyas prácticas, si bien se originan en los grupos de AA, se han apartado de las tradiciones y principios aceptados. Esta corriente se denomina Grupos de 24 horas y ofrecen internamiento en albergues llamados "anexos".

La extendida red de grupos de AA en México, en contraposición con la escasa oferta de los servicios formales de atención médica, la tradición de estos grupos en el país, el conocimiento de los mismos que se tiene en todos los grupos poblacionales y las facilidades de acceso, pueden ser factores determinantes de las preferencias de utilización.

LOS FACTORES PREDISPONENTES Y HABILITANTES

De acuerdo con los resultados de este trabajo, los hombres tienen una probabilidad más de dos veces mayor que las mujeres de buscar atención por sus problemas con el alcohol. Esta variable es la única de los factores predisponentes que se han analizado en este estudio, que mostró asociación con la demanda de atención.

El estudio de las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a sus características de consumo, tipos de problemas relacionados, así como de las barreras o facilitadores del ingreso a tratamiento, ha merecido mucha atención en la literatura nacional e internacional. Desafortunadamente, en este estudio, el porcentaje de mujeres solicitantes de servicios es muy bajo, lo cual no nos ha permitido realizar análisis específicos. Sin embargo, esto puede ser objeto de estudios futuros para poner a prueba una serie de reflexiones que aquí plantearemos.

Consistentemente con lo demostrado en los estudios anteriores, en nuestros resultados también se observa que las proporciones de hombres que beben con alta frecuencia, con patrones de consumo de riesgo, que presentan dependencia y que tienen problemas sociales derivados de su modalidad de consumo son más altas que las correspondientes en las mujeres. Estudios previos han mostrado que el consumo de bebidas alcohólicas en México es una práctica característica de la población masculina, siendo muy importante el porcentaje de mujeres abstemias o que beben con muy baja frecuencia y en pocas cantidades. (Medina-Mora y cols., 2002a)

Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2002 muestran la misma tendencia, ya que entre los tres principales trastornos de los

hombres figuran la dependencia y el abuso de alcohol, mientras que en las mujeres los principales trastornos son de tipo afectivo. (Medina-Mora y cols. 2003) Este dato ha sido relacionado con las pautas socialmente establecidas, según roles de género para hombres y mujeres, donde el ser mujer y beber en exceso contradice el patrón cultural tradicional de una "buena madre" o una "buena esposa". (Rosovsky y cols., 1991)

En primera instancia, la mayor proporción de hombres que consumen en grandes cantidades, con elevada frecuencia y que tienen problemas derivados, pudiera explicar el hecho de que la proporción de hombres que solicitan atención es superior a la de las mujeres. Sin embargo, los análisis multivariados explorados mostraron que el género mantiene su asociación con la demanda aún cuando se controlan los efectos de la dependencia y de haber perdido un trabajo. Los modelos multivariados indican que aun controlando por estas variables, los hombres tienen casi tres veces más probabilidades de realizar una solicitud. Este dato muestra total coherencia con los estudios nacionales e internacionales que han mostrado que, aún tomando en cuenta las diferencias entre los géneros con respecto a la prevalencia de problemas relacionados con el consumo, las mujeres utilizan con menor frecuencia los servicios. (Beckman y Amaro, 1985, Beckman y Kocel, 1982, Weisner y cols. 1995, Thom, 1986, Room, 1989, Wu y cols. 2003, Kaskutas y cols. 1997, Solís y Medina-Mora, 1994) Estudios realizados en México en instituciones de salud de consulta externa mostraron que, mientras que las mujeres buscan ayuda profesional fundamentalmente por presentar trastornos neuropsiquiátricos, emocionales (Padilla y Peláez, 1985) y neurosis, los hombres acuden, fundamentalmente, por problemas de alcoholismo y farmacodependencia. (Caraveo y cols. 1997)

Entre los factores explicativos de este hallazgo se han identificado barreras de tipo cultural, familiar, e inclusive de los mismos servicios de atención, para el acceso de las mujeres a los mismos.

