

¿ES EL ALCOHOL LA ÚNICA DIFERENCIA ENTRE LOS ABSTEMIOS Y LOS BEBEDORES? ¹

Carlos Campillo S²
Rosa Díaz Martínez²
Martha Romero²
Jorge Villatoro²
Adriana Nava²
Angeles Resendiz²
Ma. Eugenia Parra²
Lourdes Sánchez³

ABSTRACT

This paper is a report of the Mexican results of a multi-national research program, coordinated by the World Health Organization. The program is being performed in eleven countries plus Mexico. The main objective of this program is to evaluate the impact provoked by a physician or health worker advice in the drinking behaviour of patients who have a risky drinking pattern or disease related to alcohol.

Although the program is wider, this paper shows the comparison of life habits between a group of abstemious (ABS) subjects and a group of drinkers with a risky drinking pattern or with an alcohol related disease (BDR). All ABS subjects had been in total alcoholic abstinence for the last six months. An operational definition, based on ICD-10, was constructed to classify patients as PDR.

The patients were selected from a Clinic of familiar Medicine (IMSS) and from an outpatient service of a large public hospital (SSA); both are located at the South of Mexico City. A total of 2539 questionnaires was available; of these, 1813 were answered by males and 726 by females. 20% of the sample was classified as ABS and 14% as BDR. There were important differences between the two groups in almost all habits. The BDR patients had more alcohol related problems, consumed more tobacco and other drugs, were sedentaries and overweighted, their nutrition was inadequate and had a deficient physical condition. In summary, the differences between ABS and ADR patients are not only their alcohol related behaviours, but include many other variables which indicate that their life styles are different.

RESUMEN

La presente publicación analiza los primeros resultados mexicanos de un programa de investigación multinacional, que coordina la Organización Mundial de la Salud, en el que aparte de México participan otros once países. El propósito del programa es evaluar el impacto que produce el consejo o la opinión de un médico, o algún otro trabajador de la salud sobre los hábitos alcohólicos de individuos que beben de manera riesgosa para su salud, o bien que ya presentan algún tipo de daño asociado a la bebida.

Aunque el propósito del programa es más amplio en esta publicación únicamente se comparan los hábitos de vida de dos grupos de pacientes varones: un grupo de abstemios (ABS) y otro de bebedores riesgosos y/o con

1. Esta investigación pudo llevarse a cabo gracias al financiamiento de las siguientes instituciones: a) Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT) (PCSACNA-050576) b) National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA) DE E.U., c) University of Connecticut de E.U. y d) la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. Investigador del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco 101, Tlalpan 14370, México, D.F.
3. Hospital General Gea González.

daño debido al consumo de alcohol (BRD). Se consideraron ABS aquellos pacientes que no habían bebido una sola copa en los últimos seis meses. Para considerar a los BRD se utilizó una definición operacional fundamentada en la clasificación del ICD 10 de la OMS.

Los pacientes se seleccionaron de una Clínica de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y de la consulta externa de un importante hospital general de la Secretaría de Salud (SSA). Ambos lugares se localizan en el Sur de la Ciudad de México. En los dos sitios se aplicaron 2539 cuestionarios a 1813 hombres y 726 mujeres. De la muestra el 20% de los varones resultó ABS y el 14% BRD.

Las diferencias de los dos grupos fueron acentuadas en la mayoría de los hábitos. Los BRD aparte de distinguirse de los ABS por los problemas que les ocasiona el consumo de alcohol, resultó que consumen más tabaco, usan con más frecuencia otras drogas, su alimentación es mala, llevan una vida sedentaria, están en sobrepeso y su condición física es deficiente. En resumen, la diferencia entre ABS y BRD no se reduce exclusivamente al consumo de alcohol, se trata de dos grupos de individuos con estilos de vida diferentes.

INTRODUCCION

En años recientes se ha enfatizado la necesidad de establecer programas de prevención secundaria, para combatir los problemas que se asocian al consumo de bebidas alcohólicas en los pacientes que acuden a la consulta con el médico general (4). La inquietud obedece a que diferentes estudios epidemiológicos (7) muestran que en dichos pacientes estos problemas representan una alta tasa de prevalencia, y a que otras investigaciones (14) sugieren que estrategias preventivas sencillas y económicas pueden dar buenos resultados.

