

## Uso y abuso de alcohol en México:

Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002

Ma. Elena Medina-Mora<sup>1</sup>,  
Jorge Villatoro<sup>2</sup> Patricia Cravioto<sup>3</sup>,  
Clara Fleiz<sup>2</sup>, Fernando Galván<sup>4</sup>,  
Estela Rojas<sup>2</sup>, José Castrejón<sup>5</sup>  
Pablo Kuri<sup>6</sup>,

INSTITUTO NACIONAL  
DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ,  
DIRECCIÓN GENERAL  
DE EPIDEMIOLOGÍA,  
CONSEJO NACIONAL  
CONTRA LAS ADICCIONES,  
SECRETARÍA DE SALUD

### Introducción

En México y en general en la región de América Latina, el abuso de sustancias es un importante problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud en su reporte mundial de salud 2002 analizó los efectos de 26 factores de riesgo sobre la morbi-mortalidad de la población, agrupados como, efectos por desnutrición materna e infantil, inactividad física y pobre nutrición, riesgos asociados con la actividad sexual y la reproducción, con el abuso de sustancias (alcohol, drogas y tabaco), con riesgos ambientales, ocupacionales y con otros factores como prácticas de inyección poco saludables o el abuso sexual durante la infancia.

El informe reporta el impacto de estos factores sobre la mortalidad prematura y los días vividos con discapacidad, conocidos como DALY's por sus siglas en inglés, para la población total y para tres tipos de países, los de economía de mercado o desarrollados, los países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad entre los que se encuentra México y aquellos países en vías de desarrollo con altas tasas de mortalidad como la mayoría de los países de África. Para analizar la carga de enfermedad atribuible al alcohol se sustrajeron los efectos benéficos derivados de su consumo moderado.

El estudio mostró que para el conjunto de países en vías de desarrollo con bajas tasas de mortalidad, entre los factores incluidos en el análisis, *el alcohol aparece en primer lugar*, es responsable del 6.2% de los DALY's totales, en tanto que *el tabaco aparece en tercer lugar* con 4.0% de los DALY's después de la hipertensión arterial. El consumo de drogas ilegales no aparece entre los 10 principales factores de riesgo para enfermar. En los países desarrollados, el consumo de alcohol aparece en tercer lugar ( responsable del 9.2% de los DALY's), en tanto que el tabaco es el factor que ocupa el primer lugar (12.2%) y las drogas ilegales el octavo lugar con un 1.8% de la carga de enfermedad (1).

Frenk y cols., (1999) en un análisis similar estimaron que en México, el abuso de alcohol representaba el 9% del peso total de la carga de enfermedad<sup>7</sup> por su impacto en la cirrosis hepática, (39%), las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%) la dependencia alcohólica (18%) y los homicidios (10%). Paradójicamente también se trata de uno de los problemas de salud pública con elevado índice de recuperación de la inversión en programas orientados a reducir el impacto (2).

<sup>1</sup> Directora de Investigación Epidemiológica y Psicosocial. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

<sup>2</sup> Investigador en Ciencias Médicas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente

<sup>3</sup> Directora de Investigación Operativa Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud.

<sup>4</sup> Subdirector de Diagnóstico y Análisis Epidemiológico. Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud

<sup>5</sup> Director de vinculación sectorial

<sup>6</sup> Director General de Epidemiología, Secretaría de Salud

<sup>7</sup> Medición conjunta de días de vida sana perdidos por mortalidad prematura debida a enfermedad, accidentes o violencias y a tiempo de vida llevado con discapacidad o AVISAs. (Frenk y cols., 1994)

Los resultados de las encuestas realizadas en México indican además que el abuso de alcohol ocupa el primer lugar, el tabaco el segundo y el abuso de drogas ilegales el tercero en cuanto a la extensión de su abuso y consecuencias (3,4,5).

En 2002, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) junto con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) acordaron realizar la *Cuarta Encuesta Nacional sobre Adicciones*. El CONADIC invitó al Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente* y a la Dirección General de Epidemiología a colaborar en el levantamiento de la encuesta que en esta ocasión, por primera vez, incluiría a la población rural, definida como la que habita en localidades de menos de 2,500 habitantes. Como en otras ocasiones el rango de edad considerado fue de 12 a 65 años. La definición y selección de la muestra, el diseño operativo y el levantamiento de datos estuvieron a cargo del INEGI.

## Método

### Diseño de la muestra.

El diseño de la muestra es probabilístico, estratificado y por conglomerados, donde la unidad última de selección fue un residente de las viviendas seleccionadas, que contara con 12 a 65 años cumplidos al momento de la entrevista.

### Levantamiento.

El levantamiento de la ENA-2002 se realizó durante los meses de febrero a mayo de ese año, con una infraestructura de personal específicamente capacitado para el levantamiento de esta encuesta. La ENA se aplicó utilizando una tarjeta de registro de hogares, e inmediatamente después del llenado de ésta, se seleccionaba una persona específica cuya edad estuviera entre 12 y 65 años, para que en forma privada respondiera las preguntas contenidas en el cuestionario básico correspondiente.