Por empezar, se ha documentado que el alcoholismo es menos tolerado en la mujer, y por lo tanto existe una fuerte estigmatización. Una conspiración de silencio dentro de las familias "protege" a las mujeres alcohólicas. Las mujeres se retraen a sus hogares o a la soledad para consumir. Por un lado, la no visibilidad hace que enfrenten menos consecuencias sociales, pero, por el otro, provoca que para las mujeres sea mucho más difícil la aceptación del problema y, por lo tanto, hay una mayor tendencia a ocultarlo y negarlo. Lo mismo ocurre dentro de su entorno familiar y las redes sociales más cercanas. (Thom, 1984, 1986, Pérez López y cols. 1992)

Paradójicamente se ha documentado que las mujeres perciben que los tratamientos para alcohólicos son más efectivos en comparación con la percepción de los hombres y están más favorablemente inclinadas hacia los trabajadores de la salud y los servicios. (Beckman y Amaro, 1985) Sin embargo esto no parece tener un peso importante en comparación con las barreras de acceso que ellas enfrentan.

Al fenómeno de la estigmatización del consumo entre la mujeres se suma las responsabilidades familiares, sobre todo con respecto al cuidado de los hijos, lo cual se ha reportado como un obstáculo muy importante para que la mujeres soliciten un servicio. (Beckman y Amaro, 1985)

También los factores socioeconómicos pueden actuar como barreras de acceso en las mujeres, ya que éstas suelen tener menores niveles de ingreso que los hombres, lo cual se agrava bajo la consideración de que las mujeres consumidoras, suelen estar separadas, divorciadas, viudas o vivir en unión libre, lo que provoca que cuenten con menos apoyo familiar y económico que los hombres. (Pérez-López y cols. 1992)

Con respecto a otros factores personales, las mujeres alcohólicas suelen tener un bajo concepto de sí mismas y una más baja autoestima en comparación con los hombres.

Tienen además, mayores probabilidades de tener un desorden afectivo primario y depresión, previo al abuso de alcohol. (Beckman y Amaro, 1985)

Finalmente, las barreras tienen vinculación con la organización de los servicios especializados. En general, las modalidades de tratamiento no se han adecuado a las necesidades específicas de las mujeres. También interviene la composición del equipo terapéutico, la distribución geográfica, y otros factores como el costo. (Thom, 1984, Solís y Medina-Mora, 1994, Beckman y Kocel, 1982)

No obstante esta última información, la proliferación de Grupos de Alcohólicos Anónimos en México sirve actualmente como un espacio al que las mujeres han accedido paulatinamente. En la ciudad de México las mujeres representan el 9% de la membresía de AA e incluso en algunos grupos se hacen juntas especiales una vez por semana a la que sólo acuden mujeres. (Rosovsky y cols. 1991)

Claramente este tema merece de un estudio específico acerca de los facilitadores y las barreras que enfrentan las mujeres para el ingreso a algún tipo de intervención, lo cual escapa a los objetivos de este estudio.

Los bajos porcentajes de ingreso de mujeres a tratamiento tiene implicaciones para la salud pública y la planeación de servicios de vital importancia.

Debido a factores biológicos, psicológicos y socioculturales, las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad a los efectos del alcohol. Esta vulnerabilidad está relacionada con mayores niveles de rechazo en la sociedad hacia el consumo de las mujeres, como ya ha sido expuesto, así como al equipo biológico femenino. Las mujeres tienen más riesgo de desarrollar diferentes tipos de problemas de salud a dosis más bajas y con menor tiempo de exposición. También las mujeres presentan más altas tasas de comorbilidad psiquiátrica que incluye depresión, ansiedad y problemas afectivos. (Medina-Mora, 2002b)

A pesar de las variaciones por género en cuanto a las prácticas de consumo y necesidades específicas de atención, la investigación social y de salud se ha dirigido hacia las prácticas y problemas de consumo entre los hombres; y las alternativas de prevención y tratamiento se han desarrollado sin considerar las especificidades del consumo y sus riesgos en la mujer, ni de sus necesidades de tratamiento. (Medina-Mora, 2002b)

La evidencia en cuanto a la gravedad de los problemas sugiere la urgencia de promover programas de tratamiento diseñados para atender las necesidades específicas de las mujeres como son la comorbilidad psiquiátrica y las alteraciones emocionales y físicas derivadas de su mayor vulnerabilidad, así como la atención a su salud reproductiva y la orientación en el cuidado de los hijos. Estos programas deben incluir detección de mujeres con problemas, tomando en cuenta las barreras para el acceso a los servicios. De igual forma, en los estudios poblacionales los instrumentos deberían adecuarse para la investigación de los problemas específicos de las mujeres, para detectar con precisión la distribución y magnitud de los mismos. La información diferenciada para hombres y mujeres brindará herramientas más específicas para el diseño e implantación de programas preventivos y terapéuticos.

