

El médico general frente al bebedor problema

Carlos Campillo S.*
Rosa Díaz Martínez**
Martha Romero**
Paula Padilla**

Summary

This paper gives the prevalence figures of alcoholic problems that the general practitioner in Mexico has to face, based in investigations carried out at the Mexican Institute of Psychiatry (IMP), and discusses the role that the general practitioner could play in the secondary prevention of problems related to alcohol consumption. It also gives some brief information about research project that is being coordinated by the World Health Organization (WHO) in eleven countries, in which Mexico is also participating through the IMP.

During many years the IMP has developed epidemiological surveys to find out the prevalence of psychiatric disorders in the medical general practice. Investigations in different populations have been carried out, including different sociocultural groups, like the ones attending health centers of the Ministry of Health (SSA), familiar units of the Mexican Institute of Social Security (IMSS) and a private general hospital, Hospital Español: the health centers give care services to the lowest economic class, the family units of the IMSS, to the working class, and the private hospital, to the middle, high middle and high social classes.

These investigations follow the English classic epidemiological design, which is divided into two stages. In the first one, a self-applicable questionnaire was used as screening procedure to identify psychiatric cases. In the second stage, the presence of psychiatric cases was confirmed, and a diagnosis was established according to the WHO illness classification. In the first stage, Goldberg's General Health Questionnaire was used, and in the second, an structured psychiatric interview from the same author. Both instruments were elaborated in England but were adapted and validated in our country before using them in our studies. The global figures that were found for the prevalence of the disorders, are the following: 49.8% in the SSA, 40.4% in the IMSS and 33.2% in the general hospital. The differences in its results and in its meaning are discussed in this paper.

From these data, the prevalence of the problems related to alcohol consumption was estimated. The figures found have two origins. The first ones correspond to a preliminar appre-

ciation, in which only the primary diagnostics were considered as cases, and sexes were not discriminated: a global number for both men and women was presented. The result was that prevalence numbers were very low, for the alcohol dependence syndrome varied from 0.2% to 1.7%. Therefore, the second appreciation included all diagnostics, both primary and secondary, and the female population was excluded due to the fact that its prevalence numbers were very low.

The calculations were made just from the male population. Results were as follows: 19.5% in the SSA, 3.8% in the IMSS and 2.6% in the Hospital Español.

According to other investigations, figures remain low due to the survey design, since its specific purpose is not that of finding alcoholic cases exclusively. Nevertheless, the importance of the surveys consists not only in the calculation of the real prevalence data, but in the fact that the cases of alcoholism it can identify are usually masked by serious psychiatric symptomatology, and the fact that these surveys are directed to a population in risk of having alcoholic problems, such as the one with emotional alterations.

This may be observed when the percentage of people with problems related to alcohol consumption among those who suffer psychiatric disorders, is calculated. Results were as follows: 36% in the SSA; 7.7% in the IMSS and 13.7% in the Hospital Español.

The results of these studies agree with previous ones, which point out that the prevalence of problems related to alcohol consumption in the medical general practice is very high. Moreover, it has been demonstrated that the general practitioner can be an efficient agent in this treatment. Recent investigations have shown that brief and simple therapeutic interventions, easily compatible with the daily work of the general practitioner, give encouraging results. For this reason, the WHO designed an investigation to evaluate these procedures in eleven countries, in the secondary prevention care, in which the main role is performed by the general practitioner. At present data is being collected for this investigation.

Resumen

En este artículo se presentan las cifras de prevalencia de los problemas de alcoholismo a los que se enfrenta el médico general en México. Estas cifras se basan en las investigaciones que se han llevado a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). Posteriormente se comenta el papel que el médico general puede desempeñar en la prevención secundaria de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Por último, se informa brevemente sobre un proyecto de

* Asesor de Proyectos de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del IMP. Jefe del Departamento de Psiquiatría del Hospital Español.

** Investigadoras de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del IMP. Calz. México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D. F.

investigación que la Organización Mundial de la Salud (OMS) está coordinando en once países y en el cual participa México, por intermedio del IMP.

Desde hace varios años, el IMP realiza estudios epidemiológicos para conocer la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la práctica médica general. Los ha efectuado en diversos medios que abarcan diferentes contextos socioculturales, como son los centros de salud de la Secretaría del mismo nombre (SSA), las unidades familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y un hospital general privado, el Hospital Español; los primeros atienden a la población económicamente más desamparada; los del IMSS, a obreros y trabajadores asalariados, y el último, a personas de las clases sociales media, media alta y alta.

Los estudios han seguido el clásico diseño epidemiológico inglés, que se divide en dos etapas. La primera emplea como procedimiento de tamizaje (*screening*) o de identificación de los casos psiquiátricos, un cuestionario autoaplicable. La segunda consiste en confirmar la existencia de los casos psiquiátricos y en establecer un diagnóstico de acuerdo con la clasificación de enfermedades de la OMS. En la primera etapa se utilizó el Cuestionario General de Salud de Goldberg y en la segunda, una entrevista psiquiátrica estructurada del mismo autor. Los dos instrumentos se elaboraron en Inglaterra, pero fueron adaptados y validados en nuestro país antes de utilizarse en los estudios. Las cifras globales de la prevalencia de los trastornos que se encontraron, fueron las siguientes: el 49.8% en la SSA, el 40.4% en el IMSS y el 33.2% en el hospital general. La diferencia de los resultados y su significado se discuten en el texto.

