

EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO CAUSA DE PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA*

DR. JORGE MARDONES RESTAT

1. INTRODUCCION

1.1. En mi carácter de miembro del cuadro de expertos en Drogas Susceptibles de Engendrar Toxicomanía de la Organización Mundial de la Salud, tuve el honor de ser invitado a formar parte del Comité de Expertos sobre Alcohol que se reunió en Ginebra del 5 al 10 de octubre de 1953. Al recibir esta invitación, me pareció conveniente aprovechar el viaje a Europa para hacer una gira de estudio, con el objeto de conocer las medidas que se están poniendo en práctica para la prevención del alcoholismo en los distintos países. Este estudio era de interés para Chile por cuanto, los distintos problemas debidos a un consumo anormalmente elevado de alcohol tienen importancia sanitaria, y por consiguiente, el consumo de alcohol debe ser una de las fundamentales preocupaciones del Servicio Nacional de Salud. En verdad, poco útil se ha hecho en este sentido en el país. Desde el punto de vista preventivo, sólo existen algunas medidas de carácter policial destinadas a prevenir y castigar la embriaguez, y en el aspecto curativo, sólo se realiza el tratamiento de los alcohólicos crónicos en los distintos servicios psiquiátricos del país. Pero no existe una labor coordinada para prevenir el avance del alcoholismo, así como de las consecuencias sanitarias de la embriaguez. En estas condiciones, era conveniente conocer las ideas directrices de las medidas tomadas en Europa, así como los resultados obtenidos.

1.2. Estas consideraciones me movieron a solicitar de la Organización Mundial de la Salud una beca de viaje que me permitiera

* Informe presentado a la OMS sobre una visita hecha por el autor, en calidad de becado de dicha Organización, a diversos centros europeos para estudiar el estado de la lucha contra el alcoholismo.

visitar los diversos países europeos y formarme juicio de la experiencia que ellos han adquirido en esta lucha. Esta solicitud se acogió con mucha benevolencia, y así pude realizar mi deseo entre el 11 de octubre y el 9 de diciembre de 1953.

1.3. No puedo dejar de señalar que el plan de visitas elaborado por la OMS fué tan perfecto, que puedo decir que el aprovechamiento de estos 60 días fué óptimo. En efecto, pude visitar 10 países de Europa y entrar en contacto con cerca de 80 personas seleccionadas entre las más calificadas para informarme sobre las medidas puestas en práctica en sus respectivos países y sobre la experiencia adquirida en su aplicación. Gran parte de la eficacia de este plan de visitas proviene del conocimiento que del problema en los distintos países tiene el profesor E. M. Jellinek, consultor sobre Alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud, quien me prestó amablemente su valiosa cooperación en la ejecución del plan. De importancia no menor fueron tanto el magnífico funcionamiento de la Sección de Becas, a cargo del Dr. Eberwein, como la especial competencia y exquisita amabilidad de las personas que, en cada país, tuvieron a su cargo el arreglo de mis visitas.

Cúmpleme expresar a cada uno de ellos, así como a cada una de las personas de quienes tuve el agrado de recibir información en el curso de las visitas, mi más sincero agradecimiento.

1.4. Al informar sobre el resultado de estas visitas, me ha parecido conveniente ordenarlo de acuerdo con los distintos aspectos del problema, más bien que por país visitado.

1.5. Al preparar este trabajo para publicación hemos omitido deliberadamente la reseña sobre el itinerario del viaje, que menciona las personas entrevistadas y los centros visitados en los diversos países.

2. EL CONSUMO DE ALCOHOL COMO CAUSA DE PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA

2.1. La ingestión habitual o esporádica de alcohol puede dar lugar a problemas de salud pública por tres caminos diferentes, a saber:

(i) La embriaguez puede ser la causa de accidentes del trabajo o del tránsito, así como de traumatismos derivados de pependencias;

(ii) El consumo habitual de alcohol en cantidades excesivas da lugar, con frecuencia, a una disminución de la calidad de la alimentación, lo que acarrea consecuencias que van desde la carencia de distintas vitaminas, especialmente del complejo B, hasta síndromes, como la cirrosis hepática, debidos a falta de proteínas y de factores protectores de hígado, y

(iii) La embriaguez habitual, propia de los alcohólicos, supone incapacidad periódica del individuo, y todas las consecuencias en relación con su trabajo, con su nivel de vida y con las condiciones sociales de su familia.

Una política tendiente a disminuir los accidentes del trabajo y del tránsito, así como los traumatismos debidos a pependencias, no pueden dejar de considerar la embriaguez como una de las causas de estos hechos y por consiguiente corresponde a las autoridades sanitarias dar los pasos necesarios para evitarlos. De la misma manera, el afán de disminuir las enfermedades causadas por deficiencias nutritivas obliga a las autoridades sanitarias a procurar que el uso desmedido y habitual del alcohol, no constituya un factor de desnutrición. Por último, es obvio que interesa especialmente a los servicios sanitarios evitar, hasta donde sea posible, la enfermedad mental que el alcoholismo implica. Resulta así evidente que el consumo excesivo de alcohol debe ser combatido de un modo muy particular por las autoridades sanitarias.

