

Epidemiología del uso y consumo de bebidas alcohólicas: delimitación y objetivos

Guilherme Luiz Guimaraes Borges*

Summary

Epidemiology was born as a discipline involved in the study of communicable diseases; however it has extended its interest to nutritional diseases, chronic and degenerative processes, and the problems in which the concept of disease is difficult to apply, such as drug dependence, traffic accidents, homicides, etc.

In this paper, we discuss some concepts in order to delimit the field and the objectives of the epidemiology applied to the study of the use and consumption of alcoholic beverages. It is suggested that, in the first place, there are two problems related to the use of the epidemiologic methodology, being identified as the inexistence of a common, accepted and valid definition of "case" of Alcohol Dependence Syndrome (ADS), and the difficulty to translate the definitions of dependence and the typologies of alcohol consumption to a community scene. These are important problems, since several definitions of "case" imply different prevalence, and since such definitions do not screen the same individuals with the problem.

In second place, epidemiology in the area of alcohol use and consumption could be applied to: a) the study of ADS (or clinical alcoholism) in which it can help to identify the clinical picture and the natural history of the disorder, in a way that some authors call the "alcoholism as a disease"; b) the study of all the possibilities of alcohol use and consumption (including the abstainers), and the individual, familiar and social problems related with those uses, whether or not the subjects are considered as clinical alcoholics. The second one would imply the consideration of a social framework. These two areas are not in contradiction; however, they should be studied as two separate areas of research.

Resumen

La epidemiología, que surgió como una disciplina abocada al estudio de las enfermedades transmisibles, ha venido ampliando su campo de acción para dar cuenta de los padecimientos carenciales, los crónicos-degenerativos e, incluso, los problemas en donde el concepto de enfermedad es de difícil aplicación, como las drogadicciones, los accidentes de tránsito, los homicidios, etc. Ya no se duda de la legitimidad de aplicar los métodos epidemiológicos al conjunto de los trastornos mentales, incluyendo al síndrome de dependencia al alcohol (SDA), en unión con las ciencias sociales y la investigación clínica.

En este trabajo se revisan algunos elementos que permiten delimitar el campo y los objetivos de la epidemiología, aplicada al estudio del uso y consumo de las bebidas alcohólicas. Se sugiere, en primer lugar, que hay dos problemas básicos

para la aplicación de la metodología epidemiológica en esta área, que son la ausencia de una definición aceptada y válida de lo que constituye un caso de SDA y, por otro lado, la dificultad para llevar las definiciones de dependencia y las tipologías del consumo de alcohol, a las investigaciones comunitarias, en donde las características de rapidez, sencillez y aceptabilidad de la entrevista son de fundamental importancia. Estos dos problemas son muy importantes, ya que las diferentes definiciones dan lugar a diferentes cifras de bebedores, y a catalogar a diferentes sujetos como aquejados del padecimiento.

En segundo lugar, se precisa que la epidemiología aplicada al uso y consumo de bebidas alcohólicas, se puede dirigir a dos áreas que, aun cuando no se contraponen, deben de quedar bien delimitadas. La primera es el área de estudio del síndrome de dependencia al alcohol, o alcoholismo clínico, en donde la metodología epidemiológica coadyuva a la delimitación del cuadro clínico y de la historia natural del padecimiento; algunos autores han llamado a este enfoque de "alcoholismo en cuanto enfermedad". Una segunda área estaría formada por el estudio de todas las posibilidades del uso y consumo de bebidas alcohólicas (incluyendo a los abstemios) y de los problemas que acarrea: individuales, familiares y sociales, que se relacionan con su uso, independientemente de si los sujetos son alcohólicos clínicos o no. Esta segunda área, de orientación social, trabaja con diferentes tipologías del consumo de bebidas alcohólicas, y busca averiguar cómo se relaciona este consumo, en sus diferentes grados, con problemas concretos, como la cirrosis hepática, los accidentes de tránsito, los divorcios, las discusiones familiares, etc.

Introducción

Desde que el concepto de alcoholismo fue enunciado con precisión en los años cuarenta y cincuenta, se hizo patente la estrecha relación que guarda con los determinantes culturales que norman el uso de las bebidas alcohólicas en las diversas sociedades. Es decir, la conducta del bebedor no podía separarse de los múltiples lugares que las sociedades asignan a las bebidas alcohólicas en sus tradiciones y rituales, que promueven el consumo de bebidas en ciertos grupos, mientras que los limitan en otros, que especifican los lugares y los momentos adecuados para consumirlas y, en forma más general, legislan sobre la producción y el comercio de las bebidas alcohólicas. Así, se planteaba un tipo de análisis que escapaba a las posibilidades y objetivos de la teoría y de la práctica clínica, centrada sobre el paciente individual.

