



Complex Socio Sanitari i de Formació Laboral "Sant Miquel de Maifré".
Osor 17166

Tel/fax: 972.43.03.10
E.mail: fontpi@suport.org

“La humanidad prefiere ver gestos que oír razones”

TEMA: ALCOHOLISMO (I).

Nietzsche.

1 - INTRODUCCIÓN:

El consumo de alcohol y la enfermedad alcohólica (bebidas alcohólicas en todos sus tipos y derivados con sus consecuencias para la salud) es hoy motivo de estudio en múltiples disciplinas científicas, desde la Historia (Arqueología, Prehistoria, Antigüedad hasta nuestros días) la Sociología, la Medicina (Psiquiatría, Neurología, Farmacología, Endocrinología, Cardiología, Digestivo, Medicina preventiva, Laboral, etc.) la Psicología, la Química a la Antropología y muchas otras Ciencias de la Salud y el Trabajo, pero de escasa preocupación académica (no se encuentra en los planes de estudio ni en Medicina) tanto como jurídica (estancada en preceptos de mediados del siglo xx) y política si se tiene en cuenta las dimensiones sociales del fenómeno en la Europa Comunitaria, donde a pesar del reconocimiento moral para su ocultamiento, destaca en el 9% del total de causas de muerte, el 40% de la totalidad de los accidentes de tráfico, el 8% en las complicaciones u asociaciones con otras enfermedades como la diabetes, la hipertensión, la aterosclerosis y la cirrosis; está última con mas del 70% de los casos debidos al alcohol.

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol tuvieron cierto interés en época de egipcios, griegos y romanos (Las bebidas fermentadas con sus usos y sus consecuencias) pero tuvieron un tiempo prolongado de silencio dominado por las ideas mágicas y religiosas hasta casi finalizado el siglo XIX. El desarrollo industrial, la generalización del pensamiento científico y el desarrollo de las ciencias médicas sentaron las bases para entender de otra manera a los bebedores problemáticos, a los denominados borrachos empedernidos y a la ebriedad en general. La crisis de los años 20, la Ley Seca y el surgimiento de las mafias colocaron el problema del alcohol en el primer plano de prioridades para muchos gobiernos de los EEUU. En 1928 surgió la primera organización de autoayuda AAAA y a partir de 1950 los primeros trabajos científicos relacionados con la alcoholología y los trastornos de la personalidad.



2 – BREVE RESUMEN HISTÓRICO:

Tradicionalmente el OH ha sido producido por fermentación (vinos, cervezas, sidra, chicha, etc.) y esta habilidad se remonta a la época primitiva, (Neolítico) cuando el Hombre fabricó los primeros recipientes de arcilla donde pudo guardar frutos o granos y por ende fermentarlos para consumir su producto(10.000 años). El vino de uva se sitúa en Armenia 6.000 años antes de Cristo.

Este corto razonamiento ilustra de alguna manera la importancia que ha tenido para las civilizaciones europeas el consumo de bebidas fermentadas con alcohol durante miles y miles de años hasta la actualidad. La fermentación de la uva se extendió de tal manera que prácticamente la totalidad de las culturas mediterráneas del Norte cultivaron la vid y en nuestro tiempo aún algunas variantes, representan sectores importantes y pujantes de producción como en Catalunya, La Rioja, Navarra, Castilla, Galicia, etc. Se puede afirmar sin cortapisas que el vino y sus derivados llevados a ebullición (ratafia, Málaga y oportos) fueron “ingredientes básicos” de la dieta en las culturas mediterráneas.

Otra fuente para la producción de OH la sitúan en el “agua-miel” fermentada en la península Ibérica (a partir de pinturas rupestres) aunque su extensión y consumo generalizado se observó en las islas Británicas.

Se dice que la fermentación (haya sido de frutos, cereales, saliva, etc) provocó lo que se conoce como PRIMERA GRAN OLEADA DEL ALCOHOL y este concepto es discutible. Este concepto sirve para el estudio de la historia, pero nadie hoy en día se puede llegar a creer que los productos “espirituosos” o la sustancia base haya tenido tanta importancia en las relaciones entre pueblos de aquellos tiempos ni su consumo haya repercutido tanto en sus costumbres. Si, cabe destacarse, que en el actual Irak (antigua Mesopotamia) ya existían para las “Tabernas” donde se consumía vino de dátíl, normas que penaban con tirar al mar a quienes adulteraran el vino con agua. Estas normas que no se observaron para otras sustancias psicoactivas también conocidas y usadas en la época, ponen de manifiesto miles de años después, la importancia de las bebidas fermentadas y de su demanda, entonces igual o mayor que su oferta. En aquellos tabernáculos se ofrecía vino y el servicio de prostitutas.