2.2. Como la embriaguez ocasional, causa de accidentes y pependencias, puede ser la simple consecuencia de ingerir bebidas alcohólicas en cantidad mayor que la conveniente en una ocasión aislada, su prevención se debe abordar sin averiguar previamente si la tendencia al beber inmo-

derado es o no la consecuencia de un estado patológico.

2.3. Por otra parte, en los últimos tiempos se ha ido generalizando el criterio de que la ingestión exagerada de bebidas alcohólicas de una manera permanente o cíclica, propia de los bebedores en exceso y de los adictos, constituye una enfermedad y no es simplemente el producto de una mala costumbre. No se puede decir, sin embargo, que este criterio esté suficientemente generalizado dentro del cuerpo médico, ni menos aún entre las autoridades civiles o judiciales que tienen que preocuparse de este problema, ya sea en cuanto dictan leyes u ordenanzas de carácter general, ya sea en cuanto resuelven de un modo particular sobre los casos que se presentan a los tribunales. Parece, sin embargo, que este criterio se va imponiendo cada vez más, y poco a poco, se observa que la idea de que se trata de una enfermedad que es necesario prevenir, más que de un vicio que hay que castigar, va recibiendo creciente aceptación.

Desgraciadamente, aun establecido el criterio de que la ingestión exagerada de alcohol constituye un síntoma de una enfermedad, no existen todavía hechos clínicos ni experimentales suficientemente firmes como para poder conocer con claridad la importancia relativa que tienen en su génesis los factores de carácter orgánico (congénitos o adquiridos) y los de carácter psicológico.

Como consecuencia de este desconocimiento, no hay criterio claro sobre la posibilidad de ejercer una acción preventiva eficaz, ya sea por medio del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, ya sea por la modificación de las condiciones ambientales requeridas para disminuir su incidencia. La ausencia de un criterio uniforme para juzgar con respecto a las características de esta enfermedad explica el hecho de que sean variables los criterios existentes en los servicios sanitarios de diversos países, con respecto a la acción que deben ejercer en este sentido. En efecto, él va desde una escasa preocupación oficial por el problema, como se observa, por ejemplo, en

Alemania, Inglaterra e Italia, hasta una actividad permanente de los servicios de salubridad a este respecto, tanto en acción directa como en colaboración con instituciones particulares, como por ejemplo, en Holanda, Suecia y Suiza. Pero esta falta de un criterio uniforme determina que aun las actitudes de los servicios sanitarios y de las instituciones particulares en los diversos países, sean diferentes.

De una manera general se puede decir que la preocupación fundamental con respecto a los pacientes alcohólicos sigue siendo, hoy por hoy, la terapéutica de cada caso, la que se ejerce por curas de desintoxicación y por procesos llamados de reeducación. El uso de los términos desintoxicación y reeducación, francamente generalizado en las acciones de esta índole, significa que el criterio predominante es que en la patogenia del alcoholismo intervienen tanto un factor de carácter agudo, la intoxicación por alcohol, como otro más permanente, de carácter psicológico, que determina la tendencia a ingerir alcohol. La prevención de la afición al alcohol, por otra parte, es abordada, de un modo general, por el camino de la educación y de la propaganda, generalmente sin una orientación precisa y adecuada. La legislación de algunos países establece, además, acciones de tipo judicial destinadas a restringir el consumo de alcohol por parte de las personas que han entrado en contacto con la justicia por ebriedad ocasional o habitual. Estas disposiciones legales pueden ser consideradas, en cierto modo, como medidas preventivas de la afición al alcohol.

Analizaremos someramente las medidas vigentes en algunos países para combatir cada uno de los tres aspectos que presentan los problemas sanitarios derivados del consumo inmoderado del alcohol.

3. PREVENCIÓN DE LA EMBRIAGUEZ OCASIONAL

Las medidas tomadas en diversos países para combatir la embriaguez ocasional pueden clasificarse en dos grupos:

a) Disposiciones destinadas a disminuir las

ocasiones de consumir bebidas alcohólicas, y

b) Acciones destinadas a crear en los individuos la voluntad de limitar la bebida de manera que no alcance a producir embriaguez.

Las primeras se refieren fundamentalmente: (i) a los sitios en los cuales se expende bebidas alcohólicas; (ii) a las horas del día y a los días de la semana en que se prohíbe la venta de bebidas alcohólicas; (iii) a las circunstancias en las cuales está autorizada su venta a los parroquianos; (iv) a las cantidades y concentraciones máximas de alcohol que pueden expendirse, y (v) al precio de venta de las bebidas alcohólicas.

3.1. De un modo general, en todas partes existen disposiciones que sólo permiten la venta de bebidas alcohólicas en sitios especialmente autorizados para este objeto y mediante el pago de una patente especial, comúnmente de beneficio municipal. Para los efectos de otorgar estas patentes, las bebidas se clasifican de acuerdo con su grado de concentración alcohólica. Un establecimiento puede recibir autorización, por ejemplo, para expender cerveza y vino, y no licores. Parece que el origen de la exigencia de una autorización especial para instalar locales en que se expendan bebidas alcohólicas, ha sido la intención de distribuir de un modo racional, dentro de cada ciudad, los sitios dedicados a su venta. Sin embargo, no siempre se consigue este objeto, pues como estas patentes representan ingresos importantes para la municipalidad, con frecuencia estas corporaciones no tienen ningún interés en restringirlas. Con respecto a la limitación de las autorizaciones para la venta de bebidas alcohólicas, Finlandia se encuentra en un extremo, pues sólo se concede esta autorización en las ciudades grandes y no se permite su comercio en pequeñas aldeas o en los campos. A este propósito tuve la oportunidad de conocer una población vecina a Helsinki, Jarvenpää, de unos 4.000 habitantes, donde recientemente se había dado la autorización para la venta de bebidas alcohólicas, lo que había movido a realizar en ella un estudio de los hábitos de consumo de alcohol, antes y después de recibir esta autorización. Por

supuesto el resultado de esta investigación será de gran interés.

