

deber de tierra generosa Ciencia de las bebidas alcohólicas en México

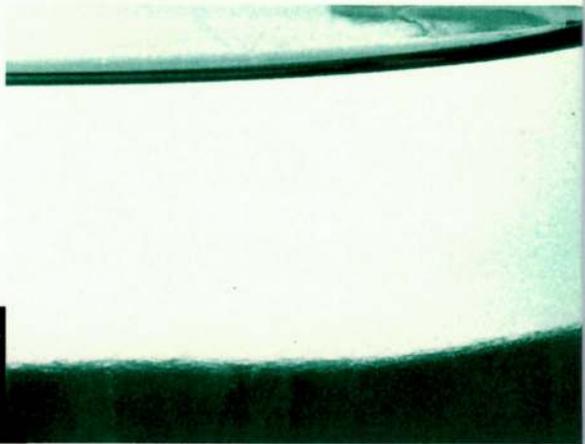
FISAC

DEBER DE TIERRA GENEROSA

de

tierra generosa

*Ciencia de las
bebidas alcohólicas
en México*

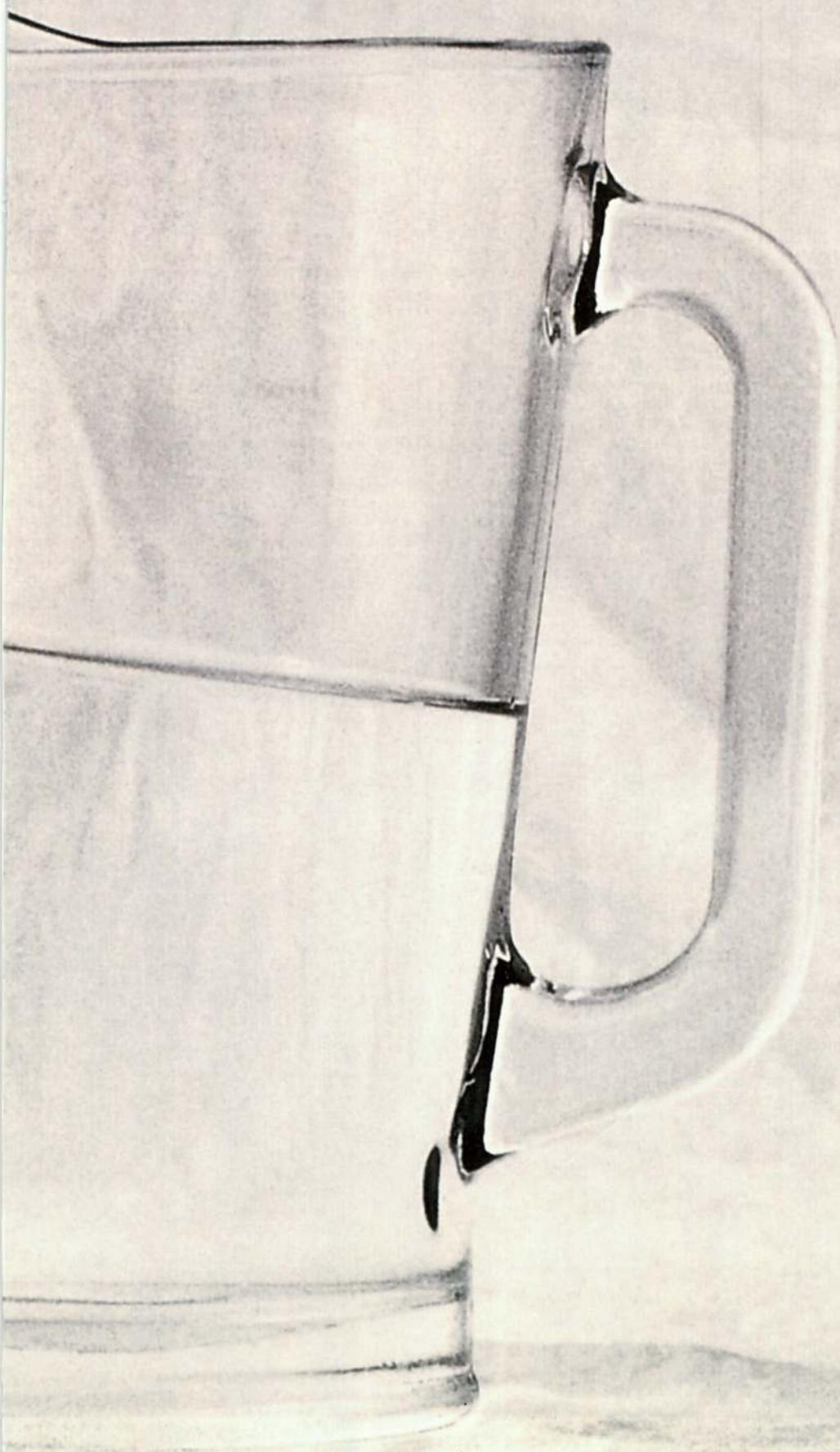


Beber de tierra generosa

Ciencia de las bebidas alcohólicas en México

FISAC Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.





FUNDACIÓN DE INVESTIGACIONES SOCIALES, A. C.

Socios Fundadores

Emilio Azcárraga Milmo (†)

Nazario S. Ortiz Garza (†)

Presidente Honorario

Antonio Ariza Cañadilla

Presidente Ejecutivo

Gastón T. Melo Medina

PATRONATO 1998

Presidente

Isaac Chertorivski Shkoorman

Miguel Alemán Magnani

Antonio Ariza Alduncin

Emilio Azcárraga Jean

Juan Beckmann Vidal

Guillermo Cordera Perdomo

Jaime Costa Lavín

José Gorbea Treviño

Juan Grau

Jorge Kanahuati Gómez

Jesús Navarizo Ornelas

Alejandro Quintero Ñíguez

Sergio Survilla

Julio C. Treviño Azcué

PRODUCCIÓN EJECUTIVA

Tonatiuh Vargas

COORDINACIÓN GENERAL

María Elena Medina Mora

COORDINACIÓN TÉCNICA

Leticia Echeverría San Vicente

COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

Ignacio Ybarra Duperou

CONSEJO EDITORIAL

María Elena Ávila Osorio, Federico Cabrera Amescua,

Leticia Echeverría San Vicente, Carlos Gómez Palacio y Campos,

María Elena Medina Mora, Gastón T. Melo Medina, Ignacio Ybarra Duperou

CUIDADO DE LA EDICIÓN

Sandra Luna

PRODUCCIÓN

Susana González

DISEÑO

Luis Rodríguez

ASISTENCIA DE DISEÑO

Marta Covarrubias Newton

SELECCIÓN DE COLOR

Alejandro Pérez Mainou

INVESTIGACIÓN ICONOGRÁFICA

Beatriz Berndt, Pablo Miranda y Alfonso Morales

ENLACE DE COLECCIONES

Beatriz Berndt y Pablo Miranda

CORRECCIÓN DE ESTILO

Stella Cuéllar, Gabriel Soto y Sandra Luna

La reproducción de las obras de Diego Rivera y Frida Kahlo fue autorizada por el Banco de México (5 de Mayo 2, Centro Histórico, México, D. F.) y por el Instituto Nacional de Bellas Artes y Literatura.

La reproducción de las obras de Rufino Tamayo fue autorizada por la Fundación Olga y Rufino Tamayo, A. C.

© FISAC, derechos reservados de la edición

© De los textos a cada autor

ISBN: 968-6115-11-0 Obra completa, (dos vols.)

ISBN: 968-6115-13-7 Volumen 2

- 12** Efectos del alcohol: perspectiva médica
Carlos Campillo y Martha Romero
- 24** Factores genéticos
Carlos Cruz y Humberto Nicolini
- 40** El cerebro
Simón Brailowsky (†) y Octavio García
- 58** Cirrosis hepática
José R. Narro Robles, Héctor Gutiérrez Ávila y Malaquías López Cervantes
- 72** Sistema cardiovascular
Gustavo Pastelín Hernández
- 88** Aparato digestivo
David Keršenobich, Florencia Vargas Vórácková y Guillermo Robles-Díaz
- 98** El embarazo
Rosa Isela Ortiz de Luna
- 112** Comorbilidad psiquiátrica
Rafael Velasco Fernández
- 124** Espacios y estrategias del alcohol:
la perspectiva psicosocial
María Elena Medina Mora
- 132** La prevención
Laura Díaz-Leal Aldana
- 148** Detección temprana e intervención breve
Héctor Ayala Velázquez y Leticia Echeverría San Vicente
- 164** Tratamiento del alcoholismo
José Antonio Elizondo López
- 184** La publicidad
Carlos Gómez Palacio y Campos
- 204** Costo del abuso
Beatriz Zurita y Rafael Lozano
- 218** Alcohólicos Anónimos
Haydée Rosovsky
- 234** El beneficio económico
Consultores Internacionales
- 250** Las leyes
Gonzalo Moctezuma Barragán
- 266** Hacia una política de salud
Haydée Rosovsky
- 284** Notas sobre los autores
- 286** Bibliografía complementaria

E

l consumo de bebidas alcohólicas forma parte integral de nuestra cultura. Su papel como lubricante social es notable y se sabe que, en pequeñas dosis, puede representar beneficios para ciertos grupos de la población. Sin embargo, también es bien conocido que su abuso se asocia con graves problemas de salud y altos costos sociales.

Este doble papel presenta retos importantes no sólo para los legisladores, los profesionales de la salud y la industria misma, sino también para los historiadores que al investigar el origen y desarrollo de cada bebida descubren interesantes transformaciones sociales; o para los artistas que han encontrado en el acto de beber un prolífico tema de inspiración.

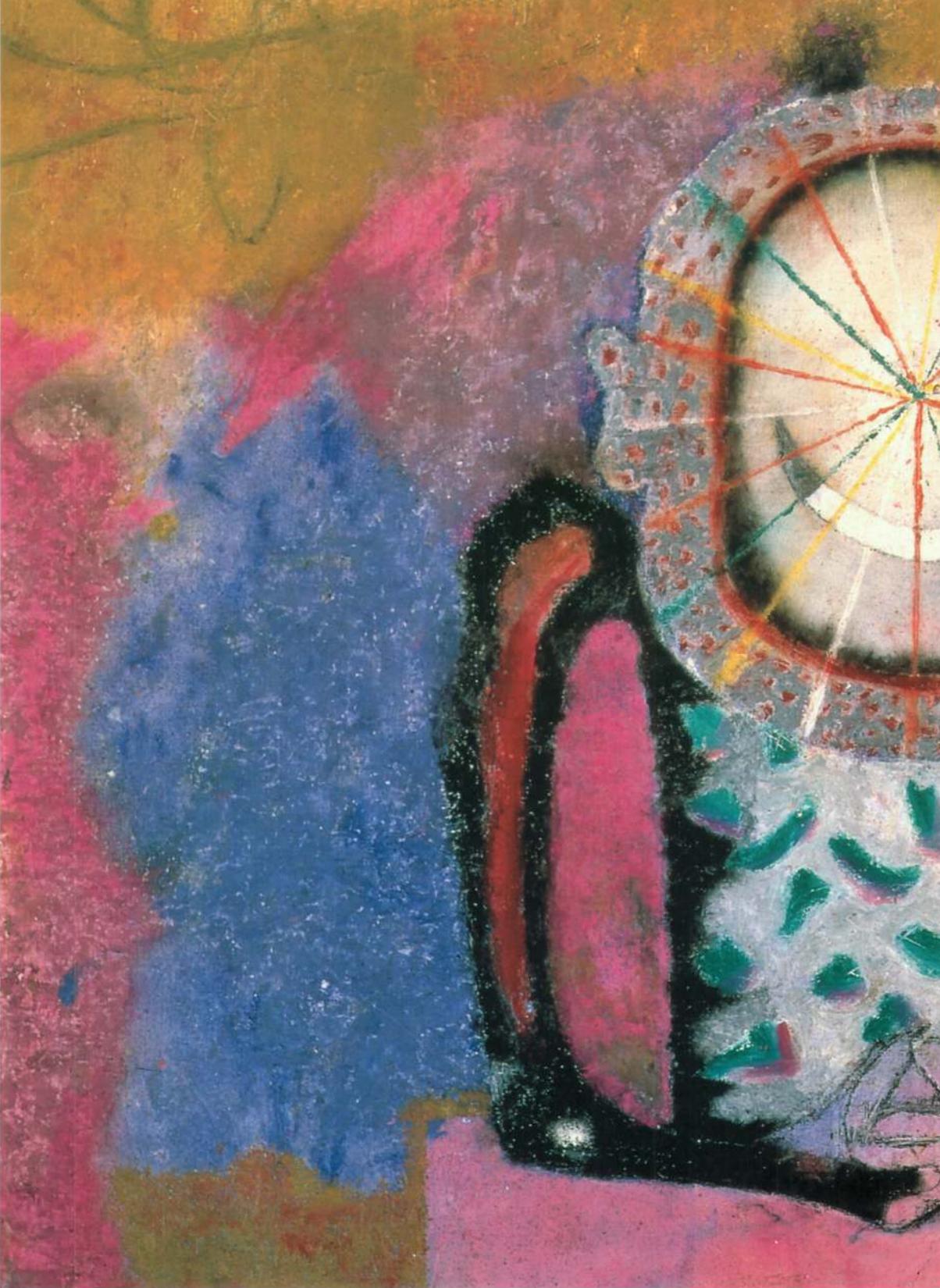
La Fundación de Investigaciones Sociales, A. C., FISAC, —auspiciada por la industria que produce y comercializa bebidas alcohólicas— ha querido abordar los diversos aspectos que rodean el consumo de alcohol para así ofrecer un amplio panorama —si bien no exhaustivo— de este fenómeno tan intrínsecamente vinculado a nuestra vida social.

La amplitud del tema nos ha llevado a presentarlo en dos volúmenes que hemos titulado *Beber de tierra generosa*. En el primer tomo nos referimos a la historia de las principales bebidas que existen en México, a su presencia en las bellas artes, así como a los patrones de consumo que se observan en distintos puntos del país. El segundo volumen —el que ahora tiene en sus manos— reúne la experiencia de científicos del más alto nivel que nos revelan sus hallazgos en torno al consumo de alcohol desde la perspectiva de la investigación biomédica, clínica y social. Se trata de un trabajo multidisciplinario destinado a una amplia audiencia: científicos, legisladores, educadores, trabajadores de la salud y público en general. Buscamos con esta obra sentar las bases para alcanzar mejores programas de prevención e intervención; para comprender la dimensión económica de esta industria y para diseñar leyes más adecuadas. Es, al mismo tiempo, una invitación para reiterar el compromiso de continuar la investigación que todavía queda por realizar en este terreno.

María Elena Medina Mora
Coordinadora general

Efectos del alcohol

en el cuerpo humano:



An abstract painting with a complex composition. The background is divided into large, textured areas of color: a deep blue at the top right, a vibrant magenta in the center, and a muted olive green at the bottom right. On the left side, there's a circular, light-colored area with some red and yellow lines radiating from it. In the lower-left foreground, there's a dark, almost black, vertical shape that looks like a shadow or a silhouette of a person. Below this shape is a simple, cylindrical object, possibly a glass or a container, rendered in shades of brown and pink. The overall style is expressive and somewhat somber, with visible brushstrokes and a rich, layered texture.

1^a perspectiva médica

*Carlos Campillo Serrano
y
Martha Romero Mendoza*

El alcohol no es sólo una droga legal, sino que es aceptada y bien vista en el mundo occidental, por lo que amplios sectores sociales la consumen en abundancia a pesar de que su uso no está exento de riesgos para el bienestar de la sociedad y la salud de los individuos. Nadie pone en duda el papel que esta sustancia desempeña en la génesis de varias enfermedades ni se discute su potencial adictivo y los problemas que genera en la conducta de algunos bebedores. Sin embargo, el señalar y documentar los riesgos que conlleva su uso es sólo el inicio de una investigación que debe ser más profunda, pues el consumo de bebidas alcohólicas es una práctica muy arraigada en nuestra cultura desde tiempos remotos. El quehacer primordial de la investigación científica en este ámbito es la búsqueda de los mecanismos que intervienen en la interacción del alcohol con los organismos vivos. Este fructífero campo ha permitido que se corrijan viejas creencias y ha alentado prometedores avances en el tratamiento de los alcohólicos.

El propósito de la primera parte de este volumen es poner a disposición de médicos, personal de salud y público interesado, un material que los familiarice con la investigación científica y la salud pública en asuntos relacionados con el alcohol. Desde luego, no se pretende agotar la temática en el área, pues ello excede nuestras posibilidades, por lo que, tras una meditada selección, se decidió abordar las relaciones de los siguientes temas en torno al alcohol: aspectos genéticos, efectos en el aparato digestivo, consecuencias en el sistema cardiovascular; la neurobiología del alcohol; la relación de éste con el embarazo; la cirrosis hepática y la comorbilidad psiquiátrica en el alcoholismo. Desde hace mucho tiempo se habla del alcoholismo como una enfermedad de tipo hereditario, pero fue hace relativamente poco que se ha investigado en abundancia al respecto. Los doctores Nicolini y Cruz nos dan una panorámica general de las investigaciones sobre la historia de familias de enfermos que sufren de alcoholismo: la estrategia



seguida en casos de hermanos gemelos y en hijos de padres alcohólicos que han sido adoptados por personas sin este problema. Abordan el viejo tema de la personalidad alcohólica de acuerdo con los nuevos enfoques y mencionan los posibles riesgos genéticos de este mal. Presentan también los principales modelos animales y sintetizan los novedosos hallazgos de la biología molecular. El texto concluye que, definitivamente, en el alcoholismo existe un componente hereditario que hasta ahora no se ha logrado precisar.

Los doctores David Kershenovich, Florencia Vargas y Guillermo Robles abordan la relación entre el alcohol y el aparato digestivo. Se trata, fundamentalmente, de una revisión clínica sobre los efectos de esta sustancia en el estómago, el páncreas y el hígado. Revisan la manera en que cada órgano metaboliza el alcohol y describen los mecanismos fisiopatológicos de complicaciones ocasionadas por las bebidas etílicas, para luego reseñar su cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento.

Las autorizadas voces de Narro Robles, Gutiérrez Ávila y López Cervantes abordan el tradicional binomio alcohol-cirrosis hepática en México. Ya hace algunos años el reconocido investigador Jellinek propuso una popular fórmula mediante la cual podía calcularse la cantidad de alcohólicos en una población dada, utilizando exclusivamente las tasas de mortalidad por cirrosis hepática, pues la relación entre esta enfermedad y el alcoholismo se rige por leyes matemáticas. Sin embargo, pese a lo mucho que se ha investigado, el número de las interrogantes sin respuesta todavía es elevado. Entre lo más sobresaliente de este capítulo está el peculiar panorama epidemiológico en México, donde este padecimiento sigue patrones que se apartan de los de otros países. Varias investigaciones han mostrado que el consumo de alcohol per cápita en una población es directamente proporcional a la mortalidad por cirrosis hepática. Sin embargo, no se ha logrado explicar de manera satisfactoria por qué, a pesar de que

PÁGINAS 12, 13 Y 15:

Rufino Tamayo.

*Hombre radiante
de alegría.* 1968.

Óleo sobre tela.

95 x 130 cm.

Museo de Arte

Moderno, INBA.

nuestro consumo per cápita es relativamente bajo —sobre todo en comparación con países como Francia, Italia y Chile—, las tasas de mortalidad por esta enfermedad son tan altas.

El capítulo del doctor Gustavo Pastelín, en torno al alcohol y el sistema cardiovascular, aborda un polémico tema de la investigación médica. Desde que se publicaron los primeros estudios epidemiológicos sobre el efecto protector del alcohol en la enfermedad coronaria, la comunidad interesada en los estudios de alcohol se dividió entre quienes defendían el consumo de esta bebida, aduciendo sus efectos benéficos, y quienes lo cuestionaban. La polémica rebasó el interés científico y sirvió a asuntos bastante ajenos a la ciencia. Pero, como finalmente se trata de una cuestión que debe de ser zanjada por los propios conocimientos científicos, el texto del doctor Pastelín resulta muy pertinente. Luego de presentar una clasificación eficaz de los distintos tipos de estudios epidemiológicos que se han utilizado (ecológicos, caso/control y longitudinales) concluye que el consumo moderado de alcohol (10 a 30 gramos al día) se asocia con una reducción en la frecuencia de enfermedad coronaria —si se compara con una población de individuos abstemios— y que, por otra parte, el alcohol es capaz de precipitar daño cardiovascular. Una gran diferencia entre los efectos protectores y los dañinos es que los primeros son reversibles, mientras que los segundos ya no tienen vuelta.

