

Revisión de Trabajos Internacionales



Cómo liberarse de los hábitos tóxicos (2.^a parte: Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el alcohol)

RICARDO GONZALEZ MENENDEZ
Jefe del Servicio de Alcoholismo del
Hospital Psiquiátrico de La Habana.
Profesor Principal de Psiquiatría de la Facultad
"General Calixto García"

(De "Cómo liberarse de los hábitos tóxicos". Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba, 1993. pp. 27-48)

RESUMEN

El presente trabajo pretende aportar diferentes cuestiones para el conocimiento de los efectos dañinos del tóxico más frecuente en Cuba y su entorno: el alcohol. Para este tóxico, se presenta un caso de abuso, se hace una reseña histórica y se explican los mecanismos fundamentales de acción, los efectos nocivos sobre el organismo, las medidas de prevención y los recursos para el enfrentamiento exitoso de este hábito tóxico.

Palabras Clave: Alcohol. Efectos. Historia. Prevención. Educación para la Salud.

SUMMARY

This study analyses different questions about the knowledge of the harmful effects of the most frequent poison in Cuba: alcohol. We present an abuse case, we expose its history, and we explain the basic process of action, the harmful effects in the organism, the preventive measures and the means to get a successful confrontation against this poison.

Key Words: Alcohol. Effects. History. Prevention. Sanitary education.

CORRESPONDENCIA A:
Dr. Ricardo González Menéndez
Hospital Psiquiátrico de La Habana
Avda. Independencia 26520
Mazorra. La Habana. Cuba

RÉSUMÉ

Cette étude veut apporter de diverses données pur connaître les effets de l'alcool. Il y a un exemple de consommation excessive, nous révisons son histoire et nous expliquons les principaux mécanismes d'action, ses effets nocifs pour l'organisme, les mesures de prévention et les ressources pour affronter avec efficacité les problèmes causés par ce toxique.

Key Words: Alcool. Effets. Histoire. Prévention. Education de la santé.

ALCOHOL

Cuando fue atendido, Alberto era un joven gastronómico de 32 años, procedente de una familia campesina camagüeyana. Diez años antes se había mudado a La Habana y aparentemente todo iba bien para él junto a su esposa y su hijita de 5 años que a su decir "era la niña de sus ojos". La emoción entracortaba su voz mientras refería, en un grupo de psicoterapia de alcohólicos, que cuando ella nació se había hecho el propósito de que fuera la niña más feliz del mundo, ya que no quería que se repitieran sus experiencias infantiles cuando el hambre lo hizo llorar en los meses siguientes al desalojo de que fue objeto su familia por la guardia rural.

Aquel tiempo sin techo le sembró valores muy profundos sobre lo que significaba un hogar sólido en la vida de un niño. Su propósito, al contar sus experiencias al grupo, era expresar qué razones lo habían movido a luchar contra el alcohol, y sus palabras no sólo emocionaron profundamente a otros pacientes participantes, sino también al psiquiatra conductor de la actividad. Desde hacía algún tiempo su esposa le decía que bebía demasiado y que durante sus cuadros de embriaguez se comportaba en forma muy agresiva, cosa que no recordaba y consideraba un recurso femenino para que él tomara menos. También algunos compañeros de trabajo le advirtieron "que se le estaba yendo la mano con las bebidas alcohólicas", pero eso "le entraba por un oído y le salía por el otro", hasta que comenzó a llamarle la atención que Rosita durmiera con los zapatitos puestos.

El diálogo, según su relato, fue más o menos así: "¿mimita, por qué duermes con los zapatitos puestos? Papito es que yo tengo mucho miedo cuando llegas borracho y duermo así para poder salir corriendo si nos das pau pau a mami y a mí". Esto ocurrió hace

unos 15 años, y si para Alberto constituyó la experiencia que le hizo "abrir los ojos", para nosotros resultó una de las más claras evidencias prácticas de las grandes tragedias que se vinculan con el consumo irresponsable del alcohol. Desde entonces, esta ha sido una de las nuestras más fuertes motivaciones para dedicarnos a evitar, en la medida de nuestras posibilidades, que otros niños corran la suerte de Rosita.

Esta referencia de un caso también real fue concluida cuando, unos años después, las dificultades para recordar a un antiguo paciente que me saludaba con gratitud fueron superadas al escuchar que "ya Rosita dormía sin zapatitos puestos".

BREVES APUNTES HISTORICOS

El alcohol, del árabe *alkuhl* (esencia o espíritu), es el producto de la fermentación de sustancias vegetales. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad cuando nuestros más remotos antepasados tuvieron la experiencia de beber el líquido resultante de la colección de agua de lluvia en alguna irregularidad del tronco de un árbol, luego de haber caído en dicho depósito natural alguna fruta desprendida que sufriera, posteriormente, el proceso de fermentación. La capacidad de observación del hombre primitivo le permitió reproducir dicho fenómeno y obtener el preparado, aunque éste sólo pudo ser utilizado en cantidades importantes a partir de la cultura del neolítico, 10.000 años atrás, cuando fue posible la utilización de recipientes adecuados gracias al desarrollo de la alfarería.

La ingestión inicial con finalidades religiosas dió paso a su consumo colectivo con fines festivos, en ocasiones muy especiales, y finalmente alcanzó mayor potencialidad dañina cuando su utilización dependió de la decisión personal; desde entonces se estable-

cieron dos grandes categorías de consumidores, representadas por quienes beben dentro de las normas sociales de responsabilidad y aquellos que desgraciadamente no puedan lograr ese objetivo y se convierten en bebedores irresponsables.

El vino y la cerveza fueron conocidos desde la época de los egipcios (unos 5.000 años atrás). Hipócrates, médico griego, habló hace unos 2.400 años de la locura alcohólica y en el año 800 de nuestra época, Rhamses, un químico árabe, descubrió lo que a la postre aumentaría notablemente el poder dañino del tóxico: la destilación. Hasta ese momento, las únicas formas conocidas de producción no superaban la concentración de 12 a 14 grados de alcohol, ya que a partir de esa cifra el propio contenido del tóxico neutraliza el proceso de fermentación. Surgieron así, en la historia de la humanidad, las bebidas destiladas, llamadas también fuertes o espirituosas como el aguardiente, ron, cognac y otras.

En 1849 surgió el término alcoholismo, gracias a Magnus Huss, un médico sueco que vivió en la época en que su país era el primer consumidor de alcohol de todo el mundo, pero no fue hasta los trabajos de Jellinek, a mediados del presente siglo, que el alcoholismo fue considerado una enfermedad luego que este autor lo describiera como "todo consumo de alcohol que determinara daños a quien lo ingiere, a la sociedad o a uno y otra".

SIGNIFICACION SOCIAL DEL CONSUMO INADECUADO DE ALCOHOL

Hoy en día existe un alcohólico por cada 10 personas que han consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, y la cifra de estas últimas llega aproximadamente al 70% de la población mundial si excluimos los países islámicos (González, R. 1987).