En muchas ordenanzas se prohíbe la ubicación de las expendidurias de bebidas alcohólicas en las proximidades de establecimientos educacionales y de sitios destinados al culto.

En algunas ciudades no se autoriza el funcionamiento de locales destinados a la venta de bebidas alcohólicas, y se reserva esta autorización a los restaurantes, es decir, a sitios en los cuales se venden, al mismo tiempo, alimentos de consumo inmediato.

Por último, existe en algunos países la prohibición de que el acceso a los sitios de venta de bebidas alcohólicas se haga directamente desde la calle, y se exige, para poder entrar en ellos, dejar sombrero, abrigo, etc. en el guardarropa. El objetivo de esta disposición parece ser evitar que quien va a un sitio donde se expenden bebidas alcohólicas lo haga de un modo accidental, simplemente porque pasó frente a un bar.

3.2. Está muy difundida la prohibición de vender bebidas alcohólicas durante los fines de semana, es decir, desde cierta hora del sábado hasta la mañana del lunes. La justificación de esta medida es que los fines de semana constituyen una ocasión excepcional de beber en cantidad que conduce a la ebriedad, por cuanto el obrero dispone del dinero del pago y de tiempo libre para concurrir a la taberna.

En Suecia existe, además, una restricción mucho más estricta en relación con las ocasiones en que se puede vender alcohol, aun en los días de semana. En efecto, no está permitido expender bebidas alcohólicas sino pasadas las doce del día, y se observa cierta tendencia a cambiar este límite a las tres de la tarde. El objeto de esta disposición es evitar que se vendan bebidas alcohólicas durante las horas de trabajo o durante las horas en que el obrero va a su trabajo.

3.3. En algunos países está prohibida la venta de bebidas alcohólicas fuera de las comidas, es decir, sólo se autoriza su venta a personas que piden comida al mismo tiempo. Esta medida es inteligente por dos razones.

En primer lugar, porque es sabido que la absorción del alcohol cuando el estómago está lleno es más lenta, y así el nivel del alcohol en la sangre es menor, en igualdad de consumo, cuando aquél se ingiere durante las comidas que cuando se halla vacío el estómago. En segundo lugar, se evita así la embriaguez ocasional, pues la actitud con respecto a la bebida es diversa en quien concurre a un sitio para comer y en quien lo hace por beber.

3.4. En algunos países existe también una limitación con respecto a la cantidad de bebidas alcohólicas que puede venderse en cada oportunidad, así como con respecto al grado de concentración alcohólica a que pueden expenderse en los restaurantes. En Suecia, por ejemplo, en ciertas horas del día los licores sólo pueden venderse diluídos de manera que la concentración de alcohol no pase del 10 o del 15 %, estableciéndose en las ordenanzas la cantidad de agua o de otro diluyente que es necesario agregar por cada unidad de bebida espirituosa.

De un modo general, las bebidas alcohólicas no destiladas (cerveza, sidra, vino), tienen en Europa concentraciones inferiores a las de Chile. Así la cerveza rara vez sube del 3 % de alcohol, y los vinos tienen en general menos de 10 %. Resulta así que la embriaguez ocasional por consumo de vino y cerveza es rara en Europa, y se produce comúnmente por el consumo de licores.

3.5. Un factor de no escasa importancia para restringir el uso de bebidas alcohólicas y evitar la embriaguez, es su precio. En Europa las bebidas alcohólicas resultan extraordinariamente caras si se comparan con cualquier otra fuente de energía y con cualquier bebida no alcohólica. No se trata de que su costo de producción sea más elevado que en otras partes, sino que a ellas se aplican impuestos muy altos. En cualquier país de Europa se paga por las bebidas alcohólicas entre 3 y 6 veces lo que se paga en Chile.

3.6. Hasta aquí hemos analizado los factores que influyen sobre las circunstancias exteriores que pueden influir en el consumo ocasional de alcohol que conduce a la em-

briguez. Es evidente que también puede obtenerse una disminución de la embriaguez por el camino de mover la voluntad de los individuos a rehuirla. Dos tipos de acciones en este sentido son la educación y las medidas punitivas.

3.7. La educación con respecto al uso del alcohol puede ser sistemática y formar parte de los diversos grados de la enseñanza, o ser circunstancial, utilizando diversas formas de propaganda. Una y otras están destinadas a crear una repulsión de la embriaguez, factor personal que se opone a la ingestión de bebidas alcohólicas en cantidad excesiva.