Otras variables que mostraron asociación en los análisis bivariados, pero no ingresaron en los modelos explicativos finales son la escolaridad, el ingreso mensual reportado y el tipo de comunidad donde habitan las personas.

Con respecto al tipo de comunidad, cabe hacer la consideración de que, al igual que ocurre con el género, es mayor el nivel de consumo y de dependencia en las comunidades rurales que en comunidades urbanas. Si bien no se han realizado estudios

con cobertura nacional que incluyera comunidades rurales, un antecedente lo constituye el estudio realizado por Calderón y cols. en 1981 en dos comunidades del sur de la Ciudad de México, una urbana y otra rural, en el cual, consistentemente con los hallazgos de este estudio, los niveles de consumo son superiores en la comunidad rural. Este dato explica el hecho de que sea mayor el porcentaje de demanda en comunidades rurales. Otros estudios que se han realizado en áreas rurales son, en algunos casos, descripciones de ceremoniales y rituales en el procesamiento de bebidas alcohólicas, o de tipo antropológico, para conocer el contexto social en el que se produce el consumo. En estos estudios se ha considerado comunidades específicas en algunos estados de la república y no se han enfocado a precisar la magnitud del problema. Algunos resultados indican que el consumo de alcohol es una actividad legitimizada por la cultura, que comienza a edades muy tempranas en ambos géneros, con mucha tolerancia hacia la embriaguez en los hombres. Sumado a esto se conoce que los jóvenes del área rural están incorporando cada vez más pautas culturales urbanas en cuanto a cantidad, frecuencia, así como tipos de bebida. (Natera, 1987)

Por su parte, la escolaridad, el nivel de ingreso y la condición de aseguramiento suelen ser factores asociados al uso de servicios. En la Encuesta Nacional de Salud 2000 se observa que entre los factores asociados a la falta de atención en servicios de salud, tanto ambulatorios como hospitalarios, figuran los ingresos económicos bajos en el hogar, no estar afiliado a la seguridad social, y no contar con instrucción educativa.

En cambio, la literatura en materia de consumo de alcohol y uso de servicios no ha mostrado hallazgos consistentes en este sentido, más bien, se ha demostrado que al analizar el conjunto de variables de tipo sociodemográfico y las propias del consumo y los problemas relacionados, aquellas pierden su significancia.

En nuestro estudio, la condición de aseguramiento no mostró asociación alguna con la demanda, mientras que el análisis bivariado de la escolaridad y el ingreso mensual reportado mostraron asociaciones que llevaron a incluirlas en los modelos multivariados subsecuentes. Los resultados del análisis simple indicaban que tanto el ingreso como la escolaridad (las cuales mostraban una correlación moderada entre ellas) se asociaban de manera negativa con la probabilidad de búsqueda. Sin embargo, los resultados de los análisis multivariados sugieren que la asociación de estas variables está confundida a su vez, por una fuerte asociación de los niveles de dependencia para cada uno de los niveles de ingreso y escolaridad estudiados; de tal forma que a medida que el nivel de escolaridad e ingreso mensual ascienden, disminuye la proporción de dependientes.

LA NECESIDAD DE ATENCIÓN

Los análisis bivariados de las variables de necesidad (enfermedad): patrón de consumo, dependencia y problemas sociales relacionados, se mostraron asociadas con la demanda de atención, razón por la cual fueron incluidas en los modelos multivariados subsecuentes.

Sin embargo los resultados del análisis multivariado sugiere que la asociación de algunas de estas variables está confundida por el efecto de otras con mayor poder explicativo. Este es el caso de haber tenido problemas con la autoridad y haber sido arrestado mientras consumía bajo los efectos del alcohol. Ambas variables están fuertemente relacionadas con el patrón de consumo, de forma que a medida que el mismo aumenta, aumenta la proporción de los que presentaron estos problemas.

Como se expresa en el capítulo de resultados, cuando se introduce la variable dependencia, el patrón de consumo pierde su significancia estadística al hallarse confundida por el efecto de ésta última.

