

Salud pública y bebidas alcohólicas

Francesc Freixa

Médico. Especialista: Psiquiatría y Neurología.

Experto en Alcoholología y Toxicomanías Prof.

Master Drogodependencias Univ. de Barcelona y Valencia.

Resumen

Tras un breve paseo por la historia de la Medicina hasta llegar al período de la Ilustración y con ella al método científico en el curar, que en un principio se denomina higiene después medicina preventiva y ya en el siglo XX atención primaria de salud, medicina de familia o comunitaria, se analiza la influencia que el consumo de drogas y de alcohol -de manera más exhaustiva- tienen en la salud pública.

Se pone de manifiesto que las políticas sanitarias tendrían que ir dirigidas a evaluar los elevados costes sanitarios, sociales y económicos generados por el consumo de bebidas alcohólicas.

Los efectos negativos sobre la salud, la expectativa de vida y las patologías asociadas, son significativas en Europa y las estrategias para reducir daños del alcohol, tabaco y otras drogas hacen necesarias medidas informativas de sensibilización, motivación y recursos técnicos por los responsables en Salud Pública de los gobiernos y administraciones, y así disminuir en un futuro la morbi-mortalidad.

Palabras Clave

Salud pública, alcohol, políticas sanitarias, bebidas alcohólicas, morbilidad, mortalidad, medidas preventivas.

Summary

After a brief review of the history of the Medicine until reach the period of the Illustration and inside it the scientific method in curing, initially called hygiene, later preventive medicine and yet in the XX century health primary attention, family medicine or communitarian medicine, the influence of the drug and alcohol consumption in the public health is analyzed with exhaustiveness.

It is shown that the sanitary policies must be directed to evaluate the high sanitary, social and economic costs generated by the consumption of alcoholic beverages.

The negative effects on the health, the life expectancy and the pathologies associated, are significant in Europe and the strategies to reduce damages of alcohol, tobacco and

Correspondencia a:

Francesc Freixa . C/Nicaragua, 61 -63 , 4º 1ª . 08029 BARCELONA. e-mail: 3517ffs@comb.es



other drugs make necessary measures informative of sensibilización, technical motivation and resources by the people in charge in Public Health of the governments and administrations, and thus to diminish in a future the morbi-mortality.

Key Words

Public health, alcohol, sanitary policies, spirits, morbidity, mortality, preventive measures.

Résumé

Après une brève promenade par l'histoire de la Médecine jusqu'à arriver à la période de l'illustration et avec elle à la méthode scientifique dans traiter, qui en principe est appelé ensuite déjà hygiène médecine préventive et dans le siècle XX attention primaire santé, médecine de famille ou communautaire, on analyse l'influence que la consommation de drogues et d'alcool - de manière plus exhaustive - ont dans la santé publique.

On met en évidence que les politiques sanitaires devraient être dirigées à évaluer les coûts sanitaires, sociaux et économiques importants produits par la consommation de boissons alcoolisées.

Les effets négatifs sur la santé, l'espoir de vie et les pathologies associées, sont significatifs en Europe et les stratégies pour réduire des dommages l'alcool, le tabac et autres drogues fait de nécessaires mesures informatives sensibilisation, motivation et ressources techniques par les responsables en Santé Publique les gouvernements ou les administrations, et ainsi diminuer dans un futur la morbi-mortalidad.

Most Clé

Santé publique, alcool, politiques sanitaires, boissons alcoolisées, morbidité, mortalité, mesures préventives

No vamos desarrollar una historia de la Medicina. Intentaremos resumir aproximadamente, el periodo que va desde la *Ilustración* hasta la consolidación de la Salud Pública como concepto y práctica. En el fondo relatar – someramente - el trabajoso paso de la magia, de la brujería y de las "creencias" de apariencia técnica hasta la introducción lenta, inconstante y compleja del método científico técnico en todo el entorno del "Arte de Curar" médico-quirúrgico.

Tuvo que superarse el período histórico de la Edad Media que en Europa después de la caída del Imperio Romano, representó un

retroceso en la organización de las ciudades y en la incipiente tecnología de las comunicaciones, recuérdese las grandes vías romanas o calzadas, los puentes, la rigurosa separación entre las letrinas y el agua de boca, etc. y el nacimiento de una red comercial que desapareció con la fragmentación del Imperio y el predominio absoluto de una economía de simple subsistencia, ligada a la agricultura y a una ganadería muy localizada y limitada. El proceso de crecimiento y recuperación del comercio y la producción artesanal, así como de la demografía fue un proceso lento que evolucionó durante siglos. Prácticamente des-



de el s. X / XI hasta el XVI, con un largo trayecto de hambrunas, guerras, epidemias, inquisiciones, esclavos y supervivencia difícil para todos y más para una mayoría de campesinos o pastores, es decir de plebe.

Además la desaparición de los sistemas higiénicos básicos greco – romanos, a la ausencia de alimentos insuficientes localmente, la exploración terrestre a Oriente, la navegación del entorno africano, estos contactos y contrariedades en las cosechas (fuego de San Antonio, por ejemplo), originaron diversas epidemias que diezmaron aun más la población que en un principio del período medieval vació aun más las ciudades y se trasladó al campo para sobrevivir con una agricultura de subsistencia, a pesar de las servidumbres y malos usos de la nobleza, que en el fondo también intentaba vivir con la explotación de los campesinos y de la plebe. El final de esta larga etapa es el inicio de la navegación atlántica.

Las grandes epidemias Medievales contribuyeron pues, a disminuir aun más drásticamente los habitantes de las ciudades.

Lentamente fueron naciendo, las distintas culturas y sociedades, dentro del concepto del Antiguo Régimen: poder real absoluto y teocrático, nobleza, comerciantes – artesanos, pueblo llano y campesinos, que con el soporte de la Iglesia Romana, mantuvieron los señoríos que con mejor o peor suerte originaron los distintos reinos.

El período del Renacimiento originó el primer cambio en el dominio de la manera de entender toda la realidad mediante una única autoridad del Saber: los principios teocráticos y la Iglesia romana. Se modificaron las maneras de entender y comprender el mundo con el redescubrimiento de los clásicos greco – latinos no basadas sus lecturas

e interpretaciones en la Autoridad de la Iglesia Romana y aparece el primer esbozo de conceptos y aplicaciones prácticas, basadas en la experimentación y observación, no en el mito de la Autoridad.

Una de las consecuencias a largo plazo¹ de la introducción del método científico en el curar, fue tener instrumentos eficaces para la Prevención de las grandes epidemias. En un principio se le denominó Higiene, después Medicina Preventiva y finalmente a todo el conjunto de actividades dedicadas a conocer las enfermedades en la población general y la prevención de las mismas: *Salud Pública*. Que engloba, por lo tanto, todos los conocimientos que pueden relacionar la higiene personal, la alimentación, el contacto con otras especies animales (epizootias,...), con agentes físicos o químicos (enfermedades laborales,...) la contaminación, la pureza de las aguas, etc. y que son temas fundamentales en la Planificación de un Sistema de Salud.

Todo el proceso se inicia con la *Ilustración*, el *Enciclopedismo* y finalmente con el estallido de la Revolución Francesa. En el fondo con la aceptación que la realidad se puede entender mejor y controlarla mediante la observación de los hechos y el uso de la razón.

El intento de entender la realidad del mundo que nos rodea mediante los principios de la observación y de la experimentación que tantos aciertos consiguieron en el terreno de la observación astronómica (fundamental en la navegación); la Tierra dejó de ser plana y el centro del Universo como ejemplo; el agua imprescindible para la vida se transformó gracias a la Física en vapor y por lo tanto en energía, con las primeras bombas movidas por vapor; para el achique del agua en la minería y después la aparición de las primeras má-



quinas autónomas (locomotoras). Mediante la superación de la Alquimia por la Físico-Química los minerales extraídos trabajosamente por los mineros fueron más fácilmente manipulados y el cobre, el hierro, etc. y sus combinaciones alcanzaron capacidades de resistencia y dureza nunca alcanzados, en cantidades y calidades no vistas jamás hasta el siglo XVII / XVIII, etc.