En la visita por los países de Europa se adquiere la impresión de que no existen líneas generales comunes que orienten las acciones de este tipo; se observa, en cambio, que, con mucha frecuencia se siguen empleando, más que una información escueta y real, métodos destinados a crear un sentimiento de terror hacia la ingestión de bebidas alcohólicas, fundado en las lesiones degenerativas de los órganos que acompañan al abuso prolongado de estas bebidas.

3.8 El criterio que orienta las medidas punitivas en los diversos países es distinto. En algunos es penada la embriaguez en sí y en otros solamente sus consecuencias delictivas. En lo que se refiere a la prevención de los accidentes del tránsito que resultan de conducir bajo la influencia del alcohol, es tal vez donde una sanción drástica ha dado resultados más evidentes. En Suecia y Finlandia, por ejemplo, nadie corre el riesgo de conducir automóvil después de haber bebido alcohol, pues la persona que es sorprendida haciéndolo con una alcoholemia alta, incurre en penas severas. El efecto de estas sanciones es tan evidente que es común observar que, en una fiesta, algunas personas no prueban bebidas alcohólicas: son los que van a conducir de vuelta y que cumplen así un turno rotativo. En estos países funcionan servicios que procuran choferes para conducir los autos de quienes han bebido. Esta política ha determinado un descenso importante de los accidentes del tránsito y, sobre todo, la influencia en ellos del factor alcohol.

4. MEDIDAS DESTINADAS A PREVENIR LAS DEFICIENCIAS NUTRITIVAS DERIVADAS DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

De un modo general, podemos decir que las medidas destinadas a prevenir las deficiencias nutritivas derivadas del consumo del alcohol, consisten en mover al individuo a no disminuir la comida por el hecho de beber. Esto puede conseguirse por educación y propaganda adecuadas, por medidas coercitivas que impidan la bebida entre comidas, y estableciendo un límite a las bebidas alcohólicas que cada individuo puede consumir en un período dado.

4.1. La educación y la propaganda en este sentido, deben formar un todo con medidas destinadas a prevenir la embriaguez y a facilitar el diagnóstico precoz de alcoholismo. Los defectos generales que hemos anotado antes con respecto a estos procedimientos de formar conciencias y orientar voluntades, son tal vez mayores en el aspecto que ahora nos preocupa que en los otros. No recuerdo haber visto destacado en la enseñanza o la propaganda el que la cirrosis hepática y las deficiencias vitamínicas que acompañan por lo general al alcoholismo se pueden evitar con raciones alimenticias suficientes, que actúan como protectores.

4.2. Ya nos hemos referido a las medidas tomadas en algunos países contra la venta de bebidas alcohólicas a las personas que al mismo tiempo no se sirven alimentos. Es evidente que estas medidas deben tener también repercusión favorable en impedir la desnutrición derivada del consumo habitual de alcohol.

4.3. En algunos países, como en Suecia y Finlandia, la ley limita la cantidad de bebidas alcohólicas que cada persona puede adquirir mensualmente. De esta manera, se procura que nadie pueda ingerir bebidas alcohólicas en cantidad tal que repercuta en forma grave en su salud, lo que hace que esta medida sea útil para evitar las deficiencias nutritivas concomitantes del alcoholismo. La experiencia ha demostrado, sin embargo, que los abstemios y bebedores moderados,

que en un principio no pedían la respectiva tarjeta de racionamiento o hacían de ella uso parcial, con el tiempo han ido adquiriendo la totalidad de lo permitido. Así, lo que ellos no beben ha alimentado un mercado semi-clandestino del alcohol que permite a los bebedores consumir mayor cantidad que la autorizada. Este mismo mercado representa una compuerta por donde obtienen alcohol las personas que, por tener problemas derivados de su alcoholismo, han sido privadas, por resolución judicial, de su tarjeta de racionamiento. Se trata de una medida teóricamente buena, que en la práctica ha resultado de una eficacia discutible.

4.4. El enriquecimiento de la harina de trigo con tiamina, riboflavina y niacina, que se ha establecido en algunos países, ha representado una disminución significativa de la frecuencia de las carencias de estas vitaminas observadas en los alcohólicos.

4.5. En la prevención de las carencias vitamínicas y de la cirrosis hepática, las organizaciones que permiten un tratamiento oportuno del alcoholismo, representan un recurso de gran importancia.

5. PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO

La prevención del alcoholismo requiere medidas de diverso orden. De un modo general, las acciones sanitarias pueden actuar sobre el ambiente que favorece su aparición y sobre los casos individuales.

Las acciones ambientales no difieren en lo fundamental de las señaladas anteriormente para combatir el consumo excesivo de alcohol. Analizaremos a continuación las acciones que actúan sobre el individuo mismo, y están destinadas a conseguir el diagnóstico precoz y la terapéutica oportuna.

5.1. La idea de preconizar el diagnóstico precoz y la terapéutica oportuna de cualquier enfermedad, nace del conocimiento de que ésta cumple las siguientes condiciones: a) evoluciona durante un tiempo en forma asintomática o levemente sintomática; b) si se abandona a sí misma, evoluciona hacia

fases graves, y c) detiene su evolución por un tratamiento eficaz en los períodos iniciales.