En los estudios analizados, de forma contraria a lo que ocurre con la presencia de consecuencias adversas tanto en la salud como en ámbitos sociales e interpersonales, las cuales aparecen como los predictores de mayor poder en la literatura; la dependencia no ha mostrado esta primacía, más bien, en algunos estudios, ha mostrado ser un predictor de menor importancia en comparación con las consecuencias negativas. (Weisner y cols. 1995)

Sin embargo, en este estudio, la dependencia se encuentra fuertemente asociada con la demanda de atención, aún controlando por el efecto de otras variables. La dependencia forma parte del primer modelo presentado (Modelo A) y confirma la hipótesis de este estudio (ante la presencia de dependencia, mayor probabilidad de realizar una demanda).

Otra variable que después de ser controlada por el género y la dependencia se mantiene en el modelo como un importante predictor es haber perdido el trabajo por la bebida, lo cual confirma estudios previos en cuanto a que la presencia de problemas sociales relacionados son buenos predictores de la búsqueda de atención. Se ha reportado que los hombres que presentan problemas sociales, como perder el trabajo, tienen mayor probabilidad de buscar atención en comparación con las mujeres en quienes, los problemas de tipo afectivo o familiares son de mayor peso. (Beckman y Amaro, 1985)

En este estudio, ser hombre está significativamente asociado a perder un trabajo como consecuencia de la bebida. La presencia de esta última variable en el modelo, nos hace pensar que este factor puede estar funcionando como un detonante o una "señal de acción" para la búsqueda de servicios, ya que se trata de un evento muy sensible en el funcionamiento de las personas, sobre todo en los hombres, quienes en mayor medida llevan el peso de la economía familiar.

En la literatura sobre el uso de servicios se ha destacado el hecho de que la sola presencia de la necesidad no desemboca de forma directa en una demanda de atención, sino que, la percepción de la gravedad de la enfermedad, es un proceso necesario para recurrir por ayuda.

En este estudio, el reporte positivo de presentar los problemas que se indican nos sugiere que existe una percepción de la gravedad de la enfermedad que no ha podido ser resuelta de forma individual o a través de otros recursos.

Por otra parte, haber perdido el trabajo y tener discusiones con la pareja están fuertemente asociadas (OR 13.40; CI 95% 6.15 - 29.9) y si bien no conocemos cómo interactúan ambos factores en una relación causal, puede inferirse que la pérdida del trabajo podría desencadenar problemas familiares los cuales, a su vez, ejercerían una presión adicional para el ingreso a tratamiento.

Interesantes hallazgos se producen cuando desglosamos la variable dependencia y analizamos la contribución de cada uno de los síntomas para explicar la demanda de atención. Medina-Mora (1993), documenta que los síntomas de dependencia pueden seguir tendencias diferentes entre sí. Por esta razón es recomendable estudiarlos por separado más que reportar solamente medidas agregadas en el diagnóstico de dependencia.

El primer efecto que se observa al introducir los síntomas de forma separada es que se pierde el efecto del género para explicar la búsqueda de atención. Muy

probablemente, la asociación entre g y demanda de atención se halla confundida por el efecto de los siguientes síntomas de dependencia: uso por más tiempo o en mayor cantidad (síntoma 3), deseo persistente (síntoma 4) y continuar con el consumo a pesar de reconocer la presencia de problemas psicológicos o físicos (síntoma 7). Es destacable que la variable "pérdida del trabajo" se mantiene en el modelo con una importante fuerza de asociación aún controlando por los criterios de dependencia ya mencionados.

Llama de atención que síntomas como, presentar síndrome de abstinencia y tolerancia, no funcionan como predictores de la búsqueda. Probablemente, las personas que padecen de abstinencia han recurrido a mecanismos eficaces de alivio y por lo tanto, no representa un problema de difícil solución que requiera de atención en servicios especializados. Por su parte, la tolerancia puede estar funcionando como algo positivo, ya que se pueden consumir mayores cantidades con menores efectos inmediatos.

PRINCIPALES IMPLICACIONES PARA LA PLANEACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los esfuerzos por asistir a las personas que tienen problemas con su forma de beber han sido importantes si se consideran las estrategias terapéuticas de principios del siglo XIX, donde la opción de tratamiento era la reclusión en los hospitales psiquiátricos con muy precarias condiciones para los enfermos. Si bien es cierto que a partir de la segunda mitad del siglo XX comienzan a gestarse nuevas tecnologías para el tratamiento integral, mucho resta aún para alcanzar un sistema de atención con suficiente cobertura y calidad en los servicios.