Simón Brailowsky (†) y Octavio Carcía ofrecen un resumen de las investigaciones en torno a la neurobiología del alcohol, campo que patentiza el papel del alcohol como droga "de abuso", definida por la Organización Mundial de la Salud como una sustancia que al ingresar al organismo es capaz de ejercer una acción. El término "abuso", a su vez, se refiere a la propiedad que causa la ingestión del compuesto en forma compulsiva y a la dificultad para dejar de tomarlo, a pesar de los deseos del consumidor por hacerlo. La neurobiología del alcohol alude precisamente a los fenómenos relacionados con el efecto de esta sustancia en el cerebro: adicción, intoxicación aguda y crónica, tolerancia y síndrome de supresión. Durante mucho tiempo estos complejos fenómenos fueron identificados y descritos, pero la forma en que se generaban era un verdadero misterio. Los autores de este texto describen con detalle las últimas investigaciones en este campo: enumeran los diferentes neurotransmisores del Sistema Nervioso Central (SNC), destacan sus funciones en el cerebro y reseñan algunos de los sustratos anatomofisiológicos que podrían ser responsables de la dependencia del alcohol (sistema límbico y haz cerebral medial anterior). Especifican también los distintos modelos animales que han servido para explicar algunos de los fenómenos del alcoholismo y, por último, señalan las consecuencias y los efectos tóxicos que el etanol ocasiona en el SNC.

PÁGINA SIGUIENTE:

Rulino Tinayro.

Bodegón con frutero.

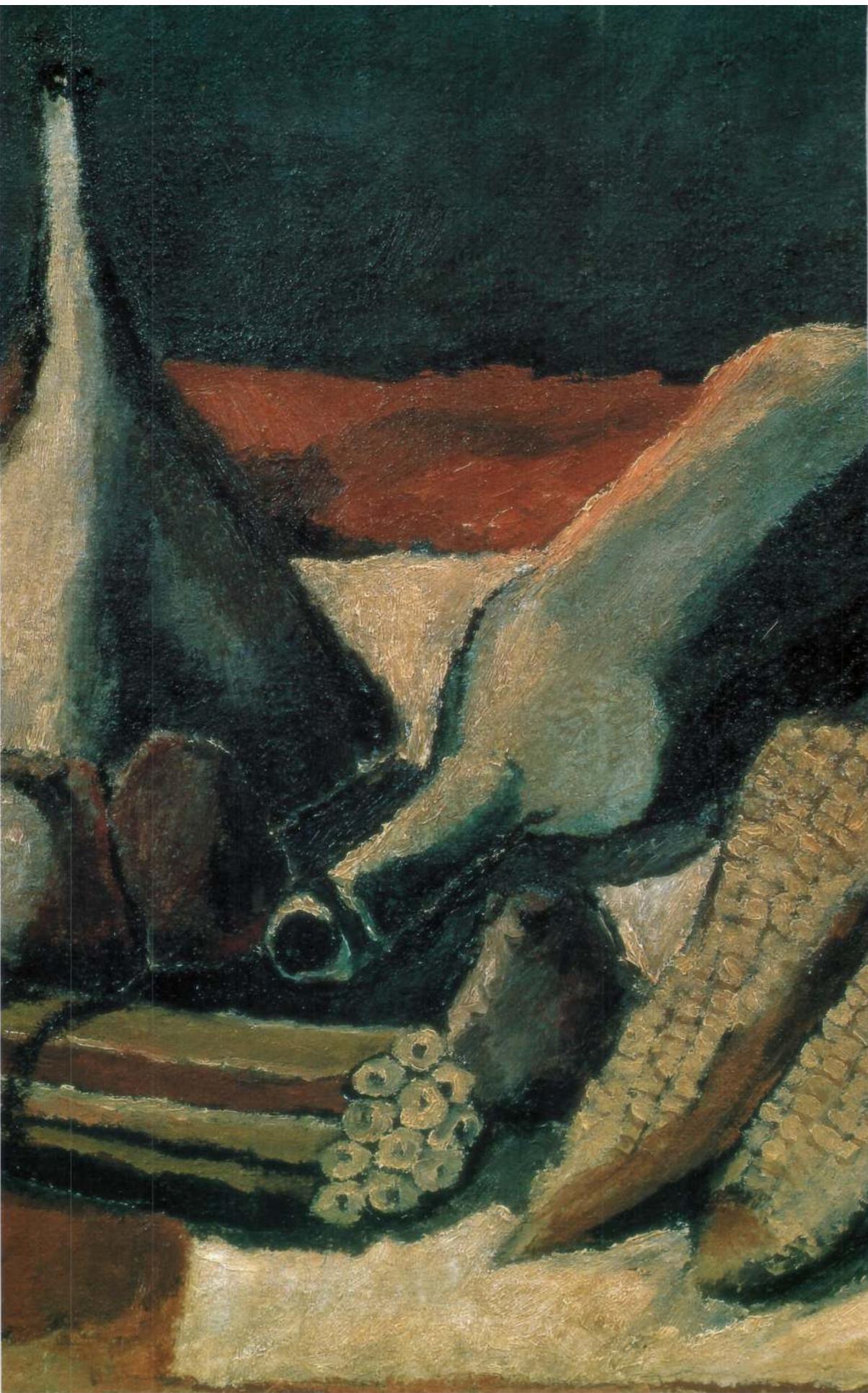
1976. Óleo sobre tela.

91 x 130 cm.

Colección Rómulo

Botanocourt, Caracas.





Otro aspecto relevante es el de los efectos nocivos que las bebidas alcohólicas ocasionan durante el embarazo. En el artículo de la doctora Rosa Isela Ortiz de Luna nos enteramos de que, a pesar del remoto origen de este padecimiento, fue hasta 1968 cuando se describió el Síndrome de Alcohol en el Feto (SAF), que se refiere a las características que presentan algunos de los hijos de mujeres alcohólicas.

Ahora no hay duda de que las embarazadas deben ser cuidadosas con la ingesta de bebidas alcohólicas, pues se sabe que el etanol es potencialmente teratógeno (capaz de provocar malformaciones congénitas en el feto). Se sabe también cuáles son las anomalías que ocasiona con más frecuencia, así como la cantidad y el momento en el que una mujer embarazada puede beber con un riesgo mínimo para el producto.

En medicina es frecuente que la relevancia de algunos temas sufran altas y bajas. La reflexión viene a cuento a propósito del capítulo del doctor Rafael Velasco Fernández sobre la comorbilidad psiquiátrica en el alcoholismo, asunto que en años recientes ha subido a la palestra. Se habla tanto de él que podría dar la falsa impresión de que se trata de algo novedoso y se pasaría por alto el hecho de que la psiquiatría clásica de finales del siglo XIX y principios de éste siempre consideró el alcoholismo como una enfermedad mental.

Con este artículo se pretende enmendar el olvido de la estrecha relación entre el consumo de alcohol

y la enfermedad mental, omisión que no sólo afecta aspectos académicos y teóricos del asunto, sino que tiene funestas repercusiones de orden práctico. Los enfermos mentales sufren mayores problemas de alcohol que la población en general, y los pacientes alcohólicos, a su vez, sufren una mayor patología mental que el resto de la población, hecho conocido cada vez con mayor precisión debido a los adelantos observados en las definiciones y procedimientos diagnósticos de las enfermedades mentales.

Con el propósito de facilitar la lectura de los presentes capítulos y para que el lector tenga una perspectiva más amplia sobre la compleja relación que el alcohol guarda con la salud, se mencionan los términos más usuales en este campo y, asimismo, se hacen algunas consideraciones acerca de la función del médico frente a los problemas asociados con el alcohol. También se comenta el lugar que ocupan los programas de tratamiento en el contexto de la salud pública.

Al hablar de las consecuencias del alcohol sobre la salud, resulta inconveniente la absoluta condena de su uso. Después de todo, esta sustancia ocupa, desde hace muchos años, un lugar especial en ceremonias o ritos religiosos y seculares; además, es un bien de consumo que genera riqueza y ayuda al desarrollo de ciertos sectores de la sociedad. Por otro lado, un elevado número de personas disfrutan de su consumo y no es una sustancia tóxica *per se*:

PÁGINA ANTERIOR:

Rufino Tamayo.

Naturaleza muerta

con maíz, 1923,

Óleo sobre tela.

49.5 x 37.6 cm. Detalle.

Colección Bernard

y Edith Lewin.

existen testimonios de que en dosis moderadas hasta resulta saludable consumirlo. De ahí que las actitudes prohibicionistas han sido, más bien, desfavorables; no se puede ir contra algo que forma parte de la historia cultural de los pueblos, que genera gusto y placer en un segmento considerable de la sociedad y que no es dañino por definición.

Los efectos nocivos que ocasiona el alcohol se presentan en individuos susceptibles y en bebedores que lo consumen en exceso o en lugares u ocasiones inadecuados. Aunque también es cierto que muchas otras personas que no lo consumen no están exentas de sufrir sus consecuencias, como lo demuestran los accidentes que provocan los conductores ebrios.

El consumo de bebidas etílicas es un fenómeno cultural, sumamente complejo, en el cual intervienen participantes con los más variados intereses: bebedores con problemas, autoridades sanitarias, productores, comerciantes, anunciantes, autoridades gubernamentales (federales, estatales y municipales), médicos, policías, órdenes religiosas, grupos de autoayuda y familiares de alcohólicos. Cualquier medida que se tome en la regulación de la producción y distribución de las bebidas alcohólicas incidirá sobre todos ellos, aunque de manera diferente en cada uno.

Por ello resulta conveniente que toda medida se tome con responsabilidad, buscando siempre la conciliación y el consenso. Pero como nadie puede

negar que el alcohol es una droga potencialmente adictiva y que su uso implica ciertos riesgos, tanto para el bebedor como para la sociedad, toda decisión que se tome en esta materia debe incluir, en primer lugar, la reducción de los riesgos y los daños que ocasiona. Es decir, la sociedad debe aprender a vivir con las bebidas alcohólicas y tratar de que su consumo ocurra dentro de los límites de la mayor seguridad.

La investigación médico-científica y la salud pública son los instrumentos idóneos para propiciar la convivencia armónica entre el alcohol y la sociedad, pues ambas disciplinas permiten tomar medidas que con mayor certeza reduzcan los riesgos y los daños que se asocian con las bebidas etílicas. Ahora se sabe qué condiciones patológicas son ocasionadas por el consumo de alcohol, quiénes son más susceptibles de sufrir sus consecuencias, en qué situaciones debe evitarse su ingesta y por qué algunos individuos beben más de lo recomendado. Desde luego, falta mucho por conocerse, pero no es aventurado pronosticar que en un futuro no muy lejano seremos capaces de responder a un mayor número de interrogantes. La investigación médica y la salud pública no son parte de la pléyade de actores que participan en el fenómeno en torno al alcohol y, como no tienen intereses o incentivos que defender al respecto, su único compromiso está con la verdad científica y con la demanda del bienestar del individuo y la sociedad.

PÁGINA SIGUIENTE:

Rufino Tamayo.

Naturaleza muerta

con maíz, 1923.

Óleo sobre tela

49.5 x 57.6 cm.

Colección Bernard

y Edith Lewin.

El terreno de las adicciones en general y del alcohol en particular tiene un lenguaje propio cuyos conceptos y términos técnicos describen con precisión todas las facetas de este fenómeno. A continuación se describen los más empleados.

Un tema fundamental es la descripción y clasificación de los diferentes tipos de bebedores. La antigua división dicotómica que distinguía exclusivamente entre bebedores "sociales" y alcohólicos (los primeros podían beber con impunidad y los segundos deberían abstenerse) se ha incrementado considerablemente para cubrir la amplia gama de posibilidades que existen entre el consumo de alcohol y la salud en general. Las clasificaciones actuales agrupan a todos los bebedores bajo dos ópticas distintas: el papel que el alcohol desempeña en sus vidas individualmente y las consecuencias que el consumo de esta sustancia provoca en el ambiente de ese individuo. Con esta clasificación resulta más fácil establecer programas de prevención, tratamiento e investigación en salud. En la clasificación se utilizan diferentes aspectos como la cantidad de alcohol ingerida, el grado en que afecta la salud del bebedor, la manera en que altera su conducta y la forma en que ocasiona problemas de orden social. Todas estas manifestaciones se consignan a corto, mediano y largo plazo. De acuerdo con la Organización Mundial de la

Salud, los bebedores se dividen en: excesivos, inadecuados, con restricciones, vulnerables y con daño ya establecido.

Los bebedores excesivos son aquellos que ingieren una cantidad de alcohol superior al límite previamente establecido. Dicho límite se ha calculado de acuerdo con diferentes criterios (como la cantidad de alcohol que es capaz de producir cirrosis hepática), pero muchos están lejos de ser aceptados por todos los autores y son un poco arbitrarios. En México los límites para hombres de 70 kilos se han fijado en no más de tres copas diarias y menos de 20 semanales; para las mujeres estas cifras se reducen a la mitad.

Los bebedores inadecuados son quienes consumen alcohol en situaciones inapropiadas como al conducir un automóvil, manejar maquinaria o en el trabajo; el acento se pone en el lugar y el ambiente. En esta categoría la mayoría de los individuos sólo han bebido ocasionalmente, en general no son bebedores excesivos, ni tienen dependencia alcohólica. Esta división resulta útil para la planeación de programas preventivos en accidentes de tránsito y laborales.

Como bebedores con restricciones se designa a grupos particulares que por sus características no deben beber o no pueden hacerlo en ciertas condiciones. Entre éstos figuran las embarazadas, los menores de edad, los pilotos aviadores y los médicos. Los bebedores vulnerables son quienes, por sufrir una enfermedad



física o mental, el consumo de alcohol incrementa el riesgo de producir daño. En estas circunstancias se encuentran hipertensos, diabéticos, hepáticos, epilépticos, depresivos y esquizofrénicos.

Por último, los bebedores con daño establecido son los que tradicionalmente han recibido más atención y en los que se ha logrado documentar el efecto patógeno del alcohol. Se trata de los enfermos de cirrosis hepática, polineuritis, pancreatitis, demencia e impotencia sexual, por mencionar los más conocidos.

En la génesis de esta patología el alcohol es una causa necesaria para que se presente. Son los enfermos que mejor ilustran las consecuencias negativas de la bebida.

Como muchas de las clasificaciones en medicina, ésta no pretende ser completa y definitiva. Tales categorías, por otro lado, no son excluyentes: un mismo bebedor puede caer en varias de ellas, por ejemplo, al mismo tiempo puede ser bebedor excesivo, tener ya un daño y tomar de manera inapropiada.

Además de las antes descritas es conveniente detenerse en dos categorías más: los que sufren de dependencia y los disfuncionales; en ambas el bebedor, por el hecho de serlo, se considera un enfermo: la enfermedad es el mismo hábito de consumir alcohol.

El bebedor disfuncional es quien, al tomar, sufre un trastorno en su conducta; se torna violento, agresivo,

grosero o hace cosas que nunca haría sin beber. Con frecuencia se le confunde con un alcohólico. No es raro escuchar que alguien es un gran bebedor porque resiste grandes cantidades de bebida, pero al mismo tiempo se aclara que no es un alcohólico porque siempre guarda la compostura. Esta opinión ilustra bien los prejuicios que las personas en general tienen sobre el tema del alcohol.

En México éstos son los bebedores que más problemas ocasionan y son un verdadero dolor de cabeza para los clínicos, sus familiares y ellos mismos.

Los bebedores dependientes son quienes han ocupado el mayor interés de los investigadores: su clasificación motivó que se investigaran las propiedades adictivas del alcohol, además de otros fenómenos correlacionados, tales como la tolerancia, la avidez, la incapacidad de saciedad y la supresión. Esto reitera que el alcoholismo no es un fenómeno que pueda entenderse exclusivamente desde el enfoque psicológico o sociológico, sino que es indispensable la participación de las ciencias básicas: bioquímica, genética, fisiología y farmacología. También nos recuerda que el alcohol no es una sustancia inerte en el cerebro, sino que tiene acciones muy específicas que aún están por conocerse y explicarse para así resolver muchos de los enigmas del alcoholismo.

Esta primera parte se enfoca fundamentalmente a señalar los

aspectos que involucran el consumo de alcohol con la salud y la investigación en este campo. Un corolario natural de dicho contenido sería abordar lo relativo al tratamiento de estos enfermos, pues finalmente uno de los objetivos prioritarios de las ciencias de la salud es la búsqueda de medidas terapéuticas.

Entre la larga y variada lista de personajes involucrados en la atención de los enfermos con problemas relacionados con el consumo de alcohol como grupos de autoayuda, autoridades civiles, trabajadores sociales, psicólogos y voluntarios, el médico ocupa un lugar especialmente privilegiado para poder atender a tales individuos.

Esto lo obliga a asumir una mayor responsabilidad al identificar, diagnosticar y tratar las múltiples complicaciones ocasionadas en el organismo e informar al paciente con el fin de que su hábito de bebida no sea un riesgo para su salud.

Los bebedores dependientes y disfuncionales han justificado la existencia de programas de tratamientos especializados.

Existen desde los ambulatorios que no contemplan el internamiento, hasta aquellos donde es indispensable recluir al paciente varias semanas.

Están los altamente estructurados, donde los sujetos pasan varias horas en terapias individuales; en otros sólo hablan sobre su problema alcohólico unos minutos. Los hay de un carácter exclusivamente paraprofesional, en donde los responsables del programa

son exalcohólicos rehabilitados, hasta los que son atendidos por médicos, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales.

Un hecho que parecen confirmar diferentes estudios epidemiológicos es que en una proporción importante de los pacientes que se atienden en los servicios médico-asistenciales —entre 20% y 30%— su patología guarda una estrecha relación con el consumo de alcohol. La mayoría de los casos no se identifica con su problema de bebida, pues el motivo de la consulta frecuentemente se enmascara detrás de molestias somáticas concretas, que el médico no reconoce como resultado del hábito etílico. Con ello se pierde la oportunidad de que reciban un tratamiento adecuado y los costos de la asistencia médica se elevan aún más, pues estos pacientes utilizan con mayor frecuencia los servicios asistenciales. Lo cierto es que los hallazgos científicos prometen hacer más efectivas y precisas las medidas terapéuticas.

Este conjunto de textos demuestra que en el campo de la investigación en alcoholismo México cuenta con un cuerpo de profesionales de primer nivel que trabaja activamente en un área fundamental para la salud de la población. Representa, además, un esfuerzo genuino para que un círculo de lectores no especializados tenga acceso a conocimientos y hechos de interés primordial. Se trata, sin duda, de una obra cuyo espacio, desde hace algún tiempo, era indispensable ocupar.

PÁGINA SIGUIENTE:

Rufino Tamayo.

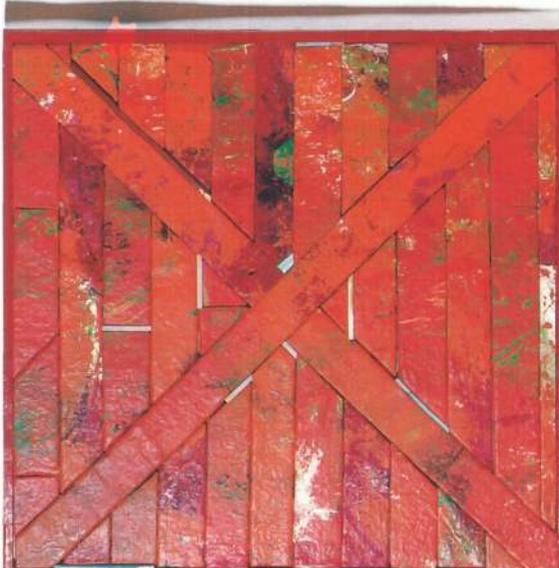
Hombre radiante de alegría. 1968.

Óleo sobre tela.

95 x 130 cm. Detalle.