De acuerdo con esta inquietud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emprendió un programa de investigación de orden multinacional (en la que participan once países, con inclusión de México), para evaluar el impacto que produce el consejo o la opinión de un médico o algún otro trabajador del campo de la salud sobre los hábitos alcohólicos de individuos que beben de manera riesgosa para su salud, o bien que ya presentan algún tipo de daño asociado a la bebida (20). Estudios previos han mostrado que es posible adaptar estas intervenciones a la asistencia médica de primer nivel, donde lo habitual es que falte tiempo para atender la demanda de enfermos (1). Con una información sencilla, clara y breve, el impacto de las intervenciones ha tenido una eficacia de un 10% (9) (15).

Dos criterios sobresalen en relación en cuanto a la información que debe dárseles a los enfermos: a) el reduccionista, que aboga para que ésta se concentre exclusivamente en los hábitos y problemas que se asocian con la bebida (10) (11) y b) el amplio, cuyo enfoque trasciende a la bebida, incluyendo los hábitos alcohólicos dentro de otros hábitos que también interfieren con la salud, como son el consumo de tabaco, el uso de otras drogas, la mala alimentación y la falta de ejercicio (17) (18).

El criterio reduccionista considera que la información debe ser específica ya que los bebedores riesgosos o con daño son individuos cuyo hábito les confiere características propias, además de que se distinguen por negar y minimizar sus consecuencias. Por lo tanto, para que la intervención terapéutica sea exitosa, es necesario que no incluya otros tópicos, pues de lo contrario, se corre el riesgo de diluir la fuerza del mensaje.

Por su parte, el criterio amplio asegura que los bebedores no sólo tienen como mal hábito el consumo de alcohol, sino que también suelen ser fumadores, consumir otras drogas, llevar una vida sedentaria y tener una alimentación no balanceada; en una palabra, se trata de sujetos con una vida poco saludable. Desde esta perspectiva, una información centrada exclusivamente en el alcohol, ignora aspectos de relevancia. Además, la información reduccionista puede generar con más facilidad rechazo, ya que el alcohol es un tema tabú que no se ve con buenos ojos. Así pues, una información sobre los hábitos generales es más completa, cubre a un número mayor de individuos, es más aceptada y garantiza un éxito mejor.

La polémica entre los dos criterios no nada más se reduce a un asunto doctrinal, sino que tiene implicaciones de orden práctico, debido a que las condiciones de la asistencia médica primaria obligan a que las intervenciones terapéuticas sean breves, claras y precisas. Es indispensable ser muy riguroso en la selección de la información y decidir si el mensaje se reduce sólo al tema del alcohol o si debe incluir otros tópicos.

La presente investigación aporta algunos datos empíricos que podrían ayudar a decidir entre alguno de los dos criterios. Para ello se utiliza la información que dieron los pacientes estudiados en México, dentro del programa multinacional de la OMS, diseñado para evaluar el impacto de la intervención médica sobre los hábitos alcohólicos.

La investigación compara los hábitos de vida de dos grupos diferentes de enfermos: a) pacientes abstemios vs b) pacientes que beben de manera riesgosa o a los que la bebida ya les ocasionó algún daño. El

propósito es responder a varias interrogantes: ¿Es el consumo de alcohol la única diferencia entre los abstemios y los bebedores riesgosos, o ambos grupos presentan otros hábitos que los distinguen?

MATERIAL Y METODOS

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 "Gea Gonzalez"). La descripción detallada de las condiciones de ambos lugares se publica en otro lugar (5).

Los pacientes fueron reclutados de las salas de espera mientras aguardaban su turno para ser atendidos por el médico. Su elección no fue al azar; los entrevistadores les explicaron el sentido de la investigación y después los invitaron a colaborar. Únicamente participaron aquellos que así lo desearon. Se tuvo especial cuidado de no mencionar nada sobre el verdadero propósito de estudio, es decir, sobre los hábitos alcohólicos, a fin de evitar que los entrevistados tomaran actitudes de reserva o de alerta frente a su forma de beber.