Con base en los hallazgos de este estudio es posible plantear algunas consideraciones útiles para la orientación de las políticas en salud, específicamente en materia de prestación de servicios. El conocimiento de la magnitud y de los factores asociados con la demanda en materia de consumo de alcohol es útil para enfocar de manera más eficaz la planeación de servicios contrarrestando la tradición de enfoques paliativos en la cual la oferta de servicios de atención profesional ha sido escasa y desorganizada.

De los resultados a los que se ha arribado en este estudio, dos grandes hallazgos serán motivo de este apartado, por sus implicaciones para el diseño de acciones.

El primero de ellos, un punto muy discutido ya en la literatura nacional, en el cual nuestros hallazgos muestran consistencia, es con respecto a los bajos niveles de la demanda de atención, agudizado en el caso de las mujeres; fundamentalmente si consideramos solamente a los grupos de consumidores con patrones riesgosos, dependencia y problemas sociales relacionados.

En segundo lugar, el conocimiento de que las personas que acceden a algún tipo de servicio de atención son aquellas con niveles importantes de gravedad relacionados, como es el caso de la presencia del síndrome de dependencia y problemas sociales, lo cual conlleva importantes costos económicos para el individuo, la familia y para los servicios de atención.

Estos hallazgos sugieren la necesidad de enfocar las acciones orientadas a sensibilizar no sólo a los bebedores que ya presentan dependencia, sino también las dirigidas a los sectores de bebedores que aún sin problemas graves relacionados pueden progresar hacia fases más avanzadas de la enfermedad, incluso hasta niveles de incapacidad. Con respecto a esto último, es conocido que las personas, ante el cuestionamiento del médico en la consulta, minimizan las cantidades y ocasiones de

consumo, e incluso llegan a negar el mismo, lo cual obstaculiza una valoración precisa por parte del médico acerca de los daños asociados que puedan estar presentes.

Hacia una cultura de la moderación de los niveles de consumo, o bien del consumo en situaciones que no implican un riesgo inmediato, deben orientarse los programas. Un gran reto en este sentido es quitarle la carga moral al alcoholismo, para que el mismo sea percibido como una enfermedad que puede ser tratada de forma eficaz.

En cuanto a los profesionales médicos, las acciones deben abocarse a la detección oportuna de los bebedores excesivos a través de herramientas relativamente sencillas, rápidas y de bajo costo, que permitan identificar, con cierto grado de seguridad a los sujetos con riesgo y, en caso necesario, realizar una referencia a servicios especializados. En este sentido, las acciones deben enfocarse a la sensibilización y capacitación de los médicos en los primeros niveles de atención a los fines de evitar el agravamiento de la enfermedad.

Adicionalmente, de fundamental importancia en este esquema de atención es el diseño organizado y accesible de alternativas eficaces de tratamiento para las personas con grados avanzados en cuanto a gravedad, considerando las necesidades específicas de las mujeres.

Estos hallazgos indican la necesidad de la sensibilización tanto en la población como en los profesionales de la salud, de que el consumo de alcohol en exceso y con presencia de consecuencias adversas, es un problema de salud que requiere ser detectado y tratado por los servicios de salud. No se debe soslayar en la organización de la oferta, el apoyo en alternativas que han mostrado su eficacia y penetración en amplios sectores de la población, como son los grupos de AA y la opción de la religión.

PRINCIPALES LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y RECOMENDACIONES PARA ESTUDIOS POSTERIORES

La principal limitación de este estudio es que la información proviene de una encuesta poblacional con objetivos diferentes a los perseguidos en nuestra investigación. Esto tiene consecuencias metodológicas de diversa índole:

- La primera limitación metodológica consiste en la pequeña proporción de solicitantes, fundamentalmente de mujeres, lo cual no permitió realizar análisis diferenciados por género. De igual manera, la baja proporción de personas que solicitaron ayuda, no permitió realizar análisis diferenciados según el tipo de servicio escogido. Esto último sería de gran importancia para el diseño de políticas si se considera la fuerte penetración que tienen entre los bebedores, los servicios alternativos de atención.
- Debido al diseño del cuestionario, no se han podido analizar una serie de aspectos de interés como por ejemplo, la latencia de ingreso a tratamiento, la historia de tratamientos y satisfacción de los usuarios con los mismos, la continuidad en el uso de los servicios y los caminos de la búsqueda de atención, entre otros.
- Todas las variables que se investigan en la encuesta son evaluadas mediante autorreporte, lo cual puede disminuir la confiabilidad de los datos. En estos casos, el sesgo de memoria puede distorsionar los datos reportados sobre edad de inicio, o aparición de problemas. También es parte del sesgo del autorreporte, la distorsión de la información que se otorga con respecto a los patrones de consumo, el cual tiende a minimizarse e inclusive a negarse por la estigmatización social a la cual ya se ha hecho mención. Esta es una limitación propia de los estudios poblacionales, ya que por razones económicas y de tiempo no es posible obtener confirmaciones biológicas.
- Una limitación derivada de las carencias metodológicas del estudio es que sólo se conoce la solicitud de búsqueda en el último año y no se conoce si hubo continuidad en esta solicitud. Probablemente esta solicitud de ayuda fue por única vez, con lo cual sería delicado hablar de un efectivo acceso a los servicios.