Como se mencionó, el material utilizado consistió en una tarjeta de registro de hogares (T.R.H.), comúnmente aplicada en las encuestas de ese tipo realizadas por el INEGI, así como un cuestionario específico sobre el tema, en el cual se recogieron las respuestas de la población de 12 a 65 años seleccionados en los hogares que se visitaron. La riqueza de la ENA, consiste no solamente en las cifras y prevalencias que se pueden obtener de las preguntas del cuestionario utilizado, sino que éstas pueden delimitarse de acuerdo con las características de la población entrevistada, tales como: edad, sexo, estado civil, escolaridad, etc., particularidades que son captadas mediante la aplicación de la T.R.H. y que permiten vincular algunas variables importantes con los comportamientos referidos por las personas entrevistadas.

### Periodo de referencia

La tarjeta de registro de hogares capta los datos requeridos en ella con una temporalidad específica; así las características de la vivienda y la zona donde está ubicada, se obtienen al momento de la entrevista, lo mismo ocurre con los servicios de la vivienda y la tipología del hogar que la habita; los datos sociodemográficos también se establecen tomando como referencia el día de la entrevista. Con la finalidad de determinar claramente la caracterización laboral de las personas que son residentes habituales de la vivienda, ésta se pregunta utilizando como referencia la semana anterior a la entrevista.

Respecto al cuestionario, con algunas excepciones, la mayor parte de las preguntas se plantean en forma intemporal, inquiriendo inicialmente sobre el consumo de determinadas sustancias, sin importar la temporalidad del hecho. Sin embargo, buscando establecer patrones de consumo consuetudinario o habitual, para cada una de las sustancias de interés, se pregunta sobre la edad en la que se utilizó por primera vez, cuántas veces se ha empleado, la última vez que se usó y cuántos días se consumió en el mes anterior a la entrevista.

## Operativo de campo

Previo a éste, se llevó a cabo la capacitación del personal que participaría en el levantamiento, para lo cual se concentró el personal en la ciudad de Aguascalientes, donde un equipo especializado de instructores, impartió lo correspondiente tanto a la TRH, como al cuestionario básico propiamente dicho. En ese evento se enfatizó sobre todo en la caracterización de las diferentes sustancias y sus usos, con la finalidad de familiarizar a los capacitandos con los diversos tipos de drogas y las formas habituales de consumo, las unidades de medida a utilizar para determinar los consumos de alcohol, así como prevenirlos sobre algunas situaciones que comúnmente se pueden presentar cuando se tocan los temas relativos al consumo de drogas, tales como suspicacia, búsqueda de consejo, desahogos emocionales, etc.

El operativo de campo propiamente dicho, comprendió las siguientes etapas:

- a) Levantamiento de entrevistas.
- b) Supervisión del trabajo de campo: se basó en 3 actividades:
  - b.1) Observación: Consistió en la observación directa de la aplicación de un número determinado de entrevistas, acompañando a los entrevistadores en algunas viviendas seleccionadas, con el fin de detectar eventuales errores en el transcurso de la recolección de la información.
  - b.2) Verificación de visita: Se seleccionó una entrevista completa por cada listado de viviendas, acudiendo a ella para verificar que se había visitado y que la persona seleccionada hubiera respondido directamente el cuestionario.
  - b.3) Supervisión de la no entrevista: En las viviendas que por cualquier causa no se pudo lograr la entrevista, se acudió a corroborar o rectificar la causa de esa situación, recuperando si era el caso, la información en las viviendas habitadas.
- c) Crítica y codificación de la información, así como control de calidad de la totalidad del proceso. Los resultados definitivos obtenidos en el levantamiento se resumen en el siguiente cuadro:

CONCEPTO	ABSOLUTO	RELATIVO
Viviendas seleccionadas	14 043	100.0%
Viviendas entrevistadas	11 252	80.1%
Viviendas no entrevistadas	2 791	19.9%
Tipo "A" (Viviendas ocupadas)	298	2.1%
Tipo "B" (Viviendas desocupadas)	1 588	11.3%
Tipo "C" (Viviendas no localizadas)	201	1.5%
Tipo "D" (Seleccionado sin información)	704	5.0%

Cabe señalar que en 536 viviendas que representan el 3.8% de las seleccionadas, se aplicó únicamente la tarjeta de registro de hogares, ya que carecían de residentes habituales dentro del rango de edad requerido por la encuesta. La población de las viviendas referidas, forma parte de la población total obtenida por la expansión de la muestra de la ENA-2002, no así en lo que respecta al cuestionario básico utilizado, debido a que no hubo respuesta en éste.

## Instrumentos de captación

Como se ha mencionado con anterioridad, para captar la información de la Encuesta Nacional de Adicciones, se utilizaron la Tarjeta de Registro de Hogares y el Cuestionario Básico.

A continuación se especifica el objetivo de cada uno de estos instrumentos de captación:

### a) Tarjeta de Registro de Hogares (TRH)

La TRH es un formato en el que se registran los datos básicos de cada unidad en muestra, que es útil para recolectar las características de la vivienda y la zona en que está ubicada, así como los datos sociodemográficos del hogar albergado en ella. Adicionalmente, permite identificar a la persona seleccionada que responderá el cuestionario de adicciones y determinar el tipo de no entrevista observado para su posterior supervisión. Las preguntas de esta tarjeta en particular,

podían ser respondidas por cualquier residente de la vivienda, que contara con 15 años o más y que conociera los datos que se solicitarían; no así el cuestionario básico, el cual debía ser respondido específicamente por la persona que hubiera resultado seleccionada, de acuerdo al método que se describirá más adelante. Fue aplicada en todos los hogares entrevistados y permitió:

- Obtener información sobre las características generales de la vivienda como tipo, condición de propiedad de la misma, número de cuartos, material de construcción, servicios en la vivienda y equipamiento con que cuenta el hogar.
- Determinar la clasificación del tipo de hogar que conforman los residentes habituales.
- Investigar las características predominantes de la zona donde se ubica la vivienda seleccionada.
- Determinar el tipo de no entrevista observado, clasificándolo de acuerdo a su causa como tipo A (viviendas ocupadas)  
B (viviendas desocupadas)  
C (situaciones muestrales) y  
D (situaciones relacionadas con el informante).
- Obtener información sociodemográfica de todas las personas que cumplieran con los criterios de residentes habituales del hogar, tales como: parentesco, sexo, día y mes de nacimiento, edad, estado civil, fecundidad, escolaridad, condición de residencia, elegibilidad, filiación a servicios médicos, religión profesada y caracterización laboral.
- Identificar a la persona del rango de edad determinado que respondería el cuestionario de adicciones.

#### b) Cuestionario Básico

Una vez llenada la TRH, por medio de los datos de día y mes de nacimiento, se identificaba a la persona más próxima a cumplir años, cuya edad estuviera entre los 12 y 65. Este método, ya utilizado con anterioridad, al ser rigurosamente aplicado reproduce la distribución por grupos de edad y sexo de la población objetivo, dada su calidad de aleatoriedad. Cabe hacer mención que debido a las preguntas que se aplicarían y el carácter mismo de la encuesta, durante la capacitación se enfatizó la necesidad de que el cuestionario básico se levantara bajo estrictas normas de confidencialidad, evitando en todo momento que durante la entrevista estuviera presente una tercera persona diferente al entrevistador y entrevistado. Esto permitiría obtener respuestas directas que no estuvieran sesgadas por la actitud del informante, posiblemente inhibido ante la presencia de otros miembros del hogar.

Mediante el cuestionario básico, se indagó entre los seleccionados el uso de diversas sustancias, además de las particularidades de los patrones de su consumo. De acuerdo a las diferentes variables y drogas que interesaban para el estudio, el cuestionario se dividió en los siguientes dieciocho capítulos o secciones:

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| — Historia migratoria.    | — Pasta de cocaína.  |
| — Consumo de tabaco.      | — Crack.   |
| — Uso de alcohol.         | — Alucinógenos.  |
| — Opiáceos.               | — Inhalables.  |
| — Tranquilizantes.        | — Heroína.   |
| — Sedantes y barbitúricos | — Metanfetaminas.  |
| — Anfetaminas.            | — Problemas relacionados con el consumo de drogas.   |
| — Marihuana.              | — Utilización de servicios de asistencia contra adicciones.  |
| — Cocaína.                | — Opinión sobre la gravedad del uso de drogas, información sobre su consumo y asistencia a cursos sobre el tema. |

#### Nota metodológica con relación a las encuestas de adicciones

Es importante señalar que esta Encuesta se realizó con una metodología relativamente diferente de las encuestas anteriores. Entre otros aspectos, se incluyó por primera vez el componente rural,

CUADRO 1

## POBLACIÓN URBANA Y RURAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO

GRUPOS DE EDAD	POBLACIÓN URBANA			POBLACIÓN RURAL		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
12 – 17	4'915,246	4'999,780	9'915,026	1'892,705	1'877,628	3'770,333
18 – 34	9'317,802	12'389,767	21'707,569	2'413,717	3'430,268	5'843,985
35 – 65	9'482,497	11'782,440	21'264,937	3'371,690	3'893,527	7'265,217
Total	23'715,545	29'171,987	52'867,532	7'678,112	9'201,423	16'879,535

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones 2002

y en esta ocasión no se incluyó el sobremuestreo de las ciudades, ni de adolescentes que se hizo en la encuesta de 1998. Por ello, es importante señalar que al analizar las tendencias del consumo entre las diversas encuestas, se considere que en sentido estricto esta Encuesta no es totalmente comparable con las anteriores.

## Resultados:

## Uso y Abuso de Bebidas con Alcohol en México

En el país hay poco más de 32 millones de bebedores<sup>8</sup> (32'315,760) que representan al 46% en la población entre 12 y 65 años de edad de ambos sexos, sin incluir a las personas recluidas en instituciones de salud, procuración de justicia, protección social o sin lugar fijo de residencia. Cerca de 27 millones (26,874,662) viven en localidades urbanas, de más de 2,500 habitantes, y representan al 51% de esta población. El consumo en comunidades rurales es menor pues alcanza solamente al 32% de la población de ambos sexos (cuadro 2). Cinco por ciento de los entrevistados que reportaron nunca haber bebido alcohol, dieron razones religiosas y una proporción similar dijeron no beber por miedo a padecer un problema y el 18% son ex bebedores<sup>9</sup>.