En el Antiguo Egipto también se conoció desde muchos siglos antes de JC el consumo regular y normativo de las bebidas fermentadas. Si bien para las celebraciones y fiestas la nobleza consumía vino, la bebida nacional era la cerveza que se llegaba a repartir por norma hasta para los niños en la escuela.

Las bebidas alcohólicas, producto de la fermentación de los azúcares (glucosa) rara vez superaron una concentración del 15% de alcohol en el total del líquido y su comercio solía estar restringido al consumo local, dado que en el transporte, vino que se agita se transforma mucho más rápidamente en vinagre perdiendo sus cualidades. También fueron africanos árabes y quizá egipcios quienes conocieron y destilaron el alcohol, separándolo del agua para producir bebidas con mayores concentraciones a finales del primer milenio después de Cristo y posibilitar su transporte. (Año 800-900)

Durante la Edad Media el comercio del vino y los licores estuvo bajo el práctico control de la Iglesia Católica y sus Monasterios, en donde se situaron los primeros establecimientos que hoy se conocen como “farmacias” o “boticas”. No en vano el vino de uva fue sacralizado en cada comunión como Sangre de Cristo, Hijo de Dios. Y también fue Ramón Llull (Mallorca 1233-1315) monje y alquimista, el primero que en la Europa Occidental describió las técnicas para la destilación del alcohol, describiendo sus características físico-químicas denominándolo “Agua de la Vida”, ya que entendía como varios de su tiempo, era el factor que la prolongaba y ponía a las personas a salvo de las pestes y las epidemias. Y se puede decir que la práctica totalidad de las bebidas destiladas, con concentraciones por encima del 20% de alcohol y muchas en el 40-45% que se conocen en la actualidad, surgieron de los monasterios: whisky, brandys, agua del Carmen, licores, orujos, anises, etc. Se considera a este período de “concentración y facilidad para el transporte en Europa y el Mediterráneo a mayores volúmenes de alcohol” como la SEGUNDA OLEADA DE ALCOHOLIZACIÓN.

Durante este período las conductas de abuso y el alcoholismo siguieron siendo tratados de acuerdo a las Normas Morales de origen mágico religioso. Posesión demoníaca, fragilidad de la Voluntad, Vicio de seres despreciables, etc; como al resto de las enfermedades mentales, que al fin y al cabo fueron asuntos relacionados con la Seguridad Pública y el Derecho Divino controlados por autoridades militares, terratenientes o representantes de la Iglesia. (Lázaro de Tormes)



Y a la segunda oleada de alcoholización vino la TERCERA con el descubrimiento de América (1600 hasta 1900) con los nuevos horizontes comerciales, el desarrollo de los imperios ultramarinos y la revolución industrial. Si en el siglo XIX se bebía en el Norte Europeo y las Islas Británicas más ginebra de lo que se comía de carne y de pan, en España hasta bien avanzado el Siglo XX, el vino representaba ser el componente principal de la dieta desde la infancia. Y no sería un disparate afirmar que aquella ebriedad al fin y al cabo, no era considerado el peor mal en esos tiempos y sitios, para aquellas millones de vidas desgraciadas que tenían como horizonte la muerte antes de los 40 años con sus hambrunas, sus pestes, brazos y esfuerzos hasta de niños, condenadas a la superexplotación en fábricas, en las minas o en la miseria más pura y más dura. Podemos imaginar la Europa de los XVIII y XIX como podemos ver en vivo y en directo el África o la América del Sur del XXI. Las adicciones no fueron ayer ni lo son hoy para esos modelos de sociedad, los problemas más acuciantes.