Este vacío se llenó con una serie de disciplinas científicas que consideran a los grupos humanos como objetos de análisis, tales como la antropología, la sociología, la historia y la propia epidemiología. Estas disciplinas, se habían encontrado de una forma un tan-

* Investigador de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calz. México-Xochimilco 101, Tlalpan 14370, México, D.F.

to casual y episódica, con el problema del uso del alcohol en las sociedades que habían estudiado y, cada una con sus métodos y perspectivas características, venían aportando elementos importantes para la comprensión de esta problemática tan diversificada.

Actualmente es un hecho que poder comprender el uso y consumo de alcohol de los grupos sociales y de los individuos en concreto es una tarea multidisciplinaria e integrativa, que exige la cooperación de una multiplicidad de disciplinas. Este trabajo se limitará a comentar acerca de las aportaciones de una de estas disciplinas, la epidemiología, en el entendimiento de que sus aportaciones deben de ser consideradas en una perspectiva de integración con los hallazgos y métodos aportados por otras disciplinas sociales, y por la propia teoría y práctica clínica.

Definición y objetivos de la epidemiología

La epidemiología se puede definir como aquella disciplina que "estudia los patrones de distribución de las enfermedades en las poblaciones humanas, así como los factores que influyen sobre dichos patrones"(1). Esta definición implica que la epidemiología se interesa, en primer lugar, por conocer la forma como se distribuye una enfermedad entre los grupos humanos, según una serie de variables relevantes, tales como el sexo, la edad, la condición socioeconómica, la residencia, etc., lo que permite, en una forma descriptiva, conocer los subgrupos más afectados por el padecimiento en cuestión. Por otro lado, sirve para conocer los *determinantes* que provocan que se distribuya en la población, en un esfuerzo analítico por conocer las causas de las enfermedades(2). Es común que, a estas dos características básicas, se añada el que la epidemiología busca aplicar este conocimiento para controlar los problemas de salud(3), y para estudiar el impacto del proceso de atención a la salud(4), es decir, a la valoración científica de los procedimientos y técnicas terapéuticas, utilizados para tratar un problema de salud.

Dentro de la definición propuesta, resalta el hecho de que la epidemiología estudia las poblaciones humanas, lo que la ubica en un nivel de análisis particular. El estudio epidemiológico combina el resultado de la observación de una multiplicidad de individuos, ya que su meta es la mejoría del estado de salud de la población en su conjunto y, desde una perspectiva metodológica, se necesita trabajar con poblaciones para poder llevar a cabo inferencias causales sobre la relación que pueda haber entre la enfermedad y ciertos factores(5).

En términos generales, se puede ubicar la epidemiología dentro del contexto de la investigación en salud pública, bajo el entendimiento de que sus objetivos no difieren, en esencia, de la investigación clínica o biomédica, pero no se analiza a un nivel individual o sub-individual, sino poblacional, que abarca las colectividades humanas(6).

Avance de la epidemiología

La disciplina de la epidemiología se creó como parte de la medicina. Al principio estuvo enfocada al estudio

y control de las epidemias provocadas por las enfermedades infecciosas. Dichas enfermedades constituían el principal interés de las actividades sanitarias de los países europeos y de Norteamérica, a finales del siglo pasado y en la primera mitad del presente siglo, y en muchos de los países latinoamericanos siguen siendo los problemas principales en el perfil de morbimortalidad con que se enfrentan los epidemiólogos. Para ello, se creó una serie de conceptos que permitieron comprender la distribución y dinámica de estas enfermedades; entre ellos, la llamada tríada epidemiológica, formada por el huésped, el agente y el medioambiente.

Sin embargo, en la medida en que la industrialización se fue extendiendo, la regla fue la urbanización de las poblaciones, el proceso de producción en el campo se tecnificó y se establecieron nuevas formas de relaciones sociales; el perfil epidemiológico de los pueblos sufrió un cambio considerable. Se habla ahora de una transición epidemiológica, muy característica en los países desarrollados, que se viene introduciendo paulatinamente en México, aunque aquí las enfermedades infecciosas y carenciales no han desaparecido del panorama(7,8).

