

Utilización de servicios en una muestra de alcohólicos mexicanos

Ma. del Carmen Mariño*
Ma. Elena Medina-Mora*
Jorge Escotto Velázquez**
Juan Ramón de la Fuente***

Summary

There are individual, social and legal types of variables that are taken into account to set forth the required treatment strategies. Even though we know that in Mexico there is a great diversity of treatment services for alcoholics, yet there is lack of knowledge about the reasons that lead patients to ask for help and what determines one service choice from another. This information could be very useful because the treatment effects and benefits are reflected on a decrease in cost and in the harmful consequences associated with excessive alcohol consumption.

The information for this study was gathered at the Alcohol Related Problems Attention Clinic (CAPRA) of the General Hospital of Mexico. It is a case study in which 211 patients were interviewed. The inclusion criteria were: men, over 18 years old, first time patients in CAPRA for alcohol related problems and in physical and mental conditions to answer the questionnaire in a coherent manner.

The instrument that was used is based on the "Composite International Diagnostic Interview Substances Abuse Module" (CIDI-SAM). The final version was tested on patients who attend US treatment centers. The instrument was adapted to be applied in Mexico by the Mexican Institute on Psychiatry.

All the interviewed patients were males between 18 and 77 years old (the average age was 44 years old). The educational level was evidently low; 53 % completed between 1 and 6 years of school only. Regarding the monthly family income, 74 % of the patients reported 2 or less minimum wages; the highest percentage belonged to the 1 minimum wage category (37 %). 60 % of the patients report to drink 7 days a week and 21.3 % report to drink almost every day (5 to 6 days a week). 62 % of the sample report having 12 drinks or more per drinking occasion and 31 % between 6 and 11 drinks. The preferred beverages were rum, brandy and vodka (52 %), followed by tequila, mezcal, and sugar cane alcohol (24 %).

Of the physical or health problems caused by alcohol consumption it was found that, from the 12 explored medical conditions, at least one of them was suffered by 98% of the patients in the last 12 months. The emotional type problems, like depression (76 %) and lack of interest (75 %) are found more frequently. Family problems caused by abuse of alcohol were also high (75 %).

29 % of the patients report having been forced to receive treatment and 77 % were suggested to receive it. Most of the

patients specifically attended this treatment center due to the recommendation of friends (68 %). The service most requested is Alcoholics Anonymous (AA) because the majority of the patients have attended at least one session of AA (69 %). 49 % of the patients has been at least once in jail, emergency wards or both, due to their drinking behavior. AA, desintoxication and residential programs have been more used recently (2.5 years ago in average) as compared with emergency wards (6 years ago in average), and jail (10 years ago in average).

Many of the patients have been referred to judiciary institutions and had been in emergency wards due to alcohol consumption several years before arriving to the present service. These places are ideal locations for detecting this type of patients before chronic alcohol consumption appears along with health problems and emotional and family negative consequences.

Further work is recommended regarding the factors that determine service utilization in different samples, to have closer contact with the patients, and to know what the alcoholic is looking for when attending a treatment center, which are their expectations and what are their suggestions to improve the service. It will be necessary to disseminate the available services for people that have drinking problems and the treatments provided in them in order for patients to attend the service directly without having to go from one treatment center to another.

Key word: Use of services, alcoholics, treatment, case study, alcohol related problems.

Resumen

Existen muchas variables de tipo individual, social y legal que se toman en cuenta para plantear las estrategias de tratamiento que se requieren. Sin embargo, aunque sabemos que en México existe una gran diversidad de servicios de tratamiento para los alcohólicos, aún no se sabe mucho sobre cuáles son las motivaciones que llevan a un paciente a pedir ayuda y qué es lo que determina que elija un servicio sobre otro. Esta información podría ser de gran utilidad, ya que los efectos y beneficios de los tratamientos se ven reflejados en la disminución de los costos y de las consecuencias dañinas asociadas al consumo excesivo de alcohol.

La información para este estudio se obtuvo en la Clínica para Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol (CAPRA) del Hospital General de México. Se trata de un estudio de casos, en el cual, se entrevistó a una muestra de 211 pacientes. Los criterios de inclusión para formar parte de la muestra fueron que se tratara de pacientes hombres, mayores de edad, que acudieran a CAPRA a pedir consulta por

* División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco 14370, México, D.F.

** Clínica para Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol (CAPRA), Hospital General de México.

*** Secretaría de Salud.

primera vez por problemas relacionados con el abuso en el consumo de alcohol y que estuvieran en condiciones tanto físicas como mentales para contestar de manera coherente el cuestionario.

El instrumento que se utilizó, está basado en el "Composite International Diagnostic Interview-Substances Abuse Module" (CIDI-SAM). La versión final fue probada en pacientes que acuden a centros de tratamiento en Estados Unidos. La adaptación del instrumento para su aplicación en México se realizó en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

El total de los pacientes entrevistados eran del sexo masculino entre 18 y 77 años (la edad promedio fue de 44 años). El nivel de escolaridad era evidentemente bajo, encontrándose que el 53 % había completado únicamente entre uno y seis años de escuela. Con respecto al ingreso mensual familiar el 74 % de los pacientes informó que es de dos salarios mínimos o menos, encontrándose el porcentaje más alto en la categoría de una vez el salario mínimo (37 %). El 60 % de los pacientes dijo beber todos los días (7 días de la semana) y el 21.3 % dijo hacerlo casi todos los días (5 o 6 días de la semana). El 62 % de la muestra dice consumir 12 copas o más por ocasión de consumo y el 31 % de 6 a 11 copas. La bebida de preferencia fueron los destilados (ron, brandy, vodka) (52 %), seguidos del tequila, mezcal y alcohol de caña (24 %).