Esto es evidente en algunas enfermedades infecciosas de curso crónico, como la tuberculosis y la sífilis, así como en el cáncer. ¿Puede decirse lo mismo con respecto al alcoholismo? La impresión general—sin que existan elementos firmes que la sustenten—es que lo dicho es válido también en el caso de esta enfermedad.

El problema de la prevención del alcoholismo equivale así a conseguir: a) precisión con respecto a los elementos del diagnóstico precoz, y b) terapéutica eficaz en los períodos iniciales.

5.2. Es necesario señalar previamente que hay dos criterios con respecto al destino de los bebedores en exceso, criterios que aparecieron claramente diferenciados en el Primer Seminario Europeo sobre Alcoholismo auspiciado por la OMS (Copenhague, 22 oct. a 3 nov. 1951). Según algunos, todo individuo que bebe habitualmente en cantidades excesivas, tarde o temprano llega a ser un adicto al alcohol; en cambio, para otros, es común observar individuos que beben habitualmente en forma que puede considerarse excesiva aun durante decenas de años, sin que lleguen nunca a ser adictos.

La impresión general es que el bebedor en exceso que no llega a ser adicto, se observa con frecuencia en los países en que se consumen habitualmente bebidas de bajo grado alcohólico (sidra, cerveza, vino), mientras que parecen ser más escasos, o aun excepcionales, en los países en que se bebe de preferencia licores.

Es posible que la diversidad de criterios sustentados por autoridades indiscutibles, tenga su origen tanto en la población de bebedores que forma la experiencia de cada uno, como en el diverso significado que cada cual da a la condición de adicto al alcohol.

5.3. Se comprende que, si se acepta el primer criterio, todo bebedor en exceso representa un adicto en potencia y, por consiguiente, no se plantea dificultad en el diagnóstico precoz del alcoholismo. En cambio, si se considera exacto el segundo

punto de vista, será necesario precisar los elementos que permiten el diagnóstico diferencial en las etapas iniciales, para poder separar, de entre los bebedores habituales de una población, los que están en una fase inicial del alcoholismo de los que no pasarán de la condición de bebedores en exceso no adictos.

Si comparamos, a este respecto, el alcoholismo con las enfermedades infecciosas de curso crónico, podemos ver que, mientras en el segundo caso la tarea consiste en reconocer entre los individuos aparentemente sanos aquellos en que la enfermedad está evolucionando ocultamente, en el primer caso se trata de reconocer entre individuos que presentan el mismo síntoma, (embriaguez habitual) aquellos en los cuales está evolucionando un alcoholismo en su estado inicial. Poco se habría avanzado en el diagnóstico oportuno de la sífilis latente de no haberse descubierto la seror-reacción de Wassermann, y en el de la tuberculosis, de no existir los rayos X y la búsqueda de bacilos en el contenido gástrico. Surge entonces la pregunta de si existe, en relación con el alcoholismo, algo que pueda desempeñar el papel de estos elementos de diagnóstico.

Formulé esta pregunta a numerosos expertos durante mi viaje, y puedo decir que lo único positivo que pude obtener como respuesta, es que puede establecerse sólo un diagnóstico de sospecha, en los casos en que la embriaguez habitual va acompañada de las siguientes condiciones: (a) personalidad psicopática característica, y (b) claros antecedentes hereditarios de alcoholismo. Ni una ni otra condición están suficientemente precisadas; sin embargo, parecen constituir, hoy por hoy, el único criterio de diagnóstico en fases anteriores a la aparición de los síntomas característicos del alcoholismo.

5.4. La educación y la propaganda pueden prestar una ayuda importante al diagnóstico precoz del alcoholismo. En efecto, debe difundirse ampliamente, en especial entre los jóvenes, la idea de que cualquiera puede ser un adicto potencial al alcohol y que debe

sospecharlo si siente en ocasiones un deseo imperioso de tomar bebidas alcohólicas. Es necesario que todo joven sepa que en tales casos debe recurrir a un médico capacitado para ayudarlo.

No podemos decir que este aspecto de la enseñanza y de la propaganda sobre los peligros de alcoholismo esté suficientemente difundido en Europa.

5.5. ¿Puede decirse que existe alguna experiencia concerniente a la terapéutica eficaz en los períodos iniciales? La idea general es que, actualmente, la única terapéutica eficaz del alcoholismo es la psicoterapia, ayudada o no de disulfiram,* de cura de reflejos condicionados o de la colaboración de asociaciones del tipo de "Alcoholics Anonymous". De un modo general, la experiencia que existe sobre la eficacia de estos procedimientos terapéuticos, nace de su empleo en estados que deben considerarse avanzados, de manera que no existe prueba de que, cuando estos tratamientos se aplican en períodos iniciales, su eficacia sea mayor y logre romper la cadena evolutiva de la enfermedad.

5.6. La impresión general recogida respecto al diagnóstico y tratamiento precoces del alcoholismo, es que una de las dificultades fundamentales que se oponen a su prevención como una tarea de los Servicios Sanitarios, es la falta de precisión y de seguridad, tanto de los procedimientos del diagnóstico oportuno como de las acciones terapéuticas.

6. LOS CRITERIOS CURATIVOS DEL ALCOHOLISMO

Como se ha dicho, la preocupación general de los Servicios Médicos con respecto al problema del alcoholismo crónico está dirigida a su tratamiento, el que consiste, en general, en desintoxicación y reeducación.