A su vez este progreso técnico científico modificó las relaciones humanas, la industria incipiente a finales del s. XVII pero especialmente en el s. XVIII propició una gran movilidad de personas que abandonaron una vida de subsistencia atada a la agricultura y al pastoreo, a un sistema de vida nuevo esencialmente urbano y proletario. Todo este proceso se llevó a cabo no sin malestar social, injusticias, revoluciones y epidemias de enfermedades asociadas a la situación de hacinamiento urbano.

Evidentemente no todos los países, estados o naciones tuvieron la misma evolución en idéntico período de tiempo, Inglaterra fue el primer país que inició la industrialización casi paralelamente con Francia, otros países europeos se incorporaron al proceso más tardíamente, en nuestro caso las diferencias entre distintas zonas de la Península Ibérica fueron muy notables hasta mediados del siglo XX y en la actualidad la llamada economía de servicios (turismo, telecomunicaciones, logística, etc.) es una forma de desarrollo industrial, basado en principios muy alejados de los conceptos de manufactura, producción de maquinaria, minería, etc.

En el inicio del desarrollo y auge de la industrialización, la acumulación de grandes masas humanas ligadas a las fábricas y a las explotaciones mineras conllevó la aparición de epidemias y enfermedades fundamentalmente infecto-contagiosas que hicieron ne-

cesario un cambio en las maneras de convivir de todos los ciudadanos. La tuberculosis, la viruela y las enfermedades gastro-intestinales como la tifoidea, diversos brotes de cólera, el tifus exantemático, etc. iniciaron la moderna medicina preventiva y el estudio de las características de estas enfermedades infecto-contagiosas y la forma de evitarlas o prevenirlas. Las vacunas por una parte, la higiene o limpieza personal, la de la vivienda, etc. por otra y la separación entre las aguas de boca y las de alcantarilla, fueron el núcleo inicial de la Salud Pública.

Las inquietudes originadas por la mayor incidencia y prevalencia de las enfermedades en las personas que vivían más hacinadas, en calles más estrechas y no soleadas, en aquellas que tenían determinados trabajos, hicieron evidente que tenía que existir una mejor manera de vivir de las clases más desprotegidas y se inició un largo período de "reclamación"² de una mejor manera de vivir, de alimentarse y fundamental: *la extensión de la lecto-escritura a toda la población.*³ Es el período constructivo y de mejora medioambiental de la clase obrera que en Salud Pública se ha adjetivado de etapa "social", que ha evolucionado en los países de la actual Unión Europea a la necesidad imperiosa de la planificación sanitaria, a intentar un desarrollo social y cultural que se corresponda a determinados parámetros de funcionamiento económico que signifique una auténtica igualdad de oportunidades.

De la misma manera que la escuela primaria ideal tendría que ser pública y gratuita,⁴ gracias a una redistribución justa de la renta (acumulada mediante impuestos ajustados a la realidad económica individualizada) la Atención Primaria de Salud, la medicina de Familia o Comunitaria, el saneamiento del medio ambiente tendría que conllevar un

Servicio Salud integral y al alcance de todos los ciudadanos.

Como en muchos aspectos de la convivencia, en el entorno social, las modificaciones de la realidad no se ajustan siempre a los conocimientos científicos, ni a los avances tecnológicos, la economía de lo inmediato o especulativa (lo que se denominó "el pelotazo") y los llamados por D. Jacinto Benavente⁵ "Los intereses Creados", modifican aquello que podría o debería ser de otra manera.

Los problemas asociados al consumo de sustancias con riesgo de generar enfermedades, pueden ser alimentos (es por ello preciso el control veterinario, por ejemplo en la carne de cerdo por la triquina o la de ternera, recuérdese "las vacas locas") o las bebidas, etc. pero también por el consumo por ejemplo de una sustancia no necesaria para la supervivencia pero enraizada en el sistema económico de tal forma que llegó a ser un Monopolio del propio Estado. Ya en los inicios de su comercialización fue una materia "estancada" por la propia Casa Real de Castilla en los puertos de Sevilla y Cádiz. En la década de los años 20 del s. XX el estado creó la "Compañía Arrendataria del Monopolio de Tabacos", la de fósforos y no en vano se llamó a los comercios autorizados "estancos".

El del tabaco es el ejemplo más patente de que todos los saberes técnico – científicos sobre su potente riesgo sobre la salud – conocidos clínicamente desde los años 30 / 40 del siglo XX - no han sido capaces de evitar su promoción indirecta, en el siglo XXI, mediante los recursos de la publicidad, del patrocinio (sponsor) en las carreras de automóviles, en revistas, en ciclismo y lo más importante para una reflexión: la transmisión del hábito por contagio de aprendizaje social

de adolescentes / jóvenes, al convivir entre adultos fumadores.

Ello continua más patente y evidente, sabiendo que es una de las causas de enfermar y morir; evitable.

Desgraciadamente la lentitud relativa de la evolución de las patologías asociadas al consumo de tabaco, que aparecen entre los 35 / 45 años –según la precocidad del inicio del consumo – y tienen su mayor prevalencia e incidencia entre los 50 / 60 años, con mortalidad asociada a patología cardiovascular y en otros casos evolucionando a patologías crónicas irreversibles como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) que constituyen una precoz reducción de la calidad de vida (Pardell, H.1996) y de más sufrimiento que el propio cáncer.

LA EXPOSICIÓN A LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS

En el caso de las bebidas alcohólicas (bs. alcs.), hay que señalar la influencia directa sobre el aumento de las cantidades producidas por la propia industrialización, no sólo en la producción de cerveza o destilados; si no que la industrialización al introducir la maquinaria en la agricultura, modifica el cultivo de la vid y la recolección de la uva; los avances de la química favorecen la homogenización de la fabricación del vino. Esto origina nuevas formas de comercialización, venta y promoción con el soporte de las administraciones en especial en las áreas productoras.

Las políticas sanitarias y de Salud Pública tendrían que ir dirigidas a evaluar los elevados costes sanitarios, sociales y económicos, generados por el consumo de bs.alcs. Dichas bebidas son un factor de riesgo para la salud física y se aumenta el riesgo en relación al



aumento de la cantidad y de la frecuencia de la ingesta. Uno de los problemas llamativos es que muchos de los conflictos consecuencia del uso de bs.alcs., aparecen significativamente en individuos no afectos de dependencia-adicción al alcohol, sino en aquellas poblaciones con consumos de riesgo o perjudiciales o "abusivos" según la terminología anglosajona. (Kreitman, N. 1986) (OMS 2000).

Además los países supuestamente desarrollados, las intoxicaciones que precisan atención sanitaria, se sitúan entre el 10 o 30% de todas las oportunidades en que se consumen bs.alcs. En los países de la Comunidad Europea el 25% de los hombres y el 10% de las mujeres que consumen bs.alcs., presentan afectación de la salud y efectos perjudiciales agudos.

Se ha estimado que entre el 3 y el 5% de la población general en estos países, presenta dependencia - adicción a las bs.alcs. Existe consenso en aceptar que la dependencia - adicción se inicia con niveles moderados de consumo y que puede aumentar lineal y progresivamente, la cantidad consumida. El riesgo de que grandes cantidades de alcohol en cortos intervalos de tiempo, son también un grave riesgo y adversidad para la salud, pero no son, necesariamente un indicador de mayor riesgo de dependencia - adicción, pero sí de un elevado riesgo porcentual de morbi - mortalidad.

Naturalmente si aumenta la población expuesta a las bs. alcs., sea cual sea la cantidad consumida y la frecuencia del consumo, el aumento proporcional de *exposición* significa un aumento proporcional de todos los riesgos. (Rehm, J. et al. 2004; Room, R. et al. 2005)

Los riesgos potenciales de las bebidas alcohólicas (sidra, cerveza, vino y licores) están

sobradamente evidenciados como un grave conflicto de Salud Pública. Pero en nuestro medio concreto ⁶ nadie ha podido hasta el momento actual, realizar una actividad de Prevención eficaz y que realmente contribuya a concienciar a los usuarios de bs. alcs. de sus múltiples riesgos potenciales, contrariamente si se ha creado una *socioconciencia* de riesgo hacia el tabaco. (Piédrola, G. y cols. 1988; Bach, L. 2000)

Continúan según los datos de la encuesta de la percepción social en la población general (Megías, E. y cols. 2.000) sin interpretarse como "drogas" por determinados estratos de la población, ni las bs. alcs., ni el tabaco, si bien este último se acepta que puede ser dañino para la salud.