CUADRO 2

## ENA 2002 ÍNDICE DE BEBEDORES\* POR LOCALIDAD, SEXO Y GRUPOS DE EDAD

	Total		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%
<b>Población urbana</b>						
12-17 años	2'979,230	30.0	1'726,518	35.1	1'252,712	25.4
18-65 años	23'895,432	55.6	13'581,107	72.2	10'314,325	42.7
12-65 años	26'874,662	50.8	15'307,625	64.5	11'567,037	39.6
<b>Población rural</b>						
12-17 años	543,197	14.4	357,775	18.9	185,422	9.8
18-65 años	4'897,901	37.4	3'512,513	60.7	1'385,388	18.9
12-65 años	5'441,098	32.2	3'870,288	50.4	1'570,810	17.1
<b>Población total 12-65 años</b>	<b>32'315,760</b>	<b>46.3</b>	<b>19'177,913</b>	<b>61.1</b>	<b>13'37,847</b>	<b>34.3</b>

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

Porcentajes obtenidos del total de la población en cada grupo.

\* Persona que reportó consumir bebidas con alcohol en los doce meses previos a la encuesta

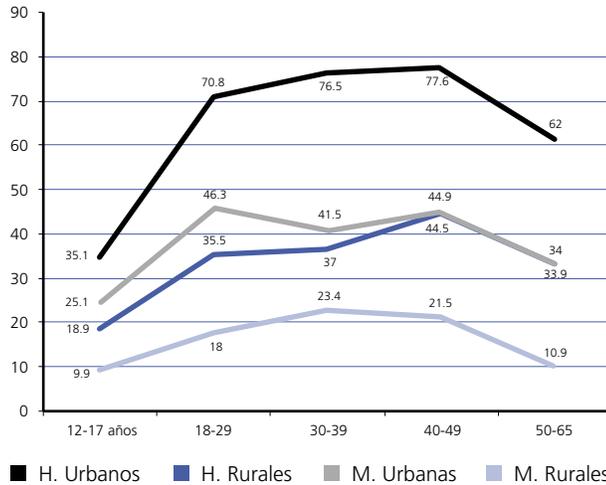
En 2002 siguen siendo los hombres quienes más beben, en una proporción de 1.69 hombres por cada mujer cuando se considera a la población urbana y una diferencia considerablemente mayor, de 3.2 hombres por cada mujer en las comunidades rurales.

Treinta por ciento de la población adolescente entre 12 y 17 años de edad son bebedores. La diferencia entre sexos es menor que en la población adulta con 1.39 hombres por cada mujer en comunidades urbanas y 1.9 hombres por cada mujer en las rurales. Estas cifras confirman un

mayor índice de consumo en comunidades urbanas y menor diferencia entre hombres y mujeres adolescentes, diferencia que se agudiza cuando llegan a la mayoría de edad. Con un mayor consumo entre los hombres, ambos grupos, después de los 18 años y hasta los 50, mantienen sus niveles de consumo, para disminuir después de los 50 años, tanto en poblaciones rurales, como urbanas (Gráfica 1).

GRÁFICA 1

ÍNDICE DE BEBEDORES POR SEXO Y EDAD

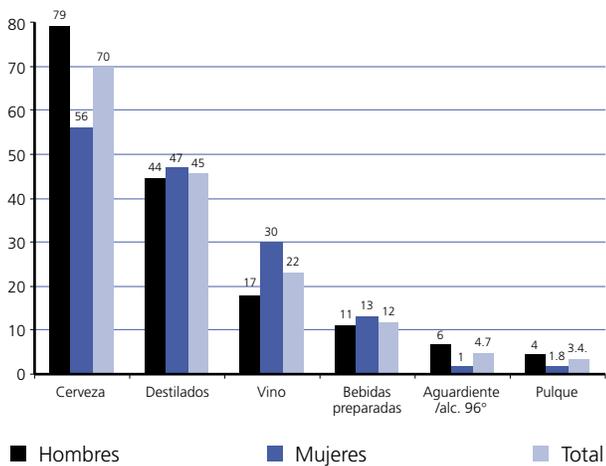


Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

La cerveza es la bebida de preferencia<sup>10</sup> de los consumidores (70%), seguida por los destilados (46%) el vino de mesa (23%) y las bebidas preparadas (12%). El aguardiente y el alcohol de 96° (5%) y el pulque (3%) son reportados como bebidas de elección con menos frecuencia. Existen importantes diferencias en las preferencias de hombres y mujeres, ya que estas últimas prefieren la cerveza en menor proporción que los varones (56% vs. 79% respectivamente), y en mayor proporción el vino de mesa (30% vs. 18%) (Gráfica 2).

GRÁFICA 2

BEBIDA DE PREFERENCIA POR SEXO



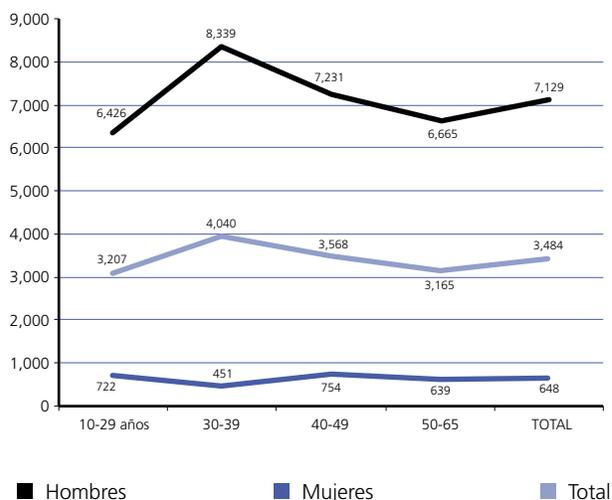
Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

Las preferencias de los adolescentes también son diferentes, favorecen con menos frecuencia a la cerveza (57%) y a los destilados (31%) caso contrario que sucede en el vino de mesa (32%) y las bebidas preparadas (19%), a diferencia de los adultos.

