

La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún daño.

(Resultados preliminares de un ensayo clínico doble ciego y prospectivo)

Carlos Campillo Serrano*
Rosa Díaz Martínez**
Martha P. Romero Mendoza**
Juan Cerrud Sánchez**
Jorge Villatorio**

Summary

This work presents the preliminary results of a study assessing the therapeutic effects of the advice of a primary attention physician on the alcoholic habits of patients whose manner of drinking implies a health risk or has already caused damage.

It is a multinational investigation coordinated by the World Health Organization (WHO) in eleven countries besides Mexico. The results presented here concern Mexico.

A questionnaire was applied to patients waiting their turn to be attended in a Social Security Clinic of Family Medicine (IMSS) and in the out patient premises of an important general hospital of the Health Ministry (SS), both in Mexico City. It was a questionnaire capable of identifying risk drinkers and drinkers already suffering damage from alcohol consumption (BRD). There were 2539 questionnaires applied to 1813 men and 726 women. Of the men, 14% turned out to be risk drinkers and/or with damage (BRD). Only 1% of the women were BRD, and as a result of this low rate they were eliminated from the study and the evaluation was made exclusively on males.

Male patients identified as BRD were randomly assigned to one of the following therapeutic intervention groups: 1) Control group, 2) Simple advice, 3) Information manual, 4) Follow-up or monitoring. They were requested to attend six months later in order to evaluate if their drinking habit had changed. To measure these changes, two factors were estimated: the alcohol intake of each individual during previous months and his alcohol intake on the occasion when he drank most.

Of the initial sample, 10% of the patients was not assessed six months later. The first results show the following: in all four groups, including the control group, six months later patients said they were drinking less, but the difference between both evaluations was not significant. Both factors were calculated during the first interview as well as during the last one six months later.

The most noticeable change was that all groups had reduced their alcohol intake, although it is important to point out that the difference was not statistically significant in any of the cases. It is also important to mention that this effect was the same in all groups, including the control group. This suggests that a moderate positive result was obtained independently of the therapeutic modality employed.

Resumen

Se presentan los resultados preliminares de un estudio que evalúa el efecto terapéutico que tienen el consejo o la opinión de un médico de contacto primario, sobre los hábitos alcohólicos de pacientes cuya manera de beber pone en riesgo su salud o ya les ha ocasionado algún daño. Se trata de una investigación multinacional que coordinó la Organización Mundial de la Salud (OMS), en once países, aparte de México. Estos resultados corresponden a la población mexicana.

En las salas de espera de una clínica de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en la Consulta Externa de un importante hospital general de la Secretaría de Salud (SSA), ubicados ambos en la ciudad de México, se les aplicó a los enfermos que esperaban turno en la consulta, un cuestionario capaz de identificar a los bebedores riesgosos y/o que sufrían daño a causa del consumo de alcohol (BRD). Se aplicaron 2 539 cuestionarios a 1 813 hombres y 726 mujeres. De los hombres, el 14% resultaron bebedores riesgosos y/o con daño (BDR). Debido a la baja tasa de mujeres BRD, éstas se excluyeron del estudio y

**Asesor de Proyectos especiales. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.*

***Investigadores de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
Antiguo Camino a Xochimilco 101. Mexico 14370, D.F.*

la evaluación se llevó a cabo exclusivamente con varones. Los pacientes varones identificados como BRD fueron asignados en forma aleatoria a uno de los siguientes cuatro grupos de intervención terapéutica: 1) Testigo, 2) Consejo Sencillo, 3) Manual de Información, 4) Seguimiento o monitoreo. A los seis meses se les citó para evaluar si habían mostrado cambios en su manera de beber. Para medir los cambios, se calcularon dos cifras: la cantidad de alcohol que ingirió cada individuo en el último mes y la cantidad que consumió durante la ocasión en que más bebió. De la muestra inicial de pacientes, el 10% no fueron evaluados a los seis meses. Los primeros resultados muestran lo siguiente: En los cuatro grupos incluyendo el grupo testigo, los pacientes dijeron beber menos alcohol a los seis meses y la diferencia entre las dos evaluaciones no alcanzó a ser significativa.