El DGPNSD (OED, 2003), permite elaborar una evolución temporal del consumo de alcohol en España entre la población comprendida de 15 a 25 años de edad, desde 1995 al 2001. Es claro que el número de personas que habían consumido en 1995 y en el 2001 eran en los últimos 12 meses de cada uno de dichos años, el 68'2 a 77'4, a su vez en los últimos 30 días era de un 53'0 y un 63'8 y finalmente el consumo diario pasaba de 14'6 a 15'3, a pesar que por razones que desconocemos, algunos estudios como el Icsa-Gallup 1980, el Navarro, J. de 1984, el M.Agricultura 1998, apuntaban a un descenso del consumo.

Contrariamente si consideramos el consumo de la población entre los 15 y 65 años, se observa un aumento progresivo en todos los años. En 1995 el grupo de hombres consumidores era de un 68'4% y en el 2001 era del 76'1%. En las mujeres en 1995, correspondía el 38% y en el 2001 al 51'4%. Es importante señalar que el crecimiento del consumo de alcohol entre las mujeres de 15



a 19 años, que de 37,7% de consumidoras en 1995, pasa al 49,3% en el 2001. Esta incorporación de mujeres jóvenes al consumo de bs.alcs. es un aspecto muy llamativo del cambio de costumbres y rutinas de determinados hábitos sociales, en los últimos años. Todos los datos nos indican que tanto para los hombres como para las mujeres, las edades de mayor consumo de bs.alcs. están comprendidas de los 20 a los 30 años.

Por otra parte en la población juvenil, según el DGPND (OED 2003), existen nuevas pautas o patrones de consumo de alcohol. En la población juvenil, se caracterizan por concentrarse en los fines de semana, fuera del hogar y en contextos considerados de ocio y todos los datos observacionales indican una busca intencionada de la embriaguez, obtenida con combinados y cerveza.

En la población general, en los días laborables la bebida más consumida, sigue siendo el vino, con un 11,5% y la cerveza con un 8,5%, el patrón de consumo que se modifica los fines de semana, aumentando el consumo de cerveza un 22% y el de vino un 17,5%.

En su conjunto todos los datos indican un aumento considerable de bs.alcs. durante los fines de semana, tanto en la población general, como en los grupos más jóvenes. Sigue aún manteniéndose la costumbre sociocultural del consumo diario de vino y añadir destilados o licores, los fines de semana.

Si a ello añadimos las evidentes combinaciones con cannabis, psicofármacos y estimulantes, incluyendo la cocaína, el riesgo potencial de sociopatologías, aumenta proporcionalmente a la exposición conjunta de las bs.alcs. y otras sustancias. Es importante señalar que todos los datos indican que las mujeres adolescentes (14-18 años) y jóvenes

(19-24 años), han contribuido a aumentar la población afectada por los riesgos del consumo de las bs.alcs. (Gómez-Moya, J. 2005)

En las bs. alcs. el desarrollo evolutivo somático y cultural, con la escolarización, constituye un período de especial interés, para perfilar el riesgo potencial del inicio precoz del uso de las bs. alcs. En la mayoría de casos el inicio de las primeras libaciones alcohólicas se ha realizado en el entorno familiar y evaluar las actitudes familiares culturalmente positivas a dicho uso, es una de los indicadores de desconocimiento del riesgo y aun lo que es más conflictivo, el convencimiento de que las bs. alcs. "*son buenas y sanas*" (Rodríguez-Martos, A. 1976) (Mendoza, R. 1994)

El desarrollo de las relaciones sociales, ajenas al medio familiar, en un contexto sociocultural positivo para las bs. alcs., la relación con el otro sexo, el período del Servicio Militar, en especial en los países que es o era obligatorio, puede ser un período crucial para, dentro de una situación de "normalidad", aumentar la ingesta y modificar la forma de percibir sus efectos.

En la mujer el período de la adolescencia, el noviazgo y el intento de la convivencia en pareja o la boda, puede ser un período crucial para la modificación de determinados hábitos de ingesta de bs. alcs. (Gómez - Moya, J. 2005)

CONSIDERACIONES HISTÓRICAS SOBRE LAS BS. ALCS., SUS EFECTOS NEGATIVOS SOBRE LA SALUD Y SU ABORDAJE TERAPÉUTICO.

Un breve repaso a la historia de la medicina en general y de la psiquiatría / psicología en particular es muy aleccionador (Cassinelli,



B.1942; Guerra, F. 1985, 1989) para la conceptualización y estudio de la evolución de las distintas valoraciones de la embriaguez, intoxicación, dependencia y toxicomanía alcohólica.(Freixa, F.1999; Edwards,G.2000)

Hay que señalar que cuando la atención psiquiátrica se integra en la medicina hospitalaria convencional y esta especialidad es una actividad médica más en cualquier Hospital General, con camas para ingresos psiquiátricos, los prejuicios médico-sociales respecto a la "enfermedad mental" disminuyen y los abordajes de los pacientes - entre ellos los "alcohólicos" - adquieren, aunque lentamente y no en todos los contextos, características técnicas.

A su vez la institución *sin retorno, el manicomio*, a mediados del siglo XX, también intenta cambiar su perfil y asumir en sus funciones el papel de Hospital Psiquiátrico. La sanidad, globalmente, al profundizar en los estudios de Salud Pública y Epidemiología introduce en la clínica práctica la denominada «medicina social».Y con esta evolución y cambio substancial, quedan patentes las relaciones que existen entre las patologías conductuales o psiquiátricas con el medio sociocultural, laboral (Megías, E. 1996; Rodríguez-Martos,A.1998) y el nivel de conocimientos, e incluso la realidad político - económica y las enfermedades.(McKeown,T. 1990; Porter, R.1989)

Es cierto que estas modificaciones deseables, no están generalizadas más por razones político-económicas, que por consideraciones de Salud Pública, Epidemiológicas, etc. (Edwards, G. y cols. 1997; Cavanagh, J. & Clairmonte, F. 1986)

En algunos países existe una ausencia, en los *curriculums* de las facultades de medicina, enfermería, psicología, escuelas de profesionales de los servicios sociales, etc. del abor-

daje del alcoholismo, del tabaquismo o incluso de otras drogodependencias, en contradicción, en ocasiones, con los datos en Salud Pública y Epidemiología, del propio país.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y LAS BS.ALCS.

Desde la perspectiva preventiva y de Salud Pública es muy importante el intento de abordar todos los conflictos de salud asociados al consumo de bs. alcs. en la Atención Primaria de Salud. Dado que diversos estudios han indicado que un grupo importante de bebedores excesivos puede por lo menos reducir el consumo de bs. alcs. (Kaner;EF. et al. 1999; Cornuz,J. et al.2000; Aalto,M. et al.2001) es imprescindible sensibilizar, motivar y proporcionar preparación y recursos para que la Atención Primaria, que es la puerta de entrada al sistema sanitario pueda iniciar el aconsejamiento y tratamiento de los conflictos de salud asociados al consumo de bs. alcs. con la misma competencia y sensibilidad que es capaz de hacerlo en las enfermedades cardio - respiratorias que con tanta frecuencia se encuentran claramente asociadas al tabaquismo.

Nadie considera un fracaso, en principio, que el paciente continúe con el hábito tabaquico apesar de sus patologías respiratorias, dentro de ciertos límites, esta misma actitud es deseable frente al bebedor con consumo aun moderado. Con el bebedor con un consumo de riesgo o inoportuno, perjudicial o "abusivo" y con el paciente claramente afecto de la EAP (dependencia - adicción a las bs. alcs.) con o sin patologías orgánicas, el tratamiento depende de los recursos humanos y materiales que disponga la Atención Primaria de Salud y de la existencia de recursos asistenciales especializados coordinados con Asistencia Primaria.