En América Latina, esta toxicomanía afecta la población adulta en proporciones que varían entre el 4 y el 24%, y se calcula que existen en esta región del mundo unos 25 millones de alcohólicos, además, existe el triste vaticinio de que en el año 2000 la cifra llegue a 38 millones (OPS. 1989).

En forma aproximada podemos decir que la mitad de los fallecidos en accidentes del tránsito (MC Millén, D. 1987), de los homicidios (García, T. 1991), violaciones (De Quesada, R. 1987) y actos de violencia hoga-

reña se producen bajo los efectos del alcohol (Breier, S. 1987). Está demostrado que el alcoholismo como enfermedad disminuye en 12 años la esperanza promedio de vida de la población (De la Fuente, R. 1987).

Finalmente queremos comentar una cifra que para nosotros resultó sorprendente. Si se calcula el daño económico producido por el consumo irresponsable de alcohol (Doernberg, D. 1987) accidentes, ausentismo laboral (González, R. 1991), daño a la propiedad y asistencia médica, tanto en alcohólicos como en no alcohólicos, la cifra, durante un año, en Estados Unidos de América alcanza los 100.000 millones de dólares; por otra parte, los daños económicos de todas las *drogas ilegales conocidas hasta hoy*, sumadas, no superan esa cantidad. En otros términos, esto se explicaría diciendo que el consumo irresponsable de alcohol provoca tanto daño económico como el que determinan todas las drogas ilegales juntas y que este daño en sólo un año representa, en dicho país, aproximadamente la cuarta parte del monto de toda la deuda externa de América Latina y casi el doble de los gastos militares de la reciente guerra del Golfo Pérsico, cifras que pese a su magnitud significan menos que el sufrimiento de millones de niños, esposas, padres y hermanos a los que los toca la amarga experiencia de convivir con un alcohólico.

MECANISMOS DE ACCION DEL ALCOHOL

El alcohol es un tóxico totalmente soluble en agua, que en su forma más frecuente -alcohol etílico- se encuentra en las bebidas alcohólicas en proporciones que varían entre el 5 y el 55% en relación con la cantidad de agua (Paula, S. 1987). La cerveza contiene el 5%, el vino el 10% y las bebidas fuertes entre el 40% y el 55%.

Debe conocerse que existen otros tipos de alcohol, entre los que se encuentra el *metanol* o *alcohol de madera* (aprecie que la diferencia entre metanol y etanol está sólo en una *M*, pero ésta puede ser la *M* de muerte), este alcohol se utiliza con finalidades industriales (pinturas, imprentas) y su ingestión *produce la muerte y en los mejores casos la pérdida definitiva de la visión*.

El alcohol etílico (también llamado etanol) cuando se ingiere pasa a la sangre a través de las paredes del estómago y el intestino delgado y circula libremente por todo el organismo, donde por su condición de tóxico dañará a diferentes órganos hasta que resulte neutralizado por oxidación en los tejidos (sobre todo en el hígado). Este mecanismo de desintoxicación, *que alcanza a lo sumo para neutralizar un trago fuerte por hora*, se encarga del 90% del alcohol contenido en dicho trago; el 10% restante se elimina a través de los pulmones (de ahí el aliento etílico), la orina, el sudor y la saliva.

Debemos resaltar que la ingestión de más de un trago por hora determina que progresivamente se acumule en la sangre una cantidad mayor de alcohol que producirá paso a la *inhibición o depresión* del sistema nervioso, que comienza por el estado de embriaguez ligero y después pasa por grados mayores de profundidad hasta llevar al estado de coma y la muerte si la ingestión fuera excesiva. Esto es lo referente a la intoxicación aguda, pero cuando se produce con frecuencia esta ingestión más rápida de lo que puede eliminar el organismo, el alcohol va determinando efectos diseminados por todo el organismo y modifica, además, el comportamiento para dar lugar al cuadro conocido como alcoholismo crónico, con el cual, a la larga, lo único que llega a ser importante para la persona es la botella.

El organismo humano está dotado de unas sustancias llamadas enzimas que van degradando el tóxico en los tejidos y esa degradación lo lleva primero a acetaldehído (todavía más tóxico que el alcohol) y después a acetilcoenzima A y ácido acético. En un paso siguiente, éste se convierte en colesterol, lo que explica la acumulación de grasa en las arterias y la arteriosclerosis precoz del alcohólico, que de la misma manera que el fumador es frecuentemente víctima de infartos del miocardio y de los que popularmente se denomina embolias.

El alcohol actúa también sobre las glándulas suprarrenales y hace que estas produzcan sustancias que determinan un notable aumento de la presión arterial. No queremos terminar este capítulo sin destacar que a diferencia del café y el tabaco, el alcohol modifica la personalidad de quien lo consume en

exceso y afecta de forma importante su conciencia, que es en definitiva la función psíquica exclusiva del ser humano y que le permite darse cuenta de lo que ocurre en cada momento de su vida (mientras está despierto) y comportarse en forma apropiada ante cada situación.

Dos mil años atrás, la Biblia dejó plasmado un criterio que en forma figurada se refiere a lo antes dicho: "la vid fue regada con sangre de mono, sangre de cordero, sangre de león y sangre de cerdo". En efecto, cuando el alcohol comienza su acción sobre el sistema nervioso, lo primero que deprime son los centros que garantizan el comportamiento social adecuado y esto hace que el sujeto se conduzca en forma diferente haciendo papeles ridículos, "monerías". Un poco más de efecto y a veces hace que el sujeto acepte ofensas y humillaciones y se comporte como un "cordero", o que contrariamente se muestre agresivo y destructivo como si fuese una "fiera". Finalmente, aparece el descuido por la presencia y el aseo, propio de los alcohólicos en fase avanzada y de los grados profundos de embriaguez; entonces la figura animal más representativa es la señalada en las santas escrituras.

MITOS POPULARES SOBRE EL ALCOHOL

Algunas de estas apreciaciones falsas, presentes en diferentes culturas son las siguientes (Bogani, E. 1976).

Primer mito: El alcohol mejora la actividad sexual.

Lo que realmente ocurre es todo lo contrario, hasta el punto de que una pregunta obligada para los médicos que atienden disfunciones eréctiles (antes erróneamente llamadas impotencias) (Mella, C. 1989) es: ¿tomó usted bebidas alcohólicas antes del encuentro sexual? La explicación de esta acción está en el efecto inhibidor o depresor del alcohol sobre el cerebro y la médula espinal, y fue destacado 400 años atrás en una obra de Shakespeare, *Macbeth*, donde un personaje comenta: "el alcohol provoca el deseo, pero dificulta la ejecución".

Segundo mito: El alcohol sirve para enfrenar el frío.

