

# La investigación de la Organización Mundial de la Salud sobre la respuesta de la comunidad a los problemas que origina el alcohol\*

GUILLERMO CALDERÓN-NARVÁEZ† Y  
CRISTINA SUÁREZ DE ULLOA‡

## I. Antecedentes

Tomando en cuenta el problema cada vez mayor que el alcoholismo y el abuso de alcohol estaban originando en todos los países del mundo, la Organización Mundial de la Salud decidió efectuar en 1976 un estudio internacional sobre el problema.

\* La elaboración de este proyecto y el desarrollo del programa, se realizó en asociación con la Organización Mundial de la Salud y los colaboradores de otros países en los que el proyecto se ha realizado.

El trabajo a que hace referencia esta publicación se basó en parte en el Contrato No. ADM 281-76-0028 con el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration; Department of Health, Education and Welfare. Cooperó igualmente el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental.

En este proyecto no se intenta proporcionar datos que sean representativos de los países correspondientes, sino sólo de las comunidades estudiadas. Es de esperarse, con base en estudios que deben desarrollarse, en colaboración con las autoridades nacionales apropiadas y las propias comunidades, una respuesta más adecuada a los problemas relacionados con el uso de alcohol en esas áreas. Si estas respuestas pueden ser útiles a otras comunidades dentro de los países correspondientes o en otros países, será determinado por otras personas.

† Académico numerario, Director del Centro de Salud Mental Comunitaria "San Rafael" y jefe de la investigación en México.

‡ Jefe de Proyecto del Área de Investigaciones Sociales, Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental.

En México, el Centro de Salud Mental Comunitaria "San Rafael" fue encargado del proyecto y con la debida aprobación de las autoridades gubernamentales de nuestro país, la investigación se inició en octubre del mismo año.

## 2. Objetivos

El programa se proponía promover y coordinar estudios de comunidades de diferentes patrones socioculturales en relación con las características, naturaleza y extensión de:

i) los patrones de bebida, los daños e incapacidad relacionadas con el alcohol y sus repercusiones psicosociales

ii) las respuestas habituales, incluyendo las actitudes de la comunidad hacia los bebedores, y la forma como estas comunidades en general o las instituciones específicas abordaban los problemas.

Las proposiciones que se iban a probar durante los tres años del estudio internacional eran:

i) que se podían desarrollar métodos y técnicas para un estudio coordinado, sobre la investigación de problemas relacionados con el alcohol, en comunidades con diferentes patrones socioculturales

ii) que por lo menos en las tres áreas de estudio, estos métodos podrían ser usados para conocer en forma detallada a la comunidad y cómo respondía a los problemas originados por el alcohol, vistas en una perspectiva del país en su totalidad

iii) que se podían iniciar estudios transculturales sobre la extensión y naturaleza de los problemas y las respuestas ya mencionadas y

iv) que estos resultados podrían considerarse como el primer paso de un proyecto internacional a largo plazo, tendiente a mejorar el conocimiento del problema y a promover un desarrollo de respuestas más adecuado.

### 3. Organización del trabajo internacional

Todas las etapas del programa deberían ser discutidas cada seis meses en colaboración con el personal de la Oficina de Salud Mental (hoy División de Salud Mental) de la OMS y de un grupo de asesores, así como con los representantes de los países participantes en el estudio, con el objeto de que los resultados pudieran ser comparativos. Hasta la fecha las reuniones de trabajo se han efectuado en Ginebra, Washington, México, Ginebra, Lusaka y Edimburgo.

En estas reuniones hemos podido ir evaluando cada etapa del proyecto con asesoría técnica muy calificada tanto a nivel internacional como de cada uno de los países participantes, y al mismo tiempo nos han permitido conocer las áreas de estudio seleccionadas y la posibilidad de colaborar con los equipos regionales de trabajo.

### 4. Selección de las áreas de estudio

Se pensó que deberían de participar en el proyecto un país con alto grado de desarrollo, uno con mínimo y otro con un estado de rápido cambio socio-económico, en donde pudieran existir condiciones de bajo y muy alto nivel de desarrollo. Los países seleccionados fueron Escocia, Zambia y México.

### 5. Integración de los equipos de investigación

i) En cada país el equipo debería integrarse con un jefe de investigación, sociólogo, psicólogo o psiquiatra, con experiencia en problemas socioculturales, conocido en su país, aceptado por las autoridades, y con la posibilidad de dedicar de 20 a 80 por ciento de su tiempo a la investigación.

ii) Dos o más científicos investigadores (equivalentes por lo menos a dos de tiempo completo), con experiencia en técnicas de la investigación, proceso de datos y análisis.

iii) Personal de oficina bilingüe.

En México, el equipo de investigación básica ha sido multidisciplinario y ha estado integrado por tres psiquiatras, una psicóloga, una socióloga y una trabajadora social.