6.1. De un modo general, el alcohólico ingresa a una clínica en un estado de grave deterioración física y social, resultado de un período continuado de abuso de la bebida. En el deterioro físico representan un papel

* Antabus.

importante algunos estados carenciales. Así, se observan con frecuencia polineuropatías, pelagra, hipoproteinemia y anemia. Al mismo tiempo, el paciente puede presentar una psicosis en cuya génesis intervinieron tanto las carencias como la acción del alcohol. Es evidente que esta situación puede remediarse fácilmente por medio de una dieta y una complementación vitamínica adecuadas, pues el efecto tóxico agudo del alcohol desaparece con el descenso espontáneo de la alcoholemia. El criterio con respecto a la conducta que debe seguirse a este respecto es suficientemente uniforme.

6.2. No sucede lo mismo con respecto a la conducta posterior, la que corresponde más bien al tratamiento de la deterioración social del individuo.

Para algunos, su terapéutica debe hacerse por medio de una reclusión, prolongada, por lo menos un año, durante el cual el individuo no ingiere bebida alcohólica alguna y trabaja de acuerdo con sus aptitudes. Este es el criterio predominante, por ejemplo, en Suiza.

Para otros, el tratamiento de la deterioración social debe hacerse por medio de una adaptación del paciente a su vida normal, lo que sólo se consigue devolviéndolo, tan pronto como sea posible, a su medio habitual, donde debe quedar sometido a una vigilancia estricta con respecto al consumo de alcohol. Esta vigilancia requiere una acción combinada de la familia y de los servicios asistenciales. Este segundo criterio prevalece en los países escandinavos y en Holanda.

En ambos casos, pero especialmente en el segundo, el paciente necesita ayuda para abstenerse del alcohol, puesto que la bebida representa para él una tentación difícil de resistir. Esta ayuda se ejerce por medio de psicoterapia, asociada o no con el uso de disulfiram. Parece que para el alcohólico ninguna psicoterapia es más eficaz que la pueden ejercer los ex-alcohólicos que se han rehabilitado y realizan una vida normal. En efecto, para el paciente es un apoyo de gran valor adquirir conciencia de que su situación no es ni excepcional ni desesperada. De aquí

la importancia de la organización de origen norteamericano llamada "Alcoholics Anonymous", que empieza a funcionar en algunos países europeos, con una adaptación de sus métodos a las idiosincrasias nacionales.

6.3. Las razones que abonan uno u otro criterio pueden esquematizarse como sigue: los que abogan por la necesidad de la reclusión prolongada, sostienen que durante el primer año de abstinencia es muy escasa la eficacia de la vigilancia tanto familiar como asistencial o de "Alcoholics Anonymous", sea o no ayudada por disulfiram. Por eso las recaídas resultan frecuentes durante este lapso. En cambio, cuando el individuo ha vivido un año sin beber alcohol, ha adquirido conciencia sólida de que sin él mantiene un estado de bienestar y una capacidad de trabajo que le permiten recuperar su posición social de una manera definitiva.

Los partidarios de lo que podríamos llamar el tratamiento ambulatorio del alcoholismo crónico, sostienen que una reclusión prolongada agrava la situación de desconexión familiar y social, que es una de las características fundamentales de la deterioración social del alcohólico. En efecto, la ausencia prolongada desconecta al individuo de sus medios habituales de trabajo, que muchas veces resultan después difíciles de recuperar y, además, contribuye a agravar su situación doméstica, en cuanto la familia se acostumbra a desenvolverse sin el paciente, que muchas veces debía ser su jefe. Es frecuente que, al volver el paciente a su hogar se encuentre en una situación de menosprecio, que es un factor psicológico que favorece las recaídas. Quienes sostienen esta posición, tienen mayor confianza en la posibilidad de defender al alcohólico de la recaída, confianza fundada en una mayor fe en la eficacia de las acciones combinadas de carácter asistencial, judicial y terapéutico.

Conviene analizar por separado cada una de estas medidas de ayuda al alcohólico a que nos venimos refiriendo.

6.4. La acción de los Servicios Asistenciales consiste en la vigilancia permanente del

alcohólico y de su familia por medio de personal especializado. Tal vez el país donde esta labor ha llegado al mayor grado de perfección es, hoy por hoy, Holanda. Ese país dispone de un cuerpo de asistentes sociales especialmente preparados, que mantienen contacto permanente con los alcohólicos, orientan a las familias con respecto a la actitud que deben adoptar con el paciente, y ejercen sobre él, de un modo permanente, acciones tanto de carácter psicoterápico como de vigilancia, las que significan una real protección contra la recaída. Es interesante señalar que estos asistentes sociales dependen de instituciones privadas que reciben un apoyo económico substancial de parte del Estado. Si bien no se dispone de informes estadísticos simples que permitan juzgar objetivamente la eficacia de estas acciones, la impresión que se recoge en las conversaciones con las personas responsables, es que es realmente eficaz.