De los problemas físicos o de salud provocados por el consumo de alcohol, se encontró que, de las 12 condiciones médicas exploradas, el 98 % de los pacientes entrevistados informó haber tenido por lo menos una de éstas en el último año. Los problemas de tipo emocional como: sentirse deprimido (76 %) y sentir desinterés por las cosas (75 %), son los que se presentan con mayor frecuencia. Los problemas familiares provocados por el abuso en el consumo de alcohol también fueron de los más altos (75 %).

A pesar de que el tratamiento sólo se ofrece a los pacientes que lo solicitan en forma voluntaria, el 29 % de los pacientes entrevistados dijeron haber sido obligados a ir a tratamiento y al 77 % se lo sugirieron. La mayoría de los pacientes acudieron, específicamente a ese centro de tratamiento, porque un amigo se los recomendó (68 %). El servicio más socorrido es Alcohólicos Anónimos ya que la mayoría de los pacientes ha acudido por lo menos a una reunión de AA (69 %). El 49 % ha estado por lo menos una vez ya sea en la cárcel, en urgencias o en ambos, por motivos relacionados con su manera de beber. Alcohólicos Anónimos, los programas de desintoxicación y los programas residenciales son los que se han utilizado más recientemente (hace 2.5 años en promedio), en comparación con los que estuvieron en una sala de urgencias (6 años antes en promedio), y con los que estuvieron en la cárcel (hace 10 años en promedio).

Muchos de los pacientes han sido enviados a instituciones de justicia y han estado en salas de urgencias por motivos relacionados con el consumo de alcohol muchos años antes de llegar al actual servicio, por lo que éstos podrían ser lugares idóneos para realizar una detección oportuna antes de que llegue a presentarse un consumo crónico con los consecuentes problemas de salud, amén de las consecuencias negativas a nivel emocional y familiar.

Se recomienda profundizar un poco más sobre los aspectos que determinan la utilización de servicios en diversas muestras, tener un contacto más cercano con los pacientes, y saber qué busca el alcohólico cuando acude a un centro de tratamiento, cuáles son sus expectativas y qué es lo que ellos propondrían para mejorar los servicios. Sería necesario hacer más difusión de los servicios en los cuales se atiende a personas que tienen problemas por su manera de beber, y el tipo de atención que se da, con el fin de que los pacientes acudan directamente al servicio que cubra sus necesidades evitando que vaya de un servicio a otro y obtener así resultados a corto plazo de los efectos y beneficios que se plantean como consecuencia del tratamiento.

Palabras clave: Utilización de servicios, alcohólicos, tratamiento, estudio de casos, problemas relacionados con el abuso en el consumo de alcohol.

Introducción

El abuso en el consumo de alcohol representa uno de los problemas de salud pública más importantes del país por su alto costo social y de salud. Debido a esto, el Instituto Mexicano de Psiquiatría ha establecido, desde hace algunos años, un área de investigación con el propósito de conocer, por medio de encuestas y estudios, las tendencias en prevalencias y la distribución del problema entre la población general y algunos grupos específicos. También se han estudiado las consecuencias a nivel físico, psicológico y social relacionadas con el abuso en el consumo de alcohol y las medidas que tanto el individuo, como las personas que los rodean y la sociedad han adoptado para enfrentar este problema. De esta forma, surgen nuevas líneas de investigación en donde el interés por conocer las instancias de tratamiento a las cuales acuden las personas que abusan del alcohol y los motivos por los cuales recurren a ellas, ocupan un lugar preponderante ya que podían ser un medio para disminuir los costos y las consecuencias asociadas al consumo excesivo.

El estudio que a continuación se presenta, se realizó con el objetivo principal de conocer la manera en que se manifiesta el síndrome de dependencia al alcohol en una muestra de pacientes alcohólicos que acuden a la Clínica para Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol del Hospital General. La utilización de los servicios de salud por parte de los pacientes alcohólicos está incluida como una sección del cuestionario en la que se pretende conocer: 1) quién le sugirió/obligó a ir a tratamiento, 2) cuáles son las razones por las que acudió a esta clínica, 3) a qué servicios acudió previamente para tratar su alcoholismo, 4) si ha estado en lugares como la cárcel, hospital mental o servicio de urgencias por su manera de beber.

Efectos y beneficios del tratamiento

La importancia de contar con información que determine el tipo de tratamiento al cual recurren las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol, se establece en términos de los *efectos* y de los *beneficios* que se pueden obtener cuando los pacientes acuden a tratamiento. Los efectos se refieren a cambios en la conducta de beber del individuo. Los beneficios se definen según las tendencias en los indicadores sociales como resultado de cambios en el beber y que son frecuentemente medidos a través del incremento en el ingreso personal, reducción en el gasto social o en los costos de atención a la salud (7).