También han colaborado una gran cantidad de profesionales en las ramas de medicina, psicología, sociología, antropología, trabajo social y enfermería. Su interés, su dedicación y su elevado profesionalismo, han permitido cumplir con el difícil calendario de actividades del programa.

### 6. Recolección de información básica

Con el objeto de tener una base para los estudios principales, durante la primera etapa de la investigación cada equipo de investigación recabó la información básica existente sobre: a) factores generales sociodemográficos y de salud; y b) aspectos más específicos relacionados con disponibilidad y consumo de alcohol, problemas con él relacionados y respuestas. La información solicitada fue presentada tanto a nivel nacional como de las comunidades en donde se iba a efectuar el estudio.

### 7. Estudios de muestreo de la población

Se propuso un "modelo básico" para los estudios de muestreo de la población, investigándose en cada país un área urbana y una rural, situación que sólo se llevó a cabo en Zambia y México, ya que en Escocia no se estudió específicamente una área rural. La secuencia seguida fue la siguiente:

i) Una muestra de población general

ii) Una muestra de "bebedores conocidos" que deberían de ser detectados mediante una investigación que habría de realizarse en servicios médicos generales, psiquiátricos y de emergencia, en las comisarías, etc., con problemas determinados por la ingestión de alcohol y finalmente

iii) Una muestra del personal de estos lugares, con el objeto de conocer sus actividades y conducta hacia las personas que tienen incapacidades originadas por el alcohol.

De acuerdo con este modelo básico de muestreo, la investigación se organizó en dos estudios principales: el de población general y el de las instituciones, los clientes y el personal.

#### 7.1. Estudio de población

7.1.1. Selección de la muestra. En el presente estudio se eligieron en México dos comunidades, una rural y otra urbana. Ambas comunidades, pertenecientes a la Delegación Política de Tlalpan, presentaban antecedentes importantes de problemas relacionados con el alcohol, y las autoridades correspondientes habían mostrado interés por colaborar en el proyecto.

La población de estudio fue la de 15 años de edad en adelante.

Se realizó un muestreo en dos etapas; en la primera se seleccionó la vivienda y en la segunda, la persona a entrevistar.

Para la selección de vivienda, se actualizaron los mapas dos meses antes del levantamiento de encuestas y se enlistaron un total de 1 274 viviendas en la comunidad rural y 1 507 en la urbana.

Una vez enlistadas las viviendas, se seleccionaron por un muestreo sistemático una de cada cuatro viviendas en la comunidad rural y una de cada 3.5 viviendas en la urbana.

Por otra parte, se decidió sobremuestrear la población masculina en una proporción de 2/3 partes del tamaño de la muestra, debido a que el problema

de estudio se presenta más frecuentemente en hombres que en mujeres.

La segunda etapa de selección de la muestra, la de la persona a entrevistar, se hizo mediante tablas de números aleatorios, y se seleccionó una sola entrevista por vivienda para evitar la distorsión y contaminación de la información.

**7.1.2. El cuestionario.** Un cuestionario tentativo fue elaborado con base en otros utilizados en países que ya habían efectuado este tipo de estudios (Escocia, Canadá, Estados Unidos de Norteamérica y otros).

Como era de esperarse, este instrumento no llenó los requerimientos de las comunidades en estudio.

Fue por esto que se diseñó un nuevo modelo durante una de las reuniones de los tres países participantes, dejando algunas variables para ser adaptadas en forma local.

Este cuestionario se utilizó en un estudio piloto que abarcó 35 personas de un área urbana y 35 de una rural, semejantes a las poblaciones en donde se utilizaría el cuestionario definitivo. Los resultados fueron codificados y analizados para conocer las dificultades metodológicas del estudio.

Con esta valiosa experiencia, en la siguiente reunión se elaboró el cuestionario definitivo que sería utilizado en el estudio de población general en los tres países y en Canadá, ya que la Addiction Research Foundation de Toronto estaba interesada en participar en esta etapa de la investigación.

Es preciso aclarar que México era el único país participante de habla no inglesa, por lo que en cada ocasión en que se utilizaban cuestionarios, era necesario hacer la traducción al español, adaptar a la forma de expresión de la comunidad de estudio y *retrotraducir* al inglés, con el objeto de ver si no se había perdido el sentido original de la pregunta.

En el cuestionario definitivo se manejaron 158 preguntas. En la primera parte se investigaban datos demográficos: edad, estado civil, sexo, ocupación, estructura familiar, parentesco, educación, religión, lugar de nacimiento, movilidad geográfica y otros.

Esta información se consideraba básica para poder calificar el marco en donde se presentaba el problema, o de dónde partía la respuesta al mismo.