Ambas cantidades se calcularon durante la primera entrevista inicial y la última, seis meses después. Lo que más llama la atención es que en todos los grupos hubo una disminución del consumo de alcohol, aunque es conveniente aclarar que la diferencia en ningún caso alcanzó significancia estadística. También es pertinente mencionar, que el efecto fué el mismo para todos los grupos incluyendo el grupo testigo; lo que sugiere que independientemente de la modalidad terapéutica, se logró observar un efecto positivo de magnitud moderada.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1982, inició la coordinación de un programa de investigación de orden multinacional en la que participaron once países con la inclusión de México, con el fin de evaluar la eficacia terapéutica del médico general o de algún otro trabajador del campo de la salud que labore en el primer nivel de atención, sobre pacientes cuya manera de beber alcohol representa un riesgo para su salud o bien, que el hábito ya les ocasionó algún tipo de daño (18).

La decisión de establecer este programa obedeció a las siguientes razones: que entre 20 y 30% de los pacientes que acuden a consulta con el médico general sufren de problemas de salud relacionados con su ingesta de alcohol (5); que la mayor parte de estos pacientes no son tratados correctamente debido a que el médico no identifica su problema (4); que su atención representa un alto costo para los servicios asistenciales, ya que se trata de enfermos que hacen un uso exagerado de ellos (14,15); que con toda seguridad, en el futuro, el costo se incrementará todavía más, porque hasta ahora esa ha sido la tendencia y no hay indicio de que vaya a cambiar (17); que estudios recientes han mostrado que si el médico ejerce alguna acción terapéutica, ésta tiene una eficacia positiva del 10% (11,12); y por último, que todo programa de esta índole que se lleva a cabo en el primer nivel de atención es económico, cubre una parte considerable de la población general y puede reproducirse con facilidad en otros lugares (1).

La presente publicación se refiere al estudio que se llevó a cabo en México y muestra los primeros resultados preliminares que hasta ahora se han analizado.

Material y métodos

La investigación se llevó a cabo en dos sitios diferentes de la ciudad de México: Una clínica de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (Clínica No. 10) y la Consulta Externa de un importante hospital general del sur de la Ciudad, que pertenece a la Secretaría de Salud (SSA) (Hospital General "Manuel Gea González"). La descripción detallada de las condiciones de ambos lugares ya se publicó (3).

Los pacientes fueron seleccionados en las salas de espera mientras aguardaban turno para ser atendidos por el médico. Su elección no fué al azar, ya que únicamente participaron aquellos que aceptaron la invitación de los entrevistadores. Se les explicó brevemente en qué consistía la investigación. Se les dijo que era un estudio multinacional coordinado por la Organización Mundial de la Salud, en el que se pretendía conocer cómo influyen ciertos hábitos de vida en la salud. Por tal motivo, se les preguntaría sobre su dieta, su actividad física, su tipo de trabajo y su consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Se tuvo especial cuidado en no mencionar que el objetivo principal de la investigación era sobre el consumo de alcohol. Esta precaución obedeció a que se sabe con bastante certeza, que cuando a los individuos se les anticipa que se les va a preguntar sobre sus hábitos alcohólicos, con mucha frecuencia no contestan con veracidad. Además, dentro del diseño metodológico de la investigación se planeó contar con un grupo testigo, en el cual la intervención terapéutica no haría ninguna mención especial sobre la necesidad de disminuir o cambiar los hábitos alcohólicos, si no que el mensaje iría dirigido a cambiar varios hábitos de vida, para así mejorar la salud, incluido desde luego el del alcohol. Si al pedirles a los pacientes su participación, se les hubiera comunicado el motivo verdadero del estudio, por razones obvias, no se habría podido contar con un grupo testigo y esto hubiera debilitado los resultados de la investigación.

A los que aceptaron participar se les proporcionó un cuestionario autoaplicable llamado "Cuestionario sobre salud y forma de vida", que consiste en 21 preguntas previamente codificadas que se contestan en no más de 10 minutos. El cuestionario se deriva de otro que surgió en la primera fase de este mismo estudio de la OMS, la cuál tuvo como propósito diseñar métodos de identificación oportuna de bebedores riesgosos (6). En la presente investigación dicho cuestionario se utilizó como instrumento de tamizaje para identificar a los bebedores seleccionados para el estudio.

El cuestionario se refiere de manera general a los diferentes hábitos de vida. Sus preguntas están hechas para que el entrevistado no se percate de que se trata de una investigación cuyo tema principal es el consumo de alcohol. Inquiere también sobre los hábitos de consumo de tabaco, café y otras drogas, e indaga sobre la dieta, el ejercicio, el sobrepeso y el trabajo.