Los efectos con referencia a los cambios en la conducta de beber, se evalúan en estudios como el de Anderson (citado en Wallace y Jarman) (18), en el que se afirma que las intervenciones breves de 5 a 10 min en práctica médica general, en pacientes con un consumo peligroso de alcohol, parecen conducir a una reducción en el consumo de alcohol de alrededor de 25 a 35 % después de 6 a 12 meses de seguimiento, y en algunos casos, los resultados fueron corroborados por cambios paralelos en indicadores biológicos del consumo de alcohol.

Dentro de los *beneficios* que el tratamiento del alcoholismo puede brindar, se encuentran los estudios realizados por Harold Holder. El primero de ellos provee evidencia considerable de que el tratamiento del alcoholismo puede reducir los costos médicos globales en una población heterogénea de alcohólicos. Los resultados indican que el promedio mensual del costo de atención médica fue 24 % inferior al costo de los alcohólicos sin tratamiento durante los 4 años posteriores a éste y que, aunque el costo del tratamiento por alcoholismo representa un incremento considerable en los costos totales de servicios a la salud (68 %) en los tres primeros meses después de iniciado el tratamiento, en el periodo de 6 a 12 meses que siguen, la proporción cae abruptamente a 26 % y, a partir de este punto, decrece gradualmente. Esto es, en el séptimo mes después del tratamiento, el costo total se reduce sustancialmente a un punto que es aproximadamente 55 % inferior al punto más alto del costo anterior al tratamiento (el cual ocurre justo antes de la iniciación del tratamiento) (8).

En un segundo estudio, Holder y Parker (9) plantean que con el tratamiento controlado la mortalidad por cirrosis es independiente del consumo, y que el tratamiento tiene un efecto significativo que retarda a corto plazo, la muerte por cirrosis, sugiriendo que el impacto del tratamiento en consumidores crónicos de alcohol puede demorar la aparición de las consecuencias del abuso.

Las investigaciones anteriores, plantean la importancia de detectar a las personas que abusan del alcohol antes de que presenten cualquier tipo de enfermedad física, y conocer los servicios y/o instituciones a los cuales han acudido previamente (ya sea para pedir ayuda relacionada directamente con el consumo de alcohol o que hayan llegado a estos lugares por las consecuencias que el abuso en el consumo haya acarreado) con el fin de brindar tratamiento de forma temprana y oportuna, y evitar así un daño mayor para el individuo, su familia y la sociedad.

Variables relacionadas con el consumo de alcohol en México

Las características sociodemográficas y los problemas relacionados con el consumo de alcohol determinan la orientación de los tratamientos (21). El sexo, la edad, los patrones de consumo de alcohol y los problemas relacionados, son algunas variables imprescindibles de conocer para determinar el tipo de tratamiento que se requiere y los grupos de población a los que está dirigido, con el fin de determinar necesidades específicas que puedan ser tratadas. Ya que de esto depende en muchas ocasiones el éxito o fracaso de un tratamiento.

Se han descrito los diferentes patrones de consumo por sexo y su variación de país a país. En México, culturalmente el consumo de alcohol entre mujeres es una práctica poco tolerada socialmente y por lo mismo poco común. El 64 % de la población urbana femenina de 18 años en adelante informa no consumir alcohol, en comparación con el 27 % de los hombres. El 31 % de los hombres informa haber bebido por lo menos una

vez por semana mientras que sólo un 5 % de las mujeres lo ha hecho, 68 % de los hombres informó haberse embriagado en el último año y el 18 % se embriagó por lo menos una vez al mes. Entre las mujeres la intoxicación ocurrió en el 17% en el último año y solamente en un 0.7 % ocurrió en el último mes (10). El patrón de consumo más frecuente entre las mujeres es "poco frecuente" (21.5 %), mientras que en los hombres es de "frecuencia moderada" con altas cantidades de alcohol en cada ocasión de consumo (21 %). El consumo consuetudinario se observó en 14% de la población masculina y en 0.6 % de la población femenina. En general se observa que los hombres beben más y con mayor frecuencia que las mujeres. En la población masculina los patrones de consumo informados con mayor frecuencia son aquellos en que se beben 5 copas o más en cada ocasión, mientras que en las mujeres los porcentajes más altos se presentan en aquellos patrones en los que se ingiere menor cantidad de alcohol. Las diferencias por sexo también son evidentes cuando se observa la dependencia al alcohol según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), en donde el 12 % de la población masculina y sólo el 0.6 % de la femenina cumplen con este criterio (10).

Esta gran diferencia entre los patrones de consumo que presentan hombres y mujeres se refleja al momento de acudir a solicitar ayuda para el problema del alcoholismo. Entre los miembros de Alcohólicos Anónimos* las diferencias por sexo son evidentes: el 91 % de los miembros de AA son hombres y el 9 % mujeres. Aunque se sabe que tradicionalmente la mujer bebe sola y no acude a solicitar ayuda a su problema por vergüenza y por la desaprobación social, se observa un incremento paulatino del número de mujeres en las reuniones de AA (13).