A partir de estos estudios se calculó la prevalencia de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Las cifras encontradas tienen dos orígenes. Las primeras corresponden a una apreciación preliminar, en la cual sólo se consignaron como caso los diagnósticos primarios y no se dividieron los sexos: se consigna una cifra global tanto para hombres como para mujeres. El resultado fue que las cifras de prevalencia fueron muy bajas; en el síndrome de dependencia al alcohol variaron del 0.2% al 1.7%. Por tal motivo, en la segunda apreciación se incluyeron todos los diagnósticos, tanto primarios como secundarios y además se excluyó a la población femenina, debido a lo bajo de sus cifras de prevalencia. El cálculo se hizo exclusivamente con los varones. Los resultados fueron los siguientes: 19.5% en la SSA, 3.8% en el IMSS y 3.6 en el Hospital Español.

De acuerdo con otros estudios, las cifras siguen siendo bajas debido al diseño de la encuesta, pues no se trata de un estudio cuyo propósito sea localizar casos de alcoholismo exclusivamente. Sin embargo, la importancia de estas encuestas no radica en calcular con precisión las cifras reales de prevalencia, sino en el hecho de que los casos de alcoholismo que logra identificar están enmascarados casi siempre por sintomatología psiquiátrica y de que se trata de casos bastante graves, además de que están dirigidas a una población con alto riesgo de tener problemas por el alcohol, como es la de los enfermos con alteraciones emocionales. Esta última situación se observa cuando se calcula la proporción de los individuos que tienen problemas asociados con el consumo de alcohol, entre aquellos que resultaron sufrir alteraciones psiquiátricas. Los resultados fueron los siguientes: 36% para la SSA, 7.7% para el IMSS y 13.7% para el Hospital Español.

La conclusión de estos estudios coincide con los resultados de otros, en el sentido de que la prevalencia de los problemas asociados con el consumo de alcohol en la práctica médica general, es muy alta. Además se ha demostrado que el médico general resulta un agente eficaz en su tratamiento. Las investigaciones recientes han mostrado que las intervenciones terapéuticas breves, sencillas y perfectamente compatibles con el quehacer cotidiano del médico general, dan resultados alentadores. Por tal motivo, la OMS diseñó una investigación que valore y evalúe estos procedimientos en once países. Se trata de una estrategia de prevención secundaria en la cual el médico general desempeña el papel principal. Actualmente la investigación se encuentra en la fase de recolección de datos.

Introducción

El médico general es uno de los profesionistas que mejor puede prevenir los problemas relacionados con el consumo de alcohol, ya que durante su práctica diaria se enfrenta constantemente a ellos. Diversas encuestas han mostrado que el médico general puede ser un agente terapéutico eficaz para combatir el alcoholismo (7, 15). En México, las investigaciones recientes (2, 14) han mostrado que la gente lo considera como la persona idónea para manejar este tipo de problemas. Sin embargo, sus posibilidades no han sido aprovechadas adecuadamente debido, entre otros factores, a que la importancia de su papel aún no queda establecida entre un amplio grupo de la población, a que no hay cifras epidemiológicas exactas acerca de la magnitud de estos problemas, a que su labor no se ha ubicado dentro del contexto de un programa preventivo global, y a que no se han señalado con precisión las acciones que es capaz de realizar.

En el presente trabajo se dan a conocer las cifras de prevalencia de los problemas relacionados con el alcohol dentro de la práctica médica general, de acuerdo fundamentalmente, en el caso de México, con investigaciones que se han llevado a cabo en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). Posteriormente se sitúa la labor del médico general dentro del contexto de un programa preventivo global. A continuación se justifica su papel como agente terapéutico y, por último, se informa brevemente sobre el proyecto de investigación multinacional que, bajo la coordinación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), está llevando a cabo el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP).

Epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol en la práctica médica general

En el número de diciembre de "Salud Mental", la Mtra. Medina-Mora (19) comenta las investigaciones epidemiológicas que se han realizado en nuestro país. A pesar de que las estrategias metodológicas de los estudios no son las mismas, algunos resultados coinciden, permitiendo establecer, con cierto grado de certeza, una panorámica esquemática de la forma en que se consume el alcohol en México. La diferencia entre hombres y mujeres es grande; alrededor del 80% de los hombres bebe alcohol, mientras que de las mujeres, sólo el 45% lo hace. De los varones bebedores, el 10% tiene problemas originados por su forma de beber; de las mujeres, sólo el 3%. Generalmente la forma de beber se reduce a ocasiones especiales, por lo que se bebe con poca frecuencia (son pocas las personas que beben diariamente), pero cuando beben ingieren grandes cantidades, por lo que son frecuentes los episodios de embriaguez. Por esta manera de beber, los problemas más comunes relacionados con el alcohol son agudos, y se asocian principalmente con la ebriedad, como accidentes, violencia e intoxicaciones. El lugar en donde más se bebe es el hogar y este hecho, sumado a la evidencia de que los hombres beben casi siempre en compañía masculina, excluyen-

do a la mujer, hace que las repercusiones en la familia sean de consecuencias graves (3).

Estas cifras se refieren especialmente a encuestas efectuadas en la comunidad y en población abierta y, como es sabido, el panorama de la epidemiología cambia dependiendo de la población que se estudie. No son los mismos enfermos los que se encuentran en un hospital, en un servicio de consulta externa o en la comunidad; incluso hay diferencias importantes dentro de los mismos hospitales; los pacientes de un hospital privado son diferentes de los de uno del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social), y éstos, de los de uno de la SSA (Secretaría de Salud). En el campo del alcohol la regla se cumple con rigor; el bebedor varía dependiendo del sitio en donde se localiza. En la práctica médica general, la población que consulta es cerrada, ya que se somete a un proceso de auto-selección. Se trata de personas que sufren de dolencias principalmente físicas, para las cuales buscan alivio. Aunque algunas de estas dolencias están en relación con su manera de beber, tanto los pacientes como sus médicos evitan verlo así. Generalmente los problemas causados por el alcohol no están muy definidos aún, porque apenas empiezan, y con frecuencia se ocultan tras los trastornos somáticos.