El cuestionario puede discriminar con facilidad entre bebedores riesgosos o con daño y otros tipos de bebe-

dores. Para definir a los bebedores riesgosos o con daño, se utilizaron como marco de referencia los conceptos de la nueva clasificación de la OMS (ICD 10) (19): a) El uso riesgoso (*hazardous use*) se concibe como un patrón de consumo que puede ser ocasional, repetitivo o persistente y que conlleva un alto riesgo de daño a la salud. Nótese que aquí el daño es a futuro, es decir, todavía no se ha establecido. b) El uso dañino (*harmful use*) implica un patrón de uso que ya ocasionó algún daño, sea éste físico como la hepatitis, o bien mental como la depresión que se observa en los bebedores fuertes.

Para que estos conceptos alcanzaran un mayor grado de precisión, al utilizarlos en el cuestionario se manejaron en forma de definiciones operacionales. De esta manera se consideraron bebedores riesgosos o con daño (BRD) a aquellos individuos que cumplieron los siguientes criterios: que bebieran más de 180 gramos de alcohol absoluto (18 copas) por semana en caso de ser varón, o más de 120 gramos (12 copas) las mujeres; que se hayan embriagado por lo menos una vez al mes o que en este tiempo hayan tomado más de 100 gramos de alcohol absoluto (10 copas) en una sola ocasión, que el mismo paciente o algún familiar o amigo se hayan quejado durante el último año de su hábito alcohólico, o que el propio individuo haya expresado durante la entrevista el deseo de beber menos.

Además de incluir en el estudio a los pacientes que exclusivamente llenaron los criterios anteriores, también se eliminaron a los siguientes: que fueran menores de 17 años y mayores de 65, que en el pasado no hubieran recibido tratamiento alguno contra el alcoholismo, que no padecieran de problemas hepáticos o trastornos psiquiátricos mayores, que no sufrieran de síntomas evidentes y recientes de dependencia al alcohol, que no estuvieran embarazadas, que residieran fuera de la ciudad de México, o que carecieran de domicilio permanente.

A los bebedores que cumplieron tanto con los criterios de inclusión como de exclusión, se les sometió a una entrevista estructurada mucho más detallada que el cuestionario autoaplicable, con una duración de 45 min. y que tuvo como propósito indagar con mayor detalle sobre sus hábitos alcohólicos, así como establecer con más certeza la validez de la información; para así confirmar con mayor seguridad su participación definitiva en la investigación.

Una vez que el paciente se incluyó en el estudio, se procedió a asignarlo a uno de los siguientes cuatro grupos de intervención terapéutica: 1) Testigo, 2) Consejo Sencillo, 3) Manual de Información y 4) Seguidores o Monitoreo. La idea fue evaluar cuatro alternativas diferentes de intervención con el propósito de conocer con mayor detalle qué factores son los que contribuyen más a producir un impacto favorable. En teoría, la diferencia entre cada uno de los grupos es de orden cuantitativo. A medida que se pasa de un grupo a otro, la información es más abundante, con mayores detalles, con más tiempo de información específica y mayores recursos.

En el grupo Testigo, como ya se dijo, se tuvo especial cuidado de no hacer ninguna referencia explícita hacia el consumo de alcohol. La intervención se centró exclusivamente sobre las recomendaciones para cambiar algunos hábitos de la vida, con el objetivo de mejorar su salud. Al final se les citó seis meses después con el fin de volver a abordar el tema.

En el grupo llamado de Consejo Sencillo, se les informó que su consumo de alcohol les había ya ocasionado algunos daños o que estaba siendo peligroso para su salud. Posteriormente, para apoyar esta información se les obsequió un folleto ilustrado de una cuartilla de extensión, que en forma breve y sucinta ilustra sobre algunos hechos relacionados con el alcohol; como la cantidad de gramos de alcohol que contiene una copa, hasta los gramos que es posible beber al día sin que se repercuta en la salud y cuáles son los trastornos que ocasiona la ingesta de alcohol. Se les aconsejaba que leyeran el folleto y que de acuerdo a él, regularan su manera de beber. Por último se les citaba en seis meses para volver a revisar sus hábitos alcohólicos.