Las actividades de la epidemiología fueron cambiando en consonancia con el perfil epidemiológico de los pueblos y con las nuevas necesidades que se presentaron en las poblaciones con mayores expectativas de vida, y en donde la proporción de personas mayores de 60 años es ya muy elevada. La epidemiología ha pasado del estudio de las enfermedades infecciosas (como la poliomielitis, el sarampión, la tuberculosis) a las enfermedades crónicas y degenerativas (como el cáncer y las enfermedades coronarias) y dedica esfuerzos crecientes a fenómenos en los que el concepto de enfermedad es de difícil aplicación (como las drogadicciones y el alcoholismo, los accidentes, el suicidio y el homicidio, los traumas psicológicos derivados de las violencias humanas y naturales, etc.). Se habla ya de que la cuantificación de la mortalidad es insuficiente y que hay que producir una epidemiología de los riesgos, la incapacidad y la salud(9,10).

Ya no se duda de la legitimidad de estudiar estos últimos problemas, incluyendo el uso y consumo de bebidas alcohólicas, en una perspectiva epidemiológica. Sin embargo, hay que tener presente, como lo señala Edwards G., que si en el pasado el mejor socio del epidemiólogo era el bacteriólogo, en el estudio del consumo del alcohol hay que apoyarse en el científico social, ya que es de fundamental importancia comprender la interrelación que hay entre el ambiente sociocultural y el uso y consumo de las bebidas alcohólicas(11,12). Aunque los métodos y las perspectivas concretas que puede generar esta unión, son materia de discusión, como se verá posteriormente, es importante señalar que lo anterior no se puede reducir a igualar a la epidemiología del alcoholismo con el estudio estadístico de éste, como se ha llegado a proponer(13). La estadística representa una ayuda fundamental para el diseño y el análisis de los estudios epidemiológicos, pero no aporta conceptos a la epidemiología ni el marco en donde los hallazgos adquieren su significado.

Problemas de la epidemiología de los trastornos mentales

La investigación epidemiológica y la clínica tienen muchos elementos y objetivos comunes, y no deben percibirse como contradictorias o antagónicas. Sin embargo, como la epidemiología surge como una prolongación del campo y de la perspectiva médica, es importante analizar, en un primer momento, las determinaciones que la clínica impone a la epidemiología.

En un trabajo muy ilustrativo sobre los factores que influyen sobre la investigación de problemas específicos de la salud mental (la parálisis general progresiva, la pelagra y el cretinismo), Rosen G.(14) señaló que para que una investigación fructifique, lo primero que se necesita es contar con una conceptualización clínica que abarque las características principales del fenómeno en cuestión. Es decir, se necesita contar con una descripción mínima que mencione las características principales de la entidad que se está estudiando, de sus fases evolutivas, sus síntomas y signos primarios, sus formas típicas y atípicas, los elementos para un diagnóstico, y sus características biológicas y psicodinámicas. Sin los elementos clínicos indispensables, toda la investigación posterior corre el riesgo de mezclar sucesos diferentes, perdiendo validez y precisión.

Este es, por supuesto, sólo el movimiento inicial, ya que la clínica debe estar en condiciones de retomar los hallazgos de los trabajos biofisiológicos, psicológicos, sociológicos, antropológicos, epidemiológicos, laboratoriales, etc., para refinar y precisar sus conceptos. La investigación moderna de los trastornos mentales es esencialmente multidisciplinaria.

El problema estriba en que existen múltiples perspectivas y diferentes definiciones para definir el alcoholismo, o síndrome de dependencia al alcohol (SDA). En la práctica se proponen múltiples definiciones que coexisten en un momento dado, dificultando enormemente la investigación epidemiológica y las comparaciones entre los resultados observados en diferentes épocas, países e investigadores. Desde los primeros manuales de epidemiología sobre los trastornos mentales(15,16), se ha enfatizado que si no se cuenta con una definición coherente, estable y válida de lo que constituye un caso, la investigación epidemiológica no puede avanzar. Una primera consideración, por lo tanto, surge de la dificultad de delimitar clínicamente lo que constituye un caso de alcoholismo, sobre todo en sus fases iniciales(17).

Sin embargo, el problema no termina allí. Las investigaciones epidemiológicas son, esencialmente, investigaciones de campo y comunitarias, y suponiendo que haya una definición clínica válida del caso y criterios diagnósticos confiables, todavía hay que traducir estos elementos para llevar a cabo la investigación de campo. O sea, que si para una encuesta tocamos a la puerta de una casa y un individuo acepta participar en la investigación, no se puede retener su atención por dos horas consecutivas, realizar una historia clínica profunda, hacerle una serie de preguntas delicadas en presencia de la familia, pedirle que pierda un día de trabajo y se desplace a un centro especial para aplicarle una batería de pruebas psicométricas, que se entre-