Museo de Arte Moderno, INBA.



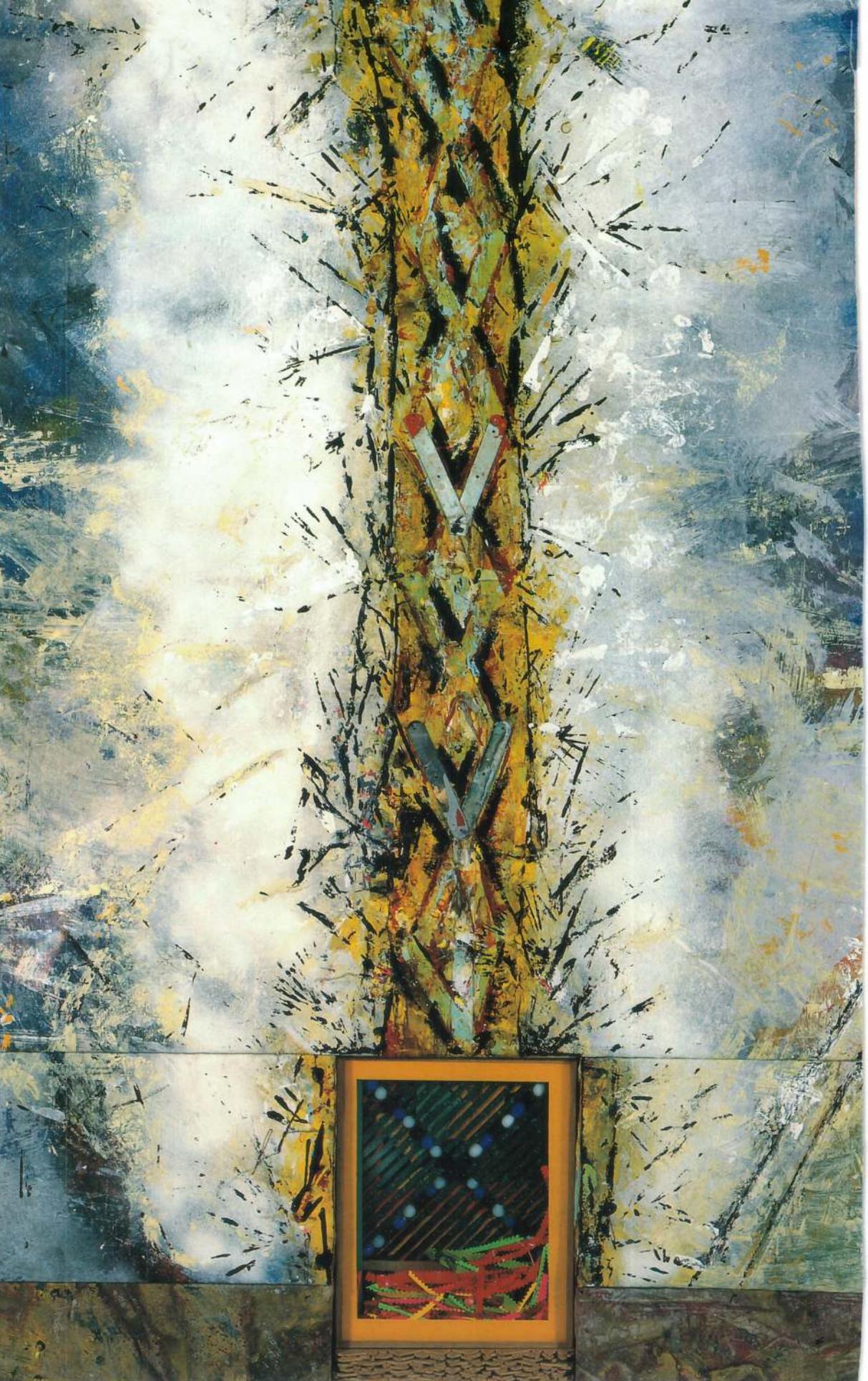


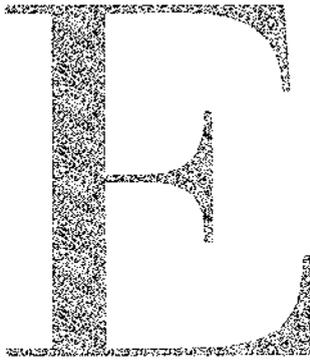
FACTORES

3. Genéticos

*Carlos
Cruz y
Humberto Nicolini*







El exceso en el consumo de alcohol ha sido descrito desde tiempos remotos. Platón, Aristóteles y Plutarco coincidieron en remarcar —en distintos lugares y épocas— el hecho de que en algunas familias sus integrantes presentan patrones similares de ingestión alcohólica. Esta observación ha sido plenamente documentada en décadas recientes, al demostrarse que gran parte de los alcohólicos tiene al menos un familiar de primer grado (padre, madre o hermano) afectado, lo cual se clasifica como una historia familiar positiva de alcoholismo (HFP-A).

Una revisión reciente sobre el tema concluyó que los familiares de primer grado de individuos alcohólicos presentan un riesgo siete veces mayor de desarrollar alcoholismo en comparación con individuos no alcohólicos.¹ Esta característica familiar resulta compatible con la idea de que existe un componente heredable del trastorno. La pregunta es, entonces, si los rasgos de abuso o de dependencia del alcohol observados en distintas generaciones se deben a factores innatos (genéticos), a factores externos (ambiente familiar compartido) o a la interacción de ambos.

Para dar respuesta a estas interrogantes se han desarrollado diversos esquemas experimentales. Dos de ellos son el análisis de hábitos y patrones de consumo de alcohol en parejas de hermanos gemelos, o bien, de hijos de padres alcohólicos que fueron dados en adopción a temprana edad.²

ESTUDIOS DE GEMELOS * * * * *

Los estudios en gemelos permiten detectar la existencia de un componente genético asociado a un trastorno o rasgo particular, aun cuando éste sea complejo y heterogéneo como el alcoholismo. La estrategia se basa en la comparación de la concordancia (proporción en que un rasgo se encuentra en ambos miembros de un par) entre gemelos idénticos o monocigóticos (MZ) —que comparten un mismo bagaje genético— en relación con lo observado en gemelos fraternos o dicigóticos (DZ) —que comparten sólo la mitad de sus genes. Las diferencias detectadas entre los gemelos idénticos, se presume, son producidas por influencias ambientales; en contraste, se considera que las diferencias entre los gemelos fraternos se deben a la acción conjunta de los factores genético-ambientales.

PAGINAS 24 Y 25:

José Antonio Hernández
Vargas.
Aproximaciones al sol,
serie 26 a 33.
1989. Técnica mixta
sobre madera.
61 x 61 cm.
Colección particular.

PAGINA ANTERIOR:

José Antonio Hernández
Vargas.
*Trompa de
relámpagos.* 1989.
Técnica mixta sobre
madera.
200 x 140 cm.
Colección del autor.

Si el abuso o dependencia al alcohol o cualquiera de los rasgos asociados al consumo de éste tienen un componente genético, entonces éstos deberían ser significativamente más concordantes en los gemelos MZ que en los gemelos DZ. Diversos estudios muestran, en general, que éste es el caso. Se ha sugerido que los resultados podrían deberse a la tendencia de los gemelos MZ a ser socialmente más cercanos entre sí y, por lo tanto, más imitativos que los hermanos gemelos DZ. Sin embargo, se ha mostrado que a pesar de que la cohabitación o el contacto social son muy frecuentes entre gemelos idénticos en la edad adulta, no son factores que expliquen por sí mismos la gran similitud de sus hábitos de ingestión alcohólica. Estudios recientes en gemelos han confirmado el valor relativamente alto de heredabilidad (H) del alcoholismo y sus rasgos asociados (véase figura 1).

Entre los puntos que vale la pena destacar de estos estudios está el que los valores H reportados para el alcoholismo en mujeres son similares en algunos casos a los observados en hombres, lo cual contradice la noción generalizada de que estos últimos tienen un mayor riesgo genético de alcoholismo. Otro punto es que la heredabilidad del alcoholismo de inicio temprano es mayor que la del alcoholismo tardío, lo que apoya la propuesta de que estos grupos representan formas distintas del trastorno (véase más adelante). Por último, es notable que la heredabilidad estimada en grupos de un mismo país (Suecia y Estados Unidos) se ha mantenido consistente a lo largo del tiempo, a pesar de que las restricciones, la percepción y, en consecuencia, los hábitos de consumo muy probablemente han variado.

ESTUDIOS DE ADOPCIÓN

Los estudios de adopción son una forma experimental de examinar la contribución relativa de los factores biológicos y del medio ambiente a un trastorno determinado. Estos análisis se basan en la premisa de que los niños que en la infancia son separados de sus padres biológicos para ser adoptados y criados por otra familia no relacionada podrían tener una mayor tendencia a desarrollar abuso o dependencia del alcohol, siempre y cuando hubiesen heredado genes que los hicieran más vulnerables a los desórdenes causados por esta sustancia.

La mayoría de los estudios de esta clase, aun habiendo utilizado diversos esquemas metodológicos, han llegado a un mismo resultado básico: los hijos de alcohólicos presentan una mayor tasa de alcoholismo a pesar de no haber sido criados por sus padres biológicos. Además, se ha mostrado que el uso moderado o incluso el abuso de alcohol por parte de los padres adoptivos no incrementa el riesgo en los hijos adoptivos de alcohólicos, una evidencia en contra de un efecto de "modelaje" que podría surgir como resultado de la influencia familiar.

Los datos epidemiológicos de comorbilidad psiquiátrica (la presencia simultánea de dos o más patologías en un individuo) muestran cómo ciertos desórdenes como la ansiedad generalizada, la personalidad antisocial o la depresión, son frecuentes en individuos alcohólicos y/o en sus familiares. Por otra parte, muchos alcohólicos muestran perfiles de personalidad que difieren de los de la población general. Por ejemplo, rasgos como los denominados "impulsividad", "extroversión", "neuroticismo" y "psicoticismo" muestran valores más elevados en alcohólicos que en sujetos controles.³ De hecho, los estudios de adopción han sugerido la existencia de al menos dos subtipos de alcoholismo —tipo I y tipo II— que presentan tanto rasgos de personalidad característicos como patrones de herencia y dependencia del ambiente distintos (véase figura 2).⁴

Es interesante hacer notar que esta clasificación coincide con observaciones hechas hace varias décadas que remarcaban la diferencia entre sujetos con una incapacidad para abstenerse de beber alcohol por completo (búsqueda persistente) de aquéllos que no bebían por periodos prolongados, pero que eran incapa-

FIGURA 1 VALORES DE HEREDABILIDAD (H) EN ESTUDIOS DE ADOPCIÓN Y ALCOHOLISMO

DIAGNÓSTICO O RASGO ASOCIADO	H	GÉNERO	REFERENCIA
Consumo mensual promedio	0.29	h	Carmelli <i>et al.</i> , 1990
Frecuencia de consumo	0.66	h	Heath <i>et al.</i> , 1991 a, b
	0.42-0.75	m	
Cantidad de consumo	0.57	h	
	0.42-0.75	m	
Abuso	0.38	h	Pickens <i>et al.</i> , 1991
	0	m	
Dependencia	0.6	h	
	0.42	m	
Edad inicio temprana	0.73	h	McGue <i>et al.</i> , 1992
Edad inicio tardía	0.3	h	
Alcoholismo	0.5-0.6	m	Kendler <i>et al.</i> , 1992
Abuso de alcohol	0.54		Kendler <i>et al.</i> , 1997

FIGURA 2

ALCOHÓLICOS TIPO I	ALCOHÓLICOS TIPO II
<p>Requiere la existencia de factores medioambientales y hereditarios. Se observa tanto en hombres como en mujeres, se caracteriza por un inicio más tardío y por la pérdida de control sobre la forma de beber.</p> <p>Asociado a un conjunto de rasgos que definen una personalidad dependiente-pasiva o "ansiosa".</p>	<p>Ésta es una forma más severa de alcoholismo, requiere de factores hereditarios pero no de factores provocadores medioambientales. Se observa principalmente en hombres, con un inicio más temprano en el abuso del alcohol y con un comportamiento de búsqueda espontánea de la bebida.</p> <p>Asociado a un conjunto de características de que definen una personalidad antisocial.</p>

Adaptado de Cloninger C. R., 1987.

ces de controlarse una vez que iniciaban a beber (pérdida de control).⁵ Puesto que se ha sugerido que existe un componente genético en la arquitectura de los rasgos de la personalidad humana,⁶ es posible especular que una mayor susceptibilidad a cierto subtipo de alcoholismo (u otros trastornos psiquiátricos) podría deberse a la coexistencia de determinantes genéticos del alcoholismo y de aquellos que definen la personalidad.

En resumen, el análisis global de los estudios familiares, en gemelos y casos de adopción, respalda la idea de que el trastorno es familiar y que una proporción significativa puede atribuirse a factores genéticos heredados que probablemente ejercen un control importante sobre la manera en que se bebe, así como en la vulnerabilidad al alcoholismo.

Además de la posible explicación genética, es importante considerar otras alternativas; entre ellas los posibles cambios en la susceptibilidad del feto al alcohol como resultado de la exposición en el útero a la sustancia, los efectos de una crianza negligente (deficiencias dietéticas o mala nutrición), los traumas cerebrales o el posible daño por efecto del alcohol a las células que producen el esperma. Todas estas posibilidades deberán tomarse en cuenta al discriminar las contribuciones y posibles interacciones genético-ambientales.

POSIBLE MODO DE HERENCIA * * * * *

Las investigaciones anteriores han proporcionado elementos para suponer que en el caso del alcoholismo existe un componente genético y posiblemente heredable. El siguiente paso es determinar si esta enfermedad se comporta de acuerdo con lo esperado por las leyes clásicas de la herencia. Un reporte que asoció la ceguera al color (la cual está ligada al cromosoma X) con el "apetito" por el alcohol llevó a sugerir una posible transmisión del alcoholismo ligada a este cromosoma sexual.⁷ Sin embargo, este resultado todavía no ha encontrado apoyo experimental subsecuente.

El método clásico para determinar el posible tipo de herencia asociado a un trastorno es el llamado análisis de segregación. Aunque esta estrategia ha sido poco utilizada en relación con el alcoholismo, los resultados obtenidos coinciden en que la idea de que existe un gen único que se transmite siguiendo un patrón de herencia mendeliana y que causa el alcoholismo no es aplicable en la mayoría de las familias afectadas, y quizá tampoco lo sea para la población de alcohólicos en general. Por el contrario, la alta prevalencia del trastorno, su variación entre poblaciones y generaciones, así como su variabilidad clínica indican que el alcoholismo es una entidad compleja en la que deben participar más de un factor genético o ambiental. Una meta importante de las investigaciones actuales es la de identificar grupos de individuos afectados que muestren variables comunes subyacentes y medibles, lo cual ayudaría a iden-

tificar genes de vulnerabilidad o riesgo específicos para posibles subtipos distintos.

POSIBLES MARCADORES DE RIESGO GENÉTICO EN EL ALCOHOLISMO

La heterogeneidad del alcoholismo ha impulsado la búsqueda de marcadores que permitan identificar subgrupos genéticamente distinguibles. Para este propósito han sido exploradas variaciones en la actividad neurobioquímica, en el desempeño psicofisiológico y en el rendimiento cognitivo, así como reacciones observadas durante el consumo de etanol. Algunos de los marcadores más promisorios se describen a continuación.

Marcadores electrofisiológicos. Algunos estudios muestran que el electroencefalograma en reposo de los alcohólicos, así como el de sus hijos adolescentes que aún no beben, presenta una menor actividad de la onda alfa (α), alteración que parece normalizarse con la ingestión de alcohol.⁹

Otra característica relevante de la actividad eléctrica cerebral es el registro que se presenta como respuesta a un evento inesperado, el cual se conoce como potencial P300 (dado que su pico de amplitud aparece a los 300 milisegundos de presentarse el estímulo). Diversos grupos han mostrado que en los alcohólicos este registro evocado tiene características distintas respecto a lo observado en sujetos sanos. Aún más interesante es el hecho de que la amplitud del P300 también está reducida en hijos adolescentes de alcohólicos que aún no han tenido contacto con el alcohol.⁹ Este rasgo electrofisiológico parece ser transmitido junto con el alcoholismo en determinadas familias y de manera más específica en alcohólicos con características de personalidad antisocial.¹⁰

Sensibilidad al alcohol. Se ha reportado una relación entre una menor sensibilidad a los efectos intoxicantes del etanol y la presencia de antecedentes heredo-familiares de alcoholismo, con el riesgo de desarrollar problemas futuros con el consumo de la bebida. En la primera etapa de estos estudios, los participantes ingirieron una dosis única y elevada de etanol; en general, los hijos de alcohólicos mostraron en promedio una menor respuesta al reto (determinada mediante la evaluación de cambios neuroendócrinos, neurofisiológicos, de estabilidad motora y de sensaciones subjetivas de la intoxicación) en comparación con aquellos que no tenían antecedentes familiares del trastorno. El seguimiento de estos sujetos a lo largo de ocho años mostró que la gran mayoría de los que manifestaron una sensibilidad disminuida al alcohol durante su juventud, desarrollaron posteriormente problemas con su forma de beber.¹¹ Esta relación ha sido observada por otros investigadores, aunque también existen datos que no la apoyan.

Alteraciones en la actividad de proteínas y enzimas. Las proteínas que funcionan en los mecanismos de comunicación intracelular —como la enzima adenilato ciclasa (AC) o las proteínas G—

son sitios potenciales de variación genética asociada a una posible sensibilidad diferencial al alcohol. Por ejemplo, la actividad basal de la AC en las plaquetas o linfocitos es distinta en los alcohólicos en relación con quienes no lo son. Además, la respuesta de la enzima a la estimulación farmacológica es menor en los alcohólicos que en los individuos controles,¹² lo cual concuerda con análisis de segregación que sugieren la existencia de un *locus* (sitio) genético principal que controla la actividad estimulada.

Otros estudios han indicado que los alcohólicos, sus familiares o los individuos con una HFP-A muestran una actividad reducida de la enzima monoaminoxidasa (MAO-B) en sus plaquetas, lo cual se ha observado particularmente en alcohólicos del tipo II.¹³ Esta alteración bioquímica también se ha relacionado con otros desórdenes psiquiátricos (depresión y esquizofrenia) o con conductas impulsivas, por lo que algunos autores proponen que la anomalía enzimática podría ser un marcador asociado con psicopatologías como la personalidad antisocial o el comportamiento criminal impulsivo.¹⁴

Puesto que las diferencias enzimáticas observadas no se mantienen estables a lo largo del tiempo y dado que la actividad de la MAO es modificada por la ingestión reciente de alcohol y por factores poco controlados en los estudios como el tabaquismo, es posible que los resultados pudieran indicar que el rasgo es secundario al fenotipo alcohólico.

Como se mencionó antes, no se ha encontrado evidencia suficiente de que la transmisión de alcoholismo esté ligada al cromosoma X (sitio donde se localiza el gene MAO-B), lo cual contradice la hipótesis de que una variante de la enzima sea causa directa del trastorno.

Otros datos bioquímicos y neuroendócrinos que se han asociado con el alcoholismo son los bajos niveles en el líquido cerebro-espinal del metabolito de serotonina —el ácido 5-hidroxiindolacético—, particularmente en los individuos que muestran gran impulsividad; la respuesta más intensa en sujetos con HFP-A de la hormona tirotrópica (TSH) inducida por el factor estimulador de su liberación (TRH); o bien, un mayor gusto o sensibilidad por sustancias como el 6-n-propiltiouracil o por soluciones azucaradas.

Aunque los resultados para éstos u otros posibles marcadores requieren ser confirmados para validar su uso en la identificación de individuos con una mayor susceptibilidad genética, su utilidad actual radica en que permiten guiar la selección de las regiones del genoma de mayor interés para los análisis genético-moleculares. Sin embargo, estos datos deben tomarse con cautela, ya que bien pudieran representar efectos secundarios de los comportamientos o experiencias individuales de los sujetos alcohólicos y esto podría incluso aplicarse con los rasgos detectados aun antes de haberse iniciado el trastorno.