Todos los datos actuales indican que si la Atención Primaria esta motivada, entrenada y con recursos suficientes, en especial de tiempo, la intervención precoz o temprana, con el asesoramiento adecuado es factible, preventiva y eficaz. Hay que recordar pero, como en el caso del tabaco que las medidas preventivas más eficaces como nos recuerdan Room,R y cols. (2005) son aquellas que ya han sido puestas a prueba en otras latitudes; estas han sido las políticas de gravámenes o impuestos sobre las bebidas, las actuaciones dirigidas eficazmente a una disminución objetiva y real de la *disponibilidad*, el *etiquetaje de advertencia* y todas aquellas medidas jurídico – legales dirigidas a evitar daños a terceros estando bajo la influencia de las bs. alcs. sea en accidentes de tránsito, de trabajo, violencia doméstica, tumultos callejeros, deporte espectáculo, fiestas populares multitudinarias, etc.

Los datos más recientes indican claramente que las bs. alcs., como se ha indicado intervienen causalmente en más de 60 patologías actualmente clasificadas y diagnosticadas (Rehm,J. et al. 2003) es interesante señalar que los cánceres de boca, faringe, esófago, hígado y mama, estan en el listado de estas patologías asociadas al consumo de bs., alcs. como la cardiopatía isquémica, el derrame cerebral hemorrágico e isquémico, más las tradicionalmente aceptadas patologías hepáticas, la dependencia - adicción o EAP. Todos estos datos se han obtenido aceptado que en general *"la exposición al alcohol se mide a la baja y los trabajos presenta casi siempre un cantidad insuficiente de personas"* pero ello no impide como los metanálisis estadísticos han demostrado, que en el caso del cáncer de mama, el aumento promedio de consumo incrementa proporcionalmente el riesgo (Room,R.2.005)

Uno de los aspectos más importantes de las actuales investigaciones, es que demuestran un incremento de sufrir trastornos coronarios graves en bebedores con pautas de beber irregular *aun que el volumen sea bajo* si se les compara con abstinentes (McElduff,P. et al. 1997; Murray, RP. 2002)

Pero la complejidad de las consecuencias sobre la Salud de las bs. alcs. como se indicando al intentar sensibilizar la Atención Primaria de Salud no se agota en la EAP o dependencia – adicción alcohólica, Hemström,O (2001), en una investigación pocas veces citada en los trabajos que recomiendan dosis bajas de alcohol como *"prevención"* en el que estudia 13 países de la Europa Occidental, cita España como un país donde *"mayor consumo se relaciona con una mayor incidencia de cardiopatía coronaria"*.

La conclusión más importante de todos estos nuevos hallazgos esta en relación a que el *"consejo supuestamente preventivo"* de tomar una dosis baja de alcohol, vehiculizada en una bebida alcohólica., no sólo tiene el riesgo en un sujeto abstemio de iniciarlo en la carrera de la dependencia – adicción alcohólicas (EAP) si no que incluso realmente no sea preventivo, dada la necesidad de una regularidad en la ingesta de una baja cantidad, que en muchas ocasiones no se cumple, en la mayoría de la población general, (aun más en la Europa del Sur vitivinícola) dados los aumentos porcentuales de fines de semana, festivos, reuniones familiares, bodas, bautizos, velatorios, etc.

Por otra parte, las características socioculturales del consumo y el entorno proalcohólico de la sociedad ha sido estudiado por el Dr.Batel,P. de la Unidad de Tratamiento de Alcohólicos del Hospital Beaujon de París. Sus observaciones coinciden con los



datos de Edwards, G. (1986, 1987) Freixa, F. (1996) en que existe un grupo de bebedores, más en los países vitivinícolas, que han adquirido una tolerancia biofarmacológica al alcohol por su manera iniciática y de uso de la bebida, dado que aumentan progresivamente las cantidades en el curso de 5 / 10 años y no presentan, aun, manifestaciones conductuales – comportamentales y por lo tanto entorno y el afectado consideran que su consumo es moderado, al no detectarse embriaguez ni manifestar conductas alteradas evidentes. *“Estas personas que presentan un elevado riesgo de enfermedad alcohólica hepática, de polineuritis o de cáncer...son las que deberían ser ayudadas y no aconsejadas a una moderación, que a criterio del Dr. Batel, P. (2005) “es una superchería condicionada por intereses económicos” no de Salud Pública.*

Puesto que la adquisición de la conducta de bebedor, de ingestión de bs. alcs., es un comportamiento complejo en cuyo aprendizaje, factores cognitivos, socio-culturales, el refuerzo de los efectos bioquímicos de tipo neurobioquímico (neuroadaptación) y los biometabólicos (hepáticos) consecuencia directa de los efectos biofarmacológicos del alcohol etílico o vínico, forman un constructo complejo en el que técnicas simples – supuestamente terapéuticas - no son operativas, recuérdese, en otro contexto, el film “La naranja mecánica”.

De la misma manera que el aprendizaje del beber, cuando no se refiere a la necesidad fisiológica de la ingesta de agua, forma una sucesiva superposición compleja y enmarañada de aprendizajes y conductas sociales adaptativas; no sólo en las áreas vitivinícolas sino en las de la cerveza y en los aguardientes compartidos en sus distintas presentaciones por todas las culturas (coñac, brandy, vodka, tequila, ron, whisky, etc.), la in-

gestión de bs. alcs. se pretende vender como «cultura» y se asocia a un proceso antropológico supuestamente ancestral.

Todo este conjunto de exposición a las bs. alcs. tiene pero consecuencias sobre la salud en todas sus dimensiones: físico – somáticas, personales, familiares y en el entorno social y no sólo afectan a la población adulta trabajadora sino a todos los estratos i estatus de la sociedad.

El proceso de enfermar, puede ser lento, tanto en la adquisición de la conducta relacional anómala con las bs. alcs., como por las dificultades en la identificación de la misma por el propio afectado y sus allegados como se ha indicado. La tipificación y la adquisición de los rasgos de conductas considerados característicos de la enfermedad alcohólica primaria o síndrome de dependencia del alcohol (EAP o SDA) se desarrollan de una manera diacrónica, pero la expresión conductual no en todos los ámbitos culturales y geográficos, es sistemáticamente una embriaguez. En muchas ocasiones sin embriaguez franca se puede tipificar al paciente como «alcohólico clínico», finalmente el acontecimiento que motivará la consulta será sincrónico.

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE CONDICIONAN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Un factor sociocultural, no baladí, de los técnicos implicados en el abordaje y tratamiento de la enfermedad ha sido y continua siendo a nuestro criterio, el calificativo de «crónica» aplicado a la enfermedad alcohólica.

Es conocido, con relación a la estructura de la atención sanitaria, que calificar a una enfermedad y a un enfermo de «crónico»



condiciona un determinado nivel de desinterés, en ocasiones falta de atención hacia los afectados y una evidente actitud de «nihilismo terapéutico» y un interés ambivalente en la investigación.

En todos los casos en los que aparece el consumo de bs. alcs. ello origina el rechazo de un sujeto que no sabe «controlarse»; pero de hecho muchos profesionales desconocen con detenimiento, *la gravedad de la vinculación bioquímica* que comporta el etanol concomitantemente a los factores socioculturales, antropológicos y económicos que refuerzan las conductas de uso de las bs. alcs. *en contradicción con la propia experiencia adversa del usuario adicto.* (Goldstein, A. 1995)

En el fondo, muchos profesioanles honestamente, piensan que no saben beber: Por otra parte en el largo periplo de los alcohólicos, conceptualizados como “viciosos” —con toda la carga moral que ello significa— en la institución paradigmática de la psiquiatría convencional hasta bien entrado el siglo XX, **el manicomio**, en el que realmente ingresaban con trastornos encefalopáticos finales, ya que hasta Jellinek (1960), no se había intentado un estudio del enfermo y de la enfermedad, que hiciera entender la sociopatología asociada al consumo de bs. alcs. con características de dependencia psicosocial,⁷ como una enfermedad evolutiva, en la cual la abstinencia del tóxico, podía significar el inicio de la curación, compensación o control de la EAP. En definitiva la desaparición de los signos y síntomas que motivaron en su día, la consulta.