En población general, la solicitud de ayuda médica a hospitales o instituciones por el uso de alcohol, es mucho mayor por parte de los hombres que de las mujeres, encontrándose una proporción de 5:1 a favor de los varones. Los hombres prefieren acudir en primer lugar a Alcohólicos Anónimos, seguido de los servicios de atención médica privada; mientras que en las mujeres estas preferencias se invierten (15).

La *edad* es un importante predictor del consumo excesivo y de los problemas relacionados. En Estados Unidos el mayor índice de abuso se encuentra en la población joven; mientras que en nuestro país, la población masculina que consume alcohol una vez por semana o con mayor frecuencia y que bebe 5 copas o más por ocasión, es decir, los bebedores frecuentes altos y consuetudinarios están en una edad media de 30 a 49 años. Esta misma tendencia se observa en la población femenina aunque en una proporción mucho menor (2,10). La edad en la que el consumo de alcohol es más fuerte se ve reflejada en las personas que acuden a Alcohólicos Anónimos en donde el 70 % de los miembros tienen entre 30 y 50 años de edad (13).

* Alcohólicos Anónimos cuenta con más de 12,000 grupos en México, y por su desarrollo y crecimiento ocupa el tercer lugar en importancia en el mundo en términos de número de grupos y miembros, después de Estados Unidos y Canadá (12).

En países como Italia en los que hay consumo de alcohol diario, los problemas de salud como la cirrosis presentan altos niveles y su sistema de tratamiento se ha basado tradicionalmente en la orientación médica. En países donde el consumo es episódico pero en grandes cantidades, como Finlandia, se dice que los problemas son principalmente a nivel social, de aquí que sus tratamientos no estén orientados médicamente (21). En México se encuentra que, a pesar de que el consumo *per capita* es significativamente inferior al de otros países, como Francia, España, Estados Unidos y Chile, las tasas de muerte por cirrosis son de las más altas en el mundo, ocupando el cuarto lugar de causa de muerte en edad productiva (de 15 a 64 años de edad) y el primer lugar en la población masculina de edad media (14). Considerando al gran número de mujeres abstemias que existen y las tasas de muerte por cirrosis, se puede inferir que el alcohol disponible lo consumen sólo unos pocos, principalmente hombres en edad media. Campillo y cols. (3) afirman que de la población de pacientes que acuden con el médico general, la prevalencia de problemas por el consumo de alcohol es bastante alta y difícil de apreciar a primera vista, ya que, además de la cirrosis, existen otros padecimientos como desnutrición, hepatitis, gastritis, cardiopatía alcohólica e impotencia sexual que enmascaran el verdadero problema del paciente y hacen que estas personas soliciten ayuda médica con más frecuencia que el resto de la población.

De la Fuente y Kershenovich (6) encontraron que el consumo excesivo de alcohol está asociado con numerosos signos y síntomas relacionados con el aparato cardiovascular, el digestivo y el sistema nervioso central, y que estas manifestaciones relacionadas con el abuso en el consumo de alcohol, producen confusión en el médico y con frecuencia son atribuidas a otros procesos patológicos. En este mismo estudio, se utilizó un instrumento de tamizaje denominado AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) diseñado para identificar el consumo excesivo de alcohol en el primer nivel de atención médica. Este instrumento demostró ser altamente sensible y específico y se sugiere su utilización particularmente en el primer nivel de atención médica donde podría constituir un elemento fundamental de la estrategia para la detección oportuna de los bebedores excesivos de alcohol en población abierta.

Además de los problemas de salud, el abuso de bebidas alcohólicas ocasiona una gran cantidad de problemas sociales como son las lesiones y accidentes, homicidios y suicidios que se asocian con el consumo agudo y la ebriedad; este tipo de consecuencias se presentan principalmente entre bebedores no dependientes. En los servicios de urgencias de 8 hospitales de la ciudad de México el 21 % de los pacientes que ingresaron informaron haber ingerido alcohol dentro de las 6 horas previas al evento. Este porcentaje se incrementa al 33.5 % cuando se considera únicamente a los hombres con lesiones por traumatismos causados por caídas, riñas y lesiones accidentales (11). En entrevistas realizadas a familiares de 80 suicidas, se encontró que 55 % de los suicidas había tenido algún vínculo con el consumo de alcohol y 24 % era alcohólico, además 19 % de los casos se encontraban ebrios

en el momento del suicidio (16). Existe otro tipo de variables como es el uso de drogas, las psicopatologías asociadas, e incluso la disponibilidad de alcohol, las actitudes y el nivel de tolerancia de la sociedad, que están relacionadas directamente con las estrategias de tratamiento. También es importante conocer y tomar en cuenta las restricciones de tipo legal como la regulación de los horarios y licencias de expedición de las bebidas, legislación sobre la publicidad y la edad legal para adquirir el alcohol; otro tipo de restricciones son las leyes relacionadas con la conducta de beber, como manejar bajo los efectos del alcohol.

Todos estos aspectos que se han planteado, de tipo individual, social y legal, son tomados en cuenta para plantear las estrategias de tratamiento que se requieren. Sin embargo, aunque sabemos que en México existe una gran diversidad de servicios de tratamiento para los alcohólicos, aún no se sabe mucho sobre qué es lo que determina que un paciente elija un servicio sobre otro, y cuáles son las motivaciones que lo llevan a pedir ayuda.