viste allí con otro especialista, etc., etc. En resumen, se deben traducir (u operacionalizar, según algunos autores) los componentes clínicos a preguntas aplicables a situaciones de campo, en donde el problema de la rapidez, sencillez y aceptabilidad de la entrevista, u otro procedimiento, resultan fundamentales. De hecho, se ha llegado a plantear que el problema primario al que se debe de enfrentar la actual investigación epidemiológica de los trastornos mentales, es la creación de instrumentos de campo que clasifiquen e identifiquen correctamente los casos(18). Es decir, si se acepta que el SDA se caracteriza por alteraciones en el comportamiento, alteraciones subjetivas y alteraciones psicobiológicas, en una situación de campo será mejor preguntarle al sujeto si siente temblores por las mañanas o si se le olvidan cosas, si ha tenido discusiones con su mujer, si ha sido despedido de su trabajo o si gasta demasiado dinero en la compra de bebidas alcohólicas, o ¿será necesario hacer todas estas preguntas, y otras más?

En resumen, la investigación epidemiológica, en cualquiera de sus etapas o estrategias, se basa en la enumeración y análisis de un conjunto particular de fenómenos o casos de un trastorno, que va a constituir el numerador de sus tasas. Este trastorno, por lo general, está definido clínicamente, y la epidemiología retoma esta definición clínica para sus propósitos. Al hacerlo, no puede, por regla general, utilizar todos los procedimientos de que se vale la clínica para asegurar que una persona sí sufre del trastorno en cuestión, y tampoco puede utilizar todos los procedimientos para asegurar que una persona no sufre del trastorno.

En el caso concreto del estudio epidemiológico del uso y consumo de bebidas alcohólicas, hay dos problemas importantes que dificultan la aplicación del razonamiento anterior. En primer lugar, no hay un acuerdo general sobre lo que constituye las manifestaciones clínicas más importantes ni sobre la forma como se puede diagnosticar y clasificar el alcoholismo (SDA). En realidad, es posible encontrar múltiples definiciones de este cuadro y diferentes formas de clasificarlo. De hecho, las dos clasificaciones de uso más generalizado en México (la ICD-9 y el DSM-II) proponen acercamientos diferentes, nomenclatura diferente y privilegian conjuntos de síntomas diferentes(19). No hay una regla definitiva que indique cuál de las definiciones escoger y la opción por una de ellas, como en los otros casos de las disciplinas que se ocupan de los trastornos mentales, depende de la escuela a la que se esté afiliado, de las normas nacionales y del gusto personal.

El problema que se deriva de lo anterior, es decir, de cuál definición se utilice y cuáles síntomas se privilegien en la situación de campo, es importante y es, él mismo, materia de investigación. Es decir, ¿hasta qué punto las diferentes definiciones son intercambiables y el privilegiar unos síntomas en lugar de otros es irrelevante, ya que se trata de las mismas personas? Algunos trabajos han tratado de arrojar alguna luz al respecto, integrando en un único cuestionario un gran número de preguntas que cubren diferentes síntomas de una misma clasificación o pertenecientes a clasificaciones diferentes; así, si los síntomas pudieran ser

intercambiables o si las clasificaciones fueran, al final de cuentas, semejantes, se obtendrían prevalencias iguales con diferentes síntomas y clasificaciones y, además, los individuos que contestaran positivamente a una clasificación, también lo harían a otra.

Dos investigaciones realizadas al respecto muestran que el problema es serio y de fundamental relevancia. En la primera de ellas, Clark W.(20) utilizó cuatro diferentes tipos de índices (consumo excesivo, preocupación sobre el consumo propio, problemas interpersonales y de otros tipos e índices de adicción y dependencia) que permiten realizar combinaciones diferentes dentro de cada índice y combinaciones diferentes de índices. Las conclusiones más importantes fueron que, según los índices que se usen, la tasa de prevalencia variaba del 0.5% al 2%; los índices que daban tasas similares no seleccionaban, sin embargo, las mismas personas como casos, es decir, no son sustituibles unos por otros. Así, según la definición usada, se obtendrán tasas diferentes y, al usar diferentes definiciones, si se logran tasas similares no se está etiquetando a los mismos individuos. En una investigación posterior, Calentano y McQueen(21) encontraron resultados muy similares; las diferentes escalas de alcoholismo que se utilizaron, miden dominios diferentes del concepto y no pueden ser intercambiables como indicadores de prevalencia. En un trabajo más reciente, Boyd J.H. y cols(21) encontraron tasas de prevalencia instantánea que variaban del 1.6% al 2.4% y tasas de prevalencia de por vida que variaban del 3.1% al 6.3%, según la definición utilizada; los autores interpretan sus datos en el sentido de que la concordancia entre los diagnósticos es relativamente buena.