Al juzgar los resultados obtenidos en Holanda, no se puede alejar de la mente el hecho de que este país sufrió, durante los años de ocupación, de una restricción drástica del consumo de alcohol que produjo una gran disminución de los casos de alcoholismo crónico. Los casos nuevos han venido apareciendo después de un modo paulatino, y han encontrado servicios asistenciales muy bien dotados para atenderlos. Los asistentes sociales disponen así del tiempo necesario para atender, con real eficacia, cada uno de los casos que son puestos a su cuidado. Es difícil saber cuál sería el rendimiento de un servicio de esta naturaleza en un país con una tasa elevada de alcoholismo crónico, pues en tal caso surge necesariamente la alternativa de tener muchos asistentes sociales capacitados o tener muchos pacientes por cada uno. Esta es la situación de Chile.

6.5. La impresión general que se recoge al conversar con psiquiatras que tratan directamente a los alcohólicos, es que sólo es posible utilizar una psicoterapia superficial, practicada en sesiones espaciadas, y prolongada por un tiempo bastante largo. Existe consenso en que la psicoterapia del

médico puede ser respaldada eficazmente por la acción de asistentes sociales especialmente preparados, así como por la colaboración de ex-alcohólicos pertenecientes a organizaciones tipo "Alcoholics Anonymous". Asimismo los médicos refuerzan habitualmente su psicoterapia con la administración sistemática de disulfiram, o con curas ocasionales de apomorfina o emetina.

6.6. El uso del disulfiram en el tratamiento del alcoholismo crónico ha alcanzado un incremento decidido en los países de Europa en los últimos tiempos. Su empleo es especialmente importante en Dinamarca, país donde se descubrió y donde se precisaron sus indicaciones y su posología. El uso sostenido de este medicamento, que convierte al alcohol en un tóxico, produce en los pacientes un temor de base orgánica con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, lo que significa una ayuda de primera importancia para evitar la bebida de las dosis iniciales de la recaída.

La experiencia ha mostrado que la dosis de este medicamento necesaria para obtener efectos favorables es inferior a la que se creyó en un principio. Es común, por otra parte, que el plan de tratamiento indique un descenso paulatino de las dosis a medida que se observa una mayor firmeza en la curación. En esta forma se suele llegar a dosis cuyo efecto de transformar el alcohol en tóxico, es discutible, de modo que uno se pregunta hasta qué punto este medicamento es más, en ciertos casos, que un recurso psicoterápico.

En Dinamarca, el tratamiento de disulfiram es impuesto generalmente por la autoridad judicial, de modo que los pacientes que se encuentran en libertad condicional deben ir a la estación de policía y recibir allí diariamente la dosis de este medicamento.

El uso de dosis inferiores a las primitivas y el conocimiento más completo de sus contraindicaciones y peligros, han sido causa de una disminución franca de los accidentes ocasionados por la ingestión de disulfiram

junto con alcohol. En los últimos tiempos no se notificaron casos fatales.

6.7. No es intención de este informe referirse en detalle a los tratamientos llamados de reflejos condicionados.

7. INDICES REPRESENTATIVOS DE LA IMPORTANCIA DEL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO

7.1. Es difícil encontrar índices que permitan comparar el grado de gravedad del problema del alcoholismo en los diversos países. En efecto, la expresión estadística del alcoholismo agudo y de sus consecuencias en accidentes del tránsito y del trabajo o en pendencias, varía con el criterio que las distintas disposiciones legales adoptan para apreciar la embriaguez, tanto en sí misma como en sus consecuencias, así como varía también de acuerdo con la idiosincrasia de las naciones. La incidencia de las complicaciones nutritivas ocasionadas por el alcoholismo es también variable en los diversos países según las características de los hábitos de alimentación y de bebida. Por último, la proporción de alcohólicos crónicos en una población es difícil de apreciar, pues, no siendo el alcoholismo una enfermedad denunciada, sólo se dispone de las cifras de admisión en los hospitales, dato que depende del criterio local para ordenar la hospitalización de los pacientes. Los esfuerzos muy loables del Prof. E. M. Jellinek por buscar un método estadístico que proporcione una información indirecta sobre el alcoholismo en cada país, le llevaron a establecer una fórmula que da una idea aproximada; pero, por supuesto, no puede resolver obstáculos insalvables.

7.2. Las dificultades no son tantas cuando se buscan índices que sirvan para conocer la evolución del problema del alcoholismo en un determinado país en relación con las medidas puestas en práctica para prevenirlo o combatir sus consecuencias.

7.3. El dato estadístico que primero viene a la imaginación para este objeto es el consumo de alcohol *per capita* de la población objeto de estudio. Se supone *a priori* que a

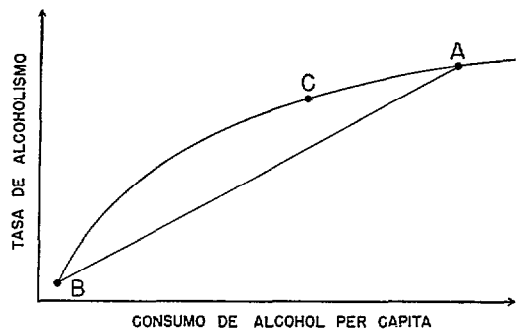
una disminución del consumo global de alcohol ha de seguir una disminución paralela del alcoholismo. Más aún, la generalización de esta idea ha llevado a pensar que basta disminuir el consumo total de alcohol para prevenir el alcoholismo.