Sería imposible ofrecer aquí una revisión extensa sobre los modelos animales que presentan conductas asociadas al abuso o dependencia del alcohol;¹⁵ sin embargo, es importante mencionar que mediante cruzas selectivas se han producido cepas de roedores genéticamente seleccionadas con base en características que se manifiestan en los alcohólicos (sensibilidad aumentada, preferencia por bebidas que contienen alcohol o susceptibilidad a la privación del estímulo) y cuyo análisis ha contribuido a entender el papel de vías neurales específicas en estas conductas.

Además, el uso de nuevas estrategias metodológicas como la denominada QTL (siglas de *quantitative trait loci*), que se aplica en cepas recombinantes de ratones, ha permitido identificar regiones en ciertos cromosomas, en las que posiblemente existen genes que contribuyen a la expresión de ciertos rasgos asociados al consumo de alcohol. Esta información, junto con la gran semejanza de los genomas y la fisiología del sistema nervioso del ratón y el humano, quizá permitan identificar elementos o sistemas neurales que se encuentran alterados en los alcohólicos.

E S T U D I O S D E G E N É T I C A M O L E C U L A R

Como se ha visto, existe la posibilidad de que algún o algunos de los 50 a cien mil genes que conforman el genoma humano influyan en el riesgo o vulnerabilidad al alcoholismo. La meta actual es localizar las regiones cromosómicas o *loci* donde se encuentran estos genes putativos, estrategia denominada clonación posicional. El aislamiento o clonación de las secuencias genómicas correspondientes y su posterior análisis permitiría, entonces, ahondar en la función de estas secuencias en los mecanismos subyacentes al trastorno. La tarea del "mapeo" cromosómico se sustenta principalmente en dos estrategias experimentales denominadas de enlace o ligamiento genético (*linkage*) y de asociación alélica. Estos métodos aprovechan la característica natural de muchas proteínas —o de secuencias de ADN—, de existir en diferentes formas o polimorfismos (llamadas alelos), cuya frecuencia en una población es común y susceptible de ser cuantificada. Puesto que en el caso de las variantes de ADN se conoce de forma cada vez más exacta la posición de estas secuencias en una región de un cromosoma en particular, es posible utilizarlas como "marcadores" genéticos.

Esta propiedad es utilizada en el *linkage* para establecer qué tan frecuentemente se presentan en los individuos de una misma familia alguno o algunos de los marcadores genéticos utilizados, junto con el fenotipo de interés (e. g. diagnóstico de alcoholismo). Si se asume la premisa de que existen "genes de la enfermedad" y si se toma en cuenta que mientras más cercanas se encuentren entre sí dos secuencias en un mismo cromosoma la probabilidad de ser heredadas en forma conjunta es mayor, es

posible calcular un valor estadístico del enlace (llamado índice *lod*) entre un marcador particular y el rasgo de interés.

Valores *lod* por arriba de un mínimo establecido sugieren la existencia de un gen putativo causal o asociado a la enfermedad, cercano a la posición del marcador empleado. Como es el caso de otros desórdenes complejos, los esfuerzos para localizar genes asociados a una vulnerabilidad mayor al alcoholismo se encuentran aún en esta etapa inicial, es decir la de identificar las regiones cromosómicas relevantes.

Por otra parte, los estudios de asociación genética se basan en la tendencia de marcadores (alelos y/o genotipos) o grupos de marcadores (haplotipos) cercanos entre sí a continuar asociados después de muchas generaciones en grupos de individuos no interrelacionados, pertenecientes a un grupo poblacional particular. Cualquier desviación de esta tendencia en un grupo de individuos que presenta la característica de interés (alcohólicos) en relación con aquellos que no la presentan (no alcohólicos), establece un "desequilibrio de enlace" (asociación no debida al azar) entre el marcador y una posible variante estructural del gene causativo que altera su función.

Las primeras investigaciones de mapeo cromosómico en relación con el alcoholismo utilizaron polimorfismos para proteínas séricas o grupos sanguíneos como marcadores, mientras que trabajos posteriores han usado variantes polimórficas de ADN. Aunque algunos de estos estudios reportaron datos positivos de asociación o enlace, estos hallazgos no han podido ser replicados. Si bien los estudios más recientes se han beneficiado del mayor y más variado repertorio de polimorfismos disponibles, así como de las nuevas técnicas de análisis estadístico, no han podido demostrar inequívocamente la existencia de enlace con alguna región cromosomal.

Como los análisis de ligamiento genético dependen de la asignación correcta de parámetros que no se conocen con certeza (modo de herencia, frecuencia real de los alelos en la población de estudio o grado de penetración de la enfermedad), no resultan sorprendentes los resultados negativos. Por otra parte, si bien esta estrategia ha identificado genes asociados a distintas enfermedades (e. g. fibrosis quística, neurofibromatosis o mal de Huntington), la misma pierde mucho de su poder analítico cuando los factores buscados contribuyen con un porcentaje limitado de la varianza del fenotipo (10% a lo sumo); lo cual quizá sea el caso del alcoholismo, dada su posible naturaleza multifactorial.

Para el análisis genético de trastornos complejos como el alcoholismo, algunos autores favorecen el empleo de la asociación poblacional o de estudios de enlace génico de tipo no paramétrico (que utilizan parejas de hermanos afectados por el mismo trastorno).¹⁶ En este sentido, en los últimos años se ha impulsado el

uso de variantes alélicas de genes que codifican proteínas cuya función en el Sistema Nervioso Central (snc) es conocida (receptores de membrana, enzimas del metabolismo). Estos genes "candidatos" son escogidos en función del posible papel que sus productos proteicos pudieran tener en la fisiopatología del trastorno. El análisis del gen que codifica la proteína receptor de dopamina tipo 2 sirve para ilustrar cuál es el panorama actual de estos estudios.

ESTUDIOS CON EL GEN DRD2

Una conducta importante en la iniciación y mantenimiento del consumo de alcohol es la de "reforzamiento y recompensa" que, probablemente, está bajo el control y regulación de diversos sistemas de neurotransmisión. Estudios en diversas especies animales han mostrado que la activación o modulación de circuitos mesolímbicos y mesocorticales dopaminérgicos forman parte esencial de estos elementos de control.¹⁷ Esto ha llevado a proponer que las diferencias en la estructura y función de genes del sistema dopaminérgico podrían contribuir a establecer diferencias individuales que se observan en la vulnerabilidad al alcoholismo.

Con base en este tipo de hipótesis, diversos grupos de investigación han utilizado variantes moleculares de genes que participan en el metabolismo de la dopamina como "candidatos" de interés en el análisis genético-molecular. El gen DRD2 en particular ha sido objeto de múltiples estudios en relación con el alcoholismo y otros trastornos psiquiátricos.

A principios de la década de los noventa se reportó que uno de los alelos del gen (denominado A1) se presentaba en 77% de una muestra de alcohólicos, mientras que sólo lo poseía 28% de los individuos de un grupo control no afectado.¹⁸ Un reporte posterior mostró que la posesión de este alelo se asociaba, además, con una disminución en el número de proteínas receptoras de este tipo en el tejido cerebral de los individuos.¹⁹ Estos resultados llevaron a proponer un papel relevante del gen en la etiología del trastorno.

La asociación entre esta variante molecular del gen DRD2 con el alcoholismo ha sido observada en otros estudios, particularmente cuando se han analizado los casos más severos o aquellos que presentan una edad de inicio más temprana.²⁰ Otros grupos, sin embargo, no han podido confirmarla o han reportado resultados contradictorios.²¹ En México se halló que la frecuencia del alelo A1 en una población pequeña de alcohólicos no fue distinta a la observada en sujetos no alcohólicos.²² Tanto el alelo A1 como un segundo polimorfismo (alelo B1) del gen han sido asociados con el abuso de múltiples sustancias, siendo éste un hallazgo quizá más consistente que el relacionado con el alcoholismo.²³

No existen datos positivos de enlace génico entre alelos del DRD2 con el alcoholismo²⁴ ni se han podido detectar en pacientes al-

cohólicos mutaciones en el gen que alteren la estructura y función del receptor.²⁵ Sin embargo, es interesante hacer notar que los hijos adolescentes de padres alcohólicos activos que aún no beben alcohol muestran una frecuencia elevada del A1; este incremento se correlaciona, a su vez, con una mayor latencia de la onda P300;²⁶ y con la reducción de sus habilidades visuales y espaciales (tal como ocurre con los alcohólicos).²⁷ Estos datos sugieren que el polimorfismo y la historia familiar positiva de alcoholismo pudieran ser determinantes independientes que podrían preceder el desarrollo del trastorno. Por último, recientemente se describió una posible influencia del genotipo individual del receptor DRD2 sobre los efectos neuroadaptativos del alcohol²⁸ y sobre la respuesta terapéutica farmacológica.²⁹

En resumen, la diversidad de datos y los posibles sesgos que pudieran haber influido en el resultado final de muchos de estos estudios (estratificación poblacional, inadecuada selección de las muestras, diferentes categorías de diagnósticos) impiden establecer cuál es la relevancia absoluta de esta asociación. Algunos investigadores han sugerido que, en todo caso, pudiera representar un posible gen de riesgo para el alcoholismo³⁰ o para un espectro más amplio de trastornos impulsivos, adictivos y compulsivos.³¹

CONCLUSIONES Y FUTURAS DIRECCIONES

Los estudios en gemelos y casos de adopción apoyan un papel sustancial de los factores genéticos en el alcoholismo y han permitido obtener pistas de cuáles podrían ser los componentes transmisibles genéticamente que afectarían la susceptibilidad de un individuo al desarrollo del trastorno. Además, han proporcionado información relevante sobre los comportamientos asociados con el alcoholismo que son más heredables y cuál podría ser su papel en hombres y mujeres.

El alcoholismo presenta una etiología compleja, en la que múltiples factores genéticos y ambientales crearían la vulnerabilidad. La importancia de estos factores seguramente varía en diferentes familias, en distintas épocas y poblaciones. Un enfoque más amplio, donde el fenotipo del alcohólico se extienda también hacia los familiares, quizá ofrezca un abordaje más exitoso, al disminuir la heterogeneidad y mejorar la certeza del diagnóstico a través de la identificación de subtipos de alcoholismo.

Se han evaluado varios marcadores cuya relación con el alcoholismo podría servir para la identificación de individuos con alto riesgo, o bien, para enfocar los estudios en genes candidatos particulares.

Nuevas rutas de investigación muy promisorias se han abierto en el área de los modelos animales. Éstas incluyen especies de primates no humanos que espontáneamente consumen alcohol en cantidades intoxicantes, el desarrollo de líneas de roedores que manifiestan conductas o rasgos asociados al alcoholismo en los

humanos y cepas de ratones recombinantes donde es posible aplicar los métodos de mapeo cromosómico, los cuales han comenzado a identificar determinantes genéticos que parecen contribuir con una pequeña pero importante fracción de la varianza del fenotipo.

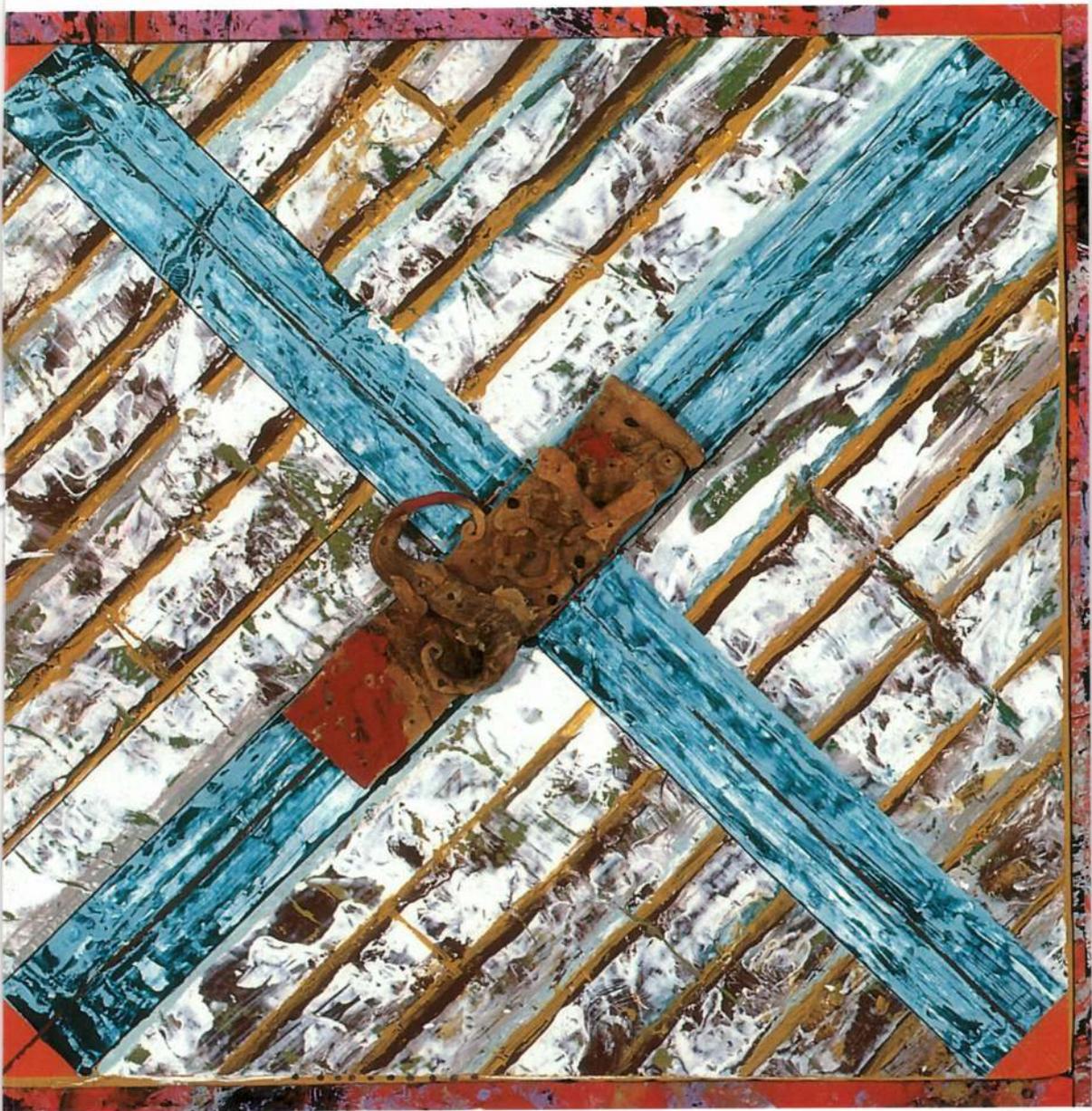
Los estudios moleculares con el gen del receptor D₂ de dopamina y otros genes candidatos siguen recibiendo gran atención, aun cuando todavía no existe un consenso sobre el significado de sus resultados. Este abordaje, sin embargo, ha servido para delimitar las ventajas y debilidades de los métodos empleados hasta ahora. La nueva generación de estudios se beneficiará tanto de la descripción de marcadores más informativos —particularmente de aquellos que produzcan cambios en la actividad funcional del gen—, como de métodos de análisis estadístico más refinados y, sobre todo, de nuevas ideas e hipótesis surgidas del acercamiento cada vez más estrecho de las diversas disciplinas neurocientíficas; todo ello —se espera— permitirá superar las limitaciones presentes y, eventualmente, producir los resultados tan ansiados.

N O T A S

1. Merikangas, K. R., "The genetic epidemiology of alcoholism", en *Psychol Med*, núm. 20, 1990, pp. 11-22.
2. Una revisión actualizada de los métodos y resultados se encuentra en Balli, D. M., et al., "Genetics of alcohol misuse", en *British Med. Bull.*, núm. 50, 1994, pp. 16-28, y Heath, A. C., "Genetic influences on alcoholism risk: A review of adoption and twin studies", en *Alcohol Health Res World*, núm. 19, 1995, pp. 166-171.
3. Cruz, C., et al., "The dopamine D₂ receptor gene (aq 1 A1) polymorphism and alcoholism in a Mexican population", en *Arch Med Res*, núm. 26, 1995, pp. 421-426.
4. Cloninger, C. R., "Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism", en *Science*, núm. 236, 1967, pp. 410-416.
5. Jellinek, E. M., "The disease concept of alcoholism", en *Can Med Assn J*, núm. 53, 1960, pp. 1341-1351.
6. Cloninger, C. R., et al., "A psychobiological model of temperament and character", en *Arch Gen Psychiatry*, núm. 50, 1993, pp. 975-990.
7. Cruz-Coke, R., et al., "Correlation between colour vision disturbance and appetite for alcohol", en *J Clin Genet*, núm. 3, 1972, pp. 404-410.
8. Ehlers, C. L., et al., "Evaluation of EEG alpha activity in sons of alcoholics", en *Neuropsychopharmacology*, núm. 4, 1991, pp. 199-205.
9. Begleiter, H., et al., "Event-related potentials in boys at risk for alcoholism", en *Science*, núm. 225, 1984, pp. 1493-1496.
10. Hill, S. Y., et al., "Event-related potential characteristics in children of alcoholics from high density families", en *Alcohol Clin Exp Res*, núm. 14, 1990, pp. 6-16.
11. Schuckit, M. A., et al., "An 8-year follow-up of 650 sons of alcoholic and control subjects", en *Arch Gen Psychiatry*, núm. 52, 1996, pp. 262-270.
12. Tabakoff, B., et al., "Differences in platelet enzyme activity between alcoholics and nonalcoholics", en *N Engl J Med*, núm. 318, 1988, pp. 134-139.
13. Alexopoulos, G., et al., "Platelet MAO activity in alcoholic patients and their first degree relatives", en *Am J Psychiatry*, núm. 140, 1983, pp. 1501-1504, y

PÁGINA SIGUIENTE:
 José Antonio Hernández
 Vargas.
Aproximaciones al sol,
 serie 26 u 33.
 1989. Técnica mixta
 sobre madera.
 61 x 61 cm. Detalle.
 Colección particular.

- Von Knorring, A., *et al.*, "Platelet monoamine oxidase activity in type 1 and type 2 alcoholism", en *Alcohol Alcoholism*, núm. 26, 1991, pp. 409-416.
- 14¹¹ "Orland, L., *et al.*, "Monoamine oxidase activity as a biological marker", en *IPS*, 1983, pp. 339-341.
- 15¹² "Crabbe, J. C., *et al.*, "Genetic animal models of alcohol and drug abuse" en *Science*, núm. 264, 1994, pp. 1715-1723.
- 16¹³ "Risch, N., *et al.*, "Genetic analysis of complex diseases" en *Science*, núm. 273, 1996, p. 1516.
- 17¹⁴ "Wise, R. A., *et al.*, "Brain dopamine and reward", en *Ann Rev Psychol*, núm. 40, 1989, pp. 191-225.
- 18¹⁵ "Blum, K., *et al.*, "Allelic association of human dopamine D2 receptor gene in alcoholism", en *JAMA*, núm. 263, 1990, pp. 2055-2060.
- 19¹⁶ "Noble, E. P., *et al.*, "Allelic association of the D2 dopamine receptor gene with receptor-binding characteristics in alcoholism", en *Arch Gen Psychiatry*, núm. 48, 1991, pp. 648-654.
- 20¹⁷ "Lawford, B. R., *et al.*, "Association of the D2 dopamine receptor A1 allele with alcoholism: medical severity of alcoholism and type of controls", en *Biol Psychiatry*, núm. 41, 1997, pp. 386-393; y Kono, Y., *et al.*, "Association between early-onset alcoholism and the dopamine D2 receptor gene", en *Am J Med Genet*, núm. 74, 1997, pp. 179-182.
- 21¹⁸ "Gelernter, J., *et al.*, "No association between an allele at the D2 dopamine receptor gene (DRD2) and alcoholism", en *JAMA*, núm. 266, 1991, pp. 1801-1807; Goldman, D., "Molecular markers for linkage of genetic loci contributing to alcoholism", en Galanter, M. (ed.), *Recent developments in alcoholism*, Nueva York, Plenum Press, vol. 6, 1988, pp. 333-349; y Parsian, A., *et al.*, "Alcoholism and alleles of the human D2 dopamine receptor locus", en *Arch Gen Psychiatry*, núm. 48, 1991, pp. 655-663.
- 22¹⁹ "Cruz, C., *et al.*, *op. cit.*
- 23²⁰ "Persico, A. M., *et al.*, "Dopamine D2 receptor gene Taq1A and B1 restriction fragment length polymorphisms: enhanced frequencies in psychostimulant-preferring polysubstance abusers", en *Biol Psychiatry*, núm. 40, 1996, pp. 776-784.
- 24²¹ "Parsian, A., *et al.*, *op. cit.*; Cook, C. Ch., *et al.*, "A genetic linkage study of the D2 dopamine receptor locus in heavy drinking and alcoholism", en *British J Psychiatry*, núm. 169, 1996, pp. 43-48; y Neiswander, K., *et al.*, "Association and linkage studies of the Taq1 A1 allele at the dopamine D2 receptor gene in samples of female and male alcoholics", en *Am J Med Genet*, núm. 60, 1995, pp. 267-271.
- 25²² "Gejman, P., *et al.*, "No structural mutation in the dopamine D2 receptor gene in alcoholism or schizophrenia", en *JAMA*, núm. 271, 1994, pp. 204-208.
- 26²³ "Noble, E. P., *et al.*, "Prolonged P300 latency in children with the D2 dopamine receptor locus", en *Am J Hum Genet*, núm. 54, 1994, pp. 658-668.
- 27²⁴ "Berman, S. M., *et al.*, "Reduced visuospatial performance in children with the D2 dopamine receptor A1 allele", en *Behav Genet*, núm. 25, 1995, pp. 45-58.
- 28²⁵ "Finckh, U., *et al.*, "An influence of the dopamine D2 receptor (DRD2) genotype on neuroadaptive effects of alcohol and the clinical outcome of alcoholism", en *Pharmacogenetics*, núm. 7, 1997, pp. 271-281.
- 29²⁶ "Lawford, B. R., *et al.*, "Bromocriptine in the treatment of alcoholics with the D2 dopamine receptor A1 allele", en *Nature Medicine*, núm. 1, 1995, pp. 337-341.
- 30²⁷ "Cloninger, C. R., "D2 dopamine receptor gene is associated but not linked with alcoholism", en *JAMA*, núm. 266, 1991, pp. 1833-1834.
- 31²⁸ "Blum, K., *et al.*, "Dopamine D2 receptor gene variants: association and linkage studies in impulsive-addictive-compulsive behaviour", en *Pharmacogenetics*, núm. 5, 1995, pp. 121-141.