A los del grupo del Manual de Información se les informó con más detalle y la intervención se reforzó mediante el obsequio de un cuadernillo de diez cuartillas de extensión, mismo que fue elaborado especialmente para este proyecto, por un grupo de expertos que coordinó la Organización Mundial de la Salud. Se tomaron como punto de partida a los manuales similares que ya existían y se adaptaron a las condiciones del estudio.

El marco teórico del manual, como el de todos estos instrumentos, se fundamentó en los principios de la psicología cognoscitiva y del aprendizaje. En su concepción se tomaron en cuenta las buenas experiencias terapéuticas que se han tenido con bebedores excesivos y/o riesgosos, a los cuales, primero se les ilustra sobre los peligros y los cuidados que se deben tener ante la bebida. Después se revisa detalladamente con ellos la forma en que beben. Se examina con minucia su conducta en relación con la bebida. Así se analiza cada cuándo bebe, cuándo lo hace con exceso, en compañía de quién, cómo, dónde y cuándo. En qué situaciones es capaz de controlarse. Una vez hecho este análisis e identificadas las ocasiones en que se pierde el control de la bebida, se diseñan junto con el paciente, las diferentes estrategias para contender con buen éxito en estas situaciones.

El contenido del presente manual se refiere brevemente a este proceso. Se inicia con una información general sobre algunos hechos relacionados con el alcohol. Después de ciertos ejemplos de situaciones peligrosas propias y que de preferencia con la ayuda de un amigo o familiar de confianza, escriba la manera en que podría enfrentarlas.

El manual, aparte del texto que está escrito en lenguaje sencillo y de fácil lectura, se acompaña de ilustraciones y esquemas para facilitar su comprensión. Toda la información que contiene está respaldada por hallazgos científicos serios y observaciones clínicas bien establecidas. No hay datos especulativos, ni afir-

maciones gratuitas prejuiciosas. Su tono es rigurosamente informativo; se evitaron los juicios de valor y se destacaron aquellos aspectos que están más relacionados con la salud. A pesar de que utiliza un lenguaje llano y de que las ilustraciones pretenden quitarle solemnidad, la información es seria y concisa. La primera versión del texto del manual se escribió en inglés, después se tradujo al español, se adaptó al medio mexicano y se ilustró aquí.

A los pacientes que se asignaron a este grupo se les analizaron sus hábitos de alcohol con la ayuda del Manual. Se revisó su contenido conjuntamente con ellos, tratando de personificar la información. Se les pidió que siguieran revisando por su cuenta el Manual, de preferencia con la ayuda de algún amigo o familiar. Que apuntaran tres ocasiones peligrosas y que especificaran la manera de manejarlas. Por último se les recomendó que tomaran el Manual como guía, para así beber en forma menos riesgosa, y se les citó para dentro de seis meses, para volver a tratar el tema.

El Grupo de Seguimiento o Monitoreo fué muy parecido al del grupo Testigo. Sólo se habló con ellos sobre la necesidad de cambiar algunos hábitos de vida para mejorar su salud. Al igual que en el grupo Testigo, no se trató abiertamente el tema del alcohol. La única diferencia fue, que con el pretexto de revisar sus hábitos, se les citó cada dos meses, en tres ocasiones, hasta completar el término de los seis meses totales de seguimiento.

En el diseño de la investigación se trató de llevar un control riguroso, que permitiera tener un cierto grado de certeza de que si se lograba observar alguna diferencia entre los grupos, este fuera el resultado de un efecto real, que se debiera a la modalidad de la intervención y que no estuviera ocasionado por un sesgo metodológico. Para ello se tomaron las siguientes medidas: la asignación de los pacientes a cada uno de los grupos siguió un procedimiento totalmente al azar, una vez que se seleccionaba al enfermo, y que éste aceptaba participar en el estudio. En forma ciega el entrevistador sacaba de una caja una ficha, en la cuál se consignaba el grupo de intervención.

Se tuvo cuidado de que en todos los grupos la intervención tuviera la misma duración, que fué de quince minutos; lo que variaba era el tiempo de información técnica. Así, en el grupo Testigo hubo dos tipos de intervención. Una en donde el tiempo y el procedimiento se apareaba con el grupo del Consejo Sencillo. Durante cinco minutos se hablaba sobre la necesidad de cambiar algunos hábitos de vida para mejorar la salud. El resto del tiempo, hasta completar los quince minutos, se empleaba para revisar la entrevista. La otra intervención se apareó con el grupo del Manual de Información. Aquí, se emplearon los quince minutos en revisar un manual sobre hábitos de vida en general. En el grupo de Consejo Sencillo, sólo se emplearon cinco minutos para revisar los hábitos de alcohol y recomendar que los cambiara. El resto del tiempo se utilizó en revisar los datos de la entrevista. En el grupo del Manual, los quince minutos se usaron en revisar el cuadernillo. En los pacientes del grupo de seguimiento

únicamente se utilizaron cinco minutos para hablar sobre los hábitos de salud.

