

INGESTA ALCOHOLICA EN ESCOLARES DE UNA COMUNIDAD RURAL GALLEGA

A. RODRIGUEZ LOPEZ *

En trabajos anteriores (1 y 2) analizábamos la posible influencia de la situación anómica en que vive la comunidad rural gallega —con un altísimo índice emigratorio—, que lleva a un envejecimiento relativo de la población, explotaciones agrícolas de tipo minifundistas, medios de comunicación escasos y deficientes para una población que vive en su 90 % en pequeños núcleos diseminados, una renta "per cápita" de las más bajas de España, problemas de disglusia, etcétera, como factor de alcoholización y, a partir de esta hipótesis, investigábamos el consumo alcohólico en una muestra de personas de la tercera edad, dada la importancia que este grupo, en función de los factores apuntados, tiene en la pirámide poblacional.

El presente trabajo forma una unidad con aquéllos, ya que tratamos en él de la problemática de la ingesta alcohólica (tipo de bebida, forma, cantidad, etc.) en la otra fracción importante de la población rural gallega, los niños.

La investigación fue realizada en la misma comarca en que se realizó la anterior, el municipio de Saviñao, en la provincia de Lugo. Este municipio reúne las condiciones típicas antes reseñadas del medio rural gallego. La metodología empleada fue también similar.

Se empleó la técnica de encuesta directa, realizada por un equipo adecuadamente adiestrado, que contó con la colaboración de los profesores del grupo escolar de la capital del municipio y de los **maestros de las escuelas unitarias y mixtas, no concentradas** que todavía subsisten en las zonas más alejadas de la ubicación del grupo escolar. La encuesta constaba de datos socio-familiares y de datos acerca del tipo, forma y cantidad de la ingesta de bebidas alcohólicas.

La muestra encuestada abarcó a todos los niños del municipio en edad escolar, 5 a 14 años, que acudieron a la escuela un determinado día del mes de junio de 1978. En total fueron encuestados 343

* Profesor adjunto numerario de Psicología Médica y jefe, en funciones, del Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Galicia.

escolares, 168 niños y 175 niñas, que representan alrededor del 70 % de la población escolar de la comarca, distribuidos, por edades, en la forma siguiente (cuadro I):

CUADRO I

Edades	Niños	Niñas
5 a 7 años	30	44
8 a 11 años	67	62
12 a 14 años	71	69
TOTAL	168	175

Como dato sociológico a resaltar, que confirma uno de los aspectos apuntados anteriormente, podemos señalar que el 25'3 % de los encuestados tenían, en el momento de la investigación, o habían tenido con anterioridad, alguno de los padres en la emigración; de ellos, el 16 % había tenido a ambos padres emigrantes.

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Teniendo en cuenta que entendemos como bebedores habituales aquéllos que toman alcohol todos los días, independientemente de la cantidad que tomen, los resultados de la investigación aparecen tabulados en los cuadros II, III y IV.

Indudablemente, las cifras más dudosas y que deben ser tomadas con ciertas reservas son las que se refieren a la cantidad de la ingesta, ya que resulta muy difícil precisar en este terreno, pero, en cualquier caso, pensamos que pueden ser indicativas.

La bebida usada de forma casi exclusiva es el vino: 100 % de los bebedores habituales y 98 % de todos los que beben. El 30'7 % de los niños y el 14 % de las niñas toman también cerveza. El consumo de bebidas fuertes es insignificante.

Al comentar el resto de los resultados haremos referencia constante, como muestra comparativa, a los resultados obtenidos por RODRIGUEZ-MARTOS (3) en su investigación sobre el mismo problema en Barcelona y provincia.

El primer dato analizado, el porcentaje de consumidores de alcohol, nos muestra una notable diferencia con respecto a las cifras obtenidas en Barcelona, en donde son consumidores de alcohol el 94'9 % de la muestra, mientras que en la nuestra lo son sólo el 68'2 %, lo que supone un 31'8 % de abstemios frente al 5'1 % de Barcelona. Por el contrario, de los no abstemios, el 65'4 % de nuestra muestra bebe alcohol a diario (bebedores habituales) mientras

que en la muestra de Barcelona lo hace sólo el 28'1 %. Consideramos que esta alta incidencia de bebedores habituales entre los niños gallegos está relacionada y justifica los altos porcentajes que encontrábamos en los trabajos anteriores de "bebedores habituales excesivos" entre la población rural gallega mayor de 60 años.