En el siglo XX estallan las grandes Guerras en Europa y entre una y otra los EEUU de Norteamérica adquieren el protagonismo y la hegemonía militar el mundo. El protagonismo del alcohol pierde fuerza después de la experiencia norteamericana entre 1918 y 1933 caracterizada por la Prohibición de la venta y el consumo de alcohol, conocida como “Ley Seca”. A partir de la prohibición, el negocio ilícito afectó hasta al mismo gobierno y la criminalidad se disparó a niveles impensables; el Estado cedió sus beneficios en impuestos a las mafias y desde entonces los norteamericanos se rindieron al culto de la sustancia hasta casi finalizado el siglo XX. Su producción cinematográfica inundó de propaganda alcohólica al resto del mundo que se impuso por sobre las culturas de consumo regional (patrones de consumo con aceptación social) se dislocaron siguiendo el modelo de Hollywood con lo cual se produjo LA CUARTA OLEADA DE ALCOHOLIZACIÓN Y GLOBALIZACIÓN.

Le experiencia norteamericana durante los años 20 del siglo pasado tuvo su importancia, dado se adelantó a las políticas moderadoras más actuales y significó abrir el grifo en las sociedades industrializadas y equilibradas, durante un período de desarrollo industrial, de mejora en las condiciones de vida y en las comunicaciones para millones de seres humanos, de enormes magnitudes que más tarde se analizarán..



3 - LA MEDICINA Y EL ALCOHOL.

Los médicos han sido durante siglos y siglos, reticentes de reconocer en el alcohol y en otras drogas una capacidad de generar “por si mismas” una enfermedad mental, pese a ser el colectivo profesional que desde sus múltiples disciplinas han tratado a las enfermedades derivadas de su consumo y abuso. Pese a ello y durante siglos, los médicos hicieron uso del alcohol como reconstituyente, tónico o como sedante y hasta casi finalizado el siglo XX las soluciones alcohólicas de jarabes para la tos, para el control del vómito, para la diarrea o el dolor se encontraban en las farmacias de muchos hospitales. En la actualidad (2006) el alcohol hospitalario se utiliza – exceptuando su uso antiséptico en cirugía - casi en exclusividad dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos para la prevención del Delirium Tremens en pacientes alcohólicos.

En Obstetricia y hasta hace muy pocos años, (1970) el alcohol estuvo indicado para la prevención del parto prematuro como inhibidor de la matriz; y en la actualidad, muchos estudios de expertos reconocidos (2004-05) “recomiendan” a los médicos de familia prescribir el consumo moderado de vino o de cerveza para la prevención de las enfermedades cardíacas y el cáncer digestivo.

Todo lo anterior pone de manifiesto un dato claro: No existió en la comunidad científica un acuerdo contundente para definir el concepto de alcoholismo hasta casi finalizado el siglo XX y se puede afirmar que este mismo concepto, se encuentra hoy en permanente revisión y profundización por cuanto nos ajustaremos a definir los patrones históricos clásicos desde la antigüedad.

4 - DEFINICIÓN DE ALCOHOLISMO.

En la antigua Grecia Plutarco ya escribía que los “ebrios engendran ebrios” y en el Egipto de los Faraones existía un tratamiento para los bebedores compulsivos de cerveza. El concepto de “pérdida de control”, como la diferencia entre deseo y compulsión por consumo ya fueron descritos en el siglo XVIII. En el siguiente los Dres. Trotter y Rush asociaron a la embriaguez crónica con una enfermedad mental y Bruhl introdujo el concepto de *dipsomanía*.

En el siglo XIX el **Dr. Magnus Huss** (Noruega) definió en grandes rasgos al alcoholismo tal cual se conoce hoy al **alcoholismo crónico o alcoholismo clínico**; o sea por las consecuencias mentales, neurológicas y orgánicas en general, producidas por el consumo prolongado e intenso de la sustancia.



El concepto de **dipsomanía** se mantuvo hasta bien entrado el siglo XX como la enfermedad mental básica de fondo emparentada a la epilepsia , que provocaba la dependencia alcohólica. El Dr. Kraepelin (1905) ya describió también el proceso de habituación, de debilidad creciente de la voluntad y los fracasos en el control de consumo para los dipsómanos.