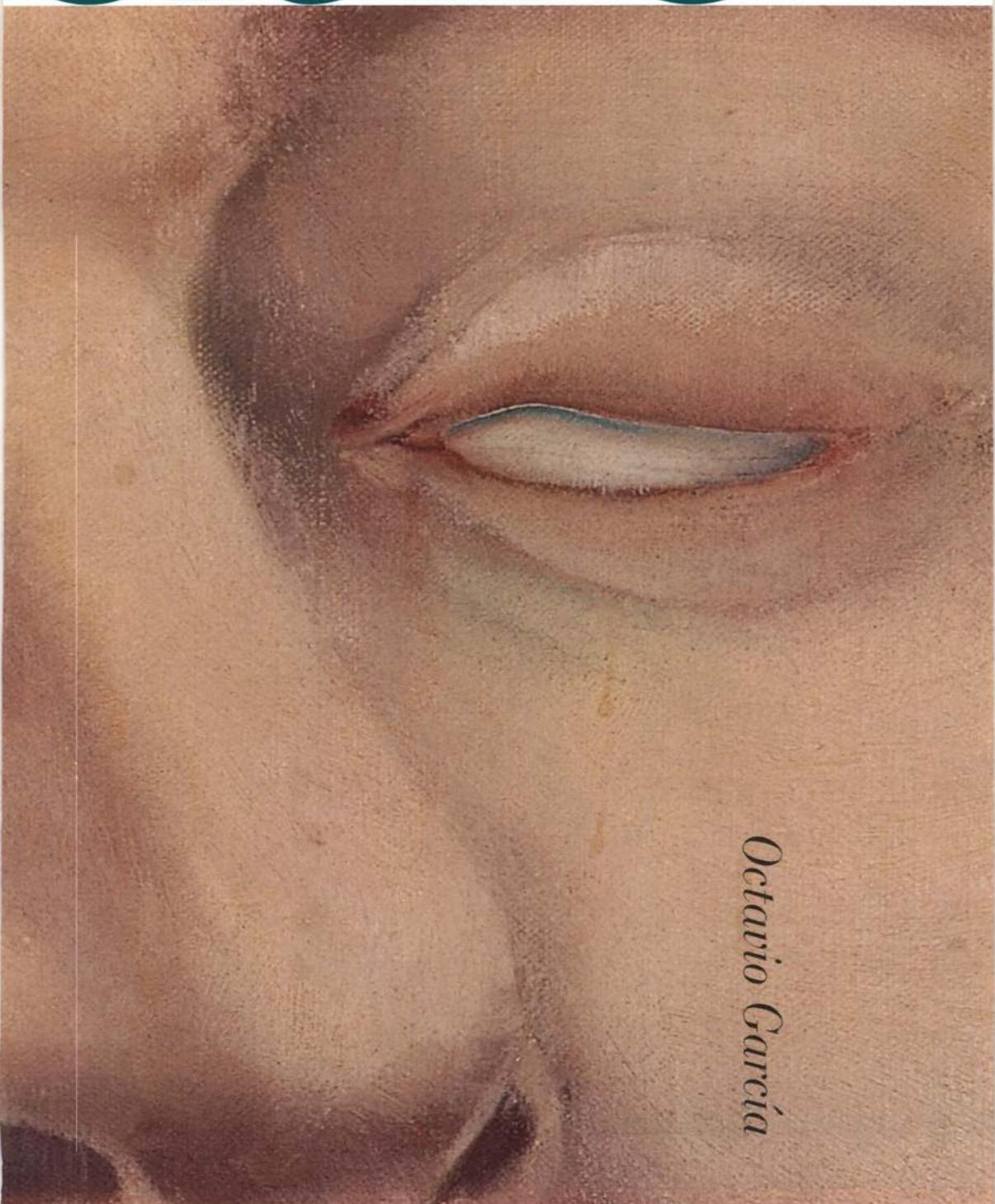


el cer

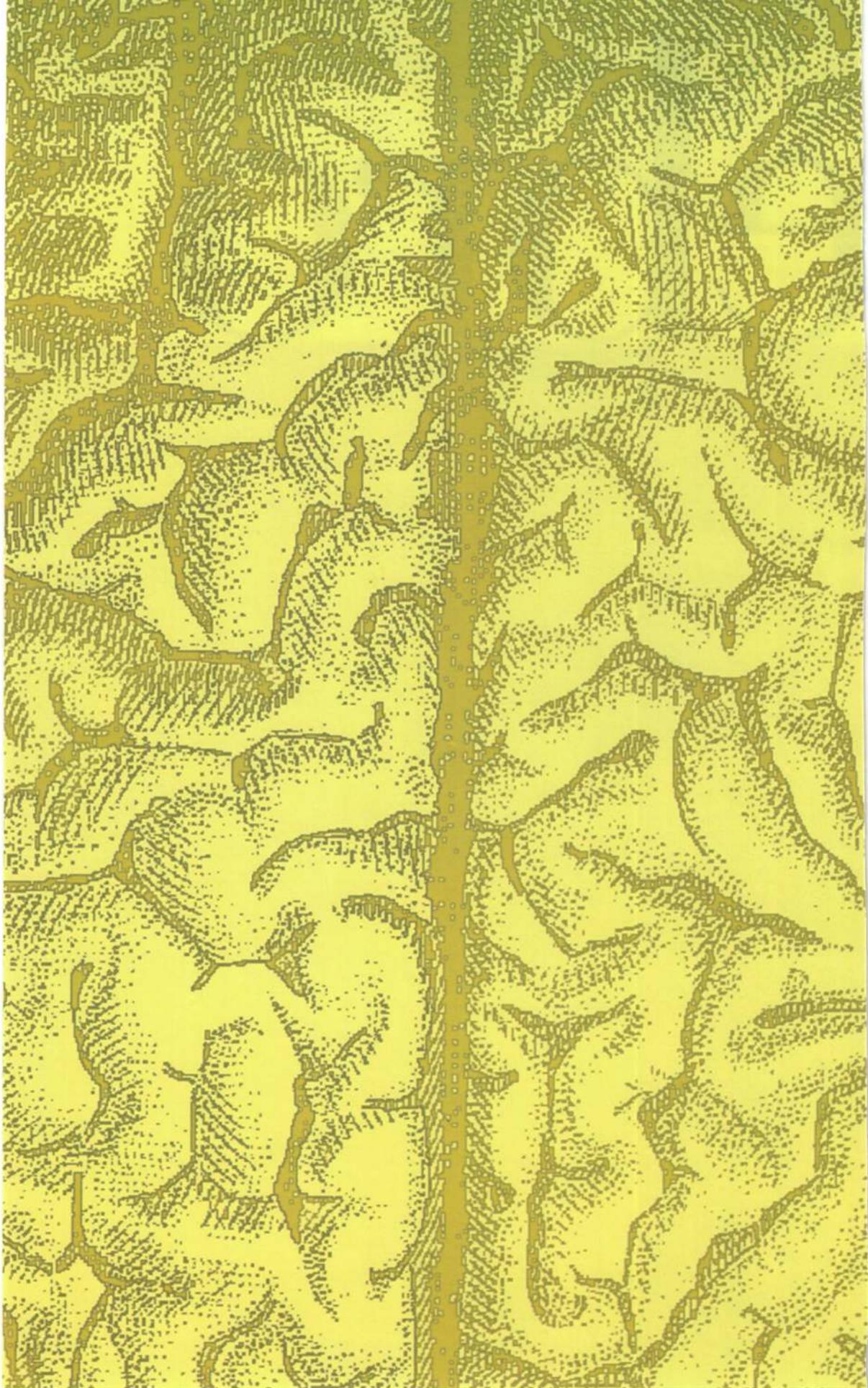
Simón Brailowsky †

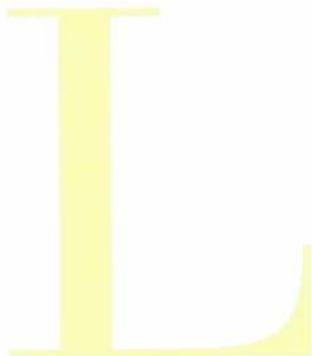


eibro



Octavio García





os efectos más espectaculares del alcohol son los que ocurren en el sistema nervioso central (SNC). Los mecanismos que le permiten lograr tales efectos apenas empiezan a conocerse. A pesar de ser una molécula pequeña y altamente liposoluble (capaz de atravesar fácilmente barreras biológicas), el alcohol tiene efectos específicos sobre áreas cerebrales y sistemas de neurotransmisión definidos. Los estudios en modelos animales han propiciado importantes avances en la investigación de la neurobiología del etanol.

El cerebro está constituido por dos tipos principales de células especializadas, las neuronas y la glía. Dos neuronas se pueden comunicar entre sí a través de estructuras anatómicas específicas llamadas sinapsis. Cuando existe un estímulo eléctrico en una de ellas (neurona presináptica), se liberan moléculas llamadas neurotransmisores; éstas viajan a través del espacio que hay entre las dos sinapsis (espacio sináptico) hasta encontrar un receptor en la neurona postsináptica. La activación de este receptor produce excitación o inhibición de la célula nerviosa y esta información se puede transmitir hacia otras neuronas por el mismo mecanismo (véase figura 1).

Una vez que se ha realizado la activación sináptica, los neurotransmisores que no actuaron con su receptor son eliminados por enzimas que se encuentran en el espacio sináptico o recuperados por sistemas de captura y de transporte localizados en las neuronas y células gliales, con el fin de reciclar el neurotransmisor o sintetizarlo nuevamente para poderse liberar cuando llegue otro estímulo eléctrico.

NEUROTRANSMISORES * * * * *

El etanol, como cualquier sustancia que afecta al SNC, ejerce sus efectos sobre los componentes básicos de éste —neuronas y glía— al interactuar con los neurotransmisores.¹ Los neurotransmisores mejor conocidos son la acetilcolina, el glutamato y el aspartato —considerados como "excitadores", pues estimulan las neuronas—; el ácido gama-aminobutírico (GABA) y la glicina —"inhibidores"—; moléculas neuromoduladoras como las catecolaminas (dopamina, noradrenalina y adrenalina o epinefrina), la serotonina (5-HT), la adenosina y diversos péptidos.

PÁGINA ANTERIOR:

Marta Covarrubias Newton.

Relieves.

Ilustración digital.

PÁGINAS 40 Y 41:

Enrique Guzmán.

Estigma. 1974.

Óleo sobre tela.

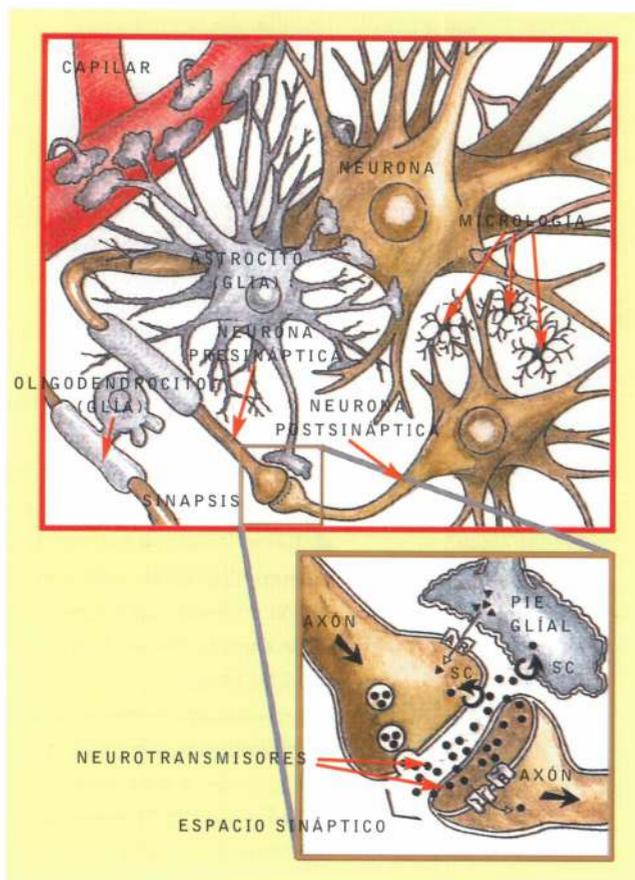
20 x 30 cm.

Colección Francisco

de Hoyos.

FIGURA 1. NIVELES DE ACCIÓN DEL ETANOL.

Dos neuronas se comunican entre sí a través de la sinapsis: al ocurrir un estímulo eléctrico en una de las neuronas se liberan los neurotransmisores.



Cada neurotransmisor y neuromodulador tiene diversos receptores específicos y pueden ser estimulados por moléculas llamadas agonistas e inhibidos por antagonistas.

Glutamato. Está asociado con procesos de memoria, muerte neuronal y algunas enfermedades neurodegenerativas como la de Alzheimer o alteraciones neurológicas como la isquemia cerebral y la epilepsia. Tiene diversos receptores que son nombrados de acuerdo con su sensibilidad a determinados agonistas.

GABA. Inhibe la sinapsis y actúa como un precursor del glutamato. Se le ha asociado a procesos de plasticidad neuronal y puede funcionar como una molécula neurotrófica pues estimula el crecimiento de las neuronas.

Glicina. Es el inhibidor de la médula espinal; en el SNC puede modular los receptores glutamatérgicos de tipo NMDA. El receptor que reconoce a la glicina funciona de manera similar al receptor de GABA, al activar canales selectivos para el cloro.

Serotonina. Está implicada en diversas funciones fisiológicas (sueño, apetito, dolor y conducta sexual), así como en desórdenes patológicos (ansiedad, depresión, esquizofrenia y migraña). Hay varios tipos de receptores serotoninérgicos.

Catecolaminas. Estos neuromoduladores deben su nombre a que están formados por un grupo catecol y uno amino; participan

en procesos de recompensa, reforzamiento y adicción. Cada uno de estos neuromoduladores tiene sus receptores específicos. La dopamina, asociada al control del movimiento y al mal de Parkinson, cuenta con receptores vinculados a su vez con los efectos farmacológicos de tranquilizantes, antidepresivos, anti-parkinsonianos y estimulantes "placenteros", así como con la esquizofrenia. La epinefrina o adrenalina actúa en situaciones de estrés y en trastornos emocionales que implican momentos de "lucha y fuga", importantes para la supervivencia. Los receptores adrenérgicos se dividen en dos familias: los alfa y los beta-adrenérgicos, cada uno con diversos subtipos de receptores. Existe una vinculación entre la epinefrina y los efectos de recompensa producidos por la cocaína, la cual aumenta el tiempo de acción tanto de ésta como de la norepinefrina.

Acetilcolina. Se le ha asociado a funciones como el movimiento, la memoria, el dolor, el calor y los sabores, la regulación del ciclo sueño-vigilia y a enfermedades neurológicas como la *miastenia gravis* y el mal de Alzheimer. Sus receptores son clasificados en muscarínicos y nicotínicos, de acuerdo con la sensibilidad a estas drogas; se han descrito cinco subtipos para el primero y cuatro para el segundo.

Péptidos. Los péptidos o neuropéptidos son pequeñas moléculas involucradas en funciones cerebrales "placenteras", analgésicas y sedativas, entre otras. Los efectos de algunos de ellos se asemejan a los de la morfina y el opio, por lo que desde los años setenta se les llamó endorfinas o péptidos opioides.

Adenosina. Puede modular canales de calcio (poros de la membrana celular que dejan pasar de manera selectiva a este catión), además de inhibir la transmisión sináptica excitadora, al disminuir la liberación del transmisor, entre otros efectos.

Otros sistemas. Cuando un receptor es activado por el alcohol, al interior de la célula se pueden estimular señales que provocarían una respuesta fisiológica. Estas señales, llamadas sistemas de transducción, están asociadas a la activación de proteínas como: 1) las proteínas G, localizadas en la parte interna de la membrana celular y llamadas así porque son activadas por el nucleótido guanosina trifosfato; 2) los segundos mensajeros, que son moléculas como el adenosina monofosfato cíclico, el óxido nítrico y el calcio, cuya producción y función se asocia a la activación de las proteínas G y que actúan sobre receptores intracelulares, y 3) las proteínas cinasas, que pueden modificar la estructura y función de una proteína por la simple adición de un fosfato; su activación está vinculada a los segundos mensajeros.

SUSTRATO ANATOMO-FISIOLÓGICO DE LOS EFECTOS DEL ETANOL

La creencia popular de que el alcohol es un estimulante es completamente errónea. Al contrario, sus efectos son siempre depresores y acumulativos, pues dependen de la dosis. Las actitudes desinhibidas que observamos con frecuencia en dosis modera-

PAGINA SIGUIENTE:

FIGURA 2. ESTRUCTURAS
CEREBRALES Y ALCOHOL.

El alcohol afecta primero a la corteza cerebral y al sistema límbico. En concentraciones mayores daña al hipotálamo y al tálamo; el hipocampo se deprime. Finalmente, afecta al cerebelo y a la formación reticular.

FIGURA 3. VÍAS NERVIOSAS
EN EL HOMBRE.

Circuitos cerebrales y algunos sistemas de neurotransmisores que se afectan en el humano por efecto del alcohol.

FIGURA 4. VÍAS
NERVIOSAS EN LA RATA.

Circuitos cerebrales y sistemas de neurotransmisores de la rata afectados por el alcohol.

das se explican por los efectos en la corteza cerebral, que controla el razonamiento y el juicio. En el sistema límbico provoca cambios emocionales y en mayores concentraciones afecta al tálamo e hipotálamo, al producir alteraciones sensoriales y autonómicas; el hipocampo se deprime y aparecen problemas de memoria y orientación espacial. Finalmente, la toxicidad afecta al cerebelo y la formación reticular, estructuras que están relacionadas con la coordinación muscular, el estado de conciencia y funciones vitales como la respiración (véase figura 2).