En México no se han hecho investigaciones que estudien específicamente los problemas sobre el alcoholismo en la práctica médica general. Sin embargo, es posible obtener una imagen aproximada de ellos, a partir de una serie de encuestas epidemiológicas sobre los trastornos psiquiátricos en la práctica médica general, que han sido realizadas por el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Si se toman en cuenta los resultados de estas encuestas, interpretados de manera que puedan superarse sus limitaciones, se considerarán otros estudios llevados a cabo en México, en diversos hospitales generales y servicios de especialización, se hacen comparaciones con los resultados de las encuestas en población abierta y, por último, se relacionan con los resultados de investigaciones efectuadas sobre el particular en la práctica médica general de otros países, se podría llegar a tener una idea bastante aproximada de esta problemática en México.

En los últimos años el IMP, a través de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, llevó a cabo diferentes estudios de epidemiología psiquiátrica en el campo de la práctica médica general (4, 17, 23). Se incluyeron sitios de las más variadas condiciones socioculturales, como son la consulta externa general del Hospital Español de la Ciudad de México, un centro de salud de la SSA y una clínica de medicina general del IMSS. En todos los casos se siguió la misma metodología, aplicada con el máximo rigor y cuidado. Las características de las poblaciones ya han sido descritas (9, 24).

Se utilizó el clásico modelo epidemiológico inglés, que consta de dos etapas: en la primera se localizan los casos probables mediante un cuestionario autoaplicable, y en la segunda se confirman y diagnostican por medio de una entrevista psiquiátrica semiestructurada (25). Se usó el Cuestionario General de Salud, diseñado originalmente en Inglaterra (11), en versión traducida al español y adaptada a la población mexicana.

Después se validó, se sometió a las pruebas de confiabilidad y se establecieron sus índices de sensibilidad y especificidad (18). Se utilizó la entrevista psiquiátrica estructurada de Goldberg (12), también hecha en Inglaterra, e igualmente adaptada a nuestra población y validada (5, 6). Los resultados que se obtuvieron fueron comparables a los reportados por estudios similares en la literatura internacional (21, 30). Este último hecho, aunado al rigor metodológico, permite que las cifras obtenidas puedan tomarse en consideración con bastante confianza.

En el cuadro 1 se observa la prevalencia de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en los tres sitios estudiados, que incluyeron a la población mayor de 18 años de uno y otro sexo. La prevalencia total varió entre el 33% y el 49%. Como se mencionó anteriormente, dichas cifras coinciden con las reportadas por estudios hechos en otros países. Parece ser que casi en todas partes la patología psiquiátrica en la población que consulta con el médico general es muy alta.

CUADRO 1
Prevalencia de desordenes psiquiatricos
en la practica médica general
(resultados en tres instituciones)

Diagnóstico	Centro de Salud (SSA)	Unidad Familiar (IMSS)	Hospital General (H. Español)
Neurosis	10.4	19.0	22.6
Reacción adaptación	24.4	10.8	2.0
Trastorno de personalidad	5.3	4.6	0.3
Psicosis afectiva	0.8	-	4.9
De los trastornos mentales a la lesión orgánica (no psicóticos)	-	1.6	1.0
Reacción aguda ante gran tensión	1.9	0.4	-
Psicosis y S.O.C.	0.6	0.6	1.5
Trastornos depresivos no clasificados en otra parte	0.2	1.0	-
Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores psíquicos	1.3	0.5	0.5
Otras	3.2	1.6	0.2
Total	49.8	40.4	33.2

En el cuadro 1 llama la atención que las cifras de prevalencia varíen dependiendo del sitio estudiado. Así, el centro de salud de la SSA tiene la cifra más alta, con una diferencia de 17% con respecto al Hospital Español. El Seguro Social ocupa el sitio intermedio. Una causa que podría explicar tales diferencias es el nivel sociocultural, pues el Hospital Español atiende principalmente a pacientes de clase socioeconómica media; el Seguro Social, a trabajadores, y la Secretaría de Salud, al sector más desamparado de la población. Las cifras muy bien pueden ser el reflejo de las diferencias entre las poblaciones, pues es sabido que mien-

tras menor sea el nivel sociocultural, mayor será la prevalencia de patología psiquiátrica. En el mismo cuadro 1 se observan las cifras de los diferentes trastornos nosológicos que se encontraron. Entre ellos destaca el síndrome de dependencia al alcohol, con una prevalencia que varía entre el 1.7% y el 0.2%. Con toda seguridad estas cifras son inferiores a su valor real porque, como se dijo antes, estas investigaciones no están diseñadas para buscar casos de alcoholismo. Por tal motivo es casi seguro que hay un buen número de falsos negativos (en epidemiología se llaman falsos negativos aquellos casos que no pudieron ser identificados como tales por el método de detección utilizado).

Uno de los problemas más importantes a que se enfrentan, en general, las encuestas que estudian el alcoholismo, es la alta proporción de casos falsos negativos, porque la mayoría de los individuos confiesan beber mucho menos alcohol del que realmente beben y con mucha frecuencia niegan tener problemas relacionados con el alcohol. Para alcanzar cifras más apegadas a la realidad, las encuestas deben de prestar atención a un buen número de detalles técnicos, lo que implica un diseño muy complejo. Por tal motivo debe diseñarse una encuesta que investigue problemas de alcoholismo exclusivamente, de lo contrario se localizarán muy pocos casos, tal como sucedió en las encuestas que estamos comentando.