La forma habitual de bebida es en la mesa, con la comida, aunque hay un porcentaje del 16'3 % que bebe también entre comidas, especialmente vino.

El 11'4 % de la muestra total se ha emborrachado en alguna ocasión (17'8 % de los niños y 5'1 % de las niñas).

El consumo aproximado de alcohol puro por persona y año, considerando la muestra total, es de 3.757'5 c.c., que pasa a 8.339 c.c. si se consideran solamente los bebedores habituales, cifra próxima a los 9.282 c.c., que supone la media de la submuestra correspondiente de Barcelona.

En el cuadro II se puede observar que los niños beben más que las niñas, siendo menor el porcentaje de niños abstemios y mayor el de bebedores habituales.

En los cuadros III y IV se puede observar, como era de esperar, que la ingesta va aumentando con la edad, con la excepción del grupo de niñas de 8 a 11 años, en el que se produce una disminución marcada de la ingesta con respecto a los otros dos grupos; fenómeno para el que no encontramos una explicación adecuada. Es de resaltar la precocidad en el comienzo del consumo alcohólico, tanto en los niños como en las niñas, de tal forma que ya entre los 5 y los 7 años son bebedores habituales de alcohol el 50 % de los niños de ambos sexos, cifra equiparable en el caso de los varones y claramente superior en el de las mujeres a las obtenidas por SEVA y VAZQUEZ (4) para la población urbana adulta de Zaragoza.

Consideramos, pues, que los resultados de nuestra investigación vienen a confirmar —en un medio totalmente distinto al investigado por RODRIGUEZ-MARTOS— y con las diferencias apuntadas, que pueden verse resumidas en el cuadro V— la gravedad de la situación señalada por la citada autora, con la que nos mostramos también de acuerdo en que las pautas de ingesta alcohólica encontradas en los niños son un fiel reflejo de las encontradas en los adultos.

Por todo ello, si en nuestros trabajos anteriores alertábamos contra el grave riesgo de alcoholización en la población rural gallega adulta, los datos que nos suministra esta investigación no hacen más que confirmar la realidad de la amenaza que, en forma de alcohol, se cierne sobre la totalidad de la comunidad gallega, incluyendo a los niños de corta edad.

Es preciso hacer constar que, aunque la comunidad estudiada puede ser considerada en cierto modo homogénea con la totalidad de la comunidad rural campesina gallega, no pueden extrapolarse directamente a ésta los resultados de la investigación. Los datos deben ser tomados como indicativos y exigen su confirmación en una muestra representativa de la población general escolar.

RESUMEN

El autor analiza los resultados de una investigación de campo, mediante la técnica de encuesta directa, sobre ingesta alcohólica (tipo de bebida, forma, cantidad, etc.) en los escolares de una comunidad circunscrita representativa del medio rural campesino gallego. Fueron encuestados 343 niños (168 varones y 175 mujeres). El autor compara los resultados con los obtenidos en la encuesta realizada por la doctora RODRIGUEZ-MARTOS en la ciudad de Barcelona y su provincia. Entre los datos obtenidos destaca el hecho de que el 50 % de los niños y niñas, entre 5 y 7 años, son ya consumidores habituales (diarios) de alcohol.

BIBLIOGRAFIA

- (1) RODRIGUEZ LOPEZ, A.: "Galice: L'alcoolisme dans le milieu rural", *Alcool ou Santé*, 1976, 4, 17-24.
- (2) RODRIGUEZ LOPEZ, A.: "El alcoholismo en una comunidad rural en fase de desestructuración social", *Drogalcohol*, 1977, 1, 40-50.
- (3) RODRIGUEZ-MARTOS, A.: "Consumo comparativo porcentual de las distintas bebidas —alcohólicas y no alcohólicas— por parte de la población infantil de Barcelona y provincia", *Drogalcohol*, 1977, 2, 15-23.
- (4) SEVA DIAZ, A., y VAZQUEZ, J. J.: "Aspectos socio-culturales del alcohol y de las drogas de procedencia terapéutica", *Rev. de análisis y modificación de la conducta*, 1, 0, 1975.