Quien así se exprese debe saber que los soldados de Napoleón que murieron conge-

dos durante la invasión a Rusia fueron precisamente aquellos que ingerían bebidas alcohólicas, ya que el efecto verdadero del alcohol es producir dilatación de los vasos sanguíneos de la piel y, de esa forma, el cuerpo se comporta como un radiador de automóvil cuyo efecto es, precisamente, la pérdida de la temperatura corporal al poner en contacto el calor de la sangre con el frío que actúa sobre la piel.

Tercer mito: El alcohol es un alimento.

El criterio de los entendidos en nutrición es justamente el opuesto, es decir que el alcohol es un *antialimento*, pues sólo aporta calorías vacías que no pueden utilizarse por el organismo y, además, por su acción irritante sobre el estómago e intestino dificulta la absorción de los alimentos.

Cuarto mito: El alcohol es bueno para combatir la hipertensión y el infarto del miocardio.

En realidad la aparición de hipertensión e infarto, así como de accidentes vasculares encefálicos en el lenguaje popular embolias es seis veces mayor en los que abusan del alcohol que en aquellos que no lo hacen. La acción sobre la presión arterial (al elevarla considerablemente) no depende de la cantidad de líquido ingerido (como piensan algunos que recomiendan evitar la cerveza y tomar un ron), sino de la acción directa del alcohol sobre las glándulas suprarrenales, lo cual determina la liberación de cortisona, una hormona que eleva de forma notable la presión arterial.

Quinto mito: El alcohol es un estimulante.

Realmente el alcohol pertenece al grupo farmacológico de los anestésicos y sedantes y, como vimos antes, sus efectos son inhibitorios o depresores hasta el punto de que su consumo masivo lleva al coma y la muerte (González, R. 1981). Es bueno recordar el frecuente llanto de las personas en estado de embriaguez profunda y también que en muchos países el 30% de los alcohólicos termina sus vidas por medio del suicidio.

Sexto mito: Sólo se convierten en alcohólicas las personas débiles de carácter o carentes de moral.

Este es uno de los disparates mayores de

todos los valorados, ya que uno de los aspectos más dolorosos del alcoholismo es que afecta por igual a toda persona que por alguna razón consume bebidas alcohólicas habitualmente. Esto explica la alta frecuencia de alcoholismo en trabajadores de licorerías, cervecerías y lugares de expendio como bares y clubs, *con total independencia de su nivel escolar, socioeconómico o característica de su personalidad.*

El peligro del alcoholismo está presente por igual en todas las personas, aunque el conocimiento de este tóxico puede contribuir a evitar que se caiga en sus redes (Lewis, D. 1987).

EFFECTOS DEL ALCOHOL SOBRE LA SALUD

Factores que explican los efectos negativos sobre la salud.

Varios factores explican la acción tóxica del alcohol; entre ellos están:

1. *Es absolutamente soluble en agua*, por lo que puede circular libremente por todo el organismo.
2. *Tiene un efecto irritante directo*, que es tanto mayor cuanto más concentrada sea la bebida que afecta los tejidos con que contacta.
3. *Demanda la energía para su neutralización en el organismo*, que deja de ser utilizada en la oxidación y eliminación de las grasas que, por eso también, se acumulan en las arterias y órganos como el hígado.
4. *Consume en su neutralización prácticamente todas las vitaminas disponibles en el organismo*, sobre todo las relacionadas con el complejo B y, por otra parte, los trastornos digestivos que produce, disminuyen el aprovechamiento de las vitaminas que se ingieren en la alimentación normal.
5. *Tiene una acción reductora del apetito*, por lo que conduce a la desnutrición.
6. *Actúa como disolvente de las sustancias que predisponen al cáncer (carcinógenas)*, por tanto, determina que estas circulen por todo el organismo.
7. *Se transforma en acetaldehído*, una sustancia más tóxica que el propio alcohol.
8. *Existen otras sustancias tóxicas acompañantes*, que están presentes en las bebidas que se ofrecen para el consumo y todavía más en

el alcohol desnaturalizado, conocido en nuestro medio como alcohol de bodega.

Diferentes etapas del consumo inadecuado de alcohol.

Las acciones dañinas determinadas por estos factores se van produciendo en forma progresiva según se aumenta el consumo de alcohol con el decursar del tiempo, de manera que una persona pasa por diferentes etapas que actualmente son llamadas:

1. Etapa de consumo peligroso de alcohol (Kebler, H. 1991).
2. Etapa de consumo dañino de alcohol.
3. Etapa de dependencia alcohólica.

Creemos necesario explicar estos conceptos, ya que uno de los aspectos más frecuentes en la atención de los pacientes alcohólicos es que estos generalmente llegan al médico muchos años después de ser alcohólicos, como producto del desconocimiento de esta enfermedad tanto por parte del paciente como de su familia (González, R. 1992).

La apreciación popular de lo que es un alcohólico, por lo general se corresponde con lo que en realidad son los casos más avanzados de alcoholismo, en los que existen muchas de las complicaciones que veremos después, pero es bueno destacar que cuando aparecen complicaciones psiquiátricas o corporales importantes, la persona ha sido alcohólica (sin saberlo) desde varios años atrás (Umansky, K. 1989).

¿Qué es el consumo peligroso de alcohol? Es cuando la cantidad y frecuencia de la ingestión supera la norma establecida por la sociedad. Aunque dicha norma no está bien precisada; es lo que todos valoramos como *lo que consume alguien que bebe normalmente* y que a nivel internacional se describe como alguien que ingiera no más de dos veces a la semana una cantidad de alcohol que no supera el equivalente de un cuarto de botella de ron, o una botella de vino, o cinco medias botellas de cerveza por día de consumo.

También se le llama consumo peligroso a la *embriaguez ligera* (algún grado de euforia, disminución de la crítica fina y cierto grado de incoordinación motora suficiente para hacer peligrosa la conducción de un vehículo) que aparece más de una vez al mes, es decir más de doce veces al año. Dicho en forma

práctica, la embriaguez ligera es el estado en que termina quien ha jugado una partida de dominó en la que los cuatro jugadores se tomaron entre todos una botella de ron (esto, como puede valorarse, es una situación frecuente pese a que años atrás no era costumbre beber mientras se jugaba dominó).

¿Qué es el consumo dañino de alcohol? Es el estado al que se llega por la vía del consumo peligroso; se establece cuando aparece algún daño inicial físico (como gastritis, diarreas) o psíquico (cuadros de depresión o ansiedad) y también cuando se evidencia un daño social reiterado (pérdidas repetidas de trabajo o parejas amorosas como producto de la bebida).

¿Qué es la dependencia alcohólica? Es cuando a los pasos anteriores (consumo peligroso y consumo daño) se agrega la esclavitud progresiva ante las bebidas alcohólicas, de manera que éstas poco a poco se van convirtiendo en el interés principal de la persona hasta el punto de que cada vez necesita más el consumo, ya que al interrumpirlo manifiesta diferentes tipos de malestares (Vidal, G.; Alarcón, R. 1986).