Otro motivo que explica la baja prevalencia en el cuadro 1, es que se están considerando ambos sexos y se están tomando en consideración sólo los diagnósticos primarios. Como es bien conocido, los problemas de alcoholismo son mucho más frecuentes entre los hombres. Estas muestras no fueron la excepción, pues cuando se procedió a examinarlas en detalle, sólo se localizó un caso femenino positivo. A pesar de que se esperaba encontrar pocas mujeres que reportaran tener problemas, este hallazgo está por debajo de las expectativas, pues incluso el número de mujeres en las tres muestras y la proporción de las que presentaban una patología psiquiátrica, fue muy superior al de los hombres. La razón por la que se localizó sólo un caso radica en las explicaciones que se dieron anteriormente, en el sentido de que las personas no confiesan sus problemas de alcohol y de que este fenómeno es mayor entre la población femenina de lo que parece, pues se ha observado durante la práctica clínica que el alcoholismo de las mujeres permanece oculto por mucho tiempo. Debido a las presiones sociales, las mujeres con problemas de alcoholismo beben a escondidas; pocas veces lo hacen abiertamente, como los varones. Por tal motivo tardan más en ser identificadas y en acudir a tratamiento.

En relación con los diagnósticos, en el cuadro 1 se consignaron exclusivamente los primarios y se prescindió de los secundarios. Por ejemplo, si una persona sufría de un síndrome depresivo y además estaba abusando del alcohol, se registraba con el primer diagnóstico y el segundo se ignoraba. Tal forma de registrar contribuyó de manera importante a la omisión de casos con problemas de alcoholismo, ya que en estos individuos tales problemas son frecuentes, pues una población que sufre de trastornos psiquiátricos se considera de alto riesgo.

Con el propósito de destacar en forma más realista los problemas de la población relacionados con el alcoholismo, y de acuerdo con los comentarios anteriores, las cifras de prevalencia se agruparon como lo muestra el cuadro 2. Se trata de una población exclusivamente de varones en la que además se agregaron los diagnósticos secundarios. También se añaden las complicaciones mentales más frecuentes provocadas por el consumo de alcohol, como la psicosis alcohólica, el síndrome de dependencia, el abuso sin dependencia y la intoxicación aguda. Lo primero que llama la atención es el incremento que sufrieron los porcentajes si se comparan con los del cuadro 1, en donde sólo se estaba tomando en cuenta el diagnóstico principal y no el secundario. Tal hallazgo contribuye a confirmar la observación de que en estas poblaciones la prevalencia de problemas de alcohol es bastante alta y difícil de apreciar a primera vista, pues una proporción importante de tales problemas se encuentra enmascarada por otro tipo de patología. A pesar del incremento, la cifra sigue estando muy por debajo de la que se esperaba de acuerdo con otras investigaciones. Las razones de tal subestimación se comentarán más adelante.

CUADRO 2
Diagnósticos relacionados con el alcohol
(Muestra exclusivamente de hombres)

<i>Categoría diagnóstica</i>	<i>Centro de Salud</i> n = 66	<i>Unidad Méd. fam.</i> n = 293	<i>Hospital general</i> n = 166
Psicosis alcohólicas	-	1.0	0.6
Síndrome de dependencia al alcohol	18.0	2.1	2.4
Abuso de alcohol sin dependencia	1.5	0.7	-
Intoxicación alcohólica	-	-	0.6
Total	19.5	3.8	3.6

Otra observación relevante en los datos del cuadro 2 es la diferencia entre la población del centro de salud de la Secretaría de Salud, y la de los otros dos centros. La diferencia es muy grande, pues resulta hasta seis veces mayor. En principio, podría aceptarse que en el centro de salud hubiera más problemas de alcoholismo, sobre todo porque se trata de la población con más bajo nivel socioeconómico. Pero es muy dudoso que exista una diferencia tan grande en relación con los otros centros, considerando que las investigaciones llevadas a cabo en población abierta no han mostrado diferencias tan acentuadas entre las clases sociales (2, 4). Hasta ahora parece que las diferencias entre los niveles socioculturales no repercuten de manera contundente sobre la forma de beber. Las grandes diferencias en cuanto a la manera de beber siguen observándose en relación con los sexos. Una razón que ayuda a explicar estas diferencias podría estar en las características culturales de la población del centro de la SSA, que permiten que los problemas causados por el alcohol se acepten con menos inhibiciones, en comparación con los otros dos grupos. Sin

embargo, sólo puede especularse acerca de la razón real de esta diferencia.

Como ya se dijo, la población que sufre de alteraciones psiquiátricas es más propensa a padecer problemas por el alcohol. En el cuadro 3 se observa el porcentaje de personas consideradas como caso psiquiátrico que además presentó problemas por el alcohol. Como en el cuadro 2, se trata de una población exclusivamente de varones en donde se incluyen los diagnósticos secundarios. En este cuadro se siguen observando las mismas diferencias que en el anterior. En el centro de la SSA sigue observándose una diferencia importante en relación con los otros dos centros. Las razones para explicar tales diferencias pueden ser las mismas que en el caso del cuadro anterior. De todos modos, con estos datos se confirma el hecho de que la población con alteraciones psiquiátricas sufre una alta proporción de problemas causados por la bebida. En el cuadro 3, la proporción varía entre el 7% y el 36%.

CUADRO 3
Diagnósticos relacionados con el alcohol
(Proporción entre los Dx de alcohol y los casos psiquiátricos)

<i>Categoría diagnóstica</i>	<i>Centro de Salud</i> N = 66 n = 36	<i>Unidad Méd. fam.</i> N = 293 n = 142	<i>Hospital general</i> N = 166 n = 44
Psicosis alcohólica	-	2.1	2.3
Síndrome de dependencia al alcohol	33.3	4.2	9.1
Abuso de alcohol sin dependencia	2.7	1.4	-
Intoxicación alcohólica	-	-	2.3
Total	36.0	7.7	13.7

Los resultados de estas encuestas muestran que los problemas relacionados con el alcohol son relativamente numerosos entre la población que acude a consulta con el médico general. Las cifras encontradas oscilaron entre el 19% y el 3% en los varones, sin embargo, hay evidencia de que en realidad son mucho más altas. Estas evidencias se desprenden, como ya se dijo, de las limitaciones propias del diseño de las encuestas, que tienden a subestimar los problemas, y de que en otras investigaciones que se han llevado a cabo en diferentes países, siempre se han encontrado cifras más altas. Además, los estudios efectuados en México en la población general y en otras poblaciones permiten suponer, también, cifras mayores a las encontradas.