Louis Pasteur (1822-1895) biólogo y químico francés padre de la microbiología y descubridor de la vacuna para la rabia; en el campo de la industria alcohólica estudió las levaduras y el fenómeno de la fermentación de vinos y cervezas siendo el precursor de los modernos tratamientos a vinos de calidad. Desarrolló la óptica (microscopio óptico) y descubrió los isómeros de las cadenas carbonadas en el ácido tartárico y racémico. Los descubrimientos de Pasteur significaron darle mas vida útil a la leche (pasteurización) y también se aplicaron al ámbito de la producción de bebidas y a la mejora en la calidad y comercialización de los productos. Se dice que Pasteur fue de los primeros investigadores que revolucionaron un sector de la producción agro-industrial.

Pocos años mas tarde **Santiago Ramón y Cajal** (1852-1934), histólogo y premio Nobel español conocido por su trabajo pionero sobre la estructura fina de la célula nerviosa (glía) demostró la discontinuidad celular de las neuronas como unidades funcionales y anticipó el mecanismo de propagación del impulso nervioso.

Nacido en Aragón, estudió medicina en la Universidad de Zaragoza y cursó el doctorado en Madrid. En 1889 descubrió los mecanismos que gobiernan la morfología y los procesos conectivos de las células nerviosas de la materia gris del sistema nervioso cerebroespinal. Durante los siguientes dos años desentrañó los cambios básicos que experimenta la neurona durante el funcionamiento del sistema nervioso. Fue también el primero en aislar las células nerviosas, llamadas células de Cajal, que se encuentran cerca de la superficie del cerebro. En 1892 se instaló en Madrid y fue nombrado catedrático de histología de la universidad de Madrid, donde trabajó y prolongó su labor científica hasta su muerte. **Cajal inició el camino de las neurociencias en España** que luego desarrollara el Dr. Gregorio Marañón.

La obra de **Durkheim** (Las reglas del Método Sociológico) fue traducida al castellano en 1912 y desde entonces se puede afirmar existe la Sociología como entidad propia en todo Occidente. Pero en ese entonces ni las escuelas de medicina sabían de sociología ni las de arquitectura de medicina. Las ciencias caminaron durante bastante tiempo sin tener presente a la interdisciplinariedad.



Y Durkheim decía cosas como las siguientes: “Las vías de comunicación *determinan* de forma imperiosa el sentido en que se realizan las migraciones interiores y los intercambios y hasta la intensidad de los mismos..// Esas maneras de ser no son otra cosa que maneras de ser consolidadas...// El tipo de vivienda que se nos impone no es otra cosa que *el modo en que se han acostumbrado a construir* las casas las personas que nos rodean y en parte, las de generaciones anteriores....// ... pero una regla jurídica es una ordenación no menos permanente que un tipo de arquitectura (orgánica) y sin embargo constituye un hecho fisiológico rotundo. Una sencilla máxima moral es mas maleable, pero tiene formas mucho mas rígidas que un simple uso profesional o una moda. “

En 1946, los acuerdos posteriores al final de la Segunda Guerra Mundial inician en el seno de las Naciones Unidas importantes intercambios que determinan la creación de organismos rectores o consejeros para la adopción de políticas sanitarias en los estados miembros que quedan bajo la opinión de los mas poderosos EEUU y la extinguida URSS. La organización Mundial de la Salud (OMS) trata el asunto del Alcoholismo y en 1952 adopta con muchas restricciones los criterios aportados por el Dr. Jellinek, considerado hoy, el “padre de la alcoholología moderna”.

La OMS definió al alcoholismo como **dependencia alcohólica** fuese regular o irregular, y mantuvo el concepto de alcoholismo crónico con o sin dependencia al alcohol, por las enfermedades producidas tras el consumo prolongado e intenso.

Entre los años 1960 y 1990 el tema del concepto “alcoholismo” ha estado en permanente discusión y controversia mas por intereses que por razones, dado se utilizaron y utilizan los mismos argumentos para calificar a una sustancia de “droga peligrosa” y prohibir su comercialización, como para autorizar otra de similares exaracterísticas o hasta aconsejarla. Y así dijeron y dicen : “siguió sin desvelarse un asunto que se consideró fundamental”: ¿Porqué unas personas no devienen alcohólicas (dependientes) a pesar de consumir durante toda su vida alcohol y otras sí en pocos meses o años? Jellinek ya había propuesto unas categorías de alcohólicos: primarios y secundarios, o sea aquellos que desarrollaban la dependencia alcohólica sin que mediase enfermedad mental anterior y aquellos que padecían de una alteración previa. Pero en los años 1950 y 1960 la psiquiatría y la psicología, si lo habían hecho en otras ocasiones, no tuvieron en cuenta los aportes de otras disciplinas científicas como los de la sociología y la historia.