A partir de las respuestas de la población entrevistada sobre la frecuencia en que consumen diferentes cantidades de alcohol para cada tipo de bebida es posible estimar el consumo en términos de etanol puro y reportar el consumo *per cápita* (6). El índice estimado para la población rural y urbana entre 12 y 65 años es de 2,790 mililitros, 5,620 ml., para la población masculina y 475 ml., para la femenina. Cuando sólo se considera la población urbana el consumo *per cápita* se eleva a 3,484ml., a razón de 7,129 ml. en los hombres y 648 ml. en las mujeres, cifras superiores a las observadas en la población rural de 2,728 ml. totales, 5,915 ml., en la población masculina y 211 ml., en la femenina. El mayor consumo se registra en los hombres urbanos de entre 30 y 39 años de edad (gráfica 3).

GRÁFICA 3

CONSUMO PER CÁPITA DE ALCOHOL EN MILILITROS  
POBLACIÓN URBANA DE 18 A 65 AÑOS



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

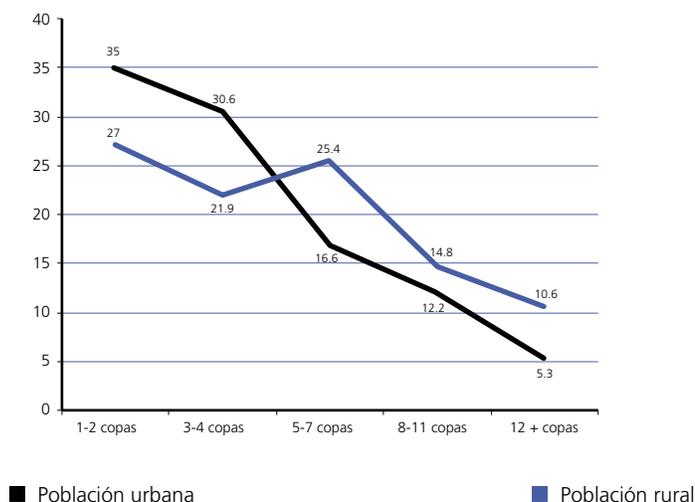
El consumo diario tan común en las sociedades europeas, sigue siendo una práctica poco frecuente en México, solamente 1.5% de la población entrevistada reportó esta frecuencia de consumo. Sólo una tercera parte (37%) de los bebedores limitan su consumo a una o dos copas<sup>11</sup> por ocasión de consumo, 28% reporta que ha llegado a consumir 3 ó 4 copas, lo que, si se realiza dentro de un plazo similar de horas se ubicaría en los patrones de menor riesgo. Cuando se comparan las respuestas de poblaciones rurales y urbanas, encontramos que en las primeras, las cantidades de consumo tienden a ser mayores, con 10% de la población rural, ya que reportan haber bebido más de 12 copas por ocasión de consumo en comparación con solamente 5% de la población urbana (gráfica 4).

Poco más de catorce millones de personas (14,261,752) beben alcohol bajo patrones que ponen en riesgo su salud y la de terceros al ingerir cinco copas o más por ocasión de consumo; de éstos 3'226,490 lo hacen por lo menos una vez por semana. 795,573 adolescentes entre 12 y 17 años, que no han alcanzado la edad legal para beber, lo hacen con patrones de riesgo<sup>12</sup>.

Esta práctica es significativamente más frecuente en los varones (27.7%) que en las mujeres (5.99%). Entre los primeros, la diferencia si se comparan las poblaciones urbana y rural es poco

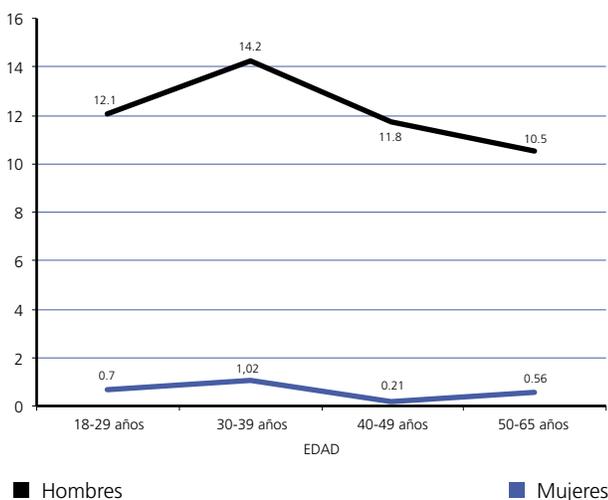
GRÁFICA 4

NÚMERO MÁXIMO DE COPAS QUE HA BEBIDO EN UN SÓLO DÍA  
POBLACIÓN DE 18 A 65 AÑOS POR LOCALIDAD



GRÁFICA 5

BEBEDORES CONSUELTUDINARIOS POR SEXO Y EDAD  
POBLACIÓN URBANA



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

marcada, en tanto que entre las segundas las diferencias son más grandes, con un consumo consuetudinario hasta 3 veces inferior entre las mujeres rurales. En global el consumo con patrones de riesgo es ligeramente mayor en los hombres adultos que habitan en comunidades rurales 46.5%, en comparación con los de comunidades urbanas (44.8%) (Cuadro 3).