Algunas regiones del cerebro han sido involucradas en la dependencia de drogas como la cocaína y la morfina² y en las propiedades de recompensa y reforzamiento positivo de los psicotrópicos. Sin embargo, en el caso del etanol, la localización de estas regiones resulta controvertida; dados sus efectos conductuales y neuroquímicos, se ha sugerido la participación de las siguientes áreas: el sistema límbico, el sistema extrapiramidal, el haz cerebral medial anterior (HCMA) y el circuito mesocorticolímbico.³ Estas áreas se han asociado a la neurotransmisión dopaminérgica y peptidérgica. El sistema límbico está compuesto por el hipocampo, la amígdala, el hipotálamo, el cíngulo y las áreas vecinas que se interconectan. Interviene en la expresión de emociones como el miedo, la furia, el placer, el dolor y la angustia (véase figura 3).

El sistema extrapiramidal incluye los ganglios basales (integrados a su vez por el núcleo acumbens) y el cuerpo estriado (formado por el núcleo caudado, el globo pálido y el putamen) y tiene un papel relevante en el control del movimiento y en la valoración gratificante de las drogas.

El HCMA, formado por el hipotálamo lateral, el área tegmental ventral, el núcleo acumbens y la corteza frontal, es considerado como la vía del placer por estar involucrado en el reforzamiento positivo de la mayoría de las drogas adictivas y se le vincula con sistemas de transmisión gabaérgica, catecolaminérgica y peptidérgica (véase figura 4).

Se cree que existe un circuito neuronal común para las drogas adictivas que estaría implicado en los efectos estimulantes y psicomotores, así como en las acciones reforzantes positivas. Este circuito, llamado mesocorticolímbico, sería distinto al que subyace a las propiedades reforzantes negativas de las drogas y se ha propuesto como un modelo para estudiar la conducta motivacional y adaptativa de la droga.⁴

MODELOS DE ESTUDIO DEL ALCOHOLISMO

El estudio del alcoholismo en los seres humanos no resulta sencillo debido a los problemas éticos, morales, psicológicos y clínicos que la investigación implica, por lo que es necesario utilizar modelos animales que permitan dilucidar los mecanismos y efectos de la dependencia alcohólica. Las cepas de ratas y ratones criadas selectivamente para conseguir una mayor preferen-

FIGURA 2.

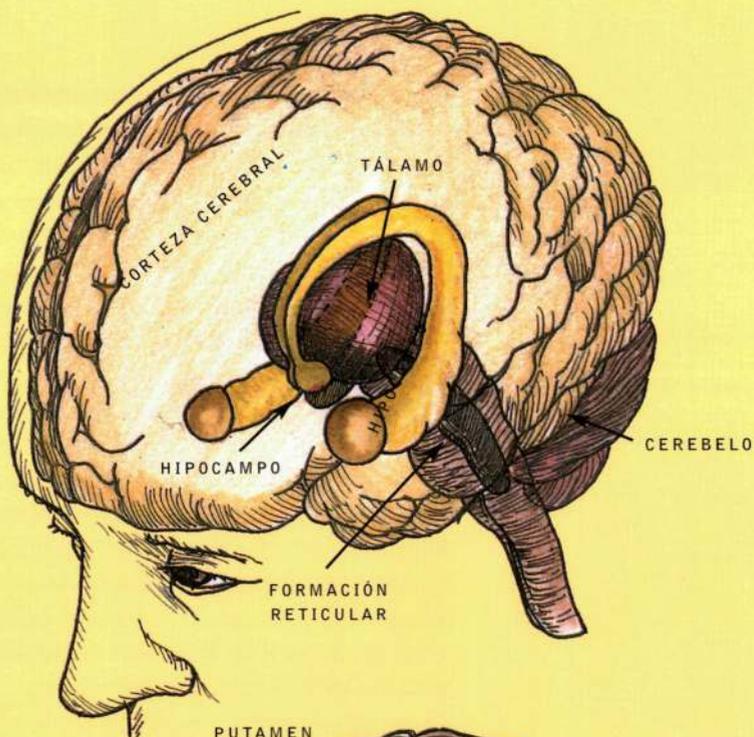


FIGURA 3.

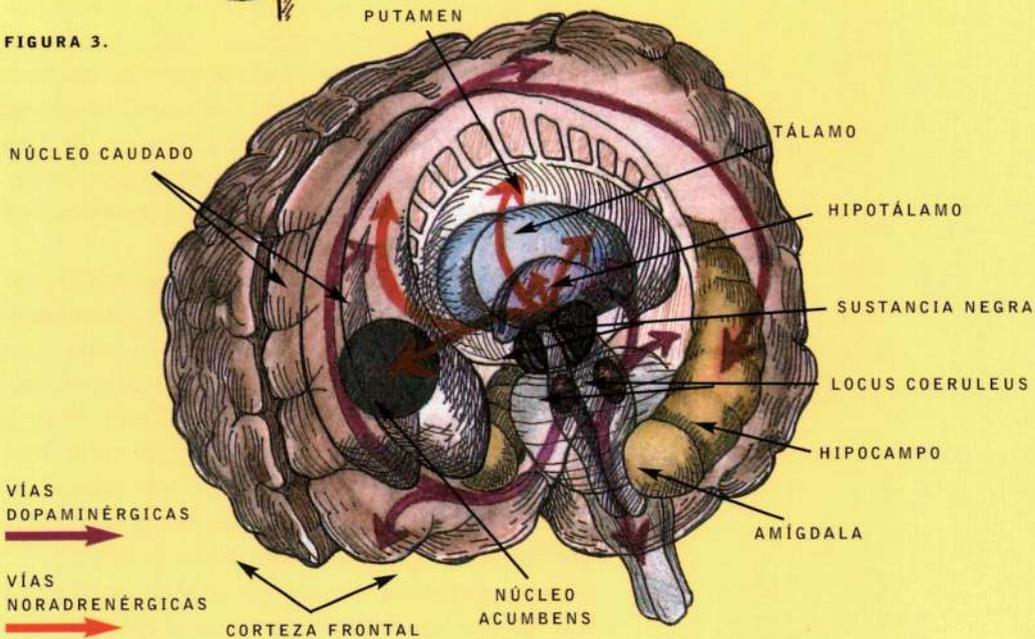
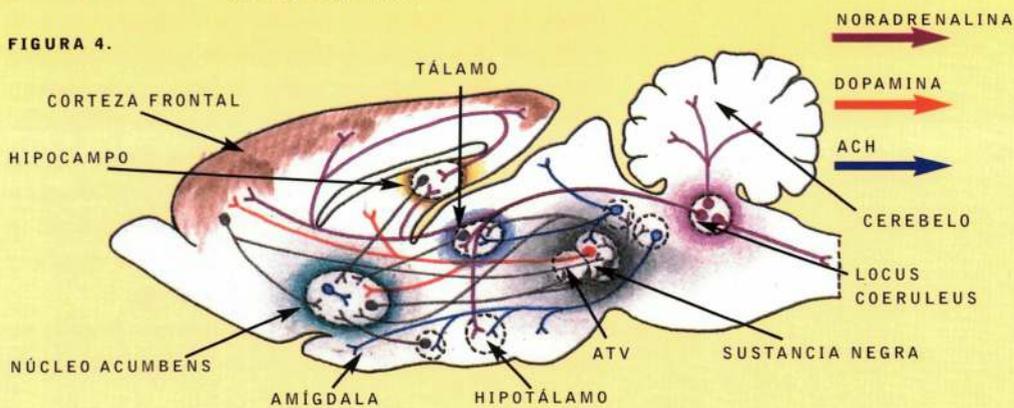


FIGURA 4.



cia por el alcohol se dividen en dos categorías principales: los animales que prefieren alcohol en vez de agua en una situación de libre elección como consecuencia de una manipulación conductual o farmacológica, y la selección genética por la preferencia al etanol, la sensibilidad inicial o la severidad de la abstinencia.⁵ Las pruebas para medir las propiedades reforzantes del etanol en modelos animales pueden ser modificadas por diversos factores: el tipo de dieta, la concentración o la dosis de alcohol, la forma de administración, la existencia o no de un pretratamiento inductor, el nivel de estrés del animal, la región cerebral estudiada, factores genéticos y diferencias individuales.⁶ Algunas de estas pruebas se describen enseguida.

Pruebas de libre acceso al etanol. Consiste en presentar al animal dos botellas: una con una solución alcohólica (de una graduación determinada, con o sin azúcar) y otra con un líquido distinto, generalmente agua. La posición de las botellas suele intercambiarse con el fin de eliminar un factor de hábito. Se le denomina de "libre acceso" porque el animal dispone de botellas en todo momento y puede autoadministrarse oralmente cualquier bebida. Factores como el olor, el sabor, la graduación de la disolución alcohólica empleada así como las soluciones alternativas (agua, agua azucarada) modifican drásticamente el consumo en sentido negativo o positivo. Como modelo para estudiar el alcoholismo humano, la situación presenta importantes desventajas: la imposibilidad de la ingesta tóxica y del establecimiento de un síndrome de abstinencia.

Condicionamiento operante al etanol. Estas pruebas suelen realizarse en la caja de Skinner, un aparato que se utiliza para conocer cierto tipo de aprendizaje con ratas hambrientas o sedientas. En una de sus paredes existe una palanca que al ser accionada libera un mecanismo que entrega alimento o agua para mitigar el hambre y la sed de la rata. El animal es entrenado con un reforzador convencional como la comida y, una vez establecida la respuesta, se sustituye por el etanol. Esta técnica es muy utilizada para el estudio de otras drogas adictivas como la cocaína, opiáceos y anfetaminas; lamentablemente, en el caso del etanol no se obtienen resultados tan espectaculares como con estas drogas. Este modelo puede aplicarse en el estudio de la inclinación por determinadas graduaciones de solución alcohólica, para comparar las preferencias por el etanol y otras drogas, y para estudiar el efecto de diversos fármacos sobre la ingestión.

Condicionamiento de la preferencia espacial. El ambiente en el que se encuentra el sujeto —con sus características discriminatorias— se puede asociar por condicionamiento clásico con su estado afectivo (agrado-desagrado) en determinada situación y así medir las propiedades reforzantes de la droga.

Los efectos del alcohol se asocian con el sitio físico en el que se experimentan y, por otra parte, se asocia otro lugar claramente

distinto con un placebo (en este caso una solución salina). En una fase posterior de prueba —sin droga— se observa cuál es la preferencia del sujeto por cada uno de los lugares de condicionamiento, suponiéndose que permanecerá más tiempo en aquel sitio donde ha experimentado los efectos reforzantes del alcohol, mientras que mostrará una aversión por el lugar asociado con una droga o sustancia desagradable.

Preferencia por sabores asociados al etanol. Se asocia un sabor definido con la administración de etanol y luego se observa si los sujetos tienen preferencia o aversión por ese sabor. Aunque la prueba se ha utilizado poco, parece que las ratas a las que se priva de comida prefieren gustos asociados con el etanol, mientras que las no privadas tienen aversión hacia los mismos.

Auto-estimulación eléctrica intracerebral. Consiste en implantar al sujeto electrodos de estimulación eléctrica en áreas cerebrales que supuestamente constituyen el sustrato nervioso de la recompensa o se relacionan con éste y en las que la estimulación resulta reforzante. Recuperado el sujeto de la intervención quirúrgica, es capaz de realizar ciertas respuestas operantes para conseguir como reforzamiento la estimulación eléctrica de dichas áreas. En estas circunstancias se puede administrar el alcohol o diferentes drogas supuestamente reforzantes y estudiar cómo se modifica la respuesta de autoestimulación. Se supone que sería un sustrato similar al activado por la estimulación eléctrica y por la droga en cuestión, por lo que ambos efectos podrían interactuar.

Inducción mecánica del alcoholismo. La dependencia de alcohol en animales se puede inducir de manera forzada por la inhalación de vapor de etanol, dietas líquidas de alcohol, administración intravenosa e intubación gástrica. Su ventaja es que así se puede cuantificar la cantidad de alcohol administrado. Estos modelos son particularmente útiles para estudiar los síndromes de abstinencia alcohólica y los efectos del alcohol en la transmisión central; sin embargo, factores como el estrés pueden intervenir en los resultados.

E F E C T O S D E L E T A N O L E N E L S N C ^ ^ ^ ^ ^

En el hombre y en algunos animales la cantidad de alcohol en la sangre está relacionada directamente con diversas alteraciones físicas y psicológicas (véase figura 5). Los estados de euforia, desinhibición, bienestar y relajación que sienten las personas después de haber ingerido "algunos tragos" son resultado del efecto depresor del alcohol. Conforme aumenta la concentración de etanol en el cuerpo aparecen problemas para coordinar el habla y el pensamiento; si las concentraciones de etanol se incrementan, la respiración se deprime y los reflejos espinales, por lo que no sólo se ven afectados los mecanismos inhibitorios del SNC sino también los excitatorios. Una intoxicación por alcohol puede provocar coma e incluso la muerte.⁷

Efectos conductuales. El consumo de alcohol, como el de otras drogas, genera dos tipos de conductas: una aversiva, con síntomas similares a los que se producen durante el estrés y la abstinencia (ver neuropatologías) y que es llamada "de reforzamiento negativo", y otra afectiva, asociada a estados eufóricos y de placer, llamada "de reforzamiento positivo" o recompensa.⁸

El sistema límbico es especialmente importante para las propiedades reforzantes positivas del etanol, pues la preferencia por esta sustancia podría estar íntimamente relacionada con la acción que tiene en el hipotálamo y en los sistemas de neurotransmisión (las vías nerviosas que manejan una misma sustancia activa sobre neuronas y glía) opioide, noradrenérgicos, dopaminérgicos y gabaérgicos. Las diferencias entre los roedores que prefieren el alcohol y los que no se darían en estos niveles (ver modelos de estudio). Se ha demostrado que las ratas que tuvieron una dieta rica en etanol por periodos prolongados tienen una considerable pérdida neuronal en el hipocampo y esto pudiera asociarse con las deficiencias de memoria y aprendizaje que presentan muchos alcohólicos.

Se ha sugerido que en el sistema extrapiramidal el etanol altera la regulación de las neuronas dopaminérgicas negroestriales (son aquellas cuyo cuerpo celular se encuentra en la "sustancia negra" y cuyas fibras de salida terminan en el cuerpo estriado) por su acción en los sistemas opiáceos. El desarrollo de la conducta en ratas que prefieren alcohol se ha relacionado con una menor liberación de dopamina después de que se les retira el alcohol. Dicha inhibición desaparece a los pocos días.

En el HCMA solamente el área tegmental ventral parece afectarse por el etanol, particularmente en la ingestión de pequeñas dosis, debido a la activación de células dopaminérgicas y una modulación por el GABA.

FIGURA 5 ALTERACIONES POR LOS NIVELES SÉRICOS CRECIENTES DE ALCOHOL EN LA SANGRE

NÚM. DE "TRAGOS"	ALCOHOL EN LA SANGRE (%)	EFFECTOS FÍSICOS Y PSICOLÓGICOS
1	0.02-0.03	Sin efecto. Ligera elevación en los estados de ánimo
2	0.05-0.06	Sensación de relajación, calor, disminución del tiempo de reacción y de coordinación fina
3	0.08-0.09	Alteración ligera del equilibrio
4	0.10	Niveles de intoxicación legal en algunos estados de EUA
5	0.11-0.12	La coordinación y el equilibrio se dificultan; alteración de las facultades mentales y del juicio
6	0.14-0.15	Alteración mayor del control físico y mental: habla y visión difíciles
7	0.20	Pérdida de control motor (requiere ayuda); confusión mental
10	0.30	Intoxicación severa; control consciente mínimo
14	0.40	Inconciencia; umbral del estado de coma
17	0.50	Coma profundo
20	0.60	Muerte por depresión respiratoria

Tomado de Brailowsky, 1995.

Se cree que el aumento en la actividad del núcleo del Rafé que envía fibras serotoninérgicas hacia el núcleo acumbens, sería el responsable de las propiedades reforzantes positivas en las ratas que prefieren alcohol; por otro lado, el *locus coeruleus*, estructura noradrenérgica por excelencia, podría estar asociado a los mecanismos de tolerancia del etanol y a algunos efectos sedantes.

Respecto a las áreas de la corteza cerebral implicadas en la preferencia del alcohol, no existen muchos estudios. Probablemente las más relacionadas con el valor gratificante del etanol sean las prefrontales y las límbicas, mientras que el cortex gustativo y el olfatorio estarían involucrados en los efectos sensoriales.

En los últimos años se ha considerado que la adicción al alcohol puede ser el resultado de la interacción entre factores genéticos y una alteración en los circuitos nerviosos asociados a la experiencia emocional.

Efectos neuroquímicos. El cerebro es uno de los órganos más sensibles a los efectos del alcohol: con bajas concentraciones se estimula, mientras que con altas dosis se deprime.

Existe consenso en torno a que la ingestión aguda (una sola administración en dosis suficientes) de etanol propicia los efectos del GABA e inhibe los del glutamato, en tanto que el desarrollo de la tolerancia, vinculado al consumo crónico del alcohol produce el fenómeno inverso: se reduce la función gabaérgica y se incrementa la glutamatérgica.⁹ Esta discordancia entre los sistemas de excitación e inhibición puede ser la responsable de las crisis de tipo epiléptico que se presentan en los alcohólicos crónicos. Durante la intoxicación crónica aparece un estado de sedación generalizado acompañado de calma y relajación muscular; situación presumiblemente mediada por la reducción de la transmisión dopaminérgica y noradrenérgica y por la facilitación de los sistemas gabaérgicos que puede conducir a acciones depresivas.¹⁰

La activación de los sistemas dopaminérgicos acciona a su vez los mecanismos de reforzamiento positivo en las estructuras límbicas del cerebro, con lo que se libera noradrenalina en el hipocampo y el cerebro medio, y esto se asocia con la euforia producida por el etanol y, en general, con la excitación de las funciones centrales.¹¹

Los sistemas colinérgicos se han vinculado con la pérdida de la memoria y aprendizaje en pacientes dependientes del alcohol o en quienes han ingerido un gran número de copas.

Algunos estudios han sugerido que el etanol puede actuar como un disolvente de las membranas lipídicas y de proteínas de membrana de la célula nerviosa, con lo que afecta directamente la función de los neurotransmisores. Los cambios producidos por el etanol en la composición de la membrana celular pueden estar relacionados con ciertas alteraciones conductuales y efectos de abstinencia. El alcohol podría desplazar el agua de las mem-

branas neuronales y con ello afectaría principalmente a los gangliósidos (ácidos grasos que no contienen el grupo fosfato pero sí una o varias moléculas de azúcar y ácido salicílico) por lo que se considera que estos últimos tienen acciones protectoras sobre los efectos neurotóxicos del alcohol, en particular durante el desarrollo del SNC.¹²

El etanol afecta todos los sistemas de neurotransmisión: puede reducir o aumentar la concentración del neurotransmisor debido a una alteración en su biosíntesis, degradación o transporte, y por la activación o desensibilización de sus receptores. Estas modificaciones se asocian con diferentes estados conductuales, alteraciones en el sistema nervioso y patología.²³

Glutamato. Se cree que el déficit de memoria y la pérdida neuronal que se presenta en alcohólicos crónicos, así como las crisis que se observan durante el síndrome de abstinencia alcohólica pueden deberse a la activación de este receptor:

GABA. La función de su receptor es potenciada por concentraciones tóxicas de alcohol, efecto semejante al producido por las benzodiazepinas y los barbitúricos; de hecho, este receptor tiene sitios de reconocimiento para estas drogas. Los efectos de tolerancia, sedación e intoxicación que producen unos y otros son muy semejantes, por lo que se sugiere que estas tres drogas pudiesen formar parte de un mismo mecanismo de acción del receptor.

Las benzodiazepinas resultan útiles en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica porque pueden sustituir al etanol pero lamentablemente crean dependencia. Los antagonistas inversos de las benzodiazepinas (como la imidazobenzodiazepina RO15-4513) previenen la conducta producida por la intoxicación alcohólica en roedores, aparentemente por antagonizar el efecto del etanol en el receptor al GABA. Sin embargo, su administración en humanos puede causar crisis epilépticas.

Serotonina. Los antagonistas de su receptor bloquean la habilidad para discriminar entre beber alcohol y beber agua en las palomas, en tanto que en roedores que prefieren alcohol reduce específicamente su consumo, por lo que se cree que este receptor está implicado en la preferencia por el alcohol en roedores.