Material y método

Se trata de un estudio de casos, en el que se entrevistó a una muestra de 211 pacientes que acuden por primera vez a la Clínica para Atención de Problemas Relacionados con el Alcohol (CAPRA) del Hospital General de México.

Este servicio proporciona atención médica a los pacientes con padecimientos relacionados con el consumo excesivo de alcohol. Se les realizan análisis clínicos a los pacientes dentro del mismo hospital y, si es necesario, pueden ser referidos para ser atendidos en otras especialidades médicas.

La CAPRA trabaja conjuntamente con miembros de Alcohólicos Anónimos. Permanentemente hay dos miembros de AA que están allí con el objetivo de orientar y apoyar a los enfermos alcohólicos, e invitan a los pacientes que llegan por primera vez al servicio a participar en una reunión de AA que se celebra diariamente dentro de las instalaciones del Hospital, antes de entrar a la consulta con el médico.

Los criterios de inclusión para formar parte de la muestra fueron: que se tratara de pacientes hombres, mayores de edad, que acudieran al CAPRA a pedir consulta por primera vez por problemas relacionados con el abuso en el consumo de alcohol y que estuvieran en condiciones tanto físicas como mentales para contestar de manera coherente el cuestionario. El levantamiento de la información se realizó durante 1995. La entrevista tuvo lugar en el mismo centro de tratamiento con una duración aproximada de 40 minutos. La aplicación del cuestionario la realizaron dos entrevistadores previamente capacitados en el manejo del cuestionario y técnicas de entrevista.

El instrumento que se utilizó está basado en el "Composite International Diagnostic Interview" (CIDI) que es un instrumento desarrollado por la entonces Administración de Alcohol, Abuso de Drogas y Salud Mental (ADAMHA), de los Estados Unidos, y la Organización Mundial de la Salud (20). La confiabilidad de

este instrumento fue probada en un estudio internacional que abarcó 18 países (19). Posteriormente Cottler y cols. (5) desarrollaron un instrumento conocido como "Composite International Diagnostic Interview Substances Abuse Module" (CIDI-SAM), que es una entrevista estructurada que permite elaborar diagnósticos de acuerdo al DSM-III-R, DSM-IV e ICD-10. La versión final, que es la utilizada en este estudio fue elaborada por Caetano, y su funcionamiento ha sido probado en pacientes que acuden a centros de tratamiento en Estados Unidos (1). La adaptación del instrumento para su aplicación en México se realizó en el Instituto Mexicano de Psiquiatría apoyándose en los resultados de un estudio con orientación antropológica para la traducción de los conceptos relevantes (4).

El cuestionario consta de las siguientes secciones: información sociodemográfica, cantidad, frecuencia y problemas relacionados con el consumo de alcohol, síntomas de dependencia al alcohol y utilización de servicios; además de una sección de drogas que incluyera las mismas variables que se utilizaron en el caso de las bebidas alcohólicas.

Resultados

Características de la muestra

El total de los pacientes entrevistados eran del sexo masculino entre 18 y 77 años (la edad promedio fue de 44 años). El nivel de escolaridad es evidentemente bajo, encontrándose que el 53 % ha completado únicamente entre uno y seis años de escuela. Con respecto al ingreso mensual familiar el 74 % de los pacientes informó que es de dos salarios mínimos o menos, encontrándose el porcentaje más alto en la categoría de una vez el salario mínimo (37 %). El 65 % de los pacientes reporta tener un empleo fijo, mientras que 2.4 % dice realizar trabajos eventuales y el 2 % está jubilado, esto significa que el 30 % de los pacientes, aún encontrándose en edad económicamente productiva, no percibe ingresos. El 95 % de los pacientes no cuenta con seguro médico como podrían ser el IMSS o ISSSTE, sólo 7 pacientes dicen estar cubiertos por el IMSS.

En cuanto al consumo de alcohol el 60 % de los pacientes reporta beber todos los días (7 días de la semana) y el 21.3 % dice hacerlo casi todos los días (5 o 6 días de la semana). El 62 % de la muestra refiere consumir 12 copas o más por ocasión de consumo y el 31 % de 6 a 11 copas. La bebida de preferencia fueron los destilados (ron, brandy, vodka) (52 %), seguidos del tequila, mezcal y alcohol de caña (24 %), también se encontró consumo de cerveza (14 %) y pulque (9.5 %).

En cuanto a los problemas ocasionados por el consumo de alcohol, en el año anterior a la entrevista, los problemas de tipo emocional como: sentirse deprimido con un 76 % y sentir desinterés por las cosas con un 75 %, son los que se presentan con mayor frecuencia; el 84 % informó haber presentado por lo menos uno de estos dos síntomas en el último año. Dentro de los problemas con familiares, amigos o compañeros de trabajo, el 80 % informó haber tenido por lo menos

uno de estos tres, reportándose con mayor frecuencia los problemas familiares provocados por el abuso en el consumo de alcohol (75 %). Haber estado involucrado en peleas físicas, haber sido arrestado o detenido por la policía, o haber sufrido un accidente automovilístico, son los problemas que se reportaron con menor frecuencia en comparación con los anteriores, solamente el 50 % de la muestra informó haberlos tenido en el último año.