Las personas que llevaron a cabo las entrevistas y que efectuaron las intervenciones recibieron una capacitación intensiva para poder unificar los criterios. Para ello se grabaron varias entrevistas y se revisaron con el equipo de investigación. No se aceptó a ningún entrevistador que antes no hubiera llevado a cabo la capacitación y hubiera acreditado las pruebas.

Las entrevistas de seguimiento y evaluación fueron realizadas por una persona diferente a la que realizó las primeras, además de que la evaluación fué ciega, ya que el entrevistador nunca supo a qué grupo había sido asignado el paciente.

Como puede observarse por la composición de los grupos, lo que intentó evaluarse fueron los distintos grados de intensidad en la intervención. Se partió de la hipótesis de que a más tiempo y mayor información, mejores resultados se obtendrían.

Resultados y comentarios

De enero de 1986 a enero de 1987 se aplicaron 2539 cuestionarios, 1813 a hombres (71%) y 726 a mujeres (29%). De los hombres, el 14% llenaron los criterios de bebedores riesgosos o con daño (BRD). Entre mujeres sólo hubo un 1% de BRD (ver cuadro No. 1).

El 10% de la población total correspondió a bebedores riesgosos y/o con daño BRD, cifra parecida a las encontradas en otras publicaciones (9,13). No obstante, la tasa del 10% es prácticamente exclusiva de la población masculina, misma que fué del 14%, mientras que la femenina apenas alcanzó el 1%.

La baja proporción del BRD entre las mujeres, fué lo que obligó a que el estudio comparativo se hiciera sólo entre hombres. Aunque las causas por las cuales se encuentran tasas tan bajas de BRD en el sexo femenino, ya han sido comentadas ampliamente en otra publicación (6); conviene mencionar aquí las más importantes: a) la cantidad de mujeres que beben alcohol es baja, b) no es socialmente aceptado que una mujer beba en exceso, c) las mujeres bebedoras con frecuencia niegan su hábito y d) los procedimientos empleados para identificar bebedoras, no son los adecuados.

Las tasas de prevalencia del presente estudio, en cuanto a los patrones de consumo de alcohol, son muy parecidas a las de las investigaciones hechas con la población que asiste a consulta con el médico familiar, tanto en México como en otros países (8,2,10). El resultado es sorprendente porque el estudio no fué diseñado con fines epidemiológicos. Sin embargo, la similitud de las cifras podría explicarse por el elevado número de pacientes aquí muestreados y porque quizá en ellos los patrones de consumo de alcohol son bastante constantes. El estudio muestra las diferencias ya tradicionales, entre la manera de beber de los hombres y de las mujeres (80% de varones bebedores vs 44% de mujeres), así como las ya conocidas altas ta-

CUADRO 1
Población Total Estudiada
Distribución por sexos de abstemios, bebedores y
bebedores riesgosos y/o con daño

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
	(N = 1813)	(N = 726)	(N = 2539)
Abstemios	20 %	56 %	30 %
Total bebedores	80 %	44 %	70 %
Bebedores riesgosos y/o con daño	14 %	1 %	10 %

sas de abstinencia para ambos sexos (20% hombres vs 56% mujeres) (7).

Los bebedores riesgosos, a pesar de que no sufren de alcoholismo, ni de las consecuencias que ocasiona la dependencia al alcohol, son individuos cuya vida está fuertemente vinculada a la bebida; características que los distingue de los bebedores sociales. Se trata de una población intermedia entre los alcohólicos y este último grupo. El cuadro No. 2 ilustra con claridad esta afirmación, ya que muestra en qué proporción estos enfermos han sufrido de problemas derivados con este hábito. El 80% reconoce abiertamente presentar un problema actual, el 71% tiene la intención de beber menos y al 43% el médico le ha aconsejado abstenerse de beber. Por lo que indiscutiblemente se trata de un grupo de alto riesgo que requiere de atención médica especial. En este sentido, el objetivo del presente estudio, de evaluar diferentes estrategias terapéuticas se encuentra totalmente justificado.