A continuación se estudiaban los patrones de bebida en: los últimos siete días, las dos últimas ocasiones, la ocasión de mayor consumo en el último mes y la ocasión de mayor consumo en el último año. En cada patrón de bebida se debía especificar: el tipo de bebida, la cantidad, el lugar de consumo, la gente que estaba presente, así como el motivo por el cual se había bebido. Posteriormente se investigaban los problemas de tipo familiar, social, laboral o legal que la ingesta de alcohol pudiera haber determinado.

En la última parte del cuestionario se estudiaban las actitudes de la comunidad hacia la bebida y el bebedor y las respuestas habituales hacia el problema. Con esto se obtendría el marco básico, para

después poder elaborar un programa aplicativo con el conocimiento de los dos polos del problema: el de la magnitud del mismo y de la percepción y respuesta de los integrantes de la propia comunidad.

**7.2. Estudio de las instituciones, los clientes y el personal**

Con el objeto de poder hacer estudios comparativos entre los bebedores encontrados en la muestra de población general y los que ya habían tenido problemas por su ingestión y habían acudido en busca de ayuda a alguna institución, se diseñó un nuevo cuestionario con los elementos básicos del de la población general. Este nuevo cuestionario se aplicaría a los pacientes con problemas relacionados con el alcohol que asistían a diferentes tipos de hospitales (generales, especializados, de emergencia y psiquiátricos). Además, con cuestionarios más sencillos se entrevistaría a personas que habían tenido problemas legales y a los que recurrían a un sacerdote en busca de ayuda.

Por otra parte, se entrevistó al personal técnico y administrativo de los hospitales mencionados, los agentes de policía, los sacerdotes, los farmacéuticos, los curanderos y los miembros de los grupos de "Alcohólicos Anónimos".

El conocer el tipo de respuestas ante el problema serviría posteriormente para establecer un programa adecuado de prevención, tratamiento y rehabilitación en este complejo e importante problema de salud pública.

## 8. Resultados preliminares

En este trabajo se analizan algunos resultados relevantes del estudio de población general, con el objeto de proporcionar una descripción general y preliminar de la investigación.

En los cuadros 1 a 4 se presentan algunos datos de las comunidades rural y urbana en porcentajes basados sobre los casos reales entrevistados (N estimada).

Los datos de los cuadros 5 y 6 se refieren a la comunidad rural, y los porcentajes correspondientes se calcularon con base en las frecuencias proyectadas.

### 8.1. Entrevistas realizadas y no realizadas

**A. Comunidad rural.** De las 318 viviendas seleccionadas para entrevista en esta comunidad, 20 correspondieron a viviendas vacías o a direcciones no existentes en el momento del levantamiento de encuestas. En otras cuatro viviendas, no hubo ninguna persona del sexo requerido para entrevista.

De las 294 viviendas que constituyeron la base de la muestra en esta comunidad, en 273 se obtuvieron entrevistas completas, lo que equivalió a un índice de respuesta de 92.8 por ciento.

El 7.2 por ciento de las viviendas restantes de la muestra, fue de los casos de no entrevista, principalmente por la indisponibilidad de la persona seleccionada después de cinco visitas del entrevistador.

Cuadro 1. Entrevistas realizadas y no realizadas.

	Comunidades			
	Rural		Urbana	
	N	%**	N	%**
Direcciones enlistadas	1 274		1 507	
Direcciones seleccionadas	318		430	
Direcciones no existentes	20		27	
Persona no elegible del sexo requerido	4		13	
Base de muestreo	294		396*	
Entrevistas terminadas	273	92.8	353	89.1
Entrevistas no realizadas	21	7.2	43	10.9

\* Incluyendo seis entrevistas adicionales.

\*\* En relación con la base de muestreo.

Cuadro 2. Sexo.

	Rural		Urbano		Total	
	f*	%	f	%	f	%
Masculino	181	62	239	68	420	65
Femenino	112	38	114	32	226	35
Total	293	100	353	100	646	100

\* Incluyendo 20 cuestionarios incompletos.

B. Comunidad urbana. Fueron 27 las direcciones no existentes o vacías en el momento del levantamiento de encuestas. Además, en otras 13 viviendas no hubo personas del sexo requerido para la entrevista.

En esta comunidad fue difícil encontrar algunas direcciones, debido al hacinamiento de la población. Algunos predios estaban repartidos en varias vivien-

Cuadro 3. Edad.

Grupo de edad	Rural		Urbano		Total	
	f*	%	f	%	f	%
15-18	47	16	51	15	98	15
19-30	103	35	133	37	236	36
31-40	59	20	75	21	134	21
41-50	40	14	44	12	84	13
50 +	44	15	50	15	94	15
Total	293	100	353	100	646	100

\* Incluyendo 20 cuestionarios incompletos.

das y en el momento de las entrevistas, su número había cambiado, requiriéndose en algunos casos entrevistas adicionales.