Ante estas limitaciones metodológicas se proponen una serie de recomendaciones para estudios subsiguientes.

- Una recomendación al respecto sería la elaboración de un estudio diseñado específicamente para la investigación de los factores asociados a la demanda de atención entre bebedores. Este estudio debería combinar estrategias cuantitativas y cualitativas de investigación. Para ello debería realizarse un diseño que sólo incluyera bebedores calculando el tamaño de la muestra según las prevalencias de demanda de atención en estudios previos. Esto último nos permitirá contar con una muestra considerable para la realización de los análisis estadísticos necesarios. Una opción de interés sería la realización de estudios de casos y controles, tomando como casos a personas que actualmente asisten a los grupos de AA, o que están en servicios ambulatorios profesionales como el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) o la Clínica para la Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol (CAPRA)
- Un estudio específicamente diseñado para el análisis del uso de servicios y sus principales factores determinantes entre bebedores, debería indagar acerca de la edad de inicio en el consumo de alcohol y, cuando sea el caso, la edad en que ha aumentado los niveles de consumo o han aparecido los primeros problemas

relacionados. Esta información sería de gran utilidad para conocer la latencia de ingreso a tratamiento, es decir, cuanto tiempo transcurre desde que se perciben problemas relacionados con el consumo, hasta el ingreso a tratamiento, si es que éste último, se produce.

- Por otro lado, se debería investigar, además de los problemas sociales, un grupo de problemas que son más comunes entre las mujeres, como son los problemas afectivos (depresión, ansiedad), familiares y de salud (embarazo, climaterio, ciclos hormonales). Esto permitiría obtener información específica sobre los detonantes de la demanda entre las mujeres.
- La sección de búsqueda de ayuda debería completarse para indagar sobre la historia de utilización de servicios, incluyendo las redes informales de atención (familia, sacerdote, amigos). Se debería indagar acerca de los primeros contactos que hace una persona para consultar o comentar sobre los problemas de consumo y cuales han sido, en el caso que así sea, los caminos de la búsqueda de atención. De igual forma deberían investigarse aspectos no sólo de ingreso a tratamiento, sino de continuidad y satisfacción con los servicios de atención recibidos.
- Otro aspecto de interés, sería investigar acerca de la creencias de los bebedores sobre los niveles de efectividad de los servicios que se otorgan. Probablemente, este factor tenga un peso importante para explicar el ingreso a tratamiento.
- Finalmente se debería profundizar sobre los aspectos cognitivos del proceso de búsqueda de ayuda, percepción de la presencia y gravedad de los problemas de consumo, así como de factores que pueden funcionar como detonantes de la demanda de atención. Con información de esta naturaleza se podría someter a prueba la hipótesis -planteada y confirmada en algunos de los estudios revisados- de que la percepción de la gravedad de los problemas es un factor mediador entre los efectos de las variables de "necesidad" (presentar síntomas de dependencia y haber tenido periodos de intoxicación) y la búsqueda de atención.
- Una exhaustiva investigación sobre la organización de la oferta de servicios, disponibilidad de éstos, y aspectos de accesibilidad (distribución geográfica, costos, tiempos de espera, composición del equipo terapéutico, esquemas de admisión), completaría un estudio amplio y exhaustivo sobre este tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Aday, LA. y Andersen (1974) Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica". *Health Services Research* 9(3) 208-220
- Andersen R y Newman J. (1973) Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund. Quarterly Journal.* 51:95-124.
- Andersen, RM. (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of Health and Social Behavior.* Vol. 36 (March):1-10.
- Beckman L y Amaro H. (1985). Personal and social difficulties faced by women and men entering alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol.* Vol. 47(2) 135-145.
- Beckman L y Kocel, K. (1982) The treatment-delivery system and alcohol abuse in women: social policy implications. *Journal of Social Issues.* Vol. 38(2) 139-151.
- Berenzon , S y Medina–Mora, ME (2002) Servicios y recursos de atención a la salud mental de la mujer. En *La Salud Mental de las Mujeres Mexicanas.* Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman, S.A. México.
- Calderón G, Campillo Serrano C y Suárez C: (1981). Respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el alcohol. OMS, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Publicación interna.
- Campillo Serrano, C., Díaz Martínez, R y Romero Mendoza, M. (2001) La responsabilidad del médico en el tratamiento del enfermo alcohólico. Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas. Ed. *El Manual Moderno.* México DF.
- Caraveo J, Martínez N, Rivera B, Polo A. (1997) Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. *Salud Mental,* 20 suplemento julio, 15-23.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Adicciones, Dirección General de Epidemiología e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2003) Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol y otras drogas. Resumen ejecutivo.
- De la Fuente JR y Kershenovich (1992) El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* Vol. 35, No 2 Abril-Junio, 47-51.
- Donabedian, A. (1987) Cándido en el país de la investigación en servicios de salud. *Salud Pública de México* 29(6): 520-530.
- Donabedian, A. (1988) Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- Finney J y Moos, R. (1995) Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction.* 90, 1223-1240.
- Frenk, J. (1985) El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México* 27(5): 438-453.
- Frenk, J. (1993). La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. *La Ciencia desde México/133.* Fondo de Cultura Económica. México, D.F.
- George A y Tucker J. (1996) Help-seeking for alcohol-related problems: social contexts surrounding entry into alcoholism treatment or alcoholics anonymous. *Journal of Studies on Alcohol.* 57:449-457.