Como puede apreciarse, el consumo peligroso es el llamado de alerta de que se evoluciona hacia un alcoholismo y que de mantener dicho patrón de consumo el sujeto caerá en las garras de esta toxicomanía (Mullen, K. 1987). El consumo dañino es realmente la forma inicial y benigna del alcoholismo, y la dependencia alcohólica es ya el alcoholismo avanzado que después presentará graves complicaciones y llegará a su estado final de deterioro en el que el sujeto prácticamente se convierte en vagabundo.

La esclavitud ante el tóxico, puede manifestarse, fundamentalmente, por una o más de estas variantes de comportamiento:

1. La persona no puede controlar el consumo cuando empieza a beber.
2. La persona no puede estar más de dos días sin beber.
3. La persona necesita el alcohol para hacerle frente a las actividades cotidianas (Treskov, V. 1987).

Efectos sobre el sistema nervioso.

El alcohol provoca pesadillas, insomnio, dolores de cabeza, temblores, convulsiones

(sobre todo en personas predispuestas a la epilepsia), depresión con ideas y conducta suicida (Conde, V. 1988) (un alto porcentaje de alcohólicos se suicida) (Marks, J. 1988), celos enfermizos, alucinaciones (ver y oír cosas inexistentes), delirios (ideas falsas de daño y persecución), así como cambios importantes en la manera de ser, en la memoria y las capacidades (Gimeno, C. 1987). En casos avanzados se evidencia degeneración del cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos, lo cual determina falta de fuerza muscular, calambres y dolores en las piernas y los brazos, cuadro típico de la polineuritis alcohólica (González, R. 1990).

Efectos sobre el aparato digestivo y glándulas anexas.

El alcohol provoca inflamación de la lengua, del esófago y del estómago; diarreas, úlcera gástrica; úlcera duodenal; vórices esofágicas; cáncer gástrico, de la boca y del esófago; lesiones sobre el hígado (provocadas tanto por el efecto tóxico directo del alcohol como por los trastornos de nutrición) (Diez, J. 1987), que pueden ser hepatitis, hígado graso y cirrosis hepática (en muchos países, la mitad de todas las cirrosis hepáticas diagnosticadas son determinadas por el alcohol) (Shugalie, S. 1987); además, lesiones sobre el páncreas, como la pancreatitis aguda hemorrágica (que a veces resulta más grave que la cirrosis hepática) y la pancreatitis crónica.

Efectos sobre el aparato cardiovascular.

El alcohol provoca arteriosclerosis temprana, hipertensión arterial (Pucdey, I. 1987) e infarto del miocardio (en los últimos años se ha hecho muy evidente en diferentes países que una de las causas más frecuentes de fallecimiento en los alcohólicos es el infarto). Existe también una enfermedad del corazón llamada "corazón de día de fiesta", que consiste en un trastorno muy grave del ritmo cardíaco que a veces conduce al paro. Además, es frecuente la insuficiencia circulatoria por debilidad del músculo cardíaco.

Efectos sobre el aparato genitourinario.

El alcohol provoca trastornos serios de las funciones sexuales, tanto en su consumo agudo como en el crónico; en este último caso, muchas veces es necesario un tratamiento prolongado pues se suman varios

factores que conspiran contra el normal funcionamiento sexual:

1. Reducción de hormonas masculinas por la acción del alcohol sobre el testículo y la hipófisis.
2. Reducción de la entrada de sangre en los cuerpos cavernosos debido a la arterioesclerosis temprana.
3. Disminución de la actividad de los centros medulares de la erección por la acción depresiva del alcohol. También en la mujer se producen serias dificultades en la respuesta sexual, aunque lo más peligroso, sin lugar a dudas, es la acción perjudicial sobre el embarazo en las mujeres que abusan del alcohol, expresada en la aparición del feto alcohólico, es decir importantes deformidades del niño al nacer y graves trastornos de la inteligencia o la conducta en los casos menos severos.

La acción irritante del alcohol sobre las vías urinarias (recordar que una parte del alcohol se elimina en forma pura por la orina) determina trastornos vesicales que a veces degeneran en enfermedades más graves como el cáncer de vejiga (figura 3).

Otros efectos negativos sobre la salud.

Culminaremos este capítulo de los efectos perjudiciales del alcohol recordando que por ser disolvente de las sustancias que predisponen al cáncer, facilita la aparición de éste. El consumo excesivo de alcohol hace que el cáncer del esófago sea 19 veces más frecuente que en los que beben normalmente, y cuando se combina el consumo excesivo de tabaco y alcohol, el sujeto tiene 44 veces más frecuencia de cáncer de dicho órgano que los no bebedores ni fumadores.

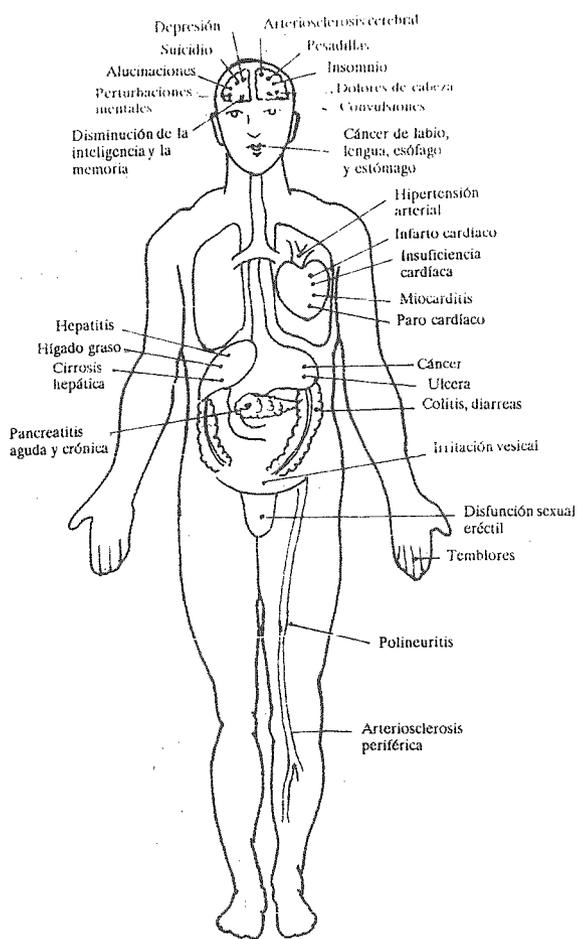
Nivel de información de la población sobre estos efectos.

En el estudio que investigó el conocimiento de los efectos perjudiciales del alcohol, llamó poderosamente la atención que aunque el 47% de los entrevistados refirió la acción dañina sobre el hígado, sólo el 19'5% valoró los daños sobre el sistema nervioso, y el 3'4% tuvo conocimientos sobre la repercusión de efectos sobre el corazón y las arterias. Por otra parte, sólo uno de los 901 entrevistados se refirió a la disminución de la potencia sexual.