Se mencionó que uno de los motivos por los cuales estas encuestas subestimaban los problemas causados por el alcohol, era el de que no se diseñaron para localizar exclusivamente estos casos; pero, además puede agregarse el hecho de que estas encuestas fueron desarrolladas para localizar, fundamentalmente, casos con patología psiquiátrica. De esta manera quedaron fuera todos aquellos bebedores que sufrían de problemas físicos y sociales, pero que no tenían en ese

momento ninguna alteración psiquiátrica. Considerando que en la práctica médica general la mayoría de los bebedores problema están libres de patología psiquiátrica, ya que se trata de casos todavía no muy avanzados, y de que una proporción importante de ellos sufre problemas de índole física o social, hay razones para suponer que por estos motivos un número considerable de bebedores problemáticos no fueron detectados.

Esta última aseveración está respaldada por los resultados de las mismas encuestas. Si se observan los cuadros 2 y 3, se verá que de todos los diagnósticos considerados, sobresale por su alta prevalencia el síndrome de dependencia al alcohol. Este hallazgo es compatible con una población que acude a consulta con su médico general, pues si se tratara de la población que acude a consulta psiquiátrica, con toda seguridad la psicosis alcohólica aparecería con mayor frecuencia. También llama la atención la baja prevalencia de las intoxicaciones alcohólicas, pero el resultado sigue siendo compatible con el tipo de población, ya que aquí todas las consultas se llevan a cabo mediante citas previamente establecidas y hay pocas urgencias. Las intoxicaciones agudas son propias de los servicios de urgencias.

La baja prevalencia del abuso del alcohol en las tres poblaciones merece comentarse con detenimiento (cuadros 2 y 3). Habitualmente, el abuso del alcohol es mucho más frecuente que el síndrome de dependencia. Seguramente ocurre lo mismo en esta población, considerando que se trata de pacientes con problemas recientes relacionados con el alcohol. El hecho de que los resultados no concuerden con tales expectativas viene a confirmar la observación de que estas encuestas se distinguen por el número elevado de falsos negativos. Hay una alta proporción de bebedores con problemas que no fueron localizados. Tal afirmación se robustece aún más cuando se observa la elevada cifra de personas que reconocen sufrir de síndrome de dependencia. Esto demuestra que se están localizando preferentemente los casos más graves de bebedores. No se registraron los bebedores con problemas menos graves que, de acuerdo con el tipo de población, deberían ser los más numerosos.

Las encuestas llevadas a cabo en otros países, también en la población que acude con el médico general, pero diseñadas para localizar exclusivamente casos con problemas de alcoholismo, muestran cifras de prevalencia que oscilan entre el 15% y el 30% (28, 29). Estas cifras son muy superiores a las encontradas en las encuestas que se han estado comentando. Lo más seguro es que estas últimas cifras estén más cerca de la realidad que las nuestras, pues aparte de la subestimación que se ha mencionado, hay otros estudios realizados en México que así lo evidencian. Uno de ellos se llevó a cabo en once unidades de especialidad de la Secretaría de Salud, tanto en la consulta externa como en la hospitalización, durante los años de 1973 a 1978. Se encontró que los problemas originados por el alcohol estaban entre las diez primeras causas de morbilidad (13). Otro estudio se realizó entre la población de un hospital general, y se encontró una prevalencia del 30% en los varones y del 5% en las mujeres (10). Finalmente, en una población de

enfermos con tuberculosis pulmonar, se encontraron cifras correspondientes al 30% (8).

Por otro lado, las encuestas que se han realizado en México en la población general muestran que el 10% de los bebedores varones tienen problemas por su manera de beber (2), mientras que los estudios hechos en otros países han mostrado que en la práctica médica general los bebedores problema son hasta tres veces más numerosos que los encontrados en la población general (26). Ambas observaciones vienen a reforzar la sospecha de que los problemas ocasionados por el alcohol son muy elevados en esta población, y que sobrepasan por mucho a los resultados de las encuestas comentadas, a pesar de que en estas últimas, las cifras distan de ser bajas.

Para no seguir especulando, lo más conveniente es aceptar el hecho de que el médico general se enfrenta durante su práctica diaria a una elevada proporción de pacientes con problemas relacionados con el alcohol, y que la tasa de prevalencia se encuentra entre el 15% y el 30%, dependiendo del grupo de que se trate. Lo indicado es establecer con más precisión las cifras de prevalencia, así como conocer con más detalle el tipo de problemas que enfrenta el médico general. Con tales propósitos se está llevando a cabo actualmente, en nuestro país, un estudio multinacional coordinado por la OMS, que se comentará posteriormente.

El médico general dentro de un programa preventivo

Para que un programa preventivo en el campo de la salud pública sea completo y tenga una estructura articulada, debe de contemplar los tres niveles de prevención: primario, secundario y terciario. El modelo médico de enfermedad postula, para todo padecimiento, una causa o causas, una expresión clínica que permita reconocerlo y una historia natural mediante la cual se establezcan sus diferentes etapas evolutivas. Los problemas relacionados con el alcohol pueden contemplarse de acuerdo con este modelo, y manejarse desde la perspectiva preventiva de la salud pública, pues tienen una causa o causas que los provocan y se expresan de una manera peculiar por la cual es posible identificarlos y diagnosticarlos, y presentan un curso evolutivo que permite establecer un tratamiento y un pronóstico.