La mayoría de alcohólicos, como buenos toxicómanos, antes de cualquier consulta han intentado tratarse «a su manera», es decir intentando «espontáneamente» la adquisición del autocontrol para conseguir “beber sin síntomas”. Es significativo que los propios frac-

sos, la propia experiencia, no les han hecho plantearse la supresión del tóxico.

En muchos casos la continuidad y la progresión de la EAP, está condicionada socioculturalmente, no solo por conductas reiteradas de ingestión, sino por el «refuerzo» del entorno, que al moralizar o psicologizar en exclusiva, a la enfermedad, explica, justifica o hace comprensible (?) la reiteración de la ingesta, que paradójicamente el propio afectado no comprende ni entiende y por lo tanto la padece o sufre.

En muchas ocasiones las crisis de ruptura de pareja, los altercados familiares, la repercusión sobre los hijos, los conflictos laborales / profesionales, etc. intentan resolverse con un comportamiento que en los *grupos de discusión terapéutica* (GDT) se califican como «el desafío» o «el desplante» que es propuesto por el afectado y aceptado por sus allegados: el paciente se propone demostrar que es capaz o de reducir drásticamente las cantidades que bebe o de cesar temporalmente la ingesta, al lograrlo en un período de semanas o meses, *se hace evidente que no es alcohólico (?)*.

Pero precisamente Jellinek en la pauta evolutiva de la EAP, muy útil para una entrevista semi-estructurada de los pacientes y familiares describe, esta eventualidad en el *item. 14*:

14.- Período de abstinencia. Un día o más, incluso semanas o meses; absoluta o reducción de la ingesta (dosificación).

- Bebe diariamente o ha estado algún tiempo sin beber nada o bebien o menos? (*dosificación*).

- Cuánto tiempo?

(Freixa, F. y cols. 1988).

La capacidad de abstinencia total o la «dosificación» — temporal — es precisamente un síntoma de la EAP en esta etapa.



La conservación de una capacidad de abstinencia, limitada en el tiempo, o de reducción de las cantidades ("dosificación") es una *trampa*, pues al reiniciarse la ingesta, la reaparición de los síntomas, que en su momento aconsejaron "parar" puede o ser lenta y progresiva, tanto por irse fraguando una situación conflictiva – personal, relacional, social – como de los signos o síntomas de organicidad o en otras ocasiones, en especial si no es el primer intento, se restablecen todos los signos y síntomas de las patologías de conducta y biológicas con prontitud (horas o días).

Después de un tiempo de "dosificación" o pseudoabstinencia,⁸ en general de meses, culminará con la aparición de una nueva crisis (conductual o somática), que nos resituará en la conflictividad de la cual se había partido, aunque los motivos o los síntomas aparentes, puedan ser otros. En general, en esta situación, las manifestaciones leves de abstinencia pueden estar presentes. (Jellinek, E.M.1960) En otras ocasiones la reiniciación de la ingesta, conlleva de manera inmediata a los niveles de conflicto iniciales (días y en ocasiones horas).

Desgraciadamente, estos días, semanas o meses de dosificación o de falsa abstinencia, se repiten en diversas ocasiones en la historia natural de la enfermedad y en cada intento el periodo de «control» es mas corto y la reiniciación de la ingesta más tempestuosa y conflictiva.

En muchas ocasiones la crisis - ruptura que motiva la consulta, resultado de un reinicio, con *pérdida de control inmediata* o con un progresivo deslizamiento (meses) aboca -en ambos caso- a una situación aún más comprometida y compleja que la que motivó el cese previo temporal de la ingesta.

A veces él reinicio de la ingesta significa una agravación o empeoramiento evidente

de algunas de las manifestaciones de "organicidad" más alarmantes y llamativas de alguna de las EAS. Si bien todos los datos observacionales anteriores eran el resultado de la denominada "experiencia clínica", en un equipo multidisciplinar y del seguimiento continuado de casos, las coincidencias con los aspectos globales del estudio prospectivo de Vaillant, G. son muy significativas, como veremos más adelante.

De hecho, la macroinvestigación "prospectiva" de Vaillant, con sus datos ha modificado y cambiado muchos de los supuestos convencionales del abordaje y tratamiento de la enfermedad alcohólica en determinados contextos de USA.

Vaillant, había iniciado sus observaciones y sus publicaciones novedosas antes, sorprendido por sus propios hallazgos, en 1982 escribe un artículo, previo a la publicación del libro, que se le publica en *British J. Addiction*, 78: 317 - 326. en 1983, y en el que, como nosotros hemos insistido reiteradamente "*nadie bebe por que tiene problemas, todos tienen problemas por beber*", ("*Is Alcoholism the cart or the Horse to Sociopathy?*") el hábilmente señala que durante años se ha colocado el carro delante del caballo, entendiendo que el caballo es la bebida y el carro los conflictos y problemas de una enfermedad que se origina por la "exposición" y es en consecuencia una "sociopatía", como defendía el Dr. Bogani, en la década de los años 60 / 70 del s.XX en nuestro medio.

Que la afectación orgánica, aunque secundaria, es evidentemente el resultado de la historia natural de la enfermedad, es decir de la conducta de ingesta. Es algo comúnmente aceptado.

Pero la complejidad del comportamiento alcohólico, quedó evidenciada en las profundas divergencias detectadas, en los sistemas



convencionales de estudio **retrospectivo** médico y contrariamente con un abordaje en sentido inverso o **prospectivo** como el de Vaillant (1983 - 1993).

UN ESTUDIO PROSPECTIVO, NUEVOS DATOS PARA LA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD CLÍNICA.

Contestar como contesta Vaillant, G. (1983 -1993) en su «*The Natural History of Alcoholism*»(1983) «*The Natural History of Alcoholism.Revisited*»(1993) es, avanzando el trabajo pionero de Jellinek, centrado y definiendo el problema de los alcohólicos (SDA o EAP) y de los «alcohólicos clínicos» no en el marco de los prejuicios explicativos profesionales asociados a determinadas concepciones culturales -positivas o negativas- sobre las bs. alcs., Si no en el estudio de las diversas variables significativas *prospectivamente*. Es imposible, resumir la extensa obra de Vaillant, pero tenemos que señalar, que al contestar, sistemáticamente, con el estudio *prospectivo* de casos y el *seguimiento* de un grupo control de "alcohólicos clínicos" a las cuestiones que vamos a señalar sucesivamente, en la obra de Vaillant, se modifican substancialmente determinados prejuicios de "escuela" referentes a la complejidad del proceso terapéutico.

¿Síntoma o enfermedad?

Vaillant, G.E. y en relación con determinadas observaciones de Griffith Edwards, (1982) de los años 1980 a 1982 acepta que pueda existir el SDA sin que la denominada «pérdida de control» (*loss of control*) sea un criterio necesario y absoluto. Señala, con

especial énfasis, que los sujetos en los que "la ingesta de bs.alcs. va de una manera sucesiva condicionando sus comportamientos y la ingesta se transforma en un «continuum», sean cuales sean las diferencias individuales, los consumidores - en estas condiciones - terminan finalmente en un «modelo común» que hace difícil un diagnóstico equivocado."

Curiosamente se repite un contenido común de los G.D.T. de nuestro medio: «Nada se parece más a un alcohólico que otro alcohólico, sea cual sea su trabajo / profesión, cultura, nivel social, etc. mientras ingieren bs.alcs.»

Vaillant añade: «...una razón para definir el alcoholismo como un desorden que afecta a la propia vida...(es el resultado)...de la observación, documentada, en el estudio prospectivo de que aquellos alcohólicos que han conseguido una abstinencia estable no eran psicológicamente más sanos que aquellos otros que han persistido crónicamente en la ingesta». El estudio prospectivo no permite, en ningún momento, con significación estadística, indicar, afirmar o sugerir que la relación con el alcohol sea un síntoma de conflictos en los "estratos profundos de la personalidad".