Estos resultados han sido también repor-

tados a nivel mundial y como generalización pudiéramos decir que en relación con las bebidas alcohólicas, la población *tiene más conocimientos de sus mitos que de sus realidades*, y este es un factor que dificulta la

FIGURA 3. Efectos dañinos del alcohol.



lucha contra dicho hábito tóxico.

Griffing Edwards, un autor norteamericano que hizo importantes aportes al enfrentamiento médico del alcoholismo, desarrolló uno de los primeros cuestionarios sobre el tema, al que denominó problemas debidos al alcohol. Le sugerimos lea cuidadosamente sus 25 preguntas y conteste cada una con Sí o No.

CUESTIONARIO DE PROBLEMAS VINCULADOS CON EL ALCOHOL

1. ¿Ha pensado alguna vez que debe dejar de beber?
2. ¿Ha notado alguna vez que gasta más dinero del debido en beber?
3. ¿Ha estado, alguna vez, un período sin beber para demostrarse que usted puede controlarse?
4. ¿Ha usado alguna vez el alcohol para atenuar tensiones?
5. ¿Alguien le ha molestado con críticas por usted beber?
6. ¿Ha tenido alguna vez discusiones con familiares o amigos después de beber?
7. ¿Ha tenido alguna vez riñas con familiares o amigos después de beber?
8. ¿Ha tenido alguna vez problemas financieros debido al alcohol?
9. ¿Ha tenido alguna vez problemas con la policía debido a ofensas determinadas por la embriaguez (ajenas a conducir embriagado)?
10. ¿Ha tenido alguna vez problemas con la policía por conducir embriagado?
11. ¿Ha tenido alguna vez problemas con la policía por alguna otra transgresión debido a la bebida?
12. ¿Ha estado usted comprometido en algún accidente de tránsito como conductor o peatón?
13. ¿Ha estado usted comprometido en otros accidentes en el hogar o en el trabajo relacionados con la bebida?
14. ¿Ha tenido usted dificultades en el trabajo ocasionadas por la bebida?
15. ¿Ha llegado alguna vez tarde al trabajo porque ha estado embriagado la noche anterior?
16. ¿Ha perdido alguna vez un día de trabajo como resultado de haberse embriagado el día anterior?
17. ¿Ha perdido alguna vez su empleo debido a la bebida?
18. ¿Ha recibido alguna vez orientaciones de su médico para que beba menos?
19. ¿Ha tenido alguna vez problemas de salud debido a la bebida?
20. ¿Le ha ocurrido alguna vez que después de beber no recuerda lo que hizo la noche

anterior?

21. ¿Ha notado alguna vez que cuando comienza a tomar no puede detenerse?

22. ¿Después de beber ha notado alguna vez que sus manos tiemblan a la mañana siguiente?

23. ¿Alguna vez ha tomado por la mañana para calmar sus nervios o eliminar la resaca después de haber bebido el día anterior?

24. ¿Alguna vez ha escuchado o visto "cosas" debido a la bebida?

25. ¿Ha tenido alguna vez tratamiento por alcoholismo?

Si existen de cuatro a cinco preguntas que hayan tenido contestaciones de Sí, es muy posible que usted consuma peligrosamente el alcohol y, por tanto, le recomendamos que lo disminuya urgentemente y vaya "sacando", de forma progresiva, el alcohol de su estilo de vida.

Si el número de respuestas es mayor de cinco, le recomendamos consulte a su médico, ya que existen posibilidades de que se encuentre en la etapa de consumo perjudicial de alcohol.

¿COMO SE PREVIENE EL ALCOHOLISMO?

Los propósitos de esta publicación están lejos de recomendar la ley seca ni la abstinencia total del alcohol (aunque el lector debe conocer que cuando se excluyen los países de cultura islámica, la mitad de la población del mundo no consume ningún tipo de bebidas alcohólicas). En nuestra apreciación, lo verdaderamente importante y, además posible, es aspirar a que desaparezca para siempre el consumo irresponsable de estas bebidas, que es lo que determina tantas desgracias y enfermedades. Debemos aclarar que este consumo irresponsable se expresa tanto por la ingestión de alcohol en ocasiones no recomendables (como antes de conducir un vehículo o manipular una maquinaria (peligrosa) como cuando se establece el consumo excesivo habitual que llevará de forma irremediable al alcoholismo.

Está demostrado que la apreciación general de la población ante la ingestión de alcohol desempeña precisamente el papel más importante en la prevención de este consumo

irresponsable. Sobre la base de la actitud predominante se han descrito cuatro tipos de culturas que describiremos brevemente:

1. Culturas abstinentes. Su ejemplo es la cultura islámica donde por razones religiosas se prohíbe el consumo de alcohol.

2. Culturas ambivalentes. En estos casos existe una división, en partes iguales de la población, en personas que rechazan el alcohol y otras que lo toleran.

3. Culturas permisivas condicionales. En este caso se tolera el consumo de alcohol, pero se rechaza abiertamente el estado de embriaguez alcohólica y también el consumo en situaciones que implican peligro para el sujeto o quienes le rodean.

4. Culturas permisivas incondicionales. En estas culturas se tolera cualquier tipo de consumo alcohólico y no se critica el consumo irresponsable ni el estado de embriaguez. Es en estos medios culturales donde prolifera abiertamente el alcoholismo. Ahora bien, si valoramos nuestras costumbres actuales: ¿en qué tipo de cultura incluiría usted nuestra población general?

Algunos autores hablan también de un patrón alimentario de consumo en el que las bebidas alcohólicas se toman casi exclusivamente como acompañantes de las comidas, y otro patrón de consumo que llaman, de forma simbólica, del irlandés emigrado (en el pasado siglo la emigración irlandesa a Estados Unidos se caracterizó por la expresión de añoranza de la patria mediante ingestiones alcohólicas elevadas con el propósito de embriagarse y pretender "ahogar sus penas"), es por ello que este patrón de consumo designa al orientado a la embriaguez. Existe un dato epidemiológico muy importante, en Italia y Francia se consume anualmente la misma cantidad de bebidas alcohólicas por personas adultas (lo que se llama consumo per cápita anual o consumo por persona al cabo del año), y lo sorprendente es que en Francia existen cinco veces más alcohólicos, en relación con la población, que en Italia. La explicación está en que este último país tiene un consumo de tipo alimentario y el otro uno que sigue el patrón irlandés.

Consideramos muy importante recordar aquí que el *organismo sólo está preparado para neutralizar un trago fuerte o dos medias*

botellas de cerveza ligera en una hora, y todo consumo que exceda este ritmo hace que avance hacia el estado de embriaguez, con afectación de la conciencia, que es precisamente el atributo más importante que diferencia a los seres humanos de los animales (Young, J. 1986).

Lo más importante es desarrollar un estilo de vida donde el alcohol desempeñe un papel cada vez menos importante (Rogers, R. 1989) *debe quedar bien establecido que una persona para celebrar, divertirse y mostrar amistad, amor u hombría, no necesita el alcohol, ya que estos son atributos espontáneos en cualquier persona normal.*

Nuestra Unión de Jóvenes Comunistas desarrolla actualmente una iniciativa de alto valor: las actividades "secas", es decir con ausencia de bebidas alcohólicas. Los familiares deben evitar por todos los medios que los niños y adolescentes tengan acceso a la bebida, ya que el efecto perjudicial de estas es tanto mayor cuanto más joven sea la persona que las consume.