Cabe recordar que la prevención primaria intenta evitar que se presenten las enfermedades, estableciendo acciones que van hacia las raíces de su etiología; la prevención secundaria actúa sobre padecimientos que ya se han establecido, pero su objetivo es tratarlos en sus etapas iniciales o tempranas para evitar que sigan progresando, en tanto que la terciaria actúa sobre una patología que ya lleva tiempo de establecida.

En el campo de los problemas originados por el alcohol, la prevención primaria considera que la presencia de los problemas alcohólicos se establece a partir de dos fuerzas claramente definidas: la oferta y la demanda, y parte del principio de que los problemas alcohólicos se correlacionan positivamente con la cantidad

de alcohol que se consume (1). Así, si una población determinada consume más alcohol que otra, lógicamente tendrá más problemas. Por otro lado, la cantidad de alcohol que se consume está en estrecha relación con la facilidad de acceso a las bebidas alcohólicas. De ese modo, una población que tenga mayor acceso a ellas, beberá más y tendrá más problemas. De acuerdo con lo anterior, una acción preventiva que pretenda reducir la oferta del alcohol, favorecerá todas aquellas políticas y medidas que obstaculicen su obtención. Estas acciones pueden ejercerse en las etapas de producción, comercialización, distribución y promoción. Una estrategia de prevención primaria que se fundamente en la disminución de la oferta tendrá que regular la disponibilidad del alcohol (27).

La reducción de la demanda lleva como propósito el que los individuos consuman menos alcohol, aún cuando tengan fácil acceso a él. Para lograrlo, la mejor estrategia de que se dispone es la educación. Ésta puede llevarse a cabo mediante diferentes programas que se desarrollen de acuerdo con la población a la que estén dirigidos y a los medios que se utilicen para difundirlos. Todo programa educativo tiene como propósito informar a la población acerca de los riesgos que implica el consumo de alcohol, así como inducirla a que beba con responsabilidad y moderación.

Hasta la fecha, los expertos dudan acerca de qué estrategia sea la más efectiva: reducir la oferta mediante políticas que controlen la disponibilidad, o disminuir la demanda por medio de la utilización de programas educativos (16). Para fines prácticos, una buena campaña de prevención primaria debe buscar un equilibrio adecuado entre ambas estrategias (32).

El objetivo de la prevención terciaria es tratar los problemas más avanzados de alcoholismo. Como ya se vio, los problemas que se relacionan con el consumo de alcohol corresponden con el modelo médico de enfermedad, en el sentido de que siguen un curso llamado historia natural. Este tipo de prevención maneja los casos con mayor tiempo de evolución. Tales casos se distinguen por presentar las complicaciones tardías del alcoholismo: síndromes de dependencia antiguos, síndromes graves de supresión como el *delirium tremens*, intoxicaciones crónicas del sistema nervioso, como polineuritis, psicosis alcohólica, síndromes paranoides, celotipias alcohólicas, demencia alcohólica, y complicaciones tardías de otros aparatos y sistemas, como cirrosis hepática, cardiopatía alcohólica, anemia, desnutrición e impotencia sexual, por citar sólo las más comunes. En general, se trata de pacientes con patología múltiple, con un deterioro importante tanto de su salud física como de su funcionamiento social. La mayor parte de las veces no tienen familia, están desempleados y representan una verdadera carga social. Las acciones preventivas se enfocan a rehabilitarlos y a paliar sus efectos más que a la curación. Las estrategias de la prevención terciaria incluyen la formación de recursos en el tercer nivel de atención, la creación de una adecuada red de comunicación para enviar a los enfermos hacia tales servicios y la coordinación de las acciones de la asistencia médica y la asistencia social.

El propósito fundamental de la prevención secundaria

es ejercer acciones terapéuticas en el momento oportuno, es decir, cuando la enfermedad empieza a manifestarse. De esa manera se evita que el padecimiento progrese hacia etapas irreversibles. Son acciones con claras metas curativas, pues la mayoría de las enfermedades responden mejor cuando se encuentran en sus primeras etapas.

En el campo del alcoholismo la prevención secundaria cobra una importancia particular porque los problemas que se relacionan con su consumo tienen una evolución crónica, la población a la que se dirigen las acciones preventivas es numerosa y los problemas que presenta son susceptibles de corregirse.

Se calcula que para que un bebedor desarrolle un síndrome de dependencia al alcohol y empiece a manifestar problemas graves, debe haber bebido durante un promedio de quince años (31), por lo que la enfermedad tiene un largo período prodrómico que da tiempo suficiente para ejercer acciones terapéuticas que eviten el avance hasta sus estadios finales. Por otro lado, se ha demostrado que la mayor parte de los problemas relacionados con el alcohol no son ocasionados por los alcohólicos, ni por sujetos con graves incapacidades debidas al alcohol, como podría sugerir una observación superficial, sino por bebedores que apenas empiezan a beber de manera problemática. Esto obedece al hecho de que estos últimos bebedores son bastante más numerosos que los alcohólicos, y es a esta población a la que deben dirigirse los esfuerzos de la prevención secundaria.