CUADRO II

MUESTRA TOTAL

	Niños		Niñas	
	n	%	n	%
Abstemios absolutos	41	24'4	68	38'8
Bebedores esporádicos	37	22'0	44	25'1
Bebedores habituales	90	53'6	63	36'1
Beben entre comidas	33	19'6	23	13'1
Emborrachados alguna vez ...	30	17'8	9	5'1
Consumo aproximado de				
alcohol/año/persona	4.607 c.c.		2.908 c.c.	
Id. bebedor habitual	8.600 c.c.		8.079 c.c.	

CUADRO III

NIÑOS

	5 a 7 años		8 a 11 años		12 a 14 años	
	n	%	n	%	n	%
Abstemios absolutos	12	40'0	17	25'4	12	16'9
Bebedores esporádicos	3	10'0	16	23'9	18	25'3
Bebedores habituales	15	50'0	34	50'7	41	57'7
Beben entre comidas	1	3'3	7	10'4	25	35'2
Se han emborrachado alguna vez	2	6'6	11	16'4	17	23'9
Consumo aproximado de alcohol/año/persona	2.400	c.c.	3.492	c.c.	6.591	c.c.
Id. bebedor habitual	4.800	c.c.	6.882	c.c.	11.414	c.c.

CUADRO IV

NIÑAS

	5 a 7 años		8 a 11 años		12 a 14 años	
	n	%	n	%	n	%
Abstemios absolutos	17	38'6	28	45'2	23	33'3
Bebedores esporádicos	5	11'4	19	30'6	20	29'0
Bebedores habituales	22	50'0	15	24'2	26	37'7
Beben entre comidas	4	9'1	6	9'7	13	28'3
Emborrachadas alguna vez ...	0	0'0	1	1'6	8	11'6
Consumo aproximado de alcohol/año/persona	3.988	c.c.	1.580	c.c.	3.413	c.c.
Id. bebedor habitual	7.977	c.c.	6.533	c.c.	9.057	c.c.

CUADRO V

	Muestra Barcelona *	Muestra Saviñao
	%	%
Abstemios absolutos	5'1	31'8
Bebedores esporádicos	66'8	23'6
Bebedores habituales	29'6	44'6
Consumo aproximado de alcohol/año/bebedor hab.	9.282 c.c.	8.339'5 c.c.

FARMACOLOGIA DE LA ADICION*

Dr. HERMENEGILDO BEDATE ALVAREZ **

1. INTRODUCCION

En todas las épocas de la historia y por todas las civilizaciones se han consumido sustancias principalmente de origen vegetal con el fin de provocar estimulación psicofísica, y más aún tratando de evadirse, consciente o inconscientemente, de la realidad ambiental y circunstancias personales. El uso de bebidas alcohólicas, las infusiones y cocimientos de plantas como el café, té, etc., indudablemente obedecen a estas motivaciones.

La importancia del estudio de las implicaciones y consecuencias de todo tipo, no sólo para el individuo, sino también para la sociedad, derivadas del empleo de sustancias con acción sobre el sistema nervioso, es indudable y está adquiriendo en los momentos presentes caracteres de verdadera "epidemia" por el contagio psíquico, del que son víctimas preferentemente determinados grupos sociales con la particularidad de que está descendiendo en forma espectacular la edad de los consumidores, siendo ya muy frecuente incluso la extensión de estas costumbres entre los alumnos de segunda y primera enseñanza.

En este curso que se inicia se van a abordar diferentes aspectos del problema, yo voy a ocuparme casi exclusivamente de la adicción desde el punto de vista farmacológico, haciendo una breve referencia a la habituación a los fármacos no adictógenos.

2. DEFINICIONES

Resulta imprescindible establecer con claridad el significado de algunas palabras utilizadas frecuentemente y no siempre en el sentido adecuado.

Entendemos por habituación el consumo repetido y continuado

* Leído en el curso sobre alcoholismo para A. T. S., Valencia, 1979.