En definitiva, hay que tener presente lo siguiente, que no se cuenta con una definición clínica o epidemiológica de aceptación más o menos general sobre lo que constituye el alcoholismo (SDA) y su forma de medirlo comunitariamente. Las diferentes definiciones arrojan tasas desiguales de prevalencia y clasifican con este problema a personas diferentes. Así, las investigaciones que usan diferentes definiciones no se pueden comparar directamente, lo que sin duda le resta fuerza a los objetivos de la epidemiología. Frente a este problema se han venido realizando cada vez más investigaciones tras culturales que parten de un protocolo común de investigación, y utilizan definiciones, metodología e instrumentos(23,24) iguales.

Problemas de la epidemiología del uso y consumo de bebidas alcohólicas

En el apartado anterior se había identificado un primer problema en la epidemiología del uso y consumo de bebidas alcohólicas, a saber, la ausencia de una delimitación aceptada del cuadro clínico del alcoholismo (SDA). Un segundo problema surge de las preguntas: ¿Sólo se estudia epidemiológicamente la entidad clínica SDA? ¿Desde el punto de vista de salud pública, es ésta la causa más importante del consumo de bebidas alcohólicas?

La epidemiología busca describir y analizar las enfermedades en las poblaciones humanas, y es lógi-

co que inicialmente investigue aquellos fenómenos que preocupan en forma inmediata y visible a los servicios de atención médica y a los propios clínicos, que son los que observan directamente los padecimientos. Así, el interés epidemiológico se dirige principalmente hacia la búsqueda de soluciones de los problemas señalados por la práctica clínica y utiliza, como se vio anteriormente, los conocimientos provenientes de esta práctica.

Sin embargo, la perspectiva clínica está limitada, principalmente, por el local en donde se halle circunscrita (hospital psiquiátrico público, pabellón psiquiátrico de un hospital general, consulta externa en un centro de salud, consultorio de práctica privada, etc.) y, en forma general, por los factores sociales y culturales que determinan que un cierto trastorno sea percibido como objeto de una atención especializada y formal. La primera de estas limitaciones se refiere a que cada clínico, inmerso en su práctica delimitada, puede tener una perspectiva diferente de lo que constituye una lista de prioridades, según la institución en donde esté; por ejemplo, para la población mexicana masculina, el alcoholismo fue la quinta alteración más frecuente en la consulta externa, entre 1973 y 1978, pero fue la segunda alteración más frecuente en los servicios de hospitalización durante este mismo periodo(25). Así, una persona que esté en un servicio de consulta externa puede tener una visión diferente acerca de la importancia relativa de un fenómeno, que una persona que se dedique a la consulta interna. Este razonamiento es aplicable no sólo al conjunto de las patologías, sino a una misma patología, de tal forma que el clínico que trabaja en la consulta externa puede tener una visión particular de la forma clínica más común del alcoholismo, que será menos severa, en términos generales, que la visión que tenga el internista, que puede ser diferente, a su vez, de la del clínico privado que trata con una clientela de nivel socioeconómico más alto, y con más educación, etc.

La segunda limitación se ha venido señalando constantemente por la investigación comunitaria; a saber, que no todos los enfermos llegan a consultar con algún tipo de servicio médico formal. En realidad, en la comunidad hay un gran número de personas enfermas que nunca han consultado a un clínico en ningún nivel de atención; incluso, algunas personas con padecimientos graves, como la esquizofrenia, o que estando enfermas son asintomáticas. El problema es que en el trabajo clínico es imposible saber si estas personas son o no diferentes de las que sí consultan y si el cuadro y curso de su enfermedad es similar al de las personas que hacen uso de los servicios de atención. La diferencia entre la población de alcohólicos clínicos y alcohólicos comunitarios puede ser tan grande, que se han llamado los "dos mundos de los problemas del alcohol"(26)

¿Qué significa todo lo anterior para la epidemiología del uso y consumo de bebidas alcohólicas?

Que esta epidemiología ha estado sujeta inicialmente a las vicisitudes e intereses de la práctica clínica, sectorizada y centralizada en el paciente individual,

con una perspectiva limitada de los problemas comunitarios que el uso de bebidas alcohólicas puede producir. Esta práctica clínica, enfocada primero en el servicio hospitalario, ha enfatizado, en primer lugar, los problemas individuales más graves del consumo de alcohol, los que terminan en cuadros psicóticos; posteriormente, en la medida en que se hace ambulatoria, reconoce los cuadros de dependencia y abuso. Sólo en la medida en que se hace comunitaria, y utiliza los hallazgos de otras disciplinas, reconoce que hay todo un conjunto de problemas (individuales, familiares y sociales) que escapan a su percepción y que no encajan en un modelo médico estricto como, por ejemplo, el adolescente que comienza a manejar un coche, se va un fin de semana con los amigos, se emborracha con ellos y tiene un accidente automovilístico fatal; por lo tanto, nunca llegó a ser alcohólico dependiente, ni a consultar en ningún nivel de atención médica(27).