Al preguntar sobre los problemas físicos o de salud provocados por el consumo de alcohol, se encontró que, de las 12 condiciones médicas exploradas, el 98 % de los pacientes entrevistados informó haber tenido por lo menos uno de éstos en el último año con un promedio de 4 padecimientos por paciente. Los malestares que más se presentaron fueron: malestar estomacal (73 %), hormigueo o adormecimiento en pies y manos (67.3 %), problemas de memoria (57.8 %) y enfermedad en el hígado (42.7 %).

Utilización de servicios

A pesar de que el tratamiento sólo se ofrece a los pacientes que lo solicitan en forma voluntaria, al interrogar al paciente sobre la forma en que había llegado a la CAPRA, el 29 % aceptó haber sido prácticamente obligado a ir a tratamiento, la persona responsable de esto fue un familiar en 44 de los pacientes, en 19 casos fue un amigo, en 6 un médico. Al preguntar si alguien les había sugerido acudir a tratamiento, 77.3 % contestó afirmativamente, en 92 casos fue un familiar, en 60 un amigo, y en 23 un médico.

Dentro de las razones por las cuales acudieron específicamente a ese centro de tratamiento (cuadro 1), se encontró que la principal razón es porque un amigo se los recomendó (67.8 %) ("vine aquí porque un amigo o alguien que conozco había estado aquí y dijo que era un buen centro").

El cuadro 2 muestra los servicios a los cuales han acudido con anterioridad a solicitar ayuda por el abuso en el consumo de alcohol. El 71 % de los pacientes informó haber recurrido a alguno de estos cuatro servicios por lo menos una vez; sin embargo, si omitimos a Alcohólicos Anónimos, encontramos que solamente 17.5 % ha estado por lo menos en uno de los otros tres servicios. En este caso el servicio más socorrido es Alcohólicos Anónimos ya que la mayoría de los pacientes ha acudido por lo menos a una reunión de AA. El 40 % de los pacientes que dicen haber ido por lo menos una vez a AA, ha asistido a más de 90 reuniones. El 82 % de los pacientes que han ido en alguna ocasión a AA considera que este servicio es muy útil en términos de conseguir mantener la sobriedad, el 14 % dice que es algo útil, el 3.4 % poco útil y el 1.4 % nada útil.

Estos servicios los han utilizado de manera reciente ya que, al preguntar sobre la última vez que recurrieron a ellos, se encontró que: el 91 % de los que acudieron a AA dijeron haberlo hecho en los últimos 5 años, el 93 % de los que han estado en un programa de desintoxicación, lo hizo en los últimos 3 años y todos los que informaron haber estado en un programa residencial lo hicieron en los últimos 6 años.

CUADRO 1
Razones por las cuales acudir a CAPRA

Razones	N	%
Es el único centro del cual sabía	54	25.6
Es el único centro que lo recibiría	33	15.6
Está cerca de su casa	45	21.3
Un amigo o alguien que conoce ha estado aquí	143	67.8
Un doctor u otro trabajador de la salud le dijo	52	24.6
Un trabajador social le dijo	2	0.9

CUADRO 2
Servicios a los que ha acudido alguna vez en la vida

Servicios	N	%
Alcohólicos Anónimos	146	69.2
Programa de desintoxicación	14	6.6
Casa de recuperación (programa residencial)	24	11.4
Consulta externa	6	2.8

Con referencia a otro tipo de servicios que el paciente haya utilizado por alguna causa relacionada con su manera de beber (cuadro 3), se encontró que el 60 % de los pacientes entrevistados informó haber estado por lo menos en uno de estos lugares por motivos relacionados con su manera de beber. Si omitimos la cárcel y las salas de urgencias, que son los lugares en donde los pacientes han estado con mayor frecuencia, encontramos que solamente 25 % ha estado en alguno de los otros servicios, en comparación con casi la mitad de ellos (49 %) que ha estado en la cárcel y/o en urgencias.

El promedio de años de la última vez que acudieron a estos servicios es mayor al de los servicios reportados en la cuadro 2, que en general tuvieron un promedio de 2.5 años, a excepción de la consulta externa que fue de 4.4 años. Por ejemplo, de los pacientes que acudieron con un sacerdote, pastor o rabino, lo hicieron en promedio hace 5 años, lo mismo los que solicitaron ayuda de un psiquiatra, consejero o terapeuta; de los que estuvieron en una sala de urgencia por última vez, se encontró un promedio de 6 años, y de los que estuvieron en la cárcel, el promedio fue de 10 años.*

Discusión

Lo primero que hay que establecer es que, tanto por la edad de los pacientes como por los problemas de salud que presentan y el tipo de tratamiento en el cual han sido captados (que es eminentemente de atención médica), se trata de pacientes que en su mayoría tienen un historial de consumo de alcohol extenso** en donde han pasado por varias etapas: la del consumo agudo, en la cual la mayoría de los problemas han sido de tipo social y como consecuencia de esto han estado en lugares como la cárcel y las salas de urgencias por lesiones en accidentes y riñas; y la actual etapa de

uso crónico, en la cual los problemas son principalmente de salud y han utilizado servicios como los programas residenciales, de desintoxicación y urgencias por problemas médicos agudos. Estos son utilizados por los familiares como un recurso drástico cuando el alcoholismo está muy avanzado.