- Hajema, K, Knibbe, R y Drop, M. (1999). Social resources and alcohol-related losses as predictors of help seeking among male problem drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 60, 120-129.
- Hingson R, Mangione T, Meyers A y Scotch N. (1982). Seeking help for drinking problems. A study in the Boston Metropolitan area. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 43(3). 273-288.
- Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud. (2000) Encuesta Nacional de Salud (ENSA)
- Kaskutas LA, Weisner C y Caetano, R. (1997). Predictors of health seeking among a longitudinal sample of the general population, 1984-1992. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 58 155-161.
- Mariño, M.C., Medina-Mora, M.E., Velásquez, J.E. y De la Fuente, J.R. (1997) utilización de servicios en una muestra de alcohólicos mexicanos. *Salud Mental*. (20) Suplemento de julio. 24-31.
- Mechanic, D. (1978). Sociocultural and social-psychological factors affecting personal responses to psychological disorder. *Journal of Health and Social Behavior*. 6, 393-404.
- Medina-Mora, ME. y Terroba, G. (1980). Relación entre patrones de consumo de alcohol y problemas relacionados: Evaluación de su operacionalización. Reporte interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- Medina-Mora. ME. (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 para obtener el grado de Doctor en Psicología Social. México. D.F.
- Medina-Mora, ME (2001) El consumo del alcohol: estimaciones basadas en el autoreporte y comparaciones internacionales. En Cuadernos FISAC. Noviembre 2001. Año 2 Vol. 1 Número 011.
- Medina-Mora, ME, Natera G y Borges G. (2002a) Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones. México.
- Medina-Mora, ME (2002b) La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México. En *La Salud Mental de las Mujeres Mexicanas*. Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman, S.A. México.
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L y Aguilar-Gaxiola S. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol 26(4) 1-16.
- Medina-Mora M. E. y Fleiz C. (2003) Alcoholismo. Documento en prensa.
- Natera, G (1987) El consumo de alcohol en zonas rurales de México. *Salud Mental* Vol. 10, No. 4. 59-66.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (2000). 10th Especial Report to the US Congress on Alcohol & Health.
- Ogborne, A. y DeWit, D. (1999). Lifetime use of professional and community services for help with drinking: results from a Canadian population survey. *Journal of Studies on Alcohol*. 60: 867-872.