El mayor índice de consumo consuetudinario se da en el grupo entre 30 y 39 años. La gráfica 3 muestra la distribución del consumo bajo este patrón hombres y mujeres urbanas para quienes los límites de la muestra permiten reportar esta información. Como puede verse, en los varones el consumo inicia en un nivel comparativamente bajo, se eleva hacia los 30 y 39 años, para descender posteriormente alcanzando su nivel más bajo después de los 50 años. En las mujeres el máximo consumo se da también en la tercera década de la vida, pero disminuye después de los 39 años.

CUADRO 3

ENA 2002 ÍNDICE DE BEBEDORES ALTOS\* Y CONSUETUDINARIOS\*\* POR LOCALIDAD RURAL-URBANA, SEXO Y LOCALIDAD

	Total %	Hombres %	Mujeres %
<b>Población urbana 18-65 años</b>			
Alto	18.5	32.5	7.6
Consuetudinario	5.7	12.3	0.6
<b>Población rural 18-65 años</b>			
Alto	18.4	36.6	4.3
Consuetudinario	4.5	9.9	0.2

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

Porcentajes obtenidos del total de la población en cada grupo.

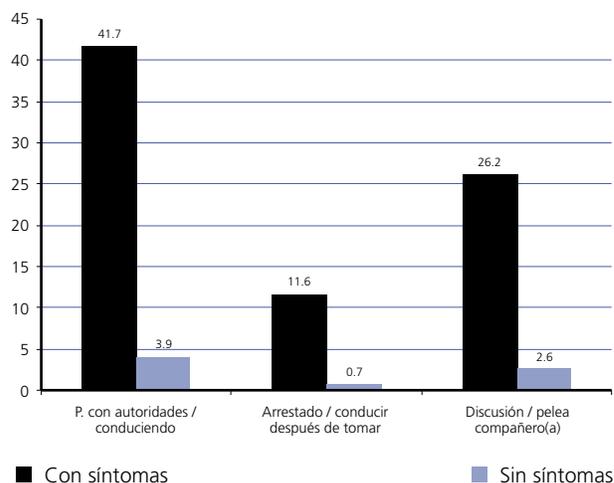
\* Personas que reportan beber cinco copas o más por ocasión de consumo sin incluir a los bebedores consuetudinarios

\*\* Persona que reportó consumir alcohol cinco copas o más por ocasión de consumo por lo menos una vez a la semana.

Una proporción importante de la población mexicana entre 12 y 65 años, afronta problemas con el manejo del alcohol, ya que 2'841,303 (4%) reportaron haber experimentado tres o más síntomas de dependencia y 281,903 son menores de edad. 10.6% de la población total entrevistada reportó haber bebido más cantidad o durante más tiempo de lo que esperaba, 8% reportó haber experimentado síntomas de abstinencia, y 4.8% de tolerancia. Los problemas sociales fueron también importantes, 7% de la población de bebedores, reportó discusiones o peleas con el o la compañero(a) mientras estaba tomando (a), 2% admitió problemas con la policía mientras iba conduciendo después de beber y 4.6% tuvo problemas con las autoridades cuando no iba conduciendo. Estos problemas son considerablemente más frecuentes entre la población que reportó haber experimentado 3 o más síntomas de dependencia, en comparación de aquellos que no presentaron este número de síntomas (gráfica 6). Sin embargo cabe hacer notar que 41% de aquellos que tuvieron problemas con la policía por beber, no tienen síntomas de dependencia. Como era de esperarse, los problemas derivados del consumo de alcohol son más frecuentes en los varones que en las mujeres con una proporción de 12.8 hombres por cada mujer. Una proporción mayor de adultos que viven en comunidades rurales reportan síntomas de dependencia (10.4%) en comparación con aquellos que habitan zonas urbanas (9.3%) (cuadro 4).

GRÁFICA 6

BEBEDORES CONSUETUDINARIOS POR SEXO Y EDAD  
POBLACIÓN URBANA



Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.

CUADRO 4

ENA 2002 PERSONAS CON SÍNTOMAS DE ABUSO / DEPENDENCIA  
POR LOCALIDAD Y SEXO

	Total		Hombres		Mujeres	
	Total	%	Total	%	Total	%
<b>Población urbana</b>						
18-65 años	1,928,596	45.	1,749,730	9.3	178,862	0.74
<b>Población rural</b>						
18-65 años	630,804	4.81	604,751	10.4	26,053	0.35
<b>Población total</b>						
12-65 años	2,841,303	4.07	2,595,300	8.3	246,003	0.6

Fuente: ENA 2002, CONADIC, INP RFM, DGE, INEGI.  
Porcentajes del total de la población en cada grupo.

## Discusión y conclusiones

Como sucedió en estudios anteriores, una proporción importante de la población reportó ser abstemia, es decir no consumió bebidas con alcohol en los doce meses previos a la encuesta. El índice de abstemios entre los varones es similar al reportado por países de la región de las Américas, como Estados Unidos, Canadá o Chile, en los cuales entre el 20% y el 30% de los hombres son abstemios. En general el consumo por parte de las mujeres es menor, sin embargo, a diferencia de estos países en la región, las variaciones entre hombres y mujeres en México son grandes, comparables con lo observado en países con roles de género más tradicionales, como China<sup>7</sup>.