¿La enfermedad es progresiva?

Cuando el autor habla del seguimiento realizado en una cohorte de 100 «alcohólicos clínicos», recuerda que sólo 24 seguían bebiendo y viviendo, la mayoría de ellos marginados (homeless), con ayudas sociales y sucesivos reingresos, 67 habían muerto y sólo los 16 abstemios habían aumentado su calidad de vida y actividad personal.

Una vez desarrollado el alcoholismo y se ha manifestado la supuesta predisposición; en realidad se ha adquirido la *condición*



biometabólica de alcohólico es un desorden persistente y continuado, con idénticos resultados para todos: muerte directa o indirecta relacionada con la ingestión de bs. alcs. y mejoría con abstinencia.

Algunos bebedores, en especial los adolescentes y los jóvenes, pueden emplear las bs. alcs. como alteradoras de la conciencia, para obnubilarla o modificarla y ser capaces de comportamientos fuera del marco de los modelos socialmente admitidos. Muchos de estos jóvenes bebedores sugieren el patrón de «abuso de alcohol»; estadísticamente no todos evolucionarán irremediamente, hacia el modelo «alcohólico clínico», aunque epidemiológicamente sea el "riesgo atribuible" más evidente.

¿Existe una premorbididad al etanol?

Los datos más significativos del estudio prospectivo tanto de la muestra global (n=600) divididos en universitarios privilegiados socialmente (n=200) como de obreros (n=400) puede resumirse en:

«En la mayoría de futuros alcohólicos no es posible demostrar, en términos de estabilidad psicológica, que sean -significativamente- diferentes de futuros bebedores asintomáticos...»
«...al tener que descartar infancias infelices, pertenecer a familias multiproblema, depresión, ansiedad, como causas de mayor peso en la etiología, no querría - dice - negar la importancia de estos factores en el alcoholismo, pero estos son causa de empeoramiento en cualquier enfermedad crónica».

La investigación prospectiva evidenció que las variables a destacar eran:

La cultura de grupo con relación a las bs. alcs. y la existencia de alcoholismo familiar, eran significativas para el riesgo de ser, en un futuro, alcohólico.

El antecedente familiar, con una familia perfectamente estructurada; era un riesgo estadístico de probabilidad cinco veces más alta de ser alcohólico que en sujetos con familia multiproblema.

Todas las variables estudiadas insisten en no poder relacionar prospectivamente, las dificultades de relación con las bs.alcs. con la existencia de trastornos psicológicos previos.

¿Es peor el tratamiento que la enfermedad?

Es evidente, en el estudio de Vaillant, que el seguimiento de los alcohólicos clínicos (n=100) permite contestar que nunca. Al parecer le fue difícil encontrar casos, estadísticamente significativos, que eligieran el alcohol como intento erróneo de automedicación.

En el estudio prospectivo de los universitarios (n=200) que desarrollan una EAP con o sin EAS y que logran la abstinencia y la mantienen, este hecho no comporta depresión o angustia, ni conflictos familiares, ni aislamiento o marginación profesional o social (en el club, en las actividades lúdicas,...) que sí eran las características significativas y presentes cuando existía la ingestión de bs.alcs. y expresión del conflicto en los «universitarios».

En el grupo de «alcohólicos clínicos» y en los «obreros», la adaptación y la percepción subjetiva de «felicidad» eran -estadísticamente- de una significancia evidente y sorprendente en el caso de los que permanecían abstemios y aumenta aún más, si se compara con los usuarios activos de las bs.alcs. en ambos grupos.

«Cuando un grupo de alcohólicos en remisión de su sintomatología, se compara con alcohólicos en activo, sistemáticamente, la abstinencia aparece como una fuerte e intensa aso-



ciación con la satisfacción subjetiva y la adaptación social objetiva». (Vaillant, G.E. 312p.)

"Aunque llegar a una mejor manera de vivir, que la de antes de iniciarse el conflicto, parece requerir años de convalecencia, no meses, es necesario, que en los alcohólicos recuperados la cualidad del reajuste social, no se evalúe, con garantía, hasta que hayan pasado, como mínimo los dos primeros años de abstinencia". (Vaillant, G.E. 313p.)

En el grupo de "obreros" (n=400), en un número significativo de casos y a pesar de una severa dependencia, la abstinencia se mantuvo de una manera estable, después de una experiencia negativa grave e importante, en la que se combinan factores emocionales y de gran riesgo social (abandono del hogar y los hijos por parte del cónyuge, despido y pérdida del trabajo, problemática familiar, intervención policial - judicial por embriaguez, detención, etc.) esta abstinencia considerada "espontánea" - sin tratamiento - se comprobó con mayor frecuencia en alcohólicos con graves trastornos sociales y más jóvenes (antes de los 40 -45 años), que en los "universitarios" privilegiados, que habían sido seleccionados con el supuesto de una buena "salud mental".

¿Es posible el bebedor controlado?

"...los alcohólicos de mediana edad que han precisado tratamiento de desintoxicación, que intentaron reiniciar la ingesta, se encontraron con una situación análoga a la de conducir un automóvil sin rueda de recambio, el desastre generalizado es sólo cuestión de tiempo". (Vaillant, G.E. 315p.)

Si un alcohólico ha llegado a establecer con el uso de las bs.alcs. y sus efectos una significativa relación comportamental y social, es

decir una potente "neuroadaptación" y ha precisado tratamiento -como sucede con el 95 - 98 % de nuestros clientes- "volver a beber sin síntomas es la excepción, no la regla". Para confirmar estas experiencias consúltese a Edwards, G. (1985) y a Pendery y cols. (1982).

Pero tanto los usuarios "abusivos", inoportunos o perjudiciales o los afectos de la enfermedad alcohólica primaria, en todos los casos los datos observacionales y los experimentos controlados sugieren que las bs. alcs. son capaces de facilitar reacciones de inmediatez de respuesta de tipo agresivo según condiciones y circunstancias ambientales. Los datos experimentales sugieren una menor capacidad para evaluar el riesgo y lo que psicopatología clásica se denomina "reducción o pérdida del juicio crítico". Diversos trabajos han sugerido que los cambios en el nivel de cantidades consumidas en relación aun gradiente que va de sur a norte - en Europa - indica que aumentar un litro de alcohol absoluto "per capita" aumenta la tasa de violencia sobre personas / homicidio en casi más del doble tanto en el sur como en el norte. (Shkolnikov, VM. et al. 1997) Pero el contexto del consumo, la habitualidad del mismo y la tolerancia social proalcohólica, es decir las pautas de ingesta, pueden condicionar un mayor o menor riesgo de actos asociales violentos. (Rehm, J. 2004)

MEDIDAS PREVENTIVAS

Como se ha intentado señalar en el curso de este trabajo si bien la sensibilización, preparación técnica y motivación de la Atención Primaria de Salud es una de los principios preventivos significativos al originar un aconsejamiento de reducción de cantidades

y frecuencia de las UB consumidas y a su vez es una fuente de detección de casos con patologías orgánicas claramente asociadas al consumo de bs. alcs. y finalmente un mayor nivel de diagnóstico de afectados por una EAP o SDA e incluso una detección de las EAS (enfermedades alcohólicas secundarias) claramente orgánicas o las múltiples patologías asociadas al consumo; desgraciadamente es un sistema de recogida de casos establecidos y no un método eficaz que permita, de una manera medible en el curso de 5 / 10 años una sensible reducción de la *exposición*. La educación y la información pública, de la manera sesgada e incompleta que se realiza en nuestro medio, es popular pero ineficaz, dado que incluso lo es en países con información y educación más realista y objetiva. Es importante conocer que todos los métodos exclusivamente dirigidos a la población escolar, como los relacionados con el tabaquismo, no son duraderos. Ninguno ha demostrado un efecto medible tres años después, incluso en universitarios. (Foxcroft, DR. et al. 2003; Wechsler, H. et al. 2003)

Solo cuando los gobiernos han sido capaces de contrarrestar firmemente los esfuerzos de la promoción, publicidad y esponsorización de las bs. alcs. ha sido posible una reducción medible de la *exposición*. (Casswell, S. et al. 1989)

Es el control real sobre los precios y el riguroso cumplimiento de las medidas de limitación de la disponibilidad (edades mínimas de compra / consumo) (Kuo, M. et al. 2003; Vuchinich, RE. et al. 1999) son acciones realmente eficaces aun que políticamente impopulares.