Dopamina. El consumo de alcohol está asociado a una mayor liberación de dopamina en algunas áreas del cerebro. Durante el síndrome de abstinencia en ratas existe un decremento en esta liberación; los antagonistas dopaminérgicos pueden reducir el consumo en ratas.

Acetilcolina. La exposición de largo plazo al alcohol aumenta la transmisión muscarínica en el hipocampo. Este hallazgo es consistente con estudios clínicos que muestran que el consumo agudo (en dosis bajas) de alcohol en sujetos normales mejora su memoria de sucesos ocurridos antes de beber.

Opioides. La administración única de etanol inhibe la unión de los opioides a su receptor pero una exposición prolongada incre-

menta la respuesta de su receptor (opioide). También se ha propuesto que después del consumo de etanol los receptores opioides pueden ayudar a modular la liberación de otros neurotransmisores. Estudios recientes sugieren que el naltrexona, un antagonista del receptor opioide, ayuda a los alcohólicos a dejar de beber, pero no cura el alcoholismo.

Adenosina. La adenosina, al parecer, media la ataxia (incoordinación muscular) inducida por una dosis aguda de etanol; sus agonistas la incrementan y sus antagonistas la disminuyen. Los efectos de la intoxicación alcohólica son exacerbados por drogas que interfieren con la recaptura de la adenosina mediante un transportador de esta molécula.

Otros sistemas. Se ha propuesto que el decremento en la producción de AMPc por el etanol puede utilizarse como un modelo celular de la dependencia del alcohol, ya que sus niveles son bajos después de la abstinencia, pero retornan a sus niveles normales cuando el alcohol es agregado.

Otros estudios muestran que el etanol puede activar o disminuir la expresión de proteínas codificadas por genes de expresión temprana (genes que se activan rápidamente, a partir de estímulos diversos para, a su vez, inducir una cascada de reacciones enzimáticas que podrán, eventualmente, terminar en procesos de memoria a largo plazo) de la familia *jun* y *c-fos* en el cerebro de rata, lo cual podría ser indicador de los cambios adaptativos que está sufriendo el cerebro del animal.

Como se puede observar, el consumo de alcohol produce cambios en los diferentes sistemas de neurotransmisión y neuromodulación, por lo que es muy probable que en estos cambios exista una interacción entre todos los sistemas de neurotransmisión y una jerarquía de esta acción.

T O X I C I D A D D E L E T A N O L E N E L S N C ~ ~ ~ ~
Neuropatologías asociadas al consumo de alcohol. El consumo prolongado de alcohol puede generar una reacción tóxica en el cerebro y así provocar lesiones que se pueden manifestar como enfermedades neurológicas. Enseguida se describen algunas de ellas.¹⁴

Encefalopatía de Wernicke (EW). Está asociada a una deficiencia vitamínica (en particular de tiamina) en los alcohólicos. En general, el etanol es una fuente rica en calorías, pero éstas no son nutritivas, lo cual, al sumarse a una dieta inadecuada y a una reducción en la absorción gastrointestinal principalmente, ocasiona desnutrición en los alcohólicos.

Esta enfermedad se caracteriza por *nistagmus* (movimientos oculares rápidos e incontrolables), marcha atáxica (dificultad para mantenerse de pie, con marcha de borracho o titubeante) y confusión mental (apatía, falta de atención, indiferencia, somnolencia y desorientación). La EW se considera como un estado previo a la psicosis o Síndrome de Korsakoff (SK), por lo que

también se habla de un complejo clínico llamado Síndrome Wernicke-Korsakoff. La EW representaría el estado agudo y el SK la etapa crónica de la enfermedad.

Síndrome de Korsakoff (SK). Es una amnesia anterógrada y retrógrada; incluye cierta confusión mental, ansiedad, depresión y pánico; alteraciones en las funciones cognitivas como fallas en la capacidad de concentración, coordinación visual y motora, así como dificultades para cambiar de una idea a otra para adoptar nuevas actitudes. La mayoría de los pacientes con SK presentan una encefalopatía de Wernicke.

La amnesia dificulta la capacidad laboral, intelectual y profesional, lo que muchas veces obliga al paciente a permanecer inactivo, sin espontaneidad, incapaz de memorizar nombres de personas o de realizar otra cosa que tareas rutinarias. La afección de la memoria en la psicosis de Korsakoff puede ser identificada por electroencefalogramas durante el sueño y algunos pacientes mejoran la amnesia al aumentar la actividad serotoninérgica.

Síndrome de Alcohol en el Feto (SAF). Se caracteriza por retardo pre y posnatal en el crecimiento del niño y ocurre aproximadamente en 6% de las madres alcohólicas. Un cerebro con SAF presenta una aberración en la migración neuronal y glial que incluye displasia cerebral, heteropatías neurogliales, agénesis del cuerpo calloso y retraso mental; estos eventos pueden estar asociados con la embriotoxicidad.

Embriotoxicidad. Se ha demostrado que durante el desarrollo del embrión, el consumo de etanol puede provocar daño en la maduración del SNC, lo que se manifiesta en embriogénesis, diferenciación celular, migración y sinaptogénesis. La embriotoxicidad ha sido ampliamente estudiada en cultivos celulares.

Síndrome de Abstinencia Alcohólica (SAA). Es causado por la interrupción o reducción del consumo de alcohol después de haber ingerido grandes cantidades durante pocos días o pequeñas cantidades por periodos prolongados. Se caracteriza por alteraciones conductuales como temblor, insomnio, náusea, vómito, taquicardia, hipertensión, ansiedad, alucinaciones (visuales y auditivas), temor, convulsiones y delirio.

Su aparición significa siempre una forma severa de alcoholismo y desde luego la existencia de una dependencia, siendo su forma extrema el *Delirium tremens*. Es causa de una elevada mortalidad, estimada entre 5 y 10%. El SAA se repite en días o semanas sucesivas y puede aumentar su intensidad. Los pacientes con este síndrome son tratados con drogas sedantes y benzodiazepinas, con el fin de aminorar la sintomatología; lamentablemente, el uso de estos fármacos puede provocar tolerancia y adicción.

Degeneración cerebelosa alcohólica (DCA). Esta alteración es más frecuente en el varón y se caracteriza por la pérdida de las células de Purkinje en el cerebelo. La degeneración puede ser parcialmente reversible si se logra la abstinencia; sin embargo, la

pérdida de los neurónos (axones, dendritas y sinapsis de conexión) es irreversible. En los alcohólicos crónicos se ha observado la reducción de 2% del peso del cerebelo y una pérdida de 38% de las células de Purkinje. La DCA se reconoce por la ataxia estática y de la marcha y por movimientos incoordinados en las partes superiores; se le ha asociado a la encefalopatía de Wernicke. Se desconoce su patogenia, sin embargo, la DCA sólo se presenta después de diez o más años de uso excesivo de etanol y puede desarrollarse en semanas, meses o años.

Mielinosis central pontina (MCP). Es una rara alteración de la materia blanca cerebral que usualmente afecta a los alcohólicos pero que también ocurre en pacientes que tienen enfermedades del hígado, malnutrición, anorexia, cáncer y diversos desórdenes electrolíticos o hiponatremia (bajas cantidades de sodio en la sangre).

La MCP es una enfermedad degenerativa que afecta selectivamente áreas del tallo cerebral en forma de un gran foco simétrico de desmielinización destructiva de las vainas de los nervios; respecta las células nerviosas y los axones y no deja lesión vascular ni signos inflamatorios. Se asocia a la encefalopatía de Wernicke y al SAA; da lugar a confusión mental, coma, parálisis, incapacidad para sacar la lengua, alteración de los movimientos conjugados de la mirada y gran afección de las funciones motoras. El paciente parece estar recluso en sí mismo. La MCP puede confirmarse mejor con resonancia magnética nuclear. No se conoce un tratamiento eficaz.

Miopatía alcohólica (MA). Son alteraciones en los músculos esqueléticos y cardíacos producidos por el abuso crónico de alcohol. Es más frecuente en el varón y guarda relación con la cantidad total de etanol consumida al cabo de los años. Afecta principalmente los músculos proximales. La MA, que puede ser aguda o crónica, se caracteriza por la debilidad, dolor, hinchazón y calambres del músculo afectado.

ADICCIÓN AL ALCOHOL * * * * *

El abuso en la ingestión de alcohol puede ocasionar adicción. Aunque es difícil de definir, ésta se asocia al consumo indiscriminado de una droga que no ha sido administrada por un médico o que no forma parte de alguna actividad social o religiosa; este componente social dificulta el consenso sobre los criterios para decidir si una persona es adicta o no al alcohol. Los investigadores que estudian sus efectos clínicos (enfermedades asociadas) y básicos (mecanismos celulares y moleculares) han utilizado el término "dependencia del alcohol",²⁵ que se define con base en los siguientes aspectos:

Tolerancia al alcohol. Se desarrolla cuando, después de una administración repetida a una dosis dada de alcohol, se produce un decremento de su efecto o cuando se incrementan dosis mayores para lograr los efectos obtenidos con la dosis original.

Dependencia física y dependencia psíquica. La primera se refiere a un estado fisiológico alterado como consecuencia de la administración repetida de alcohol; puede ser generada por su consumo en grandes cantidades durante pocos días o de pequeñas cantidades durante muchos días. Por otro lado, su administración continua es necesaria para prevenir los síndromes de abstinencia (véase más adelante).

La dependencia psíquica del alcohol se asocia a un consumo creciente de alcohol que provoca que las personas inviertan mayor tiempo en conseguir su bebida y recuperarse de los efectos que les produce (como la "cruda" o resaca), lo que ocasiona un descuido o abandono de sus actividades sociales y laborales, así como daños físicos y psicológicos, muchas veces irreversibles. En este caso no existe un esfuerzo por dejar de beber o reducir el consumo, por lo que se puede considerar al individuo como un alcohólico.

Síndrome de abstinencia al alcohol. Es el resultado de la suspensión brusca del consumo de alcohol en personas que lo han ingerido durante mucho tiempo (dependencia física), lo que produce alteraciones conductuales como alucinaciones, náusea, ansiedad, convulsiones y *Delirium tremens*.¹⁶

P E R S P E C T I V A S F A R M A C O L Ó G I C A S * * * * *

En los últimos años se han desarrollado drogas que atenúan el efecto reforzante del alcohol y las respuestas fisiológicas a él, como la liberación de neurotransmisores o el síndrome de abstinencia.¹⁷ Una de estas drogas es el acamprosato, que reduce el consumo voluntario de alcohol y el síndrome de abstinencia. Su acción puede estar directamente vinculada con los sistemas de transmisión gabaérgicos y glutamatérgicos, sin embargo, su respuesta puede variar en diferentes pruebas y modelos de estudio. La naltrexona es otro fármaco que disminuye el consumo voluntario de alcohol, la estimulación motora provocada por él y la liberación de dopamina en el área mesolímbica, por lo que sus vías de acción pueden estar ligadas a los sistemas gabaérgicos, dopaminérgicos y peptidérgicos.

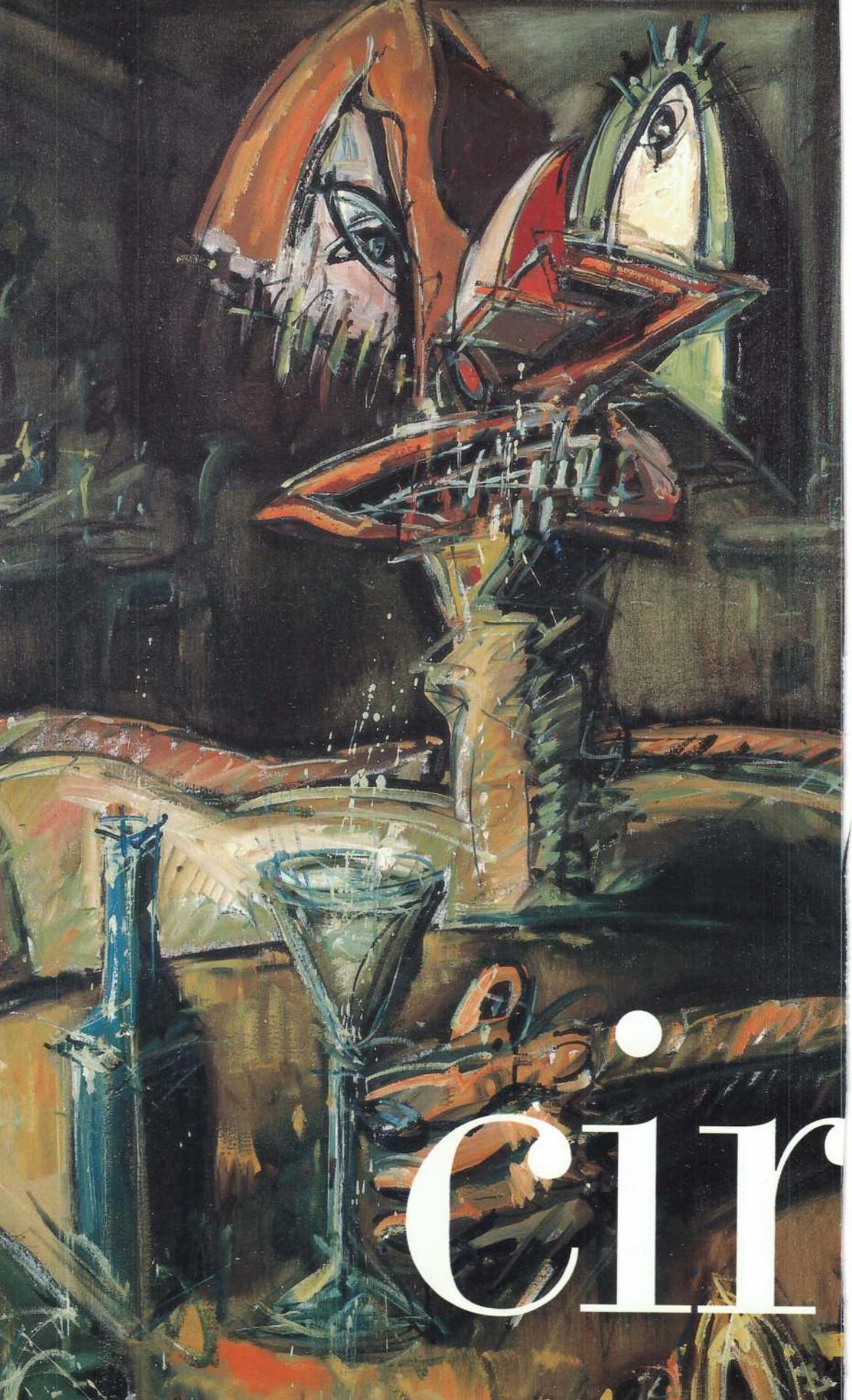
A pesar de los avances logrados en el estudio de los efectos del alcohol en el SNC, no se ha podido encontrar una droga específica. Los fármacos utilizados para prevenir la dependencia pueden tener una respuesta diferente en un mismo modelo de estudio, por lo que no es posible pensar en una sola droga sino en varias que actúen a diferentes niveles de la transmisión sináptica o regiones cerebrales, quizá de una forma complementaria. Se debe tener en cuenta que existen factores que pueden alterar la respuesta al alcohol, como la sociabilización, el tiempo que el sujeto lo ha consumido, sus características genéticas y la concentración del etanol ingerido. En síntesis, el tratamiento del alcoholismo es multidisciplinario y debe ser integral, médica, psicológica y socialmente.

N O T A S

- 1 ***Feldman, R. S., et al., *Principles of Neuropsychopharmacology*, Sunderland, Sinauer Association, 1997.
- 2 ***Wise, R., "Adicción Neurobiología", en *Current Opinion in Neurobiology*, num. 6, 1996, pp. 243-251.
- 3 ***Nadal, R., et al., "Capacidad reforzante del alcohol", en *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, núm. 9, 1991, pp. 107-149,
- 4 ***Wise, op. cit.
- 5 ***Nevo, J., et al., "Neurotransmitter and Neuromodulatory Mechanisms Involved in Alcohol Abuse and Alcoholism", en *Neurochemistry International*, núm. 26, vol. 4, 1995, pp. 305-336.
- 6 ***Nadal, op. cit.
- 7 ***Brailowsky, S., *Las sustancias de los sueños. Neuropsicofarmacología*, México, SEP, FCE, CONACYT, 1995.
- 8 ***Stolerman, I., "Drugs of Abuse: Behavioral Principles, Methods and Terms", en *Trends in Pharmacological Sciences*, núm. 13, vol. 5, 1992, pp. 170-176.
- 9 ***Sammon, H., et al., "Neurobiology of Alcohol Abuse", en *Trends in Pharmacological Sciences*, núm. 18, vol. 2, 1992; y Tabakoff, B., et al., "Alcohol Adicción: An Enigma among us", en *Neuron*, núm. 16, 1996.
- 10***Nevo, op. cit.
- 11***Wise, op. cit.
- 12***Basalingappa, L., et al., "Role of the Gangliosides in Behavioral and Biochemical Actions of Alcohol: Cell Membrane Structure and Function", en *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, núm. 17, vol. 2, 1993.
- 13***Seller, E., et al., "5-HT and Alcohol Abuse", en *Trends in Pharmacological Sciences*, núm. 13, vol. 2, 1992, pp. 69-75; Diamond, I., et al., "A. Cellular and Molecular Neuroscience of Alcoholism", en *Physiological Reviews*, núm. 77, vol. 1, 1997, pp. 1-19; Nevo, op. cit. y Tabakoff, op. cit.
- 14***Charness, M., et al., "Etanol and the Nervous System", en *New England Journal of Medicine*, núm. 321, 1989.
- 15***Tabakoff, op. cit., y Wise, op. cit.
- 16***Véase Feldman, op. cit.
- 17***Sponagel, R., et al., "Anti-craving Compounds for Ethanol: New Pharmacological Tools to Study Addictive Process", en *Trends in Pharmacological Sciences*, núm. 18, vol. 2, 1997, pp. 54-59.

José Antonio Hernández
Vargas.
Divertimento. 1989.
Collage al vidrio.
40 x 40 cm.
Colección del autor.