Estas diferencias en las conductas de consumo se ligan con expectativas sociales que consideran que la mujer no debe de beber y de hecho bebe menos, sin embargo sufre de mayor rechazo social que el hombre cuando lo hace, no porque la conducta de uno y otro sea diferente bajo la intoxicación, sino porque se considera que el consumo es incompatible con los roles tradicionalmente asignados a la mujer. Esta diferencia en la percepción y las respuestas sociales, deriva en mayores problemas para las mujeres y puede plantear barreras importantes para la atención<sup>8</sup>.

Los datos de la encuesta señalan una menor diferencia en los niveles de consumo entre hombres y mujeres, lo que podría señalar una tendencia a la mayor incorporación de las mujeres, tendencia que se había documentado ya en las encuestas anteriores (4,9). Desafortunadamente los adolescentes copian los modelos adultos de consumo poco frecuente pero excesivo. Esto junto con la observación de que un inicio temprano y el consumo excesivo en esta etapa, se asocian con mayor riesgo de dependencia y con un peor pronóstico en tratamiento, señalan la urgente necesidad de incrementar los programas de educación para la salud, así como de fomentar niveles de consumo moderado, retrasar el inicio en el consumo y preparar a los niños y adolescentes para un consumo moderado.

El consumo *per cápita*, estimado en este estudio fue de 2.8 litros para la población entre 12 y 65 años, y de 3.4 litros si sólo se considera a la población urbana y el alcohol disponible. Las cifras de consumo *per cápita* estimadas a partir de la producción tasada, añadiendo importaciones y deduciendo exportaciones, ascienden a 5.19 litros<sup>9</sup>, cifra que no incluye el alcohol denominado "de dudosa procedencia", que no paga impuestos, el cual se ha estimado que representa el 40% del alcohol consumido en el país<sup>10</sup>.

<sup>8</sup> Se definió como bebedor a aquellas personas que reportaron haber consumido bebidas alcohólicas durante los 12 meses previos al estudio.

<sup>9</sup> No bebieron el año anterior al estudio

<sup>10</sup> Se reportan las respuestas dadas por la población a la pregunta acerca de su bebida de preferencia y no sobre el consumo.

<sup>11</sup> Se reporta el número máximo de copas que los bebedores han reportado haber consumido en un solo día.

Las estimaciones del consumo *per cápita* que se derivan de los autoreportes de la conducta de bebida de las encuestas, tienden a subestimar el consumo per cápita entre el 40% y el 60% de los resultados que se obtienen de las ventas legales, lo cual es concordante con el resultado encontrado en esta encuesta.

La mayor parte del alcohol disponible es consumido por hombres urbanos de edad media (30 y 49 años), en tanto que las mujeres que habitan en las comunidades rurales, tienen poco acceso al alcohol. Esto confirma la observación de que el alcohol se comporta como un bien de consumo y que la población con mayores recursos, consume la mayor parte del alcohol disponible. Se ha estimado que el 30% de la población con más ingresos consume el 53% del alcohol disponible<sup>12</sup>, sin embargo también se tiene evidencia de que el gasto en alcohol en proporción del ingreso, es mayor entre la población de menos recursos<sup>13</sup>.

El hecho de que el alcohol disponible no se distribuya homogéneamente en la población ocasiona que una medida promedio como ésta, ofrezca poca información sobre los problemas que se asocian con el consumo. Éstos serán mejor explicados a partir de conocer la forma en que diferentes grupos de población consumen el alcohol disponible.

Los datos de la encuesta muestran diferencias importantes en el índice de consumo con patrones de riesgo al considerar las grandes cantidades de alcohol que se ingieren por ocasión. Los índices más bajos de riesgo se encuentran entre las mujeres rurales, seguidas por las mujeres urbanas, los hombres urbanos y en el nivel máximo los hombres rurales.

En esta encuesta se confirman observaciones anteriores en el sentido de que los hombres en comunidades rurales presentan menores niveles de consumo pero mayores niveles de problemas<sup>14</sup>. También coinciden en señalar un nivel elevado de problemas en el país a pesar de que los niveles de consumo no son muy altos (de hecho son inferiores a los reportados por otros países).

De acuerdo con Rehm (2001)<sup>15</sup> i) el mismo consumo puede tener efectos más problemáticos en aquellos países en los que se concentra en menor número de personas, es decir en aquellos que registran un elevado índice de abstemios y donde menor sea el número de ocasiones en que se consume alcohol. También ha documentado que el consumo durante las comidas es menos dañino y que beber fuera de casa se asocia en mayor medida con accidentes que cuando se bebe en casa.

Los datos de este estudio documentan como en México se dan estas condiciones lo que incrementa el riesgo de problemas. Existe una alta proporción de abstemios, el consumo diario es poco frecuente, no se asocia con los alimentos como ocurre en las sociedades mediterráneas, se consume con poca frecuencia pero en grandes cantidades asociadas. Otros estudios han señalado también cómo el consumo fuera del hogar es frecuente, debido especialmente a que con frecuencia la esposa no es la principal compañera de consumo, hecho que aumenta la tensión entre las parejas<sup>16</sup>.

Que el consumo se dé con frecuencia fuera del hogar y en cantidades elevadas se asocia con un riesgo importante de accidentes. Estudios efectuados en salas de urgencia documentan un elevado nivel de ingresos por traumatismos, con niveles positivos de alcohol en sangre (21%) es decir, casi del doble de lo que se observa en Estados Unidos (11%)<sup>17</sup>.