La epidemiología, al estudiar el consumo de bebidas alcohólicas, se ha debatido entre dos vertientes que, en rigor, no parecen excluyentes, pero que deben de ser claramente delimitadas al realizar algún estudio particular. Una primera está constituida por una orientación de tipo clínico, preocupada por describir y estudiar a las personas caracterizadas clínicamente como alcohólicas (SDA); una segunda perspectiva sería aquella que no se interesa necesariamente por las personas caracterizadas como alcohólicas, sino que busca cubrir, en principio, todas las posibilidades del uso y consumo de bebidas alcohólicas y los problemas que estén relacionados con estos diferentes usos. El siguiente ejemplo, aunque algo exagerado, puede ayudar a aclarar lo anterior: En algunas sociedades, las bebidas alcohólicas representan un símbolo de prestigio, son parte de un ritual y son un elemento fundamental en la vida social, especialmente para los hombres, de tal manera que hay una fuerte presión social en contra de la abstinencia. En este tipo de sociedades, sólo pueden mantenerse abstemios si se afilian a un grupo protestante o a otro similar(28). En la primera perspectiva epidemiológica no caben abstemios, pero en la segunda, la abstinencia (que es una forma de usar las bebidas alcohólicas) plantea un problema importante para este estudio.

Varios autores, desde diferentes posiciones y con diferentes terminologías, han planteado la necesidad de establecer esta diferencia. Ya en 1959, Lipscomb W.(29) llamaba la atención hacia la necesidad de conocer la manera en la cual la población total, incluyendo a los alcohólicos, usan las bebidas alcohólicas, y en su análisis considera no sólo los problemas directamente relacionados con el cuadro clínico del alcoholismo (como la cirrosis hepática o la psicosis alcohólica) sino otros problemas relacionados con el consumo de alcohol (como los divorcios o los arrestos por embriaguez de las personas que beben menos, que él llama bebedores sociales). En el trabajo ya mencionado de Clark W.(20), se plantea que hay dos posibles tipos de acercamiento al tema en cuestión: la orientación hacia los problemas sociales, en el cual ciertos problemas (como los pleitos familiares debidos al consumo de alcohol) son tratados como problemas en sí mismos, y que no pueden considerarse como enfermedades, y

otra orientación que él llama de "alcoholismo en cuanto enfermedad" en la cual se usan algunos problemas como indicadores de una posible adicción o dependencia. En 1967, Knupfer G.(13) planteó que en las encuestas es innecesario clasificar a una persona como enferma o no de "alcoholismo", ya que lo fundamental es hablar de bebedores problema, es decir, de aquellas personas que tienen problemas muy relacionados con la bebida. En 1973, Edwards planteó(11) que se puede usar la palabra alcoholismo en un sentido laxo para designar cualquier tipo de consumo de bebidas alcohólicas que causen un problema social, físico o mental, y que esta designación no presupone, necesariamente, un estado físico o psicológico de dependencia al alcohol; además, que las encuestas se pueden dividir entre aquéllas dedicadas a investigar la conducta del bebedor normal y las que se enfocan directamente en la patología de bebedor.

Posteriormente, Keller K. planteó que más allá de la categoría de alcohólicos (personas con la enfermedad) hay una gran categoría de bebedores, dentro de la cual una parte de los bebedores excesivos está iniciando un proceso conductual que culminará, para algunos de ellos, en la pérdida de control sobre la bebida y los hará adictos al alcohol; a este grupo se les puede llamar: de bebedores problema(30). En un trabajo posterior, el mismo autor plantea que hay dos grandes vertientes relacionadas con el estudio de las bebidas alcohólicas: la primera se caracteriza por un mal comportamiento relacionado con la bebida, como las borracheras públicas, no necesariamente protagonizadas por personas alcohólicas, y la segunda, que se refiere al alcoholismo como enfermedad(31). Por último, Smart G. propuso que más que enfocar las investigaciones sobre los conceptos de hábito, dependencia, abuso, etc., lo fundamental es estudiar el uso que la población hace de las drogas y los problemas que se relacionan con este uso, es decir, cuáles son las maneras de usarlas que se relacionan con los problemas específicos(32).