Los problemas que provoca el consumo de alcohol a esta población son de la más variada naturaleza. Tal como lo muestra el cuadro No. 2 van desde aspectos subjetivos psicológicos, hasta médicos, sociales, laborales y legales. Por esta razón, el evaluar respuestas a tratamientos debe de incluir todas estas posibilidades. También hay que tener presente, que siendo de tal variedad los problemas relacionados con la bebida, es muy difícil esperar que una respuesta terapéutica se observe en forma global. Así, un enfermo puede mejorar en relación a sus problemas familiares y laborales, pero continuar igual con los médicos y los psicológicos. Por lo que la evaluación de un programa de tratamiento es una tarea compleja que exige la valoración de una serie de parámetros.

Otra manera de evaluación, que de momento resulta más sencilla y que podría aproximarse a sugerir hasta dónde el programa terapéutico puede funcionar adecuadamente, es aquella que no se concentre en problemas específicos, sino que dirija su atención a los aspectos más básicos, como la cantidad de alcohol que consume un individuo. Si un programa terapéutico pretende evaluar su efectividad en relación a que los bebedores beban menos, desde luego que pasa por alto una serie de problemas particulares, que desde el punto de vista de la salud del individuo son mucho más relevantes. Sin embargo, si no se pierde la pers-

pectiva de que se trata de un parámetro limitado y que por tal motivo debe de auxiliarse con otros parámetros, para que se obtenga una verdadera evaluación global, el utilizarlo ofrece algunas ventajas.

En primer lugar, se trata de un parámetro de fácil manejo, ya que puede tratarse como una variable numérica de tipo continua que permite un análisis matemático. En segundo lugar es una variable básica y común a esta población, ya que todos los individuos pertenecen a ella precisamente por ingerir alcohol. En tercer lugar es una variable que en sí misma promete algunas posibilidades de investigación, pues hasta el momento algunos de los problemas relacionados con el alcohol tienen que ver con la cantidad que se consume, sin embargo, no en todos ellos es posible demostrarlo, y aunque se presume, hasta el momento se ignoraron los mecanismos íntimos. Por último, el conocer como varía el consumo de alcohol es un adelanto, para después llevar a cabo evaluaciones más detalladas.

Por tal motivo, como primer paso para evaluar las diferentes intervenciones terapéuticas ya descritas, se tomaron como punto de referencia la cantidad promedio de alcohol que los individuos consumieron en un mes, así como la cantidad de alcohol que ingirieron en la ocasión que más bebieron. Ambas cantidades se calcularon durante la primera entrevista inicial y la última, seis meses después. En los cuadros No. 1 y 2 se muestran los resultados de los cuatro grupos. Lo que más llama la atención es que en todos los grupos hubo una disminución del consumo de alcohol, aunque es conveniente aclarar que la diferencia en ningún caso alcanzó la significancia estadística. También es pertinente mencionar, que el efecto fué el mismo para todos los grupos incluyendo el grupo Testigo. Lo que sugiere que independientemente de la modalidad terapéutica, se logró observar un efecto positivo de magnitud moderada.

Pero debido a que todavía falta mucho material para analizar, resulta prematuro con estos hallazgos, aventurar alguna conclusión. Se presentan estos resultados a sabiendas de que son preliminares, con el objetivo de señalar las posibilidades que ofrece una línea de investigación, que en los últimos años ha despertado el interés de los expertos, debido a su aplicación

CUADRO 2
Porcentaje de bebedores riesgosos o con daño que
reconocen sufrir de problemas relacionados con el
consumo de alcohol o cuya conducta y actitudes se
asocian al hábito de la bebida

(N 248)

	<i>%</i>
Problema actual con la bebida	78
Intención de beber menos	71
Problemas por beber en exceso	55
Problemas pasados por beber en exceso	53
Abstenerse de beber por consejo médico	43
Solicitud de ayuda profesional por la manera de beber	23

práctica inmediata. En caso de que se logre demostrar su eficacia, es una alternativa muy prometedora para poder contender con un problema tan serio para la salud pública, como lo es el consumo de alcohol. De momento, la presentación de estos resultados no pretende nada más, sino tan sólo invitar a la reflexión y llamar la atención de algunos sectores de la comunidad médica, en el sentido de que independientemente de sus intereses particulares, sí es posible que colaboren en la prevención de este problema.