El ofrecer bebida a un niño "para que sea hombre" es uno de los más frecuentes y dolorosos errores que puedan cometerse en un hogar, y también es un error que bebedores adultos inviten al consumo a personas jóvenes, con edades inferiores a los 18 años.

Jamás beba en cantidad alguna cuando vaya a conducir un vehículo. Debe recordarse que en las primeras etapas de la embriaguez, el sujeto piensa que sus habilidades son mayores que las reales y esto lo hace más audaz y, por tanto, peligroso cuando conduce un vehículo. En la mayoría de los países desarrollados, la norma original de permitir una discreta proporción de alcohol en la sangre de los conductores cuando se hacían pruebas de exhalación (respirar en un globo), fue primero reducida y después se prohibió totalmente la ingestión de alcohol antes de conducir un vehículo.

Queremos hacer la presentación de un nuevo concepto que deriva de lo que se conoce -en lo relativo al hábito de fumar- como fumador pasivo, y es el bebedor pasivo, que aunque no se pone en relación directa con el tóxico porque no lo ingiere, sufre también y en grado mayor que el propio bebedor irresponsable, las consecuencias del uso inadecua-

do del alcohol, situación que alcanza ribetes verdaderamente trágicos en los hijos y esposas de pacientes alcohólicos.

Valore usted si no son víctimas del alcohol los que mueren en un accidente de tránsito, los hijos abandonados o maltratados físicamente por sus padres alcohólicos, o las esposas que a diario sufren las consecuencias del alcoholismo de su pareja (Santo Domingo, J. 1990).

Aunque cause sorpresa, el tratamiento a tiempo de alguien en vías de convertirse en alcohólico es también una medida de prevención del alcoholismo, si tenemos en cuenta que muchos alcohólicos son iniciadores del consumo irresponsable del tóxico en jóvenes que de otra forma no hubiesen seguido esa evolución desfavorable. Este caso es sobre todo muy evidente en los hijos de pacientes alcohólicos, en los que frecuentemente se presenta también el alcoholismo y no sólo por cierta predisposición genética, sino porque su propio padre le sirve de ejemplo negativo.

¿COMO LIBERARSE DEL ALCOHOLISMO?

Un profesor español de mucho prestigio científico y humano dedicado a la atención de pacientes alcohólicos ha dicho que el tratamiento de estos se parece mucho a una receta culinaria de conejo, donde el primer paso es cazar al conejo. De esta forma se refiere a lo difícil que resulta convencer al alcohólico para acudir al médico.

En nuestra experiencia, la mayoría de los pacientes llegan al tratamiento luego de varios años de padecer la enfermedad. Aunque el tratamiento fundamental es el preventivo, existen también recursos múltiples para *rehabilitar al alcohólico* y lograr que *no tome bebidas alcohólicas nunca más* porque cada vez que se ponga en contacto nuevamente con el alcohol, recaerá en su enfermedad y se reiniciará el ciclo de sufrimiento para él y su familia.

Los expertos que han dedicado su vida profesional al tratamiento de los alcohólicos han dicho que *una vez alcohólico, siempre se es alcohólico...* si se repite el consumo. La mayoría de los pacientes vienen al tratamiento con la meta inalcanzable de aprender a beber. Esto desgraciadamente había que ha-

cerlo antes... de enfermar, ya que una vez convertido en alcohólico ocurre algo parecido a lo que sucede en la alergia a la penicilina, que con cada nuevo contacto con el medicamento se hace más peligroso el efecto.

El principio fundamental de la terapéutica es, por tanto, lograr la abstinencia total de alcohol, y esta meta se relaciona con la frecuente pregunta: ¿es el alcoholismo enfermedad o sirvengüencería?, que traducida al lenguaje en que nos gusta comunicarnos con los pacientes significa aproximadamente: ¿es el alcohólico responsable de su conducta o no lo es? o también ¿puede ejercer el alcohólico su fuerza de voluntad para dejar la bebida? La respuesta, aunque parezca una broma, es sí y no, lo que requiere una aclaración. En el alcohólico se establecen diferentes niveles de esclavitud que a partir de ahora llamaremos dependencia. Un primer nivel es la dependencia sociocultural, que se refiere a la influencia negativa de los compañeros alcohólicos; un segundo nivel es la dependencia psicológica, relacionada con el deseo de beber en busca de los efectos inmediatos del tóxico (ya que los tardíos no los desea nadie); y un tercer nivel, que es la dependencia biológica u orgánica expresiva de que el alcohol se ha convertido temporalmente en una sustancia apetecida por las células y los tejidos del organismo, y es lo que pudiéramos llamar atracción fatal (Liscow, B. 1987).

Debemos aclarar que la responsabilidad de decidir tomar o no, solamente disminuye cuando se ha establecido la dependencia biológica, en la que la fuerza de voluntad (que en el alcohólico ha mermado como producto de la propia enfermedad) muchas veces resulta insuficiente y generalmente se requiere la ayuda médica. Existen, sin embargo, millones de personas en el mundo que se han curado por sus propios medios enfrentando los malestares que aparecen en esta fase, cuando se suspende la bebida, y que se llaman reacción de abstinencia, que con asistencia médica afortunadamente se pueden resolver con más facilidad. Ahora bien, una vez superada la dependencia biológica (lo que toma un tiempo de unas tres semanas), el sujeto es totalmente responsable de su comportamiento y como tal debe exigirse el control ante la bebida.

Nuestro consejo es que se concurra de inmediato al médico y este señalará el tratamiento adecuado que desde luego será diferente si se trata de un alcohólico determinado por mecanismos socioculturales (costumbre de beber frecuentemente) o de un alcohólico de tipo evasivo (que trata equivocadamente de buscar alivio en el alcohol). En el primer caso, el tratamiento es más sencillo y estará orientado, a eliminar el mal hábito establecido; en el segundo, será necesario resolver la situación determinante del sufrimiento que trata de aliviarse, ya sea un complejo, el mal manejo de un fracaso en la vida o alguna enfermedad de tipo psiquiátrico o corporal (González, R. 1990).

FASES DEL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

A grandes rasgos podríamos señalar que el tratamiento del alcohólico pasa por las siguientes etapas:

1. Fase de convenio o alianza entre el enfermo y el terapeuta.
2. Fase de desintoxicación.
3. Fase de deshabitación.
4. Fase del desarrollo del nuevo estilo de vida.

Fase de convenio o alianza. Tiene como base el requisito fundamental para iniciar el tratamiento: el deseo del paciente para salir adelante; dicho en otras palabras que ya el paciente sienta el alcohol como un enemigo y no como un aliado. Solo así tendrá éxito el tratamiento, y no en aquellos casos que acuden al facultativo movidos por presiones ajenas al propio deseo de curarse.