De las 396 viviendas de la base de la muestra, en

Cuadro 4. Lugar de nacimiento.

	Rural		Urbano		Total	
	f	%	f	%	f	%
En la comunidad	210	77	103	29	313	50
Fuera de la comunidad pero en el país	62	22	242	68	304	48
Sin información	1	1	8	3	9	2
Total	273	100	353	100	626	100

Cuadro 5. Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas.  
Comunidad rural

	Hombres %	Mujeres %
De diariamente hasta una vez a la semana	27	9
1-3 veces al mes	29	3
Menos de una vez al mes, pero por lo menos una vez al año	33	61
No ha bebido en el último año	11	26
Base N estimada	163	110
Base N proyectada	2 244	2 074

En los % hombres se excluyeron 17 abstemios.

En los % mujeres se excluyeron 52 abstemias

353 se hicieron entrevistas completas, o sea en 89.1 por ciento.

El índice de entrevistas no realizadas fue de 10.9 por ciento y se debió principalmente a la indisponibilidad de las personas seleccionadas.

## 8.2. Características demográficas

8.2.1. Sexo. De acuerdo con la metodología utilizada para sobremuestrear la población masculina en ambas comunidades, las dos terceras partes de la muestra aproximadamente fueron de hombres.

8.2.2 Edad. En las dos comunidades se encontró una tendencia semejante en los grupos de edad.

En los grupos más jóvenes, de 19-30 años, los porcentajes de la muestra fueron especialmente altos.

8.2.3 Lugar de nacimiento. En el lugar de nacimiento se encontró una diferencia claramente significativa

entre ambas comunidades, que correspondió con su caracterización de rural y urbana.

Mientras que más de las dos terceras partes de los entrevistados de la comunidad rural nacieron en esta misma comunidad, solamente una tercera parte de los entrevistados de la comunidad urbana, fueron originarios de la misma.

## 8.3 Patrones y síntomas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas

8.3.1. Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas. Los hombres de la comunidad rural presentaron una frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas significativamente mayor que las mujeres.

La frecuencia de consumo de varias veces al día hasta una vez a la semana se presentó en 27 por ciento de los hombres y sólo en 9 por ciento de las mujeres.

La frecuencia de una a tres veces al mes también fue mayor en los hombres. En cambio, en las mujeres, fueron significativamente mayores las frecuencias de menos de una vez al mes, pero por lo menos una vez al año y sin beber en el último año.

8.3.2. Frecuencia en sentir los efectos de la bebida. Un poco menos de la mitad de los hombres de la comunidad rural que tomaron bebidas alcohólicas en el último año, informaron haber experimentado los efectos de la bebida con una frecuencia de una a tres veces por mes (30%) o de diariamente hasta una vez por semana (15%).

La mitad de la población masculina experimentó los efectos de la bebida principalmente con una frecuencia de menos de una vez al mes, pero por lo menos una vez al año (44%).

Cuadro 6. Frecuencia en sentir los efectos de la bebida.  
Comunidad rural. Hombres\*

	%
De diariamente hasta una vez a la semana	15
1-3 veces al mes	30
Menos de una vez al mes pero por lo menos una vez al año	44
Menos de una vez al año	5
Nunca	6

\* Se excluyeron 33 entrevistados que no contestaron la pregunta de porqué no bebieron en el último año y un entrevistado que no supo contestar.

## Resumen

Tomando en cuenta la importancia que el alcohol

lismo y el abuso de alcohol estaban representando en el mundo, la Organización Mundial de la Salud decidió en 1976 efectuar un estudio internacional sobre el problema.

Se trataba de probar que se podían desarrollar métodos y técnicas para poder conocer, en comunidades con diferentes patrones socioculturales, por una parte los patrones de bebida, los daños e incapacidades relacionados con el alcohol y sus repercusiones psicosociales y por otra, la forma en que la comunidad respondía al problema. Los países se-

leccionados fueron Escocia, Zambia y México.

En el presente trabajo se describen los objetivos de la investigación, la organización del trabajo internacional, la integración de los equipos de investigación y las diferentes etapas del proyecto desarrolladas en México hasta la fecha.

La gran cantidad de datos obtenidos se encuentran en proceso de análisis y proporcionarán una amplia información que será objeto de comunicaciones posteriores. Los resultados que aquí se presentan, son muy preliminares.

**XXXIV REUNION ANUAL DE  
LA SOCIEDAD MEXICANA DE SALUD PUBLICA**

Este evento se llevará al cabo del 10 al 14 de noviembre del presente año, en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de México.

Mayor información: Dr. Ramón Álvarez Gutiérrez,  
Presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública.

Leibnitz No. 32, 1er. piso. México 5, D.F.  
Apartado Postal 37-453, México 6, D.F.