Por último, otra razón que justifica los esfuerzos de las acciones de la prevención secundaria, son los alentadores resultados. Contra lo que podría suponerse, las personas que apenas empiezan a presentar problemas a causa de la bebida son bastante susceptibles de cambiar sus hábitos. Tal situación queda claramente manifestada cuando se compara el número de bebedores sociales con el de bebedores alcohólicos, pues los primeros son mucho más numerosos que los segundos. Otra forma de apreciar el problema se basa en los estudios longitudinales prospectivos que se han hecho sobre la historia de los hábitos alcohólicos de las personas (31). En ellos se demuestra que la manera de beber de la gente se modifica durante el curso de su vida; hay períodos en los que se bebe más y épocas en las que el hecho de beber es más problemático. Estas épocas, según las investigaciones citadas, se autolimitan la mayoría de las veces. Por último, otra manera en que se manifiesta la propensión de los bebedores no avanzados a cambiar su forma de beber, es cuando se evalúan los programas de tratamiento. El éxito de un programa terapéutico no radica en las técnicas usadas ni en sus estrategias, sino en las características de la población a la que trata. Si a un programa de tratamiento acuden en su mayoría bebedores no avanzados, ese programa tendrá mejores resultados que otro que atienda a bebedores avanzados (20).

En el terreno asistencial, el médico general es el agente más adecuado para ejercer acciones de prevención secundaria, aunque no el único, pues los problemas que presenta el consumo de alcohol no se limitan a la esfera de la salud, sino que incluyen aspectos sociales, laborales, familiares y legales. Por ello, tam-

bién deben participar otras personas, tales como: maestros, sacerdotes, policías, líderes obreros, padres de familia y alcohólicos rehabilitados. Por lo regular, la participación de estos últimos se lleva a cabo en lugares diferentes a la consulta médica, como la iglesia, la escuela, la fábrica, la oficina o la delegación policial, por lo que sus estrategias preventivas son diferentes a las del médico general.

El médico general como agente de cambio en la prevención primaria

De acuerdo con la conferencia de Alma-Ata en 1978 (22), se justifica que los problemas relacionados con el alcohol se manejen dentro del contexto de la práctica médica general por ser problemas con cifras altas de mortalidad y morbilidad. Además, es posible elaborar programas cuyas acciones no sean costosas, aprovechando los recursos materiales y humanos ya existentes, y que sean susceptibles de reproducirse con facilidad en varias partes del país.

El médico general está en mejor posición que el especialista para tratar a los pacientes que tengan problemas incipientes de alcoholismo, ya que estos pacientes están más anuentes a consultar con él, que con el psiquiatra, el psicólogo o, incluso, a acudir a grupos de alcohólicos anónimos. También se ha demostrado que estos mismos pacientes prefieren recibir un tratamiento sencillo y breve, del tipo que el médico general está en posición de brindar, que los tratamientos especializados más complejos.

La consulta con el médico general reivindica al bebedor problema y a su familia, porque a partir de ese momento un problema que se juzgaba de índole moral, se contempla desde el ángulo de la salud. El que se acuda al médico para resolverlo o, por lo menos, para enfrentarlo, le da dignidad al paciente y le ofrece oportunidades que antes no tenía. Cuando un problema relacionado con el alcohol se enfoca desde el punto de vista de la salud, en el lenguaje técnico se habla de que el problema se ha "medicalizado". La participación del médico general "medicaliza" el problema.

La "medicalización" de los problemas relacionados con el alcohol es una de las opciones que mejores posibilidades ofrece al bebedor. Fomenta la cooperación, mitiga los sentimientos de culpa y ayuda a que se asuma una actitud más responsable. La intervención médica no se vive como una expiación, sino como una salida digna que es aceptada por la sociedad.

Es muy raro que un bebedor problema solicite ayuda médica después de haberlo meditado y reflexionado. Lo más frecuente es que dicha solicitud se haga en condiciones críticas, por ejemplo, después de un accidente de tránsito, cuando se agrava alguna enfermedad que ya se padecía, durante un período largo de intoxicación alcohólica, o cuando se presentan complicaciones por beber en exceso, como *delirium tremens*, celotipias (delirio de celos), episodios de agresividad, etc. La consulta tiene lugar en condiciones difíciles, que casi siempre resultan del desenlace de acontecimientos anteriores que el bebedor vive con dramatis-

mo, por lo cual está dispuesto a escuchar a su médico y seguir sus instrucciones. La intervención médica en estas condiciones casi siempre es una oportunidad terapéutica que puede aprovecharse si se maneja adecuadamente.

Proyecto de investigación multinacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

En el año de 1982, la OMS inició un proyecto multinacional en el que, aparte de México, participaron Estados Unidos, Australia, Bulgaria, Costa Rica, Gran Bretaña, Nigeria, Rusia y Zimbawe. El proyecto se inició porque la OMS considera que los países deben desarrollar programas de tratamiento para los problemas relacionados con el alcohol, que sean efectivos,

de bajo costo y de gran cobertura, pues se espera que en el futuro la demanda de centros de tratamiento se vea incrementada en la mayoría de los países, ya que el consumo de alcohol sigue aumentando en casi todo el mundo y lo más seguro es que esta tendencia continúe.

Se eligió el primer nivel de asistencia médica porque es el que ofrece mayores ventajas. En primer lugar, es el de mayor cobertura y en el que pueden llevarse a cabo acciones terapéuticas a menor costo. En segundo lugar, porque hay una serie de investigaciones que muestran que el médico general tiene éxito terapéutico con estos pacientes (7).

El proyecto pretende desarrollar un modelo de intervención breve, sencillo y, sobre todo, que pueda incluirse en el quehacer diario del médico familiar. La intención es que una vez desarrollado y evaluado, pueda llevarse a cabo en la mayoría de los países.