Fase de desintoxicación. Es aquella durante la cual se vence la dependencia biológica, y se superan o mejoran los daños producidos por el tóxico en el organismo.

Fase de deshabitación. Durante esta fase se utilizan los recursos adecuados para romper la costumbre del consumo alcohólico y es en dicha fase que pueden emplearse los recursos aversivos de los que hablaremos someramente más adelante.

Fase de desarrollo del nuevo estilo de vida. Durante muchos años, el alcohólico vinculó el etanol con la mayoría de sus actividades hasta que llegó el momento en que su vida giró en torno a las bebidas alcohólicas. Ahora es necesario reactivar sus intereses familiares, laborales, recreativos, culturales,

deportivos y sociales en general. Es preciso establecer un nuevo calendario en el cual el tiempo dedicado al alcohol sea sustituido por actividades más útiles y sanas.

Las puertas que progresivamente fueron cerradas en lo social, ahora deben abrirse de nuevo, de manera que según se avance en la recuperación vayan ocurriendo nuevas experiencias de alto significado emocional que actúen como reforzadores positivos de la conducta de abstenerse del alcohol. Cada nuevo día que pase en abstinencia (sin beber) se experimentará la satisfacción del deber cumplido y cuando finalmente se venza al tóxico, la persona no sólo recuperará sus valores al nivel que existía antes del alcoholismo, sino que agregará una nueva calidad a su personalidad, la de haber sido capaz de vencer a un enemigo poderoso.

RECURSOS ESPECIALIZADOS PARA CONTROLAR EL ALCOHOLISMO

Recursos aversivos.

Son aquellos que se orientan a lograr que la presencia, el olor, y el sabor de las bebidas alcohólicas produzcan repugnancia. Se basan en el mismo principio de los reflejos condicionados (cuando ocurren al mismo tiempo un estímulo que produce salivación -como un alimento sabroso- y otro que no tiene esa acción originalmente, al cabo de un tiempo este segundo estímulo es capaz de determinar salivación-, así ocurre con el niño a quien "se le hace agua la boca" cuando escucha que se destapa la lata donde su madre guarda los bizcochos que le ofrece.

Este es el mecanismo que se aprecia cuando una persona bajo los efectos de un vomitivo, como la ipecacuana, se pone en contacto con las bebidas alcohólicas oliéndolas y bebiéndolas. Al cabo de un tiempo adecuado, la sola presencia de las bebidas producirá una gran repugnancia.

Otro tanto ocurre al utilizar el estímulo eléctrico doloroso (Gaicolea, S. 1987) cuando el sujeto huele o bebe alcohol, técnica que recomiendan en algunos países desarrollados, o cuando se hacen las pruebas de ingestión de alcohol después de haber tomado disulfiram, un medicamento que determina la acumulación de acetaldehído (un derivado del alcohol), que provoca malestares muy desagradables. El disulfiram puede usarse

también con el propósito de apoyar la decisión de no beber por parte del paciente, de manera que cuando se enfrente a las invitaciones sabrá que la ingestión de bebidas alcohólicas le producirá efectos muy desagradables. El tratamiento con disulfiram requiere la participación activa de la familia para supervisar que el paciente tome el medicamento diariamente y pedirle que eleve la lengua al cielo de la boca para percatarse de que realmente lo ha tomado. El disulfiram tiene también cierta acción reductora del deseo de beber y actualmente puede utilizarse mediante implantación subcutánea colocando unas cápsulas especiales debajo de la piel gracias a una pequeña operación que requiere solamente un punto de sutura.

Recursos psicoterapéuticos

Son aquellos cuya acción terapéutica se produce mediante las funciones psíquicas del paciente, es decir mediante conversaciones y experiencias psíquicas del paciente, es decir mediante conversaciones y experiencias orientadas a hacerle comprender los grandes peligros de su hábito tóxico y la significación de tomar una decisión firme para su eliminación definitiva. Por medio de este método, que se desarrolla en forma individual y de grupo (esta última forma es reconocida mundialmente como la más efectiva en estos pacientes), el alcohólico es "equipado" con recursos personales que le permiten vencer en la guerra que sólo tiene dos alternativas: alejarse definitivamente del tóxico o asfixiarse en sus redes.

UN MENSAJE FINAL

Permítaseme concluir este material con la referencia de una experiencia personal que seguramente desempeñó algún papel en la decisión de dedicar los últimos años de nuestra vida profesional a la lucha contra el alcohol y otras drogas: Si muchos años atrás alguien hubiese preguntado en nuestro preuniversitario provincial quién era el adolescente de mejores condiciones integrales, las respuestas hubiesen señalado unánimemente a un joven estudioso, inteligente, solidario, carismático, desprendido, deportista, revolucionario, valiente y de gran suerte con las muchachas. Era realmente el líder de nuestro centro docente. Las diferentes carreras universitarias elegidas determinaron que por muchos años supiésemos solamente de él

que había terminado sus estudios, que participó en forma destacada en nuestra rebelión armada y que después había desempeñado actividades de responsabilidad.

Veinte años más tarde, mientras esperaba recibir servicios en una gasolinera, se acercó un hombre mayor, muy descuidado en su presencia y aseo, al que sólo reconocí cuando me llamó por el nombre que utilizaban mis compañeros de bachillerato, el objetivo del encuentro fue: "Richard, tienes una peseta que te sobre".

Durante los tres ingresos que tuvo en nuestro servicio de alcoholismo, presionado por su familia, se hizo evidente que el factor determinante de su toxicomanía fue el sociocultural, al establecer un estilo de vida que lo llevaba a beber frecuentemente con sus muchas amistades. Después... y como con-

secuencia de su propio alcoholismo, ocurrieron experiencias dolorosas en su familia y su trabajo, y se estableció lo que nosotros llamamos un *mecanismo evasivo secundario*, en el que se bebe pretendiendo olvidar lo que el propio alcoholismo ha determinado. Tratamos de ayudar con todas nuestras posibilidades a un buen hombre en el que se aplicaba dolorosamente aquello de "ayer maravilla fui, hoy sombra de mi no soy". La última información familiar que recibimos fue que seguía igual o peor, pese a que había tenido todo el apoyo imaginable por diferentes instituciones médicas y no médicas.

Desde entonces, para mí no existe duda alguna acerca de que el peligro del alcoholismo está presente en todos, y espero con ansias el momento en que mi amigo decida vencer al más importante enemigo de su vida.