Además de los controles sobre los precios, la restricción en la venta de bs. alcs. en

determinadas zonas (estadios deportivos y sus alrededores), control de horarios de venta y el establecimiento de "licencias" para poder vender bs. alcs. han demostrado ser medidas eficaces, como señala Room, R. (2002) "*és irónico que la eficacia de estas medidas se haya conocido a través de estudios realizados cuando dichas medidas se han debilitado o suprimido*"

A MODO DE CONCLUSIÓN

Podríamos intentar explicitar que no existe ninguna duda que factores psicosociales de aprendizaje condicionados por el entorno socioeconómico productivo o de mercado facilitan o demoran el contacto con las bs. alcs. que contiene en distinta proporción (grado) una sustancia, el alcohol etílico, vínico o etanol que los actuales conocimientos en neurociencias, permiten afirmar que mimetizan en ocasiones y en otras alteran o modifican el almacenamiento, la eliminación o la liberación de determinados neurotransmisores y estas alteraciones afectan fundamentalmente a las regiones cerebrales relacionadas con la rapidez en los reflejos visuo – motores, la motivación, las emociones y la memoria, constituyendo entre todos estos factores los rasgos de toxicidad, dependencia, tolerancia, compulsión para el consumo a pesar de la evidencia del perjuicio personal y del entorno. (Goldstein, A. 1995). Las bebidas alcohólicas, todas sin excepción, son capaces de alterar y modificar el biometabolismo cerebral y también de ser tóxicas para otros órganos y sistemas..

La OMS insiste en la base neuroquímica cerebral compleja de las patologías físicas, conductuales y sociales asociadas al consumo. (OMS, 2004)



Señala que el tabaco y el alcohol contribuyeron con un 4'1 y un 4'0 por ciento a la carga de "mala salud" en el año 2.000, mientras que las drogas ilícitas contribuyeron en un 0'8 %.

Los efectos negativos sobre la salud, sobre la expectativa de vida y las patologías asociadas, son significativas en Europa y las medidas para reducir los daños del tabaco, del alcohol y otras "drogas" tendrán que formar parte de la respuesta en Salud Pública de la OMS y en nuestro caso específicamente de la división europea de Copenhague.

Tenemos que ser sensibles a los conocimientos nuevos en neurociencias y a la vez las sustancias "independientemente de su condición jurídica, dado que utilizan mecanismos de acción similares en el cerebro, pueden ser perjudiciales para la salud y pueden provocar dependencia. Las repercusiones en Salud Pública son enormes y requieren un planteamiento integral de formulación de políticas y elaboración de programas" (OMS, 2.004)

En último término ello significa, en nuestro entorno inmediato, que las advertencias de los riesgos del tabaco sobre la salud, tendrán necesariamente que hacerse extensivos a las bs. alcs. y como sucede con las "drogas" ilícitas, pasar la responsabilidad del consumo, no exclusivamente a los usuarios, dado que los actuales conocimientos en neurociencias permiten afirmar que también las bs. alcs., incluido el vino, tienen un riesgo potencial adictivo y tóxico intrínseco.

Hay que recordar que las bs. alcs. además, sin necesidad de dependencia adicción, pueden ser causa de muerte por intoxicación y manejo de un automóvil, o de accidente de trabajo, por ejemplo, sin que el usuario sea un drogodependiente de bs. alcs.

El consumidor de bs. alcs. no tiene que permanecer por más tiempo ignorante de los riesgos potenciales de dependencia – adicción de la sustancia en sí misma, y los restantes riesgos sobre la salud, por la persistencia de determinados intereses básicamente económicos.

Son los responsables en Salud Pública de los Gobiernos o Administraciones los que tienen que aplicar las medidas informativas: sensibilización, motivación y recursos técnicos para la Atención Primaria de Salud, el "etiquetaje de advertencia" semejantes a las del tabaco, pero para las bebidas alcohólicas., el control de la publicidad, promoción y sponsorización, control y cumplimientos de las edades mínimas de compra y consumo, las modificaciones legislativas que permitan todas aquellas medidas jurídico – legales para la accidentabilidad de tránsito, laboral y la violencia asociada al consumo de bebidas alcohólicas. Sólo estas medidas con una aplicación progresiva de las mismas, teniendo en cuenta que las políticas sobre los precios son las más efectivas a largo plazo, etc... podrán en un futuro disminuir la morbi – mortalidad causada por el alcohol.

BIBLIOGRAFÍA Y OTRAS LECTURAS RECOMENDADAS

Álvarez González, F; (del) Río Gracia, M^a C; Martín Pelayo, F. (2.003) *Pautas de consumo de medicamentos, alcohol y drogas en los conductores españoles*. Valladolid. Ed. Univ.Valladolid (serie Medicina nº 60)

Anderson, P. (2.003) ^a The alcohol industry's social aspects organizations: A Public Health Warning. *Adicciones* XXX Jornadas N. Socidrogalcohol. Valladolid. 15 suplemento 1,

Anderson, P. (2003) ^b Las organizaciones sobre aspectos sociales de la industria de al-



coholes: Una advertencia a la Salud Pública. The beverage alcohol industry's social aspects organizations: A public Health warning. *Adicciones* 15(2): 103 – 114

Anheuser- Bush Co. Inc. (1997) *Annual Report*. p.7

Babor, TF. (2000) *Partnership, profits and public health*. *Addiction*. 95 (2): 194 – 195. (citado en Anderson, P. (2003) ^b)

Bach, LI. (2000) La falta de conciencia del daño alcohólico, firme impedimento para la prevención primaria y secundaria del alcoholismo. *Rev.Esp.Drogodep*. 25 (2) : 115 -117

Batel, P. (2005) La modération, c'est une supercherie. *Le Quotidien du Medecin*. 20/06/2005. <http://www.quotimed.com/journal/indexcfm?fuseaction=viewarticle&DartId=215231> (30/06/2005)

Bogani, M. (1975) *El alcoholismo enfermedad social*. Barcelona. Plaza&Janés Ed.

Cassinelli, B. (1942) *Historia de la Locura*. Barcelona. Iberia – Gil, ed.

Cavanagh, J. & Clairmonte, F. (1986) *Alcohol et pouvoir des transnationales*

Laussane. (CH) Pierre-Marcel Favre Publi. COMB. (2005). lista.owner@comb.es en nombre del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. [Butlletí] Sessió Científica "Vi, Nutrició i Salut" 02/02/2005 14:13 (7 febrer 2005, a les 19:30 hores) clubfivin@fivin.com / congres@comb.es

DGPND (OED) (2001). *Informe nº 4*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

DGPND (OED) (2003). *Informe nº 6*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

DGPND (2004) [http:// www.mir.es/pnd/control/html/control](http://www.mir.es/pnd/control/html/control) (06/04/2004)

Dirección en Internet Plan Drogas (Madrid) <http://www.mir.es/pnd/index.htm>

Edwards, G. et al. (1982) "Nomenclature et classification des problèmes liés à la consommation de drogue et d'alcool: Mémoire OMS." *Bull.O.M.S.*60(4).

Edwards, G. (1985) " A later follow-up classic series: D.L.Davies 1962 report and its significance for the present". *J. Stud. Alcohol*. 46(43): 181 – 190

Edwards, G. (1986) *Tratamiento de Alcohólicos*. Trillas. México.

Edwards, G. y cols.(1997) *Alcohol y Salud Pública*. OMS Europa. Barcelona. Prous Science.