En este estudio, 2% de los bebedores reportaron haber afrontado problemas con la policía mientras conducían automóviles después de haber bebido. Una proporción importante de personas que reportaron este problema, presentaba también síntomas de dependencia. El hecho de que en la manifestación de problemas participa la respuesta social organizada, puede hacer pensar

<sup>12</sup> Reportan beber cinco copas o más por ocasión de consumo independientemente de la frecuencia en que lo hacen.

<sup>13</sup> Persona que reportó consumir bebidas con alcohol en los doce meses previos a la encuesta

<sup>14</sup> Personas que reportan beber cinco copas o más por ocasión de consumo sin incluir a los bebedores consuetudinarios

<sup>15</sup> Persona que reportó consumir alcohol cinco copas o más por ocasión de consumo por lo menos una vez a la semana.

que en México en las personas que fueron detenidas lo hayan sido porque registraron niveles muy altos de alcohol en sangre y problemas de tránsito adicionales. Vale señalar que hasta fechas recientes se ha puesto énfasis sólo en ciertas ciudades mexicanas en la detección de conductores con niveles de alcohol en sangre que los colocan en riesgo de sufrir accidentes. Tal es el caso de una encuesta realizada en Pachuca, Hgo., que encontró un elevado nivel de personas que conducían automóviles después de haber bebido (23% adultos y 6% adolescentes) (18). Esto refuerza la importancia de establecer estos programas de detección con alto potencial de reducción de ingresos a salas de urgencia y accidentes fatales. Es importante lograr mayor consenso de la población hacia estas medidas derivadas de una mejor información acerca de los mecanismos y tiempos de asimilación del alcohol en el organismo y de sus efectos.

Finalmente cabe hacer mención que una proporción importante de la población manifestó síntomas de dependencia, por lo que es necesario ampliar los servicios de atención. Es importante que en los inicios del tercer milenio, el alcoholismo reciba la atención que merece como enfermedad crónica que requiere de tratamiento; el cual debe de estar disponible para el sujeto que la padece en diferentes etapas de su vida.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. 2002 Informe sobre la Salud en el Mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana.
2. Frenk, J, Lozano R, González Block Ma, et al. (1999). Economía y Salud: propuesta para el avance del Sistema de salud en México. Informe final. México D.F., Fundación Mexicana para la Salud.
3. Peña-Corona MP (comp.), Kuri P (comp.), & Tapia R (comp.). (2001). El consumo de tabaco en México y Encuesta Nacional de Adicciones 1998 (Tabaco). México: Secretaría de Salud
4. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G. Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas. En: Observatorio Mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas 2002. México: CONADIC, SSA; 2002. p.15-25.
5. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapia R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: Drogas, alcohol y sociedad. Salud Mental 24(4): 3-19.
6. Medina-Mora ME. (2001). Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición. En Tapia R (Ed.), Las adicciones: dimensión, impacto y perspectiva. (pp. 21-44). México: Manual Moderno.
7. World Health Organization, Global Status Report on Alcohol, Ginebra, 1999.
8. Medina-Mora M E. (2002). La mujer y el abuso de bebidas alcohólicas en México. En: Lara, MA Salgado VN, editores. Cállese, son sus nervios, tómese un tecito... La salud mental de las mujeres mexicanas. México: Pax; p. 71-84.
9. Centro de Información en Salud Mental y Adicciones, Instituto Mexicano de Psiquiatría, México Estimaciones del consumo per capita en México, 1970-1999.
10. Consultores Internacionales. (1999). Prospectiva del mercado Mexicano de bebidas alcohólicas destiladas al año 2000. Informe preparado para la Fundación de Investigaciones Sociales A.C., México.
11. World Health Organization WHO. (2000). Department of Mental Health and Substance Dependence. International guide for monitoring alcohol consumption and related harm, Geneva, WHO.
12. Consultores Internacionales. (1998). El beneficio económico: Beber de Tierra Generosa. Libro 2 Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. (Eds) Medina-Mora ME, Echeverría L, 234-249.
13. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (1994). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos. México.

14. Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Primera Encuesta Nacional de Adicciones. 1988. Secretaria de Salud. Dirección General de Epidemiología, Segunda Encuesta Nacional de Adicciones, México, 1993. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional contra las Adicciones, Tercera Encuesta Nacional de Adicciones, ENA, 1998.
15. Rehm J, Monteiro M, Room R, Gmel G, Jerningan D, Frick U, Graham K, (2001). Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *European Addiction Research*; 7(3): 138-147.
16. Calderón, G. Campillo, C. Suárez, C. (1981). Respuestas de la Comunidad ante los Problemas Relacionados con el Alcohol. México: Monografía OMS-IMP.
17. Cherpitel C, Pares A, Rodes J, Rosovsky H. (1993). Drinking in the injury event: A comparison of emergency room populations in the United States, Mexico and Spain. *International Journal of the Addictions*, 28, 931-943.
18. Medina-Mora ME, Morón MA, Rojas E, Carreño S, Martínez N, Juárez F. (1999). El abuso de alcohol, antecedentes y consecuencias: Evaluación de un modelo de intervención. *Psicología Iberoamericana*. Nueva Epoca. 7(4), 36-46.