Agradecimientos

La presente investigación pudo llevarse a cabo gracias a la colaboración de varias instituciones y diferentes personas, tanto mexicanas como extranjeras. Sin ellas hubiera sido imposible llevarla a la práctica. Merecen mencionarse las siguientes: a) la subjefatura de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), b) las autoridades y el personal médico y paramédico de la Clínica No. 10 del IMSS, c) la Dirección General, la Oficina de Investigación y Enseñanza, el Departamento de Trabajo Social y el personal médico y paramédico del Hospital General "Gea González", y d) el personal y asesores de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A todos ellos nuestro agradecimiento y reconocimiento.

REFERENCIAS

1. BABOR T F, RITSON B E, HODGSON R J: Alcohol related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies. *British Journal of Addiction*, 81:23-46 1986.
2. CALDERON G, CAMPILLO 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 C, DIAZ M R, ROMERO M: *Mexican Report of the WHO Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons With Harmful Alcohol Consumption*. Fase II. World Health Organization. Division of Mental Health. Ginebra 1987.
4. CAMPILLO C, DIAZ M R, ROMERO M, PADILLA G P: El médico general frente al bebedor problema. *Salud Mental* 11(2):412, 1988.
5. CAMPILLO C, PADILLA G.P, DIAZ MR, ROMERO M, DOMINGUEZ J A: La frecuencia de los problemas relacionados con el alcohol en la práctica médica general. *III Reunión de Investigación y Enseñanza*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, pág. 181-187, 1986.
6. CAMPILLO C, DIAZ M R, ROMERO M, PADILLA P: El médico familiar frente al bebedor problema. *Salud Mental*, 11:2, 1988.
7. CAMPILLO C: Los problemas relacionados con el alcohol en México y estrategias para prevenirlo. En: Molina y Sánchez (Eds.) *El Alcoholismo en México*. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.. 1972.
8. CAETANO R: LOOKING SOUTHWARD: Manifestations and perceptions of alcohol related problems in Latinamerica. Trabajo presentado en el Interamerican Workshop on Legislative Approaches Towards the Prevention of Alcohol Problems. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. 810. Washington, D.C., marzo, 1982.
9. FUENTE de la J R, GUTIERREZ L M, RIVERO M F, TSA G G, ROJKIND M, KERSHENOBICH: Detección precoz de alcoholismo en una población hospitalaria, *Rev Invest Clin*, 34:16, 1982.
10. FUENTE de la R, CAMPILLO C: Alcoholism and drug abuse in Mexico. En: B Rutledge, EK Fulton (Eds) *International Collaborative Problems and Opportunities*. Problems and Opportunities. ARF Books, Toronto, 8896, 1978.
11. HODGSON R J: Treatment strategies for early problem drinker. *Alcoholism Treatment in Transit*. Croomhelm, Londres, 1980.
12. KRISTENSON H, OHLIN H, HULTENNOSSLIN M, TRELL E, HOOD B: Identification and intervention of heavy drinkers in middleaged men: Results and follow-up of 2460 of longterm study with randomized controls. *Journal of Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 203-209. 1983.
13. KRISTENSON H, TRELL E, HOOD B: Serum of glutamyl transference in screening and continuous control of heavy drinking in middleaged men. *American Journal of Epidemiology*, 114:86-272, 1981.
14. MAKELA K: *Alcohol Society, and the State*. Addiction Research Foundation, Toronto, 1981.
15. MOSER J: *Prevention of Alcohol-Related Problems*. Addiction Research Foundation and World Health Organization, Toronto 1980.
16. SAUNDERS J B, AASLAND O G: *WHO Collaborative Project on Identification and Treatment of Person with Harmful Alcohol Consumption*. Reporte en Fase I. Development of screening instrument. World Health Organization. Division Mental Health. Ginebra, 1987.
17. SCHMIDT W: Cirrhosis and alcohol consumption: An epidemiological perspective. En: Edwards G, Grant M (eds), *Alcoholism: New Knowledge and New Responses*. Coom Helm, Londres, 1979.
18. World Health Organization (WHO). *Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption*. Fase II. World Health Organization. Division of Mental Health. (Publicación interna de la WHO), 1983, Ginebra, 1987.
19. World Health Organization (WHO). *International Classification of Disease 10th*. Ed. F10 F19: Mental and Behavior disorders due to psychoactive substance use. Ginebra, 1987.