A los que aceptaron participar se les aplicó un cuestionario autoaplicable, llamado "Cuestionario sobre salud y forma de vida", consistente en 21 preguntas previamente codificadas que se contestan en no más de 10 min. El cuestionario se deriva de otro que surgió en la primera fase de este mismo estudio de la OMS, la cual tuvo como propósito diseñar métodos de identificación oportuna de bebedores riesgosos (19). En la presente investigación, dicho cuestionario se utilizó como instrumento de tamizaje para identificar a los bebedores reclutados para el estudio.

El cuestionario se refiere de manera general a 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. Inquire también sobre los hábitos de consumo de tabaco, café y otras drogas, e indaga sobre la dieta, el ejercicio, el sobrepeso y el trabajo.

Las preguntas están formuladas para poder discriminar con facilidad entre abstemios y bebedores riesgosos. Se definió como abstemio a quien no había bebido una sola copa en los últimos seis meses. 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) (21): 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 hacer más rigurosos estos conceptos, en el cuestionario se tradujeron a definiciones operacionales. De esta manera, se consideraron bebedores riesgosos o con daño (BRD) a los que se adecuaban a los siguientes criterios: 1) varones que beben más de 180 grms. de alcohol absoluto (18 copas) por semana, 2) mujeres que beben más de 120 grms. de alcohol absoluto (12 copas) por semana, 3) haberse embriagado por lo menos una vez al mes o haber tomado más de 100 gramos de alcohol absoluto (diez copas) en una ocasión al mes, 4) que el mismo paciente o algún familiar o amigo se hayan quejado durante el último año de su manera de beber, 5) que el paciente simplemente exprese el deseo de reducir la cantidad bebida.

Como criterios de exclusión se utilizaron los siguientes: 1) pacientes menores de 17 años y mayores de 65, 2) pacientes que en el pasado se hubieran sometido a algún tratamiento contra el alcoholismo, 3) pacientes que sufrían de problemas hepáticos o desórdenes psiquiátricos mayores, 4) pacientes que presentaban síntomas evidentes y recientes de dependencia al alcohol, 5) pacientes embarazadas, 6) pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión y 7) pacientes que residían fuera de la Ciudad de México o no tenían domicilio permanente.

A los bebedores (BRD) incluidos en el estudio se les aplicó otra entrevista, a fin de indagar con mayor detalle sobre sus hábitos. Es conveniente destacar que la investigación se refirió exclusivamente a abstemios (ABS) y a los bebedores riesgosos o con daño (BRD), quedando eliminados otros grupos de individuos: los alcohólicos o bebedores problema y los bebedores moderados o sociales.

RESULTADOS

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 20% resultaron abstemios (ABS) y el 14% llenaron los criterios de bebedores riesgosos o con daño (BRD). Las mujeres abstemias fueron el 56%, mientras que sólo hubo un 1%, de BRD (Cuadro

1). Por ser tan baja la tasa de mujeres BRD, la comparación entre ABS y BRD, se hizo exclusivamente entre la población de varones.

El promedio de edad de los 368 ABS fue de 30 años, con una desviación estandar (DE) de ± 12 años; el de los 248 BRD fue de 33, con una DE de ± 12 años. En el Cuadro 2 se muestra la proporción de BRD que tienen y han tenido problemas relacionados con el alcohol, así como diferentes conductas respecto a la bebida. Se trata de individuos cuya vida gira de manera importante en torno al hábito alcohólico: Casi 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 tanto, el grupo es totalmente distinto al de los ABS, para los que la bebida no representa ningún problema, por lo menos de manera personal.

El "Cuestionario sobre salud y forma de vida" se refiere en primer lugar a los hábitos de alimentación, ingestión de café y consumo de tabaco. Después indaga si dichos hábitos han ocasionado algún problema de salud. Contempla también la rutina de trabajo, el peso corporal y la condición física. Por último, investiga si los individuos han buscado ayuda médica para resolver estos problemas, o si el médico en forma espontánea les ha dado alguna indicación o consejo al respecto, o bien si ellos mismos han intentado remediarlos de motu proprio. Asimismo, se pregunta si en el pasado se buscó ayuda profesional por abuso de drogas, desórdenes emocionales y/o padecimientos hepáticos. De esta manera, las preguntas abarcan con suficiente extensión y detalle los hábitos individuales que tradicionalmente se han relacionado con la salud.