Como era de esperarse, la edad promedio de los pacientes captados en este servicio se encuentra entre los 30 y 50 años de edad. En población general es precisamente en esta edad donde se encuentran los hombres que presentan el patrón de consumo más fuerte y es en este intervalo de edad que también se encuentran la mayoría de los miembros de AA.

Hasta el momento, Alcohólicos Anónimos ha demostrado ser el servicio más solicitado por los alcohólicos y el más recomendado por amigos y familiares. Los resultados en población general coinciden en reportar a AA como el recurso más importante cuando un problema de alcohol se hace presente (15). Rosovsky y colaboradores (13) consideran que el éxito de AA probablemente consista en que los pacientes constantemente están siendo invitados por otros miembros, lo que les proporciona una red de apoyo, identificación y afiliación que no se encuentra en los otros servicios. Solís y Medina-Mora (15) agregan que AA también permite el intercambio de experiencias, la socialización grupal y la interacción con pares, que es algo muy característico de nuestra sociedad, donde la búsqueda del contacto afectivo para resolver algún problema determinado, predomina sobre la búsqueda de ayuda de tipo profesional. Esto se refleja de alguna manera en el hecho de que la religión esté considerada como un recurso importante; recurrir a un sacerdote para intentar dejar de beber por problemas familiares o laborales, es mucho más frecuente que ir a los servicios médicos: consulta externa, psiquiatra o terapeuta, hospital mental. Parece ser que estas personas (de bajo nivel escolar y de bajos recursos económicos), no consideran al alcoholismo en sí como una enfermedad, y asisten a los servicios conforme los problemas relacionados se van presentando.

Sin embargo, se esperaba que los servicios médicos ocuparan uno de los primeros lugares dentro de los recursos utilizados por los bebedores y no fue así.

* El promedio en años de la última vez que estuvieron en los demás servicios reportados en el cuadro 3, no se interpreta debido a que son muy pocos los sujetos dentro de cada categoría.

** Vaillant y Milofsky (17) calculan que para que un bebedor desarrolle un síndrome de dependencia al alcohol y empiece a manifestar problemas de salud graves, debe haber bebido durante un promedio de quince años.

CUADRO 3
Servicios a los que ha acudido alguna vez en la vida por motivos
relacionados con su manera de beber

Servicios	N	%
Alanon, Alateen	8	3.8
Programa de abuso de drogas	2	0.9
Pastor, cura, rabino, sacerdote	35	16.6
Programa de violencia familiar	1	0.5
Psiquiatra, consejero, terapeuta	17	8.1
Sala de psiquiatría u hospital mental	6	2.8
Cárcel o prisión	57	27.0
Organización de asistencia	1	0.5
Programa de asistencia para empleados	0	0.0
Servicio de urgencias	69	32.7

Esto probablemente se deba a que los pacientes han acudido previamente al médico por otro tipo de causas que ellos consideran no están relacionadas directamente con el beber, es decir, en este estudio se preguntó si habían acudido al médico por problemas relacionados con su manera de beber, y posiblemente el paciente haya ido al médico pero no identificara que el motivo de su consulta estuviera relacionado con la bebida. De hecho, como informan Campillo y colaboradores (3) y De la Fuente y Kershenovich (6) muchos de los mismos médicos en práctica general no asocian las manifestaciones físicas con el abuso en el consumo del alcohol. De aquí que, para futuras investigaciones, se sugiere la inclusión de preguntas más específicas para abundar en este punto. De la Fuente y Kershenovich (6) plantean también la posibilidad de aplicar un instrumento de tamizaje en el primer nivel de atención médica con el fin de realizar una detección oportuna de pacientes con problemas de abuso de alcohol, y según los resultados de este estudio, también podrían considerarse lugares idóneos para la detección a las instituciones de justicia y a los servicios de urgencias. A estas dos instancias, los pacientes son llevados, y han estado en ellos mucho antes de reconocer que tenían problemas por el alcohol e intentaran dejar de beber por voluntad propia, de aquí que estos servicios sean un buen lugar de detección antes de que llegue a presentarse un consumo crónico con los consecuentes problemas de salud, amén de las consecuencias negativas a nivel emocional y familiar.

La razón fundamental por la que llegan a cualquiera de los servicios investigados en este estudio, es por el tipo de problema inmediato que se presenta. El camino que siguen los pacientes hasta llegar al centro donde fueron captados para este estudio, podría definirse de la siguiente manera: instituciones de justicia, urgencias y finalmente AA, programas específicos de desintoxicación y casas de recuperación. Posteriormente son llevados a instituciones como CAPRA, en donde son atendidos por las enfermedades en las cuales la presencia del alcohol se manifiesta de manera contundente.

Tanto las lesiones y accidentes —que son la primera causa de muerte en edad productiva— como la cirrosis hepática —cuarta causa de mortalidad en edad productiva— son problemas que, como ya hemos visto, se encuentran íntimamente relacionados con el abuso en el consumo de alcohol, de aquí que un tratamiento correcto en una etapa oportuna del padecimiento, pueda incrementar los efectos/beneficios del tratamiento como las tasas de mortalidad y los costos asociados a ellas que el tratamiento brinda.