Esta línea de pensamiento llevó a muchas organizaciones antialcohólicas a obtener, por cualquier procedimiento, un descenso del consumo de alcohol de la población. La observación de los efectos obtenidos por la restricción del consumo de alcohol durante los últimos conflictos bélicos en Europa, parece dar la razón a quienes piensan de esta manera. Así por ejemplo, en Francia, durante la ocupación alemana de la última guerra, se impuso una restricción drástica de la venta de alcohol y al mismo tiempo se observó una disminución significativa de la incidencia de los problemas propios de su consumo habitual.

Conviene pues analizar el significado de los cambios del consumo global de alcohol en un determinado país como índices de cambios de la gravedad del problema del alcoholismo. Si en un sistema de coordenadas cartesianas tomamos como abscisa el consumo de alcohol *per capita* y como ordenada la tasa de alcoholismo (Fig. 1), se puede expresar la situación normal de Francia por el punto A y la situación durante el período de ocupación, por el punto B.

De la ubicación de estos dos puntos no se sigue que la tendencia sea una recta. Todo hace pensar, al contrario, que ha de existir en la curva representativa del fenómeno un

FIG. 1



punto C, ubicado por encima de la recta A—B. En efecto, sabemos que las circunstancias que dan lugar a una restricción del consumo de cualquier producto (escasez, precio alto, dificultades de su adquisición, etc.) ejercen primero su efecto en los individuos que tienen menor deseo de consumirlo. En el caso del alcohol, este principio general nos lleva a sospechar que las medidas que sólo disminuyen el consumo global de alcohol, van a repercutir en primer lugar en una disminución de su consumo por las personas en las cuales el deseo de beber no es fuerte, o sea, precisamente por aquellos individuos en los cuales la bebida no ocasiona problema alguno.

En este sentido habla el hecho de que en algunos países, por ejemplo, Suiza, en que se produjo una disminución significativa del consumo de ciertas bebidas alcohólicas, no compensada por un aumento del consumo de otras bebidas alcohólicas, no se tiene la impresión de que este descenso haya sido seguido de una disminución proporcional de la incidencia del alcoholismo.

De esto resulta que el estudio de las variaciones del consumo de alcohol de una población está lejos de traducir fielmente las de la frecuencia de los efectos del alcohol, y muy especialmente del alcoholismo. Dicho de otra manera; puede ocurrir una disminución del consumo global del alcohol sin una baja paralela de la proporción de alcoholismo; y, al revés, no sería imposible obtener una reducción significativa de la tasa de alcoholismo sin que ocurriera concomitantemente una disminución apreciable del consumo global de alcohol. Resulta así evidente que la modificación del consumo de alcohol *per capita* no puede ser un índice de la evolución del problema, ni constituye el *desideratum* de una lucha antialcohólica.

7.4. Es norma general buscar índices que traduzcan la evolución de un determinado fenómeno, que expresen lo más directamente posible los procesos objeto de estudio. No hay razón para que este principio general no se aplique en el caso de los problemas derivados del alcohol.

Así, las variaciones de la tasa de detenciones judiciales por embriaguez será un índice fiel de los cambios de la incidencia de la embriaguez misma, siempre que durante el período analizado no haya cambiado el criterio que se aplica para detener o no a un ebrio, ni los procedimientos puestos en acción para su pesquisa.

Para juzgar el éxito que las medidas destinadas a evitar que se conduzca vehículos a motor bajo la influencia del alcohol han tenido sobre la frecuencia de accidentes del tránsito, será necesario obtener informes estadísticos de la tasa de accidentes, clasificados según que haya o no habido en él participación de conductores cuya conducta estaba alterada por el alcohol. Otro tanto puede decirse del análisis de los efectos de una campaña de este orden sobre los accidentes del trabajo y sobre las lesiones producidas en pependencias.

La repercusión nutritiva del consumo inmoderado del alcohol puede ser puesta de relieve por la incidencia de la cirrosis hepática tratada en los servicios hospitalarios, siempre que, como se comprende, se determine en cada caso el papel que el alcoholismo ha tenido en su génesis.

Por último, la evolución de la incidencia de las diversas formas de alcoholismo crónico puede ser conocida a partir del número de casos atendidos en servicios abiertos y cerrados, siempre que en el período analizado no haya habido cambios en las facilidades de atención o en el criterio para ordenar la atención prestada a los pacientes en este tipo de servicios.

7.5. En resumen, al realizar una campaña sistemática para evitar las consecuencias patológicas que derivan del uso del alcohol, se deben recoger al mismo tiempo, los informes estadísticos necesarios para conocer la evolución de cada una de las consecuencias del alcohol. De ningún modo será suficiente conocer sólo los cambios del consumo de alcohol *per capita* en la población analizada.

7.6. La impresión general que se recoge con respecto a los informes estadísticos re-

ferentes a los problemas sanitarios derivados del consumo de alcohol en los diversos países de Europa es que, salvo algunas excepciones, no existe todavía una sistematización conveniente de informes que permita conocer

la magnitud de los diversos problemas derivados del alcohol y, por consiguiente, proporcionar informes sobre la eficacia de las medidas que se han puesto o pondrán en práctica para combatirlo.