El cuestionario cubre el tema a diferentes niveles. Primero indaga sobre la pura existencia del hábito; después, si a juicio del entrevistado dicho hábito interfiere con la salud. En otras palabras, se investiga el grado de advertencia que el individuo tiene sobre su forma de vida y estado físico. Mas adelante se pregunta si el individuo ha buscado ayuda médica o profesional para resolver su situación, con lo cual se intenta saber la importancia que da a su problema y si lo considera de la competencia del médico. En otra sección, el cuestionario averigua la percepción del médico frente a los hábitos del paciente, a fin de saber qué tan notorios son estos para ojos expertos.

Los resultados se resumen en los Cuadros 3, 4, 5 y 6. El Cuadro 3 compara la presencia de tres hábitos entre los ABS y los BRD: a) alimentación completa, b) consumo de café y c) consumo de tabaco. El contraste entre los dos grupos es notorio: los BRD fuman más y su alimentación no es completa. La diferencia es significativa por debajo del .001. Los BRD también toman más café, aunque la diferencia no llega a ser significativa.

El Cuadro 4 compara los problemas de los dos grupos por fumar, comer en forma inadecuada, trabajar en exceso, estar fuera de peso y tener mala condición física. Las preguntas abarcan el pasado y el momento actual. Los BRD admiten tener más problemas por fumar, por el exceso de peso y por la mala condición física; la diferencia con los ABS es significativa. En cambio, respecto a la comida y el trabajo, aunque los BRD también aventajan en problemas a los ABS, la diferencia no es significativa.

En los Cuadros 5 y 6 se comparan varias conductas en relación con aspectos médicos y la intención de mejorar algunos hábitos. En el cuadro 5 se observa la frecuencia con que los ABS y los BRD solicitaron ayuda médica o fueron hospitalizados por sufrir de problemas relacionados con la comida, el tabaco, las drogas, padecimientos emocionales y/o hepáticos. Los BRD siguen aventajando en estos aspectos a los abstemios; no obstante las diferencias no son estadísticamente significativas, salvo en el caso de los problemas hepáticos, donde hay siete individuos BRD contra ningún ABS.

En el Cuadro 6 se comparan los individuos a los que el médico les aconsejó abstenerse de fumar y hacer ejercicios pesados, con aquellos otros que durante los últimos tres años intentaron bajar de peso, fumar menos y hacer más ejercicio. La tendencia sigue siendo la misma que en los cuadros anteriores. A los BRD se les aconsejó con más frecuencia que se abstuvieran de fumar y ellos intentaron fumar menos que los ABS. La diferencia en estos dos renglones fue significativa.

A pesar de que en todos los hábitos hubo una diferencia a favor de los BRD, ésta fue aún más acentuada y consistente en lo tocante al hábito tabáquico: 72% de los BRD fueron fumadores, contra 27% de los ABS. Además, los BRD fumaban con más frecuencia, en mayor cantidad, admitían tener más problemas por el tabaco, habían consultado más veces al médico por este motivo, se les había sugerido con mayor insistencia que se abstuvieran de fumar y habían intentado hacerlo en más ocasiones.

Dada la magnitud de estas diferencias se decidió estudiar con mayor detalle a los fumadores. El Cuadro 7 compara fumadores ABS vs fumadores BRD. Como era de esperarse los patrones de consumo de tabaco resultaron similares: La frecuencia y la cantidad que se fuma es la misma para ambos grupos, sólo que los BRD reconocieron tener más problemas a causa de cigarro. Tampoco hay diferencias en cuanto a la ingestión de café, la búsqueda de ayuda médica por fumar, los intentos para dejar de hacerlo o la frecuencia de indicaciones médicas al respecto. Así pues la conducta de los fumadores, parece ser independiente de los patrones de bebida.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Las tasas de prevalencia del presente estudio, en cuanto a 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 (2) (3) (13). El resultado es sorprendente porque el estudio no fue 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 también conocidas altas tasas de abstinencia para ambos sexos (20% hombres vs 56% mujeres) (8).

El 10% de la población total correspondió a bebedores riesgosos y/o con daño BRD, cifra parecida a las encontradas en otras publicaciones (12) (16). No obstante, la tasa del 10% es prácticamente exclusiva de la población masculina, misma que fue del 14%, mientras que la femenina apenas alcanzó el 1%. La baja proporción de BRD entre las mujeres, fue 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.