En resumen, un primer objetivo de la investigación epidemiológica en el área del uso y consumo de bebidas alcohólicas, puede ser el de coadyuvar a la investigación clínica de los enfermos alcohólicos (SDA). No se trata de sustituir la investigación clínica, sino de utilizar la metodología epidemiológica para sugerir algunos aspectos de la propia evolución de la historia natural de la enfermedad, que escapa a los procedimientos clínicos, y ayudar en la búsqueda de causas. Por ejemplo, Jellinek formuló su concepto del alcoholismo como enfermedad, examinando principalmente a los miembros de los grupos de Alcohólicos Anónimos que, actualmente se cree, no son representativos de todos los alcohólicos que hay en la población general(33). Por medio de las encuestas, la epidemiología ha permitido vislumbrar este problema y puede ayudar a proponer soluciones para los alcohólicos que no consultan con los servicios médicos formales. Otro ejemplo: se pensaba que el alcoholismo era una enfermedad crónica, la mayoría de las veces incurable; sin embargo, los estudios de prevalencia han mostrado que es menor el número de alcohólicos de edad madura, lo que sugiere la existencia de un porcentaje impor-

tante de remisiones y curas espontáneas, que impiden que se agrave la enfermedad.

Un segundo objetivo, que no se contrapone con el anterior, surge de la necesidad de asumir que las bebidas alcohólicas se encuentran ampliamente disponibles para la población general, que las utiliza de muchas maneras. Una de ellas es el uso crónico, que implica dependencia, trastornos físicos, subjetivos, etc., caracterizado como SDA. Pero antes de llegar a este uso extremo, a todas luces minoritario, hay muchas otras posibilidades, pues muchas personas dejan de beber, otras reinciden, pero beben poco, etc. Debe considerarse que esta diversidad en el uso de las bebidas alcohólicas es prácticamente desconocida, ya que muchas de estas personas no consultan con los servicios especializados, o sólo lo hacen a propósito de otro tipo de consulta. Sin embargo, se puede suponer que las bebidas alcohólicas no son inocuas para el organismo del individuo, para la familia y para la sociedad, y que la manera de usarlas de ciertas personas, en momentos determinados, puede acarrear problemas específicos, muchos de ellos desconocidos. Por ejemplo: Al principio de la década de los años 70, se publicaron informes que mostraron que las mujeres alcohólicas crónicas pueden traer hijos con un patrón típico de malformaciones, que se llamó Síndrome Alcohólico Fetal (SAF). Posteriormente, aparecieron investigaciones epidemiológicas que mostraron que los niños con

SAF pueden nacer muertos, y que el consumo de bebidas alcohólicas en dosis pequeñas ("normales") durante el embarazo, puede traer problemas menores, como que el niño pese menos al nacer o que aumente el número de abortos espontáneos. Así, el uso específico de bebidas alcohólicas, aunque no puede considerarse como abuso o uso patológico, en ciertos sujetos (mujeres en edad reproductiva) y en un momento determinado (durante el embarazo), se relaciona con problemas concretos.

La tarea principal en esta área es investigar cómo hace uso de las bebidas alcohólicas un determinado grupo social, y qué papel desempeña el alcohol en los problemas que se observan allí, que además pueden afectar al individuo que consume, a su familia o a la sociedad en general. Además de estos problemas hay otros que pueden ser planteados *a priori* para todos los lugares y todas las poblaciones. Su definición depende, en parte, del investigador, de análisis previos en la literatura y de la percepción social que en un momento dado puede definir algo como un problema relevante y prioritario.