Se recomienda profundizar un poco más sobre los aspectos que determinan la utilización de servicios en diversas muestras, tener un contacto más cercano con los pacientes, y saber qué busca el alcohólico cuando acude a un centro de tratamiento, cuáles son sus expectativas y qué es lo que ellos propondrían para mejorar los servicios. También sería recomendable conocer las necesidades de tratamiento de poblaciones especiales como podrían ser las mujeres, la población indígena, reclusos, adolescentes y niños.

Es necesario hacer campañas que proporcionen información de los servicios que existen y qué tipo de problemas son atendidos en ellos, con el fin de que los pacientes acudan directamente al servicio que cubra sus necesidades, evitando que vayan de uno a otro, y obtener así resultados a corto plazo de los efectos y beneficios que se plantean como consecuencia del tratamiento.

Actualmente, se están realizando entrevistas sobre la misma información contenida en este estudio en el Centro para la Atención del Alcohólico y sus Familiares (CAAF). La principal motivación de los pacientes que acuden al CAAF no es de carácter médico, por lo cual las características en cuestión de edad, actividad, escolaridad, problemas relacionados, uso de drogas, etc., son diferentes, por lo que podría estudiarse su impacto en la manifestación de Síndrome de Dependencia al Alcohol y compararse con la información de esta muestra.

REFERENCIAS

1. CAETANO R: The association between severity of DSM-III-R alcohol dependence and medical and social consequences. *Addictions*, 88:631-642, 1993.
2. CALDERON G, CAMPILLO C, SUAREZ C: Respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Monografía OMS-IMP, México, 1981.
3. CAMPILLO C, DIAZ R, ROMERO M, PADILLA P: El médico general frente al bebedor problema. *Salud Mental*, 11(2):4-12, 1988.

4. CAMPILLO C, ROMERO M: Diagnóstico y clasificación de desórdenes mentales: problemas relacionados con el abuso de alcohol y drogas. *Instituto Mexicano de Psiquiatría*. Reporte Interno, 1992.
5. COTTLER LB, ROBINS LN, GRANT BF, BLAINE J, TOWLE LH, WITTCHEN HU, SARTORIUS N and Participants in the WHOADAMHA Fields Trials: The CIDI-core substance abuse and dependence questions: Cross-Cultural and Nosological Issues. *Br J Psychiatry*, 159:653-658, 1991.
6. DE LA FUENTE JR, KERSHENOBICH D.: El alcoholismo como problema médico. *Rev Fac Med UNAM*, 35(2):47-51, 1992.
7. GREENLICK MR, COLOMBO TJ: A Framework for Assessing the Impact of Health Policy Alternatives. En: *Papers on the National Health Guidelines: Conditions for Change in the Health Care System*. Public Health Service, 53-59, Washington, 1977.
8. HOLDER H, BLOSE J: The reduction of health care costs associated with alcoholism treatment: a 14-years longitudinal study. *J Stud Alcohol*, 53(4):293-302, 1992.
9. HOLDER H, PARKER RN: Effect of alcoholism treatment on cirrhosis mortality: a 20 years multivariate time series analysis. *British Journal of Addiction*, 87:1263-1274, 1992.
10. MEDINA-MORA ME, TAPIA R, VILLATORO J, SEPULVEDA J, MARIÑO MC, RASCON ML: *Patterns of Alcohol use in Mexican Urban Population: Results from a National Survey*. Paper presented at the 17th. Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Sigtuna, Suecia, 1991.
11. ROSOVSKY H, GARCIA G, LOPEZ JL, NARVAEZ A: El papel del consumo de alcohol en las urgencias médicas y traumatismos. Memorias, IV Reunión de Investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 261-267, 1988.
12. ROSOVSKY H, LEYVA G: Movimiento de Alcohólicos Anónimos en México. *Anales 1*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 5-8, 1990.
13. ROSOVSKY H, CASANOVA L, PEREZ C: Las características de los grupos y de los miembros de Alcohólicos Anónimos. *Anales 2*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 138-141, 1991.
14. SECRETARIA DE SALUD: *Mortalidad 1993*. Secretaría de Salud, 1994.
15. SOLIS L, MEDINA-MORA ME: La utilización de los servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas. Resultados de dos Encuestas Nacionales. *Salud Mental*, 17(1):7-10, 1994.
16. TERROBA G, SALTIERAL MT, DEL CORRAL R: El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Salud Pública Méx.*, 28:489-494, 1986.
17. VAILLANT G, MILOFSKY EV: Natural history of male alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*, 39:127-133, 1982.
18. WALLACE P, JARMAN B: Alcohol: strengthening the primary care response. *British Medical Bulletin*, 50(1):211-220, 1994.
19. WITTCHEN HU, ROBINS LN, COTTLER LB, SARTORIUS N, BURKE JD, REGIER D and Participants in the Multicenter WHOADAMHA Fields Trials: Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Br J Psychiatry*, 159:645-653, 1991.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION: CIDI-CORE: *Composite International Diagnostic Interview*. Version 1.0. WHO, 1991.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION: Approaches to treatment of substance abuse. *Programme on Substance Abuse*. WHO, 1993.