De acuerdo con los datos obtenidos por este estudio, la diferencia entre los varones ABS y BRD, se justificó con plenitud en relación a los hábitos de bebida: mientras que en los primeros el consumo de alcohol es irrelevante o inexistente en sus vidas, los segundos confiesan sufrir una gran cantidad de problemas vinculados con él. Sin embargo, lo más significativo de la investigación, es el haber encontrado que las diferencias entre ABS y BRD, no se reducen solamente a la forma de beber, sino que tienen que ver también con otros hábitos. Así entre los BRD hay más consumo de tabaco, uso de otras drogas, mala alimentación, vida sedentaria, sobrepeso y mala condición física.

Este hallazgo bien podría ayudar a tomar una decisión en relación a la polémica que se comentó en la introducción, de cómo abordar en intervenciones terapéuticas a los bebedores con problemas, si utilizando el criterio amplio, o el reduccionista? Todo parece indicar que es preferible el primero, dadas las características que se encontraron aquí con los BRD. Pero todavía queda por probar cual de las dos estrategias es la más eficaz.

Otro aspecto interesante es la relación que hay entre alcohol y tabaco. De acuerdo con nuestros datos los BRD fuman mucho más que los ABS. Sin embargo, cuando se comparan los fumadores de los dos grupos, casi no hay diferencias; los fumadores BRD y ABS, lo hacen con la misma intensidad y refieren igual número de problemas. Lo cual indica que hay una asociación estrecha entre el consumo de alcohol y tabaco, pero los fumadores no fuman más por el hecho de consumir alcohol. La intensidad del hábito tabáquico no está en relación con la del alcohol.

Por último, otra pregunta que queda abierta con los datos de esta investigación, es ¿si la diferencia encontrada aquí se reduce exclusivamente a los ABS vs BRD, o si también se extiende a bebedores moderados o individuos que sufren de alcoholismo?. Un análisis prosterior, sobre estos dos últimos grupos de pacientes, podría dar más luz sobre esta interrogante. Mientras tanto no hay que olvidar que se abstemio o beber de manera riesgosa, no es una diferencia que sólo se reduce al consumo de alcohol, sino que incluye distintos estilos de vida.

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 (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 (OMS). A todos ellos nuestro agradecimiento y reconocimiento.