- Organización Mundial de la Salud. (1996). Décima revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria.
- Organización Mundial de la Salud. (2003) Internacional Guide for Monitoring Alcohol Consumption and related Harm. Department of Mental Health and Substance Dependence. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster.
- Pabón Lasso, H. (1985) Evaluación de los servicios de salud. Conceptos, Indicadores, Ejemplos de Análisis Cuantitativo y Cualitativo. Modelo PRIDES. Universidad del Valle. Facultad de Salud. Departamento de Medicina Social. Cali. Colombia.
- Padilla P, Peláez O. (1985) Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental*, 8 (3): 66-72.
- Pérez-López, C, González L, Rosovsky H y Casanova L. (1992) La mujer en los grupos de Alcohólicos Anónimos. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. Reseña de la VII Reunión de Investigación.
- Pineault R y Daveluy C. (1995) La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Editorial Masson.
- Room R. (1989). The U.S. general population's experiences of responding to alcohol problems. *British Journal of Addiction*. 84, 1291-1304.
- Rosenstock, I. (1966). Por qué la gente utiliza los servicios de salud. *The Milbank Memorial Fund. Quarterly Journal*. 44(2): 94-127.
- Rosovsky, H y Leyva G. (1990) Movimiento de Alcohólicos Anónimos en México. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. Reseña de la V Reunión de Investigación.
- Rosovsky, H, Casanova L y Pérez C. (1991) Las características de los grupos y de los miembros de Alcohólicos Anónimos. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. Reseña de la VI Reunión de Investigación.
- Rosovsky, H. (1998) Alcohólicos Anónimos. En Medina-Mora ME, Echeverría L (Eds) *Beber de Tierra Generosa*, libro 2. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México (ed) Fundación de Investigaciones Sociales. A.C. Editores. 218-233
- Salgado de Snyder, N y Díaz-Pérez, MJ. (1999). Los trastornos afectivos en población rural. *Salud Mental*, Número especial.
- Salgado de Snyder, N, Díaz-Pérez, MJ y González-Vázquez, T. (2003). Modelo de integración de recursos para la atención a la salud mental en la población rural de México. *Salud Pública de México*. Vol. 45, No. 1, enero-febrero, 19-26.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría. (1990, 1994, 1998) Encuesta Nacional de Adicciones.
- Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, En Prensa.
- Smart. RG, Gilliens, M, Brown, G y Blair NL. (1980) A survey of alcohol-related problems and their treatment. *Canadian Journal Psychiat*. 25, 220-227.
- Solís, L. y Medina-Mora M.E. (1994). La utilización de servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas. Resultados de dos encuestas nacionales. *Salud Mental*. (17) 1. 7-10.

- Solís, L. y Cordero M. (1999) El uso de servicios y las recaídas de los pacientes alcohólicos en tratamiento. Resultados de un seguimiento telefónico. *Salud Mental* (22) 2. 1-6.
- Suchman, E. (1965). Etapas de la enfermedad y de la atención médica. *Journal of Health and Human Behavior*. 6:114-128.
- Thom, B. (1984). A process approach to women's use of alcohol services. *British Journal of Addiction*. 79, 377-382.
- Thom, B. (1986). Sex differences in help-seeking for alcohol problems. The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction*. 81, 777-788.
- Tucker J y Gladsjo JA. (1993). Help-seeking and recovery by problem drinkers: characteristics of drinkers who attended alcoholics anonymous or formal treatment or who recovered without assistance. *Addictive Behaviors*, 18, 529-542.
- Tucker, J. (1995) Predictors of help-seeking And the temporal relationship of help to recovery among treated and untreated recovered problem drinkers. *Addiction*. 90, 805-809.
- Weisner, C. (1990). The role of alcohol-related problematic events in treatment entry. *Drug and Alcohol Dependence*. 26, 93-102.
- Weisner, C. (1993). Toward an alcohol treatment entry model: a comparison of problem drinkers in the general population and in treatment. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*. Vol 17(4) 746-752.
- Weisner, C, Greenfield, T y Room, R. (1995) Trends in the treatment of alcohol problems in the US general population, 1979 through 1990. *American Journal of Public Health*. Vol. 85(1) 55-60.
- Wu, LT, Ringwalt, C y Williams, C. (2003) Use of substance abuse treatment services by persons with mental health and substance use problems. *Psychiatric Services*. Vol. 54(3) 363-369.
- Zabicky G y Solís L. (2000) El juramento: maniobra no médica, coadyuvante en el manejo de los sujetos con consumo patológico de etanol en México. Aproximación inicial. *Salud Mental* Vol. 23 No. 4. 22- 27.