REFERENCIAS

1. BRUUN K y cols: Alcohol control policies in public health perspective. Finnish Foundation for Alcohol Studies, Helsinki, Vol. 25, 1972.
2. CALDERON G, CAMPILLO-SERRANO C, SUAREZ C: Respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el alcohol. Publicación interna, Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), Organización Mundial de la Salud (OMS), 1981.
3. CAMPILLO-SERRANO C: El Alcoholismo. Seminario sobre: Problemas de la Medicina en México. Bernardo Sepúlveda (Coordinador). Edición de El Colegio Nacional, 337-352, 1984.
4. CAMPILLO-SERRANO C: La práctica psiquiátrica en el hospital general. *Gaceta Médica de México* 117(7): 283-89, 1981.
5. CAMPILLO-SERRANO C, CARAVEO-ANDUAGA J, MEDINA-MORA ME, MARTINEZ-LANZ P: Confiabilidad entre clínicos utilizando la entrevista psiquiátrica estandarizada de Goldberg en una versión mexicana. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 27: 44-53, 1981.
6. CARAVEO-ANDUAGA J, MEDINA-MORA ME, MARTINEZ-LANZ P, CAMPILLO-SERRANO C: Clinical indicators of psychiatric disorders in the elderly in a hospital's general practice. *Clinical Gerontologist* 3(1): 3-14, 1984.
7. CHICK J, LLOYD G, CROMBIE E. Natural history and effect of minimal intervention in newly identified problem drinkers in a general hospital. Trabajo presentado en el Taller de la NIAAA sobre Early Identification of Alcohol Abuse. Washington, DC, 1983.
8. CICERO R, ESCOBAR A, RAMIREZ E, CELIS ME, AMEZCUA ME, ESCOSURA DE LA G, ERUZA G, PELAEZ G: Estudio inmunológico del alcohólico con tuberculosis pulmonar avanzada. *Gaceta Médica de México* 118: 449, 1982.
9. EZBAN BM, PADILLA GP, MEDINA-MORA ME: Aplicación de un cuestionario de detección de casos psiquiátricos en dos poblaciones de práctica médica general. *Salud Pública de México* V. 27 (5) 384-390, 1985.
10. FUENTE DE LA JR, GUTIERREZ LM, RIVERO MF, GARCIA TG, ROJKIND M, KERSHENOBICH D: Detección precoz de alcoholismo en una población hospitalaria. *Rev Invest Clin* 34: 1-6. México, 1982.
11. GOLDBERG DP, BLACKWELL B: Psychiatric illness in general practice: a detailed study using a new method of case identification. *Brit Med J* 2: 439, 1970.
12. GOLDBERG DP, COOPER B, EASTWOOD MR, KEDWARD HB, SHERPHERD: A standardized psychiatric interview for use in community surveys. *Brit J Soc Med* 24: 18, 1970.
13. GUTIERREZ-AVILA HJ, TOVAR-ACOSTA H: La vigilancia epidemiológica de las enfermedades mentales. *Salud Pública de México* 26: 464-77, 1984.
14. LOPEZ S, CAMPILLO-SERRANO C: Community responses to alcohol related problems. Report on Phase II. Actions at local and national level. Reporte Interno, IMP, 1983.
15. KRISTENSON H, TRELL E, HOOD B: Serum of glutamyl-transferase in screening and continuous control of heavy drinking in middle-aged men. *American Journal of Epidemiology* 114: 862-72, 1981.
16. MAKELA K y cols: Alcohol, society, and the State. ARF, Toronto, 1981.
17. MARTINEZ-LANZ P, MEDINA-MORA ME, PADILLA-GALINA P, CARAVEO-ANDUAGA J, CAMPILLO-SERRANO C: Prevalencia de trastornos emocionales en personas de edad avanzada. *Sal Pub Mex* 25: 612-619, 1983.
18. MEDINA-MORA ME, PADILLA GP, CAMPILLO-SERRANO C, EZBAN M, CORONA J: The factor structure of the GHQ: A scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychological Medicine* 13: 355-361, Londres, 1983.
19. MEDINA-MORA ME: El consumo de alcohol en México y sus problemas asociados. *Salud Mental* 10(4): 81-91, 1987.
20. MOOS RH, CRONKITE RC, FINNEY JW: Alco-

- holism treatment evaluation. En: EM Pattison, E Kaufman (Eds.). *Encyclopedic Handbook of Alcoholism*, Gardner Press, pp. 1120-1139. Nueva York, 1982.
21. MUÑOZ PE, VAZQUEZ JL, PASTRANA E, RODRIGUEZ F, ONECA C: Study of the validity of Goldberg's 60-Item GHQ in its Spanish version. *Social Psychiatry* 13(2): 99-1, 1978.
 22. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: Conferencia de Alma-Ata, 1978.
 23. PADILLA-GALINA P, EZBAN-BETECH M, MEDINA-MORA ME, MAS-CONDES C, CAMPILLO-SERRANO C: El médico general en la detección de trastornos emocionales. *Revista Salud Pública de México* 26(2): 138-145, 1984.
 24. PADILLA P: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención. Ponencia presentada en la II Reunión de Investigación del IMP. *Salud Mental* 8(3): 66-72. Septiembre, 1985.
 25. SHEPHERD M, COOPER B: Epidemiology and mental disorder: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiat* 27: 277, 1964.
 26. SHERIN KM, PIOTROWSKI MS, PANEK SM, DOOT MC: Screening for alcoholism in a community hospital. *J Fam Pract* 15: 1091-5, 1982.
 27. SHMIDT W, POPHAM RE: The single distribution model of alcohol consumption: A rejoinder to the critique of Parker and Harman. *ARF. Substudy* 879.
 28. SKINNER HA, HOLT S: Early intervention for alcohol problems, *JR Coll. Gen Pract* 33: 787-91, 1983.
 29. SMERDON G, PATON A: ABC of alcohol: detection in general practice. *Br Med J* 284: 255-7, 1982.
 30. TENNANT: The General Health Questionnaires. A valid index of psychological impairment in Australian population. *Medical Journal of Australia* 2: 392-4, 1977.
 31. VAILLANT G, MILOFSKY EV: Natural history of male alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 39: 127-133, 1982.
 32. WHITEHEAD PC: The prevention of alcoholism: divergences and convergences of two approaches. *Addictive Dis* 4: 431, 1975.