BIBLIOGRAFIA

- BECOÑA E. Descenso del consumo de cigarrillos en la línea base y eficacia de un programa para dejar de fumar. *Revista Española de Drogodependencia* 1991; 16 (4): 227-84.
- BECOÑA E. La técnica de reducción gradual de la ingestión de nicotina y alquitrán: Una revisión. *Revista Española de Drogodependencia* 1992; 17 (2): 75-91.
- BOGANI M. E. El alcoholismo, enfermedad social, 2.^a ed. Barcelona: Plaza y Janes 1976, 77.
- BREIER, S. J. Pogady. Alcohol intoxication and criminality. *Ceskoslovenska Psychiatria* 1987; 83 (2): 74-82, 1987.
- CONDE LOPEZ V. Epidemiología, etiopatogenia y terapéutica de las depresiones. Barcelona: Espax, 1988.
- DAWLEY H., BUTLER B. An 8 year comparison of hospitalized veterans attitudes toward smoking and smoking cessation. *International Journal of the Addictions* 1987; 22 (8): 785-90.
- DE LA FUENTE RM., E MEDINA. Las ediciones en México: I, El abuso del alcohol y los problemas relacionados. *Salud Mental* 1987; 10 (2): 3-13.
- DE QUESADA R., GALBAN E., CADIZ A. SIDA. La Habana: Científico Técnica, 1987.
- DIEZ MANRIQUE J. et al. Los problemas relacionados con el alcohol en la práctica médica general. *Rev. Esp. Neuropsiquiatría* 1987; 7 (22): 381-98.
- DOENBERG D. et al. From Surveillance report. N° 2 For the alcohol Epidemiologic Data system of the National Institute of alcohol and alcohol abuse 1986 in *Jama* 257 (3): 290-292, Feb. 1987.
- GARCIA T. GONZALEZ R. Influencia del alcohol en las conductas delictivas. *Rev. Hosp. Psiq. de la Habana* 1991; 32 (1): 377-91.
- GIMENO C. Alteraciones cognoscitivas en pacientes alcohólicos. *Rev. Española de Drogodependencia* 1987; 12(1): 69-61.
- GMUR M., TSCHOPP A. Factor determining the success of nicotine withdrawa; 12 year follow-up of 532 smoker after suggestion therapy. *International Journal of the Addictions* 1987; 22 (12): 1189^{1/2}1200.
- GOICOLEA S. El condicionamiento clásico aversivo con ipecacuana y estímulo eléctrico: resultados comparativos en el tratamiento del alcohólico. Tesis de Grado. La Habana 1987.
- GONZALEZ R. et al. Apreciaciones populares sobre el consumo de alcohol. *Rev. Hosp. Psiq. de la Habana* 1981; 22 (4): 579-93.
- GONZALEZ R.; MASCARO G. et al. Los hábitos tóxicos en mayores de 15 años: estudio en el área de salud. *Rev. Hosp. Psiq. de la Habana* 1984; 25 (4): 1-8.

- GONZALEZ R. Alcoholismo. Revista Cubana de Medicina General Integral 1987; 3 (2): 33-64.
- GONZALEZ R. Tratamiento del alcoholismo. Rev. Española de Drogodependencia 1990; 15 (3): 150-67.
- GONZALEZ R. Pesquisaje de alcoholismo en trabajadores ausentistas. Revista Española de Drogodependencia 1991; 16 (1): 29-34.
- GONZALEZ R., MATEO A. Repercusión neuropsíquica del alcoholismo. Rev. Dominicana de Psiquiatría 1991; 4 (1): 9-16.
- GONZALEZ R., GONZALEZ E., DUJARIC R. Morbilidad oculta del alcoholismo masculino y valor de los instrumentos diagnósticos. Revista Española de Drogodependencia 1992; 17 (1): 31-43.
- GRAHAM K. Reasons for consumption and heavy caffeine use: Generalization of a model based on alcohol research. Addictive Behavior 1988; 13 (2): 209-14.
- GRIFFITHS R.; WOODSON P. Caffeine physical dependence. A review of human and laboratory animal studies. Psychopharmacology 1988; 94 (4): 437-51.
- KAPLAN H., SADOCK B. Compendio de Psiquiatría. Barcelona: Salvat, 1987.
- KAPLAN H., SADOCK B. Pocket handbook of Clinical Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 1990.
- KEBLER H. "Use, Abuse, Dependence" Proceeding of 6th Annual Vatican Pontifical Conference. "Contra Spem in Spem. Drugs and Alcoholism Against Life" November 21, 1991. Rome. Italy.
- LIPTON M., DI MASCIO A.; KILLAN K. Psicofarmacología a los treinta años de progreso" Tomo 3, Edición Revolucionaria, 1982.
- LEEDHAM W. Alcohol Tobacco and Public Opinion. British Journal of Addiction 1987; 82 (8): 935-40.
- LEWIS D. et al. A review of medical education in alcohol and other drug abuse. Wama 1987; 257 (21):2945-8.
- LISCOW B. GOODWIN G. Pharmacological Treatment of alcohol intoxication, With drawa and dependence. A Critical review. Journal of Studies of Alcohol 1987; 84 (4): 356-70.
- LESTER D.; COLLINS M. Reason for smoking and personality. Psychological Reports 1988; 62 (1): 304-8.
- MARKS S. Good news about depression. New York: Banan. Books, 1988.
- MC. MILLEN D., Wells Parker E. The effect of alcohol consumption of risk taking while driving. Addictive Behaviour 1983; 12 (3): 241-7.
- MOTHERSILL K., MC. DOWELL I., ROSSER W. Subject characteristics and long term post program smoking cessation. Addictive Behavior 1988; 13 (1): 29-36.
- MULLEN K. The beliefs and attitudes of a group of men in mid-life towards use. 20 (3): 235-246, 1987.
- OFICINA PANAMERICANA DE LA SALUD. Boletín Especial sobre drogas 1989; 107 (6): 1989.
- PAULA S. Alcoholismo hoje Edit. Artes Medicas Pag. 25, Porto Alegre 1987.
- PUCDEY I. BEILIN L. Regular alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. Lancet 1987; 1 (8354), 647-51.
- ROGERS R., SCOTT C. "Si me amas, ayúdame". Alcohol y Drogas. Buenos Aires: Atlantida, 1989.
- SANTO DOMINGO, J. No te rindas ante el alcohol. Ediciones Madrid: Rialp S. A. 1990.
- SHUGALIE S. VITAMIN C. Metabolism and liver function in alcoholism and alcoholic delirium during detoxication therapy. Korsacov J. Neuropath Psych 1987; 87 (2): 240-42, 1987.
- THOMPSON R., MICHNICK M., FRREDLANDER L., GILSON B. "Effectiveness of smoking cessation interventions integrated into primary care practice Medical Care 1988; 26 (1): 62-76.
- TRESKOV V. V TRUBNICOV, A SHUVALOV, S KIKTA. Genetic and constitutional differences in patients with various forms of alcoholism,. Korsacov J. Neuropath Psych 1987; 87 (5): 746-50.
- UMANSKY K. Nervios de interés para todos. Moscú: Mir, 1989.
- VIDAL G. ALARCON R. Psiquiatría. Buenos Aires: Panamericana, 1986.
- YOUNG J. Los programas del cerebro. México D. F. Fondo de Cultura Económica, 1986.