REFERENCIAS

1. BABOR TF, RITSON BE, HODGSON RJ: Alcohol-related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies. British Journal of Addiction, 81: 23-46, 1986.
2. CAETANO R: Looking southward: Manifestations and perceptions of alcohol related problems in Latin-America. Trabajo presentado en el Inter-american Workshop on Legislative Approaches Towards the Prevention of Alcohol Problems. Institute of Medicine, National Academy of Sciences, 8-10. Washington DC, marzo, 1982.
3. CALDERON G, CAMPILLO-SERRANO C, SUAREZ C: Respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el alcohol. Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). Organización Mundial de la Salud (OMS), Publicación interna, 1981.
4. CAMPILLO C, DIAZ MR, ROMERO M: La prevención del alcoholismo y los problemas relacionados con el alcohol. Psiquiatría, 3: 179-191, 1987.
5. CAMPILLO C, DIAZ MR, ROMERO M: Mexican report of the WHO collaborative project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Phase II. World Health Organization. Division of Mental Health, Ginebra, 1987.
6. CAMPILLO C, DIAZ MR, ROMERO M, PADILLA GP: El médico general frente al bebedor problema. Salud Mental, 11 (2): 4-12, 1988.
7. CAMPILLO C, PADILLA GP, DIAZ MR, ROMERO M, DOMINGUEZ JA: La frecuencia de los problemas relacionados con el alcohol en la práctica médica general. III Reunión de Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 181-187, 1986.
8. 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 AC, 1982.
9. CHICK J, LLOYD G, CROMBIE E: Natural history and effects of minimal intervention in newly identified problem drinkers in a general hospital. Proceedings of Conference on Early Identification of the Problem Drinker, NIAAA, Washington DC, 1985.
10. EDWARDS G, ORFORD J, EGERT S y Cols: Alcoholism: a control trial of "treatment" and "advice". Journal of Studies on Alcohol, 38: 1004-1031, 1977.
11. ETTORE B: A follow-up study of alcoholism treatment units exploring consolidation and change. British Journal of Addiction, 83: 57-65, 1988.
12. FUENTE DE LA JR, GUTIERREZ IM, RIVERO MF, TSAO GG, ROJKIND M, KERSHENOBICH: Detección precoz de alcoholismo en una población hospitalaria. Rev Invest Clin, 34: 1-6, 1982.
13. FUENTE DE LA R, CAMPILLO C: Alcoholism and drug abuse in Mexico. En: B Rutledge, EK Fulton (Eds), International Collaboration, Problems and Opportunities. ARF Books, Toronto, 88-96, 1978.
14. HODGSON RJ: Treatment strategies for the early problem drinker. Alcoholism Treatment in Transition. CroomHelm, Londres, 1980.
15. KRISTENSON H, OHLIN H, HULTEN-NOSSLIN M, TRELL E, HOOD B: Identification and intervention of heavy drinkers in middle-aged men: Results and follow-up of 24-60 of long-term study with randomized controls. Journal of Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 203-209, 1983.
16. KRISTENSON H, TRELL E, HOOD B: Serum of glutamyl-transferase in screening and continuous control of heavy drinking in middle-aged men. American Journal of Epidemiology, 114: 862-72, 1981.
17. MURRAY D: Dissemination of community health promotion programs. The Fargo-Moorhead heart health program. Journal of School Health, 57: 4, abril, 1987.
18. RICHMAN A, WARREN RA: Alcohol and health: Is higher intake associated with poorer health? Paper presented to the annual meeting of the American Association for the Advancement of Science, Nueva York, 24-29, mayo 1984.
19. SAUNDERS JB, AASLAND OG: WHO Collaborative project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on phase I. Development of screening instruments. World Health Organization. Division of Mental Health. Ginebra, 1987.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): Collaborative project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Phase II. World Health Organization. Division of Mental Health. Ginebra, 1987 (publicación interna de la WHO), 1983.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): International Clasificación of Disease 10th Ed. F10 - F19; Mental and behavior disorders due to psychoactive substance use. Ginebra, 1987.

POBLACION TOTAL ESTUDIADA
DISTRIBUCIÓN POR SEXOS DE ABSTEMIOS, BEBEDORES
Y BEBEDORES RIESGOSOS Y/O CON DAÑO

	HOMBRES (N 1813)	MUJERES (N 726)	TOTAL (N 2539)
ABSTEMIOS	20%	56%	30%
TOTAL BEBEDORES	80%	44%	70%
BEBEDORES RIES- GOSOS Y/O CON DAÑO	14%	1%	10%

CUADRO 2

PORCENTAJE DE BEBEDORES RIESGOSOS O CON DAÑO QUE RECO-
NOCEN SUFRIR DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE AL-
COHOL O CUYA CONDUCTA Y ACTITUDES SE ASOCIAN AL HABITO DE LA
BEBIDA

	BRD (N 248) %
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

CUADRO 3

COMPARACION DE ALGUNOS HABITOS RELACIONADOS CON LA SALUD
ENTRE VARONES ABSTEMIOS (ABS) Y BEBEDORES RIESGOSOS Y/O CON
DAÑO (BRD)

	ABS (N 358) %	BRD (N 248) %
ALIMENTACIÓN COMPLETA	71	52***
BEBEDORES DE CAFÉ	73	81 ^{NS}
FUMADORES	27	72***
FUMADORES DIARIOS	13	36***
FUMADORES DE MÁS DE 20 CIGARRILLOS	7	29***

* χ^2 CHI CUADRADA >.05
** χ^2 CHI CUADRADA >.01
*** χ^2 CHI CUADRADA >.001
NS = NO SIGNIFICATIVO

PORCENTAJE DE INDIVIDUOS QUE RECONOCEN SUFRIR O HABER SUFRIDO PROBLEMAS DE SALUD DEBIDO A DIFERENTES HABITOS

(COMPARACION ENTRE VARONES ABSTEMIOS (ABS) Y BEBEDORES RIESGOSOS Y/O CON DAÑO (BRD))