** Profesor adjunto de la Cátedra de Farmacología de Valencia.

de una sustancia. Se pueden poner muchos ejemplos de este tipo de habituación, posiblemente el más característico sea la utilización excesiva de los antitérmicos analgésicos del tipo de la aspirina, pero también es frecuente la habituación a los laxantes y a otros muchos fármacos.

La adicción es el consumo repetido de un fármaco con producción de tolerancia, dependencia psíquica y dependencia física. Posteriormente aclararemos el significado exacto de estas palabras.

El significado de la palabra *toxicomanía* es semejante al de adicción y hace referencia principalmente al consumo en forma habitual de sustancias del tipo de los hipnoanalgésicos y actualmente de los alucinógenos. Suele utilizarse cada vez menos en la terminología científica.

3. COMPONENTES DEL SINDROME DE ADICCION

Hemos definido anteriormente el concepto de adicción, pero resulta conveniente precisar el significado exacto de los diferentes síntomas citados.

Tolerancia es la necesidad de aumentar la dosis para conseguir el mismo efecto, si se realiza en forma aguda es la llamada taxifilaxia, fenómeno de gran interés en farmacología, la que realmente interesa en la adicción es la que se realiza en forma crónica, es decir, al cabo de unos días de utilización repetida, hay que advertir que a veces la presentación de tolerancia puede ser muy precoz, incluso a la tercera o cuarta administración, como ocurre en algunos casos de adicción a la morfina.

En la tolerancia hay que distinguir "el grado de tolerancia, entendiéndose por tal la mayor o menor cantidad de dosis que se ha de aumentar para conseguir el efecto"; segundo, el techo o dosis límite por encima de la cual ya no se produce aumento de efecto. Y, finalmente, tercero, la duración, muy variable según sea el fármaco y los diferentes individuos.

Dependencia psíquica. Hace referencia a las modificaciones producidas en funciones psíquicas del individuo adicto si se suprime bruscamente el fármaco. Estas modificaciones generalmente acompañadas de un tono desagradable impulsan al individuo a buscar ansiosamente el fármaco, por lo que generalmente suele identificarse la dependencia psíquica con la impulsión, nombre con el que se designa esta tendencia que en ocasiones adquiere caracteres muy intensos.

Dependencia física. Es la nota fundamental en el síndrome de adicción y consiste en la presentación de síntomas no solamente psíquicos, sino también somáticos, producidos al suprimirse brusca-

mente la administración de la sustancia. Estos síntomas pueden ser muy graves, incluso conducir a la muerte del individuo, y son característicos para cada tipo de fármacos y en conjunto constituyen el *síndrome de abstinencia*, su presentación exige la adopción de medidas urgentes, y entre ellas la administración de la sustancia causante de la adicción u otra equivalente perteneciente al mismo grupo farmacológico.

Existen sustancias que debido a su actividad farmacológica pueden dar lugar a la presentación del síndrome de abstinencia, son antagonistas que han de ser manejados con la debida prudencia, como consecuencia de su especificidad permiten su utilización para el diagnóstico del tipo de adicción.

A estas tres características indicadas: tolerancia, dependencia psíquica y dependencia física, que son las realmente decisivas, suelen añadirse la producción de acciones perjudiciales para el individuo y para la sociedad.

El perjuicio para el individuo es el conjunto de alteraciones propias de la intoxicación crónica, que paradójicamente en ocasiones son relativamente bien toleradas, como ocurre en la intoxicación crónica por la morfina, en la que si el sujeto adicto se alimenta adecuadamente y guarda las debidas precauciones en la autoadministración del fármaco, puede soportarse durante años sin trastornos graves y con pocas manifestaciones clínicas. Posiblemente ello se debe a los fenómenos de tolerancia a que antes nos hemos referido y explica el que la humanidad haya tolerado durante siglos toxicomanías muy extendidas y enraizadas en las más diversas culturas, como ocurre con el consumo de coca en los países andinos, o el opio en los países orientales.

A pesar de esta tolerancia los perjuicios son patentes no sólo para el individuo, sino también para la sociedad que ha de soportar las consecuencias de índole muy diversa: familiares, atenciones sanitarias, problemas de convivencia, etc.

4. MECANISMO DE PRODUCCION

En un fenómeno tan complejo como es el de la adicción, en el que se mezclan íntimamente las alteraciones psíquicas y somáticas, forzosamente han de tener un mecanismo de producción múltiple y, por supuesto, aún no bien conocido.