Agradecimientos: Se presentó una primera versión de este trabajo en el Seminario Departamental "Algunos Aspectos Teórico-Metodológicos para Realizar Investigación Epidemiológica sobre el Consumo de Alcohol", a cargo de la maestra Guillermina Natera Rey. Agradezco a los miembros del Seminario todas sus sugerencias y críticas sobre este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. LILIENTFELD A M, LILIENTFELD D E: *Fundamentos de Epidemiología*. Fondo Educativo Interamericano, EUA, p. 1 1983.
2. MACMAHON B, PUGH T F: *Principios y Métodos de la Epidemiología*. La Prensa Médica Mexicana, México, 1975.
3. LAST J M: *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford University Press, EUA, 1983.
4. KNOX E G: *La Epidemiología en la Planificación de la Atención a la Salud*. Editorial Siglo XXI, México, 1981.
5. KLEINBAUM D, KUPPER L, MORGENSTERN H: *Epidemiologic Research*. Lifetime Learning Publication, EUA, 1982.
6. FRENK J y cols: Un modelo conceptual para la investigación en salud pública, presentada en el simposio Fronteras de la Investigación en Salud Pública. Academia Nacional de Medicina y Centro de Investigaciones en Salud Pública, 3 de julio, México, 1985.
7. ACUÑA D: *La Salud Desigual en México*. Editorial Siglo XXI, México, 1980.
8. ALMADA I: La crisis y la salud. En: González P, Aguilar H (coords): *México Ante la Crisis*. Editorial Siglo XXI, México, 2:87-116, 1985.
9. TERRIS M: *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*. Editorial Siglo XXI, México, 1980.
10. DONABEDIAN A: Evaluación de la necesidad. En: *Aspectos de la Administración Médica*. Colección Salud y Seguridad Social (en prensa).
11. EDWARDS G: Epidemiology applied to alcoholism. *Quart J Stud Alc*. 34:28-50, 1973.
12. EDWARDS G: Principales problemas en la investigación epidemiológica del alcoholismo y su vinculación con el caso de México. Ponencia presentada en el primer seminario sobre epidemiología del alcoholismo. Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, 31 de mayo, México, 1976.
13. KNUPFER G: The epidemiology of problem drinking. *Am J Public Health*. 57:973-986, 1967.
14. ROSEN G: *Locura y Sociedad*. Alianza Editorial, Madrid, pp. 285-302, 1974.
15. REID D D: *Los Métodos Epidemiológicos en el Estudio de los Trastornos Mentales*. OMS-Cuadernos de Salud Pública, Ginebra, No. 2, 1964.
16. LIN T-Y, STANDLEY C C: *Importancia de los Métodos Epidemiológicos en Psiquiatría*. OMS-Cuadernos de Salud Pública, No. 16, Ginebra, 1964.
17. MENENDEZ E L: *Hacia una Práctica Médica Alternativa*. Cuadernos de la Casa Chata No. 86, México, 1984.
18. DOHRENWEND B P, DOHRENWEND B S: Perspectives on the past and future of psychiatric epidemiology. *Am J Public Health*. 72:1271-1279, 1982.
19. CAETANO R: Two versions of dependence: DSM III and the alcohol dependence syndrome. *Drug and Alcohol Dependence*. 15:81-103, 1985.
20. CLARK W: Operational definitions of drinking problems and associated prevalence rates. *Quart J Studies on Alcohol*. 27:648-668, 1978.
21. CALENTANO D D, MCQUEEN D V: Reliability and validity of estimators of alcohol prevalence. *J Studies on Alcohol*. 39:869-878, 1978.
22. BOYD J H y cols: Different definitions of alcoholism, I: Impact of seven definitions on prevalence rates in a community survey. *Am J Psychiatry*. 149:1309-1313, 1983.
23. CAETANO R, MEDINA-MORA M E: Immigration, acculturation and alcohol use: A comparison between people of Mexican descent in Mexico and the US. NIAAA, 1986.
24. RITSON E B: *Community Response to Alcohol-Related Problems: A Review of an International Study*. Public Health Papers No. 81. World Health Organization, Ginebra, 1985.

25. GUTIERREZ J H, ACOSTA H: La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales. *Salud Pública de México*. 26:464-483, 1984.
26. ROOM R: Measurement and distribution of drinking patterns and problems in general populations. En: Edwards G y cols: *Alcohol-Related Disabilities*. OMS-Offset Publications No. 32, pp. 62-87, Ginebra, 1977.
27. SKOG O J: The relevance of the distribution theory. *Br J Addiction*, 81:743-745, 1986.
28. MEDINA E C: Ingestión de alcohol y contexto cultural: evaluación actual y proposiciones futuras. *América Indígena*. 38:663-694, 1978.
29. LIPSCOMB W R: Epidemiological methods in the study of alcoholism. *Am J Public Health*. 49:372-333, 1959.
30. KELLER M: Problems of epidemiology in alcohol problems. *Journal of Studies on Alcohol*. 36:1442-1451, 1975.
31. KELLER M: The definition of alcoholism and the estimation of its prevalence. En: Rittman, Snyder (eds): *Society, Culture and Drinking Patterns*. Nueva York, 1962.
32. SMART R G: Addiction, dependence, abuse, or use: which are we studying with epidemiology. En: *Drugs Use: Epidemiological and Sociological Approaches*. John Wiley and Sons Hemisphere Publishing Corp, pp. 23-42, Washington, 1974.
33. CUTTING J: Alcohol dependence and alcohol-related disabilities. En: Granville-Grosman K. *Recent Advances in Clinical Psychiatry*. Churchill Livingstone, Inglaterra, pp. 225-250, 1979.