El modelo bio-médico siempre había tenido (y tiene) como referente al agente causal, el medio natural y al medio social, para explicar el origen de las enfermedades. Mucho antes de ser aislado y reconocido el Treponema Pálidum (agente de la Sífilis) esta enfermedad era el pan de cada día para los médicos, quienes diagnosticaban sus estadios con seguridad en el siglo XVIII y lo relacionaban con la actividad sexual. Ni qué decir de la tuberculosis, la viruela o cualquier otra enfermedad infecto-contagiosa. Antes del reconocimiento del agente causal ya se habían detallado los cuadros clínicos típicos de las distintas enfermedades que las distinguía con claridad y como para la Viruela se puso en práctica la primera “vacuna” en el siglo XVII sin que se llegase a ver el virus hasta bien avanzado el Siglo XX.

El origen del cáncer o el de la aterosclerosis no se sabe aún, ¿Alguien podría decir que por ello no son enfermedades? No todas las personas deben tener una enfermedad por estar expuestas al agente causal.”*Se enferma el que puede y no el que quiere*”. Si se sabe que el hábito de fumar cigarrillos aumenta en cientos de veces el riesgo de provocar cáncer de pulmón y la aterosclerosis, pero no se suele decir que el mismo hábito de fumar es de por sí una *dependencia que dejó de ser hábito para transformarse en una enfermedad desde el momento que dejó de gratificar, se deseó dejar con conciencia de daño y no se pudo pese a enormes esfuerzos en sucesivas recaídas.*

En la actualidad se está en condiciones de establecer con relativa facilidad el perfil de personalidad, historia y entorno, con riesgo de padecer un dependencia a sustancias como el alcohol u otras adicciones. Esta predisposición no equivale a predecir el futuro de nadie al nacer o en el colegio, pero posibilita la realización de campañas de prevención primaria, inicios de tratamientos precoces y el establecimiento de políticas sanitarias que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos y reduzcan el número y las complicaciones de los enfermos alcohólicos.

Hoy el alcoholismo se considera una enfermedad mental incluida dentro de las tóxicofilias, dependencias o adicciones. Y es enfermedad porque la conducta del enfermo adicto al alcohol es semejante o casi idéntica al de otros adictos alcohólicos, con independencia de los trastornos mentales previos o predisponentes.

En Font Picant hemos adoptado los criterios de los Dres. Francesc Freixa (1996 – 2005) Rubio y Santo Domingo (1991-98) de la siguiente manera:



El alcoholismo es una enfermedad progresiva, de origen (etiología) pluri-factorial en la que están presentes factores culturales, hereditarios, constitucionales, psicológicos y ambientales que cursa hacia la cronificación y el deterioro volitivo-cognitivo *por la acción directa de una sustancia (el alcohol etílico)* en el organismo y la mente (dependencia alcohólica), determinante de daños severos y hasta irreparables a nivel personal, de la familia, el trabajo, el ocio y la sociedad; la cual, abandonada a su natural evolución suele trascurrir con mal pronóstico a corto y medio plazo hacia la enfermedad irreversible (alcoholismo clínico o crónico) la marginación y la muerte por complicaciones asociadas.

5 - EL CONSUMO DE ALCOHOL, LA EBRIEDAD Y OTRAS SUSTANCIAS.

El panorama en Occidente se vino a complicar en las últimas décadas del siglo XX con la generalización de nuevas formas de ebriedad, “viaje”, “postura” o “colocón” a partir de estimulantes (anfetaminas, tetrahydrocarbinoles y cocaína), sedantes (Alprazolam y otras benzodiazepinas), drogas heroicas (morfina, heroína, metadona), etc; y se puede observar en la actualidad que los problemas derivados de la “experiencia psico-farmacológica” en países ricos y pobres, representan en su conjunto uno de los problemas socio-sanitarios mas importantes, ya que la morbi-mortalidad se ha disparado en estratos de edades jóvenes por accidentes de consumo, de tráfico, de trabajo, delincuencia y conflictividad familiar.