Frecuentemente se indican dos tipos de mecanismos: uno producido por modificaciones en la farmacocinética, otro constituido por modificaciones farmacodinámicas. Vamos a analizarlos brevemente. Las modificaciones farmacocinéticas son posiblemente las identificables más fácilmente. Es el caso de la posible disminución de la absorción como se ha supuesto en el caso de los arsenicófagos (individuos que pueden llegar a ingerir dosis elevadas de ar-

sénico). La mayor metabolización, como se ha demostrado para el caso del alcohol y los barbitúricos. O el aumento en la cantidad eliminada. No obstante hay que tener presente que estas modificaciones de tipo farmacodinámico solamente explicarían la producción de tolerancia, pero no los restantes signos de la adicción. Actualmente no se les da gran importancia.

Los mecanismos farmacodinámicos, es decir, las alteraciones a nivel celular son más interesantes y, por supuesto, más complicadas de explicar en pocas palabras. Se trata de interferencia en la síntesis, almacenamiento o liberación de los neurotransmisores (son las sustancias que transmiten el impulso nervioso de unas neuronas a otras) o su fijación en los receptores. Actualmente se da mucha importancia a las alteraciones bioquímicas de los componentes celulares, en especial los ácidos nucleicos.

Además de los mecanismos farmacocinéticos y farmacodinámicos hay que tener presentes otros más sutiles, pero no menos reales e importantes, son los sociales, con todas sus implicaciones (estamos inmersos en una sociedad de consumo sometidos a métodos propagandísticos muy sofisticados) y el tipo de vida del individuo.

5. CLASIFICACION DE LOS FARMACOS ADICTOGENOS

Corrientemente estos fármacos se les suele designar con el nombre impropio de "drogas", y se pueden clasificar en cuatro tipos, en función de su acción farmacológica.

5.1. Hipnoanalgésicos

Comprende los alcaloides fenantrénicos del opio, siendo el más representativo la morfina. Son fármacos que suprimen el dolor e inducen sueño. A este grupo pertenecen también los derivados semi-sintéticos y sintéticos, algunos de los cuales suprimen el dolor, pero son poco o nada euforizantes, son los llamados agonistas parciales. Así como también se han sintetizado sustancias que antagonizan la acción de la morfina, por lo que reciben genéricamente el nombre de antagonistas.

Aunque no sea más que de pasada, queremos hacer referencia a un hecho de extraordinario interés, y es el hallazgo en el cerebro de sustancias con acciones semejantes a la morfina, son las endorfinas, su mejor conocimiento posiblemente permitan la interpretación más adecuada no sólo del problema de la adicción, sino también de los mecanismos del dolor, la euforia e incluso la etiología de algunas enfermedades mentales.

5.2. Depresores centrales

Incluimos en este grupo sustancias tan utilizadas como el alcohol, los barbitúricos y tranquilizantes del tipo del meprobamato.

5.3. Estimulantes centrales

Son sustancias como las anfetaminas, entre las que se encuentran también casi todos los fármacos utilizados como medicamentos para combatir la obesidad. Y la cocaína alcaloide de la hoja de coca, cuyo consumo está experimentando recientemente un aumento notable fuera de las áreas donde tradicionalmente se ha utilizado.

5.4. Alucinógenos

Grupo muy complejo en el que se encuentran sustancias muy diferentes.

Su característica principal es la de producir a dosis adecuadas un estado alucinatorio con falsas perfecciones y distorsión de la realidad sensorial. Se les llama también fármacos psicotomiméticos por su capacidad de inducir síndromes semejantes a los de las enfermedades mentales. Asimismo se les designa con otros varios nombres: drogas psicodélicas, modificadores psíquicos, etc.

RESUMEN FINAL

Indudablemente la adicción al consumo de fármacos es un problema muy complejo, en el que intervienen muchos factores en su presentación y sostenimiento posiblemente, aunque a una primera apreciación parezcan secundarios, serán los factores sociales los decisivos.

Desde un punto de vista farmacológico el síndrome queda claramente definido por las características señaladas: tolerancia, dependencia psíquica, dependencia física con síndrome de abstinencia propio.