Edwards, G. (2000). A short History of Drunkenness. En: Edwards, G. *Alcohol the ambiguous molecule*. London. Penguin Books.: 30–47.

Faubel, V. (2002): citado en *Rev. Proyecto Hombre*, 41 (marzo): 49

Foxcroft, DR; Ireland, D; Lister-Sharp, DJ, et al. (2003) Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*. (1998): 397 - 411

Freixa, F. y cols. (1988) *Abordaje y tratamiento de la enfermedad alcohólica*. Barcelona. (Traducción en español) Depart. Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya

Freixa, F. (1990) *Mentalidad de usuario de los médicos y enseñantes, un factor de fracaso en el tratamiento y prevención de la Drogodependencias*. En: *Libro de Actas. XVI Jornadas N. Socidrogalcohol*. Valladolid. (3-5 nov. 1988)

Freixa, F. (1993) *El fenómeno droga*. Barcelona. Ed. Salvat.

Freixa, F. (1993) Problemática del uso de alcohol – cocaína: una clínica psicosocial disintenta. *Rev.Esp.Drogodep*. 18(4): 203 - 231



- Freixa, F. (1996) *La Enfermedad Alcohólica*. Barcelona, Herder.
- Freixa, F y Sànchez-Turet.M (1999) *Concepto històrico de enfermedad alcohólica*. En: *Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol*. 1999. Sànchez-Turet,M. (Dir). Barcelona. Espaxs. p: 23 - 38
- Freixa,F. (2000) *Percepción crítica del movimiento asociativo en alcoholismo (1950-1999)* *Rev.Esp.Drogodependencias*. 25(2): 122 - 157
- Freixa,F. (2004) *Comunicación personal*. Barcelona.
- Goldstein, A. (1995) *Adicción*. Barcelona. Ed.Neurociencias.
- Gómez – Moya, J. (2005). *El alcoholismo femenino*. Valencia. Ediciones Octaedro.
- Guerra, F. (1985), (1989) *Historia de la Medicina*. Madrid. Ediciones Norma. 3 vols.
- Hemström, O. (2001). Per capita alcohol consumption and ischaemic heart disease mortality. *Addiction*. (1996) (supp. 1): 93 - 112
- Icsa Gallup. (1980) *Hábitos de consumo de alcohol en España en 1980*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Iversen, L.L. (2000) *The Science of Marijuana*. New York. Oxford Univ.Press. US.
- Jeanmaire, H. (1951) *Dionysios.Histoire du culte de Bacchus*. (reimpresión 1991) París. Ed. Payot.
- Jellinek, E. (1960) *The Disease Concept of Alcoholism*. New Hawen (Connecticut) US. Hillhouse Press
- Kreitman,N.(1986). *Alcohol consumption and the Preventive Paradox*. *British J.Addiction*. 81:353 – 363.
- Kuo, M; Heeb, JL; Gmel,G. and Rehm,J. (2003) Does price matter? The effect of decreased price on spirits consumption in Switzerland. *Alcohol Clin. Exp. Res*. 27: 720 725
- Lichine, A. (1987) *Encycopédie des vins & des alcools*. Paris. R. Laffont.(Septième réimpression)
- McElduff,P;Dobson,AJ.(1997). How much alcohol and how often?Population based case – control study of alcohol consumption and risk of a major coronary event. *BMJ*. 314: 1159
- McKeown,T. 1990 *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona. ed. Crítica.
- Megías, E. (1996) *La incidencia de las drogas en el mundo laboral*. Madrid. FAD (EDIS)
- Megías.G. y cols. (2000) *Percepción Social de los problemas de Drogas en España*. Madrid. FAD.
- Mendoza, R. y cols. (1994) *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la Salud (1986- 1990)*. Madrid. CSIC
- Ministerio de Agricultura. (1998). *Panel de consumo alimentario, 1995, 1996, 1997*. Madrid. Ministerio de Agricultura
- Murray, R P; Connett,JE; Tyas,SL et al. (2002). Alcohol volume drinking pattern, and cardiovascular disease morbidity and mortality: is there a U-shaped funtion? *Am.J. Epidemiol*. 155: 242 – 248.
- Navarro, J. (1984). *El consumo de drogas en España*. Madrid. Cruz Roja Española.
- OMS. (2000). *International guide for Monitoring Alcohol consumption and Related Harm*. Depart. Mental Health&Subst. Dependence. Geneve
- OMS. (2003). *The World Health Report 2002*. Reducing risks promoting healthy life. Geneve
- OMS: EN:[http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_ext.php?idreg=4723_\(03/04/2004\)](http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_ext.php?idreg=4723_(03/04/2004))
- Pardell, H. y cols. (1996) *Manual de diagnóstico y tratamiento del tabaquismo*. Madrid. Panamericana.



- Pendery, M.L. ; Maltzman and West, L.J. (1982) "Controlled drinking by alcoholics? New findings and reevaluation on major affirmative study". *Scienze*, 217 (4): 169 – 175
- Piédrola, G. y cols. (1988) *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona. Ed. Salvat.
- Porter, R. (1989). *Historia social de la locura*. Barcelona. Ed. Crítica.
- Richard, D. (2004) Cocaéthylene. En: *Dictionnaire des Drogues*. Paris. Larousse.: 147
- Rios, A. (2002) *Congreso Noche, Jóvenes y Alcohol*. *Rev. Proyecto Hombre*, 41 (Marzo): 48 – 51.
- Rehm, J; Room, R; Graham, K. et al. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease – an overview. *Addiction* (1998): 1209 – 1298
- Rehm, J; Room, R; Monteiro, M. et al. (2004). Alcohol. En: Ezzati, M; Lopez, AD; Rodgers, A. and Murray, CLJ (eds.) *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to select major risk factors*. Vol. I. WHO –OMS-2004: 959 - 1108
- Rodríguez-Martos, A. (1976) *Estudio epidemiológico del consumo de alcohol en la población infantil de la provincia de Barcelona*. Univ. Barcelona. Tesis Doctoral
- Rodríguez-Martos, A. (1998) *Problemas de alcohol en el ámbito laboral*. Madrid. FAD
- Rodríguez-Martos, A. (2003) *Ley del Botellón versus Ley de la Bota de Vino*. Editorial. *Adicciones*. 15 (1): 3-5
- Room, R. (ed). 2002 *The effects of Nordic alcohol policies: what happens to drinking and harm when alcohol controls change?* Helsinki. Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Room, R; Babor, T; Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The Lancet* 365 (9458): 519 – 530. <http://www.thelancet.com/journal/journalisa> (05/02/2005)
- Sánchez, L. 2002. *El consumo abusivo de alcohol en la población juvenil española. Trastornos adictivos* 4(1): 12-19,
- Sánchez-Turet, M. y cols. (1999) *Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol*. Barcelona. Ed. Espaxs.
- Shem, S. (2000) *Monte Miseria*. Barcelona. Ed. Anagrama. (Se trata de una novela del Dr. Stephen J. Bergman. Director Escuela Psiquiatría Clínica de Harvard, muy significativa para conocer la realidad de la Psiquiatría en USA)
- Vaillant, GE. (1983). The natural History of Male Alcoholism: Is Alcoholism the cart or the Horse to Sociopathy? *British J. Addiction*, 78: 317 - 326.
- Vaillant, GE. (1983) *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge (Massachusetts) Harvard Univ. Press. US
- Vaillant, GE. (1995) *The Natural History of Alcoholism. Revisited*. Cambridge (Massachusetts) Harvard Univ. Press. US
- Vuchinich, RE; Simpson, CA. (1999) Delayed reward discounting in alcohol abuse. En: Chaloupka, FJ; Grossman, M; Bickel, WK. and Saffer, H (Eds.) *The economic analysis of substance use and abuse: an integration of econometric and behavioral research*. Chicago. University Chicago Press: 103 - 122
- Wechsler, H; Nelson, TF; Lee, JE. et al. (2003) Perception and reality: a national evaluation of social norms marketing interventions to reduce college students' heavy alcohol use. *J. Stud. Alcohol*. 64: 484-494