Pero los problemas del alcohol y de otras drogas psicoactivas no se reducen al fenómeno de la “dependencia” o la enfermedad alcohólica. Sin necesidad de dependencia, **la sola “ebriedad moderada”** representa para la sociedad catalana actual un riesgo hasta de muerte y una carga económica para el sistema de producción y protección social. Trabajar o conducir vehículos bajo los efectos de sustancias estimulantes o sedantes “con dos copas encima” equivale hoy a poner en riesgo a terceras personas no relacionadas con ese consumo, y el sólo hecho de detectar tasas de alcohol por encima de los 0,29 g/l de sangre estimado con etilómetro (alcoholímetro), en trabajadores o conductores significa su práctica sanción y en ocasiones exclusión laboral u obligatorio “tratamiento”; sea de reeducación, sea terapéutico.



Existen asociaciones de sustancias que facilitan procesos hacia las enfermedades mentales por dependencia como: alcohol-cocaína, alcohol-cannabis, alcohol-heroína, alcohol-anfetaminas, alcohol-tranquilizantes, cannabis-cocaína, cannabis-heroína, cocaína-heroína, etc. Los efectos de dos sustancias combinadas en la mente y el organismo humano no son la suma de los efectos por separado. En fiestas de fines de semana la juventud suele consumir en sitios de complejo acceso o aislamiento proveídos por sus autoridades municipales y autonómicas, potentes psicofármacos combinados sin conocimiento de lo que se lleva a la boca, a la nariz o se puede (cada vez menos) inyectar, con graves consecuencias inmediatas. En la casi totalidad de las situaciones, esa juventud de fiesta, sólo ha tenido como referencia para el supuesto “colocón” a sus experiencias infantiles o adolescentes con el alcohol o el tabaco. Sus padres, empresarios y autoridades les han proporcionado los vehículos, el dinero, las carreteras, los establecimientos y la nocturnidad para que caigan en la trampa mortal.

6 - ¿CÓMO SE PUEDEN PREVENIR LAS CONSECUENCIAS DEL CONSUMO SOCIAL?

Desde el consumo ocasional al consumo regular (diario o semanal) en cantidades desde las consideradas inocuas, hasta las consideradas de alto riesgo de caer en la enfermedad, existe toda una gama de comportamientos en relación con las bebidas alcohólicas que exceden a las pretensiones de este documento. Reducir el tema al “BEBER CON MODERACIÓN” significa quitar la responsabilidad de las instituciones y traspasársela sin embagues a las futuras víctimas que están representadas en su mayoría por las personas mas jóvenes y peor informadas de la sociedad.

Atentos a lo anterior se entiende por “CONSUMO RESPONSABLE” aquel que se realiza con una finalidad festiva o gastronómica en un entorno social seguro, para lo cual cabría de esperar suceda en el futuro contar con:

A – La información veraz e inteligible en todas las botellas del riesgo que comporta su consumo como se exige en la UE para cualquier otra sustancia con efectos secundarios reconocidos. Un prospecto obligatorio en todos los envases, sean de la naturaleza que sean.

B – Prohibición total de cualquier tipo de propaganda fija, móvil, directa o indirecta de todas las bebidas con contenido alcohólico que incluya cervezas, vinos y combinados “tramposos”.



C – Consejos claros en todos los servicios de Asistencia Primaria, Escuelas, Colegios e Institutos de Bachillerato sobre las medidas de prevención a adoptar en el seno de las familias como las que a modo de ejemplo se listan:

- a) No tenencia de alcohol en casa. (Ideal)
- b) No fomentar su consumo por razones alimentarias ni gastronómicas.
- c) No dejar bebidas alcohólicas al alcance de los niños. (bargueños)
- d) No consumir bebidas alcohólicas en presencia de niños.
- e) En el supuesto de consumir, evitar los excesos y la embriaguez.
- f) Evitar el consumo diario y pasar temporadas sin consumo de alcohol.
- f) Consulta al médico de cabecera por embriagueces reiteradas.

Para mas datos en la página ver clase:

[ALCOHOLISMO II.](#)

[PSICOFÁRMACOS – DROGODEPENDENCIAS.](#)

[VOLVER A PÁGINA PRINCIPAL.](#)