	ABS (N 358) %	BRD (N 248) %
PROBLEMAS POR FUMAR	8	28***
PROBLEMA ACTUAL POR FUMAR	16	52***
PROBLEMAS PASADOS POR FUMAR	7	33***
PROBLEMAS POR COMER POCO	19	22NS
PROBLEMAS POR COMER EN EXCESO	26	32NS
PROBLEMAS POR TRABAJAR EN EXCESO	24	31NS
PROBLEMA ACTUAL CON EL PESO	37	53***
PROBLEMA EN EL PASADO CON EL PESO	26	31NS
PROBLEMA ACTUAL CON LA CONDICION FISICA	40	64***
PROBLEMA PASADO CON LA CONDICION FISICA	30	43**

* χ^2 CHI CUADRADA > .05
 ** χ^2 CHI CUADRADA > .01
 *** χ^2 CHI CUADRADA > .001
 NS = NO SIGNIFICATIVO

CUADRO 6

PORCENTAJE DE INDIVIDUOS QUE SU MEDICO LES HA ACONSEJADO CAMBIAR ALGUN HABITO, O QUE ELLOS MISMOS, DURANTE LOS ULTIMOS TRES AÑOS, HAN INTENTADO CAMBIARLO

(COMPARACION ENTRE VARONES ABSTEMIOS (ABS) Y BEBEDORES RIESGOSOS Y/O CON DAÑO (BRD))

	ABS (N 358) %	BRD (N 248) %
SE LES ACONSEJO ABSTENERSE DE FUMAR	27	73***
SE LES ACONSEJO ABSTENERSE DE HACER EJERCICIOS PESADOS	14	17NS
INTENTARON, DURANTE LOS ULTIMOS TRES AÑOS, BAJAR DE PESO	27	34NS
INTENTARON, DURANTE LOS ULTIMOS TRES AÑOS, FUMAR MENOS	19	45***
INTENTARON, DURANTE LOS ULTIMOS TRES AÑOS, HACER MÁS EJERCICIO	56	64NS

* χ^2 CHI CUADRADA > .05
 ** χ^2 CHI CUADRADA > .01
 *** χ^2 CHI CUADRADA > .001
 NS = NO SIGNIFICATIVO

CUADRO 5

PORCENTAJE DE INDIVIDUOS QUE RECONOCEN HABER BUSCADO AYUDA MEDICA Y/O PROFESIONAL, O HABER SIDO HOSPITALIZADOS POR SUFRIR DE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS

(COMPARACION ENTRE VARONES ABSTEMIOS (ABS) Y BEBEDORES RIESGOSOS Y/O CON DAÑO (BRD))

	ABS (N 358) %	BRD (N 248) %
POR LA COMIDA	18	19NS
POR FUMAR	2	5NS
POR ABUSO DE DROGAS	.9	3NS
POR PROBLEMAS EMOCIONALES	15	20NS
POR PROBLEMAS HEPATICOS	--	7***

* χ^2 CHI CUADRADA > .05
 ** χ^2 CHI CUADRADA > .01
 *** χ^2 CHI CUADRADA > .001
 NS = NO SIGNIFICATIVO

CUADRO 7

COMPARACION ENTRE VARONES FUMADORES

(FUMADORES ABSTEMIOS (ABS) Y FUMADORES BEBEDORES RIESGOSOS Y/O CON DAÑO (BRD))

	FUMADORES (N 100) %	ABS (N 179) %	FUMADORES BRD (N 179) %
TOMAN CAFE DIARIO	48		49NS
FUMAN DIARIO	48		49NS
FUMAN POR LAS MAÑANAS	68		59NS
HAN TENIDO PROBLEMAS DE SALUD POR FUMAR	28		34NS
RECONOCEN TENER DE MANERA DEFINITIVA PROBLEMAS POR FUMAR	51		63*
RECONOCEN HABER TENIDO EN EL PASADO PROBLEMAS POR FUMAR	21		38**
SOLICITARON AYUDA MEDICA POR FUMAR	9		7NS
EL MEDICO LES ACONSEJO QUE DEJARAN DE FUMAR	26		38NS
INTENTARON, EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS, DEJAR DE FUMAR	57		54NS

* χ^2 CHI CUADRADA > .05
 ** χ^2 CHI CUADRADA > .01
 *** χ^2 CHI CUADRADA > .001
 NS = NO SIGNIFICATIVO