•
cir

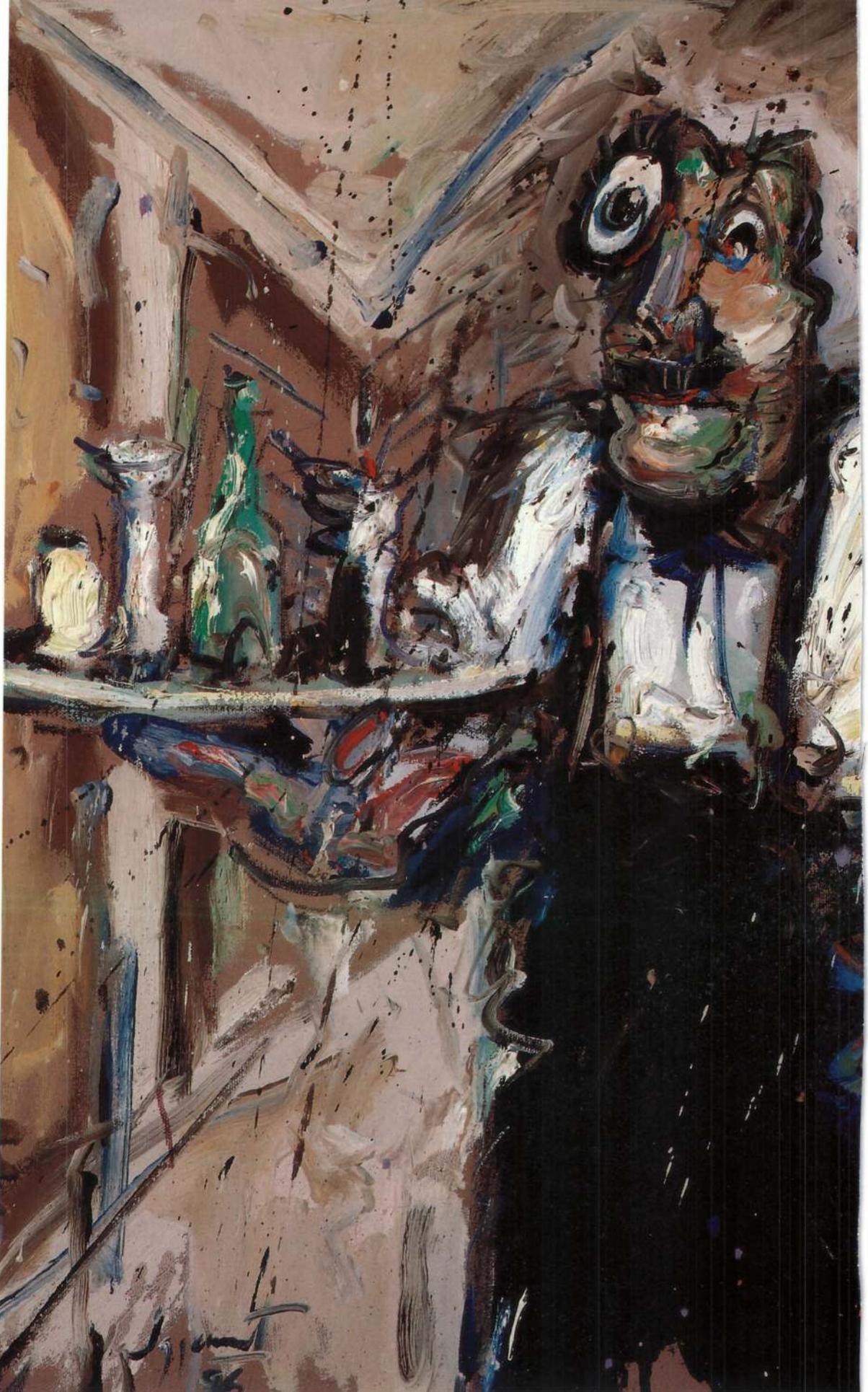


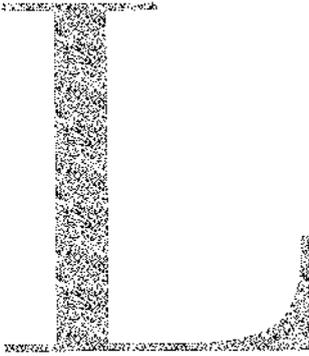
José R. Narro
Robles
Héctor Gutiérrez
Ávila
Malaquías López
Cervantes

H E P Á T I C A



ro
SIS





La cirrosis hepática es una enfermedad progresiva, de larga evolución, que causa una importante discapacidad y que casi siempre resulta mortal, a menos de que tenga lugar un tratamiento radical como el trasplante de hígado. Durante el curso de la enfermedad, el tejido hepático normal es gradualmente sustituido por tejido cicatrizal y nódulos de regeneración. Conforme se pierde el tejido normal, se dificulta la circulación de la sangre a través del órgano y aumenta la presión venosa central, lo que afecta principalmente al sistema recolector de sangre del interior del abdomen.

En las etapas iniciales de la cirrosis hepática el enfermo no presenta síntomas ni signos de la enfermedad, ya que, a pesar del daño, el hígado mantiene la capacidad de cumplir adecuadamente sus funciones. Después, al avanzar el mal, aparecen evidencias del deficiente procesamiento de nutrientes, hormonas, fármacos y toxinas. Finalmente, el hígado entra en una fase de total insuficiencia y la persona fallece con múltiples complicaciones sistémicas.

CAUSALIDAD

Hay varias causas de la cirrosis hepática, entre ellas las hepatitis crónicas de origen viral (tipos A, C y D), especialmente en países de Asia y África; sin embargo, en la mayoría de los casos la enfermedad se debe a un consumo crónico y excesivo de alcohol.

Otras causas son la exposición a químicos tóxicos, ciertas alteraciones de la respuesta inmune, la obstrucción de la circulación biliar y algunos trastornos vasculares, algunas enfermedades hereditarias como la fibrosis quística, la deficiencia de A1-antitripsina, la hemocromatosis, la enfermedad de Wilson, la galactosemia y las alteraciones del almacenamiento de glucógeno; entre las causas metabólicas de la cirrosis se encuentran la tirosinosis congénita y la diabetes *mellitus*. Por último, también se asocian con la cirrosis la obstrucción biliar prolongada, la obstrucción crónica del drenaje venoso (síndrome de Budd-Chiari) y la desnutrición.

FISIOPATOLOGÍA

El hígado puede resultar lesionado en forma aguda y severa o, a través del tiempo, de manera moderada o leve pero continua.

PÁGINA ANTERIOR:

Jazzarouati

Mosera, 1996.

Óleo sobre tela.

100 x 80 cm.

Colección particular.

PÁGINAS 58 Y 59:

Jazzarouati.

Chupes y sacos, 1991.

Óleo sobre tela.

100 x 80 cm.

Colección particular.

En cualquier caso, la lesión produce la muerte de las células hepáticas normales, a lo cual sigue inflamación, fibrosis y, por último, la formación de nódulos de regeneración con los que el órgano intenta reconstruir el tejido dañado.

Durante el proceso de regeneración, al interior de las vainas fibrosas se forman nuevos vasos sanguíneos que rodean los nódulos de las células sobrevivientes, conectan la arteria hepática y la vena porta (que recoge la sangre del hígado) a las vénulas; con ello restauran la circulación de la sangre dentro del hígado. No obstante, estos vasos regenerados proveen un drenaje de volumen relativamente bajo y de alta presión, el cual resulta menos eficiente que el normal. En consecuencia, el flujo desordenado de sangre hacia los nódulos y la compresión de las vénulas hepáticas que producen los nódulos de regeneración contribuyen al aumento de la presión sanguínea en el sistema de la vena porta.

La extensión y el avance de la cirrosis hepática dependen, principalmente, de la magnitud de la lesión inicial, de la persistencia del mecanismo que produce el daño y del grado de reacción hepática ante la agresión. En términos generales, las características clínicas y anatómicas que pueden apreciarse en un momento particular varían en función de esos tres factores y del tiempo de evolución del proceso mórbido. Sin embargo, todavía no se conoce lo suficiente acerca de la patogénesis de la cirrosis hepática para especificar con detalle los mecanismos que determinan las fases exactas de la enfermedad.

En los últimos 15 años, los resultados de diversas investigaciones sobre hipermetabolismo, generación de radicales libres y naturaleza de las disfunciones microtubular y mitocondrial han permitido entender procesos enzimáticos involucrados en el metabolismo del etanol y la afectación de la regeneración hepática.¹ Así, por ejemplo, se han identificado posibles mecanismos hepatotóxicos directamente relacionados con el alcohol, especialmente los relativos a la deshidrogenasa alcohólica (ADH), la cual cataliza la oxidación de etanol hacia acetaldehído y produce alteraciones metabólicas como aumento del ácido láctico (hiperlactacidemia), exceso de ácidos en tejidos y sangre (acidosis), hiperglucemia, ácido úrico en sangre (hiperuricemia) e hígado graso. Sabemos también que los efectos tóxicos más graves se deben a la oxidación del etanol a través de un sistema microsomal hepático, que es el del citocromo inducible por etanol P450-2E1. Dicho sistema determina la tolerancia metabólica al alcohol, el aumento de la degradación de la testosterona y de la vitamina A, la toxicidad perivenular hepática y el incremento de la síntesis de colágena.

Los estudios sobre la respuesta fibrótica del hígado han revelado complejas relaciones entre las células no funcionales de un órgano (no parenquimatosas), así como el papel de las citoquinas en la regulación de dichas células durante la inflamación y el

surgimiento de la fibrosis hepática.² Además, se han descubierto nuevos mecanismos de daño, especialmente la asociación con la hepatitis.³ También se ha creado un nuevo modelo animal —*alcohol infusion rat model*—, cuya sencillez abre nuevas posibilidades para el estudio de los mecanismos fibrogenéticos del hígado.⁴

DIAGNÓSTICO * * * * *

Puesto que existe controversia sobre la utilización de la biopsia hepática debido a sus complicaciones, es usual que el diagnóstico se base en observaciones clínicas y de laboratorio. Desafortunadamente, muchos pacientes con cirrosis son asintomáticos durante las primeras etapas de la enfermedad y persisten así por mucho tiempo; solamente al llegar a un estadio de gran severidad se encuentran signos de falla hepatocelular con líquido en la cavidad abdominal (ascitis) e intoxicación de la neurona por amonio (encefalopatía portal sistémica). En algunos casos se observa debilidad generalizada, anorexia, malestar y pérdida de peso. Cuando existe obstrucción del flujo biliar, se presentan tono amarillento de la piel (ictericia), comezón (prurito) y xantelasma. La desnutrición se debe usualmente a la anorexia y a una mala absorción de grasas; la deficiencia de vitaminas solubles en grasa es consecuencia de una reducida secreción de sales biliares. Otros signos que pueden surgir al volverse crónico el mal incluyen pérdida de masa muscular, puntos rojos en las palmas de la mano (eritema palmar), contracción de los tendones de la palma de la mano y de las venas superficiales (arañas vasculares).

En las fases más avanzadas muchas de las manifestaciones graves son consecuencia de la hipertensión portal, la cual se asocia al aumento del tamaño del bazo (esplenomegalia), manifestación de una función aumentada del bazo (hiperesplenismo) y formación de vasos sanguíneos ante la imposibilidad de flujo por la red normal, lo que produce várices esofágicas y gástricas. El signo más grave suele ser el sangrado masivo de éstas. La ascitis es ya un signo evidente y, aunque en ocasiones puede ser pequeño y difícil de percibir, el hígado endurecido presenta un borde doloroso al palparlo. Algunas veces el examen clínico detecta los nódulos cirróticos. Otra complicación frecuente es la disminución de presión de oxígeno en la sangre (hipoxemia), discordancia entre ventilación y perfusión y una reducida capacidad de difusión de este gas hacia las células. Debido a la hipertensión portal, a las alteraciones circulatorias y al empeoramiento de la función hepática pueden producirse fallas renales y encefalopatía hepática.

Las pruebas de rutina del funcionamiento hepático pueden resultar casi normales aun cuando la enfermedad ya esté bien establecida. La disminución de la albúmina sérica y un tiempo de protrombina prolongado reflejan directamente el empeoramiento

de la función hepática. El incremento de las globulinas séricas es un hecho común en la cirrosis; las transaminasas suelen estar moderadamente elevadas, en tanto que la fosfatasa alcalina puede ser normal o elevada (particularmente cuando existe obstrucción biliar). La bilirrubina es casi siempre normal al inicio de la enfermedad y puede haber anemia normocítica normocrómica, trombocitopenia y leucopenia. Cuando la enfermedad hepática es de origen alcohólico, la anemia puede ser macrocítica.

Una evaluación reciente indica que ciertas observaciones clínicas de la cirrosis (teangiectasias faciales, uñas blancas, red venosa abdominal y edema periférico) tienen gran precisión diagnóstica, pero al añadir datos de laboratorio al modelo clínico, la exactitud mejoró sólo ligeramente.⁵

Los estudios de radioisótopos muestran un patrón de captación hepática irregular y, por otro lado, captaciones elevadas a nivel del bazo y la médula ósea. El examen de ultrasonido abdominal es útil para confirmar la presencia de hepato-esplenomegalia y puede también reportar evidencias de ensanchamiento u obstrucción venosa esplénica (del bazo) o portal, y degeneración cavernosa de la porta, así como sugerir la presencia de várices esofágicas.

En años recientes se ha estudiado una variedad de marcadores serológicos de la fibrosis hepática que son productos asociados a la colágena como los propéptidos aminoterminales de la procolágena tipo III. Sin embargo, todavía no se ha identificado un marcador diagnóstico útil en las fases iniciales del mal; se requieren estudios adicionales para determinar la combinación óptima de las pruebas de laboratorio que permitan diferenciar la esteatosis de la fibrosis temprana.⁶

PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO > > > > > > > > >

En función de las distintas causas y mecanismos de daño, el pronóstico de los pacientes con cirrosis es difícil de establecer. El pronóstico es usualmente pobre cuando existen complicaciones mayores, como alto sangrado del tubo digestivo a través del recto (hematemesis), hidropesía (ascitis) o encefalopatía. No obstante, el trasplante de hígado ha mejorado las expectativas de supervivencia a largo plazo en la cirrosis avanzada.

En general, el tratamiento de la cirrosis es de soporte y consiste en eliminar los agentes tóxicos, la atención nutricional y el manejo de las complicaciones. Actualmente se evalúan terapias específicas para disminuir la producción de colágena, entre ellas, los corticosteroides —que disminuyen los niveles de ARN mensajero de procolágena y tienen efectos antiinflamatorios—, la penicilamina —que interfiere con la formación de los enlaces cruzados de la colágena— y la colchicina, que inhibe la polimerización de los microtúbulos de colágena. No obstante, los dos primeros son probablemente demasiado tóxicos para un uso prolongado y persiste una controversia sobre la eficacia de la colchicina. Existen

nuevos agentes como el gamma-interferón y los análogos del 2-oxoglutarato y de ciertas prostaglandinas, capaces de reducir la producción de colágena. Los análogos de la prolina inducen la síntesis de una colágena menos estable pero su toxicidad es elevada. Otros agentes antiinflamatorios como la azatioprina tienen algún beneficio, especialmente cuando la lesión hepática está mediada inmunológicamente.

En estudios realizados con babuinos y mandriles se ha observado que el tratamiento con adenosil-L-metionina recupera los niveles de glutación y atenúa las lesiones mitocondriales. Estudios similares han informado que la polienil-fosfatidilcolina corrige la deficiencia de fosfatidilcolina y previene la fibrosis septal y la cirrosis alcohólica. Este resultado es muy alentador y actualmente se llevan a cabo ensayos clínicos para examinar su efecto protector entre bebedores crónicos en fases precirróticas.⁷

El tratamiento con drogas antifibróticas está aún en fase experimental. La creación de vehículos para distribuir los fármacos —vesículas acarreadoras, liposomas o falsos eritrocitos— podría mejorar la eficacia y reducir los efectos adversos de estos medicamentos.⁸

E P I D E M I O L O G Í A * * * * *

Aunque la cirrosis hepática se considera un grave problema de salud pública en México y en el mundo, su impacto social y económico ha sido poco estudiado; tampoco existe suficiente información epidemiológica acerca de su causalidad y distribución. Asimismo, existen pocos estudios que permitan establecer pautas adecuadas de prevención, un diagnóstico temprano y el consecuente tratamiento oportuno. No obstante, con la información disponible se puede afirmar que existen diferencias epidemiológicas relativas al género, la zona geográfica y el tipo de bebida alcohólica que se consume.

En nuestro país, la cirrosis afecta principalmente a los varones adultos, que residen en zonas rurales del altiplano central y consumen bebidas alcohólicas fermentadas.⁹ En el panorama internacional, México ocupa uno de los lugares con mayor mortalidad por cirrosis hepática; en 1985 ocupó el segundo por esa causa entre la población masculina y el tercero entre la población femenina (véase figura 1).¹⁰

Desde hace varios años México ha tenido la tasa de mortalidad por cirrosis hepática más elevada del continente americano, desplazando a países con tasas tradicionalmente altas como Chile y Bolivia. De acuerdo con el primer *Anuario Estadístico Nacional* (que registra la mortalidad en México durante el período de 1922 a 1938), la cirrosis hepática fue, durante los años veinte y treinta, la decimosegunda causa de muerte, ampliamente superada por padecimientos infecciosos como diarrea, paludismo, neumonías, influenza, viruela, tosferina, sarampión y tifoidea.¹² A partir de los años cincuenta, la enfermedad incrementó su

participación, ubicándose por primera vez dentro de las diez primeras causas de muerte. Luego, entre 1960 y 1990, pasó al séptimo lugar y actualmente la cirrosis es la sexta causa de mortalidad general.¹²

En 1985 la cirrosis hepática fue la cuarta causa de mortalidad en el grupo de 15 a 64 años y actualmente es la tercera, después de los accidentes y los homicidios. También figura entre las diez principales causas de hospitalización en las instituciones públicas de salud.¹³ Durante la última década el espectro mortal de esta enfermedad se ha ampliado para afectar a grupos de edad más tempranos y tardíos, principalmente entre hombres. Así, mientras que en 1985 el mal afectaba fundamentalmente al grupo de 35 a 54 años, diez años más tarde este intervalo incluyó a individuos de 15 hasta 64 años, manteniéndose la cirrosis hepática como la segunda causa de muerte. Esta ampliación, sin embargo, no afecta todavía de manera importante a los menores de 25 años.

En al menos 15 entidades federativas de México, la cirrosis ocupa entre el primero y el cuarto lugar como causa de muerte en edades productivas. Aunque su incidencia varía en los distintos estados, en todos está incluida entre las diez principales causas de muerte. Si bien las cifras de morbilidad no son tan precisas como las de mortalidad, también indican que se ha incrementado la importancia del padecimiento; por ejemplo, se ha notificado que desde 1994 la cirrosis hepática es la vigésima causa de enfermedad en el grupo de 45 a 64 años.

En virtud de que la enfermedad referida corresponde a un proceso fisiopatológico irreversible, su mortalidad se considera un buen indicador de su incidencia. Además, si se tiene en cuenta que sólo una fracción de los bebedores de alcohol desarrollan cirrosis hepática —aunque es frecuente que quienes la padecen lo hayan consumido en grandes cantidades— sus altas tasas de mortalidad sugerirían que en México el consumo de alcohol es una práctica muy extendida, o bien, que los bebedores tienen características propicias para el desarrollo de esta enfermedad (susceptibilidad aumentada).

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1993 parece confirmar la primera opción, ya que la prevalencia del consumo de alcohol en la población general es de 66.5%, y entre los varones oscila entre 70 y 82%, de acuerdo con la región geográfica. Sin embargo, estos datos son insuficientes para descartar la segunda.

Un hecho de gran interés para la investigación epidemiológica es que, durante más de 20 años, la mortalidad por cirrosis hepática ha tenido una distribución regional muy consistente, caracterizada por altas tasas en el centro del país (Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo, Puebla y Tlaxcala), bajas tasas en las entidades del norte y tasas intermedias en el resto. Esto ha conducido a la hipótesis de que el consumo de pul-

que en México puede ser un factor de gran importancia en la generación del mal.¹⁴

Al identificar los municipios con exceso de mortalidad, se repite el mismo fenómeno que en el conjunto del país; es decir, las tasas estatales ocultan grandes diferencias entre sus municipios. En la figura 3 aparecen los municipios con las tasas más elevadas en las entidades del centro del país. En todos los casos su magnitud es muy superior a la tasa promedio del estado al que pertenecen y a la tasa nacional.

En el caso de Hidalgo, entre 1987 y 1992 la mortalidad por cirrosis hepática fue la tercera causa de muerte y en 1993 ocupó el segundo lugar. Durante 1993, 61 de los 84 municipios del mismo estado (72.6%) presentaron tasas superiores a la nacional. El municipio de Tasquillo registró una tasa de 142.8 por cada 100 000 personas, es decir, 6.4 veces más que la tasa nacional y 3.2 veces más que la tasa estatal. Doce de los 20 municipios con las tasas más altas se ubican en el valle del Mezquital, zona caracterizada por el alto consumo de pulque.

En conclusión, la mortalidad por cirrosis hepática en México es producto de los excesos de mortalidad que se registran en unas cuantas entidades federativas y se concentra particularmente en algunos municipios de elevada población rural.

La distribución característica y la frecuencia de la cirrosis hepática en el territorio nacional exigen un estudio más metódico. Como ya se ha señalado, los estudios ecológicos recientes han encontrado una correlación significativa entre el consumo de pulque y una gran mortalidad por cirrosis hepática en la zona centro del país;¹⁵ también se ha asociado el daño hepático previo (en especial por la hepatitis C) con un riesgo mayor de tener cirrosis hepática.¹⁶ Otros investigadores conceden importancia a las toxinas bacterianas como causantes de daño hepático que, en combinación con otros factores, pueden llevar a la cirrosis. Finalmente, se ha propuesto investigar si el elevado consumo de alcohol entre la población del centro del país se acompaña de una predisposición biológica para desarrollar este mal.

En el campo terapéutico se ha destacado la importancia de estudiar los posibles beneficios de los micronutrientes y de la utilización de medicamentos empleados tradicionalmente para otros fines, tanto en las etapas tempranas de daño hepático como durante el manejo del paciente con cirrosis establecida.

CONCLUSIONES * * * * *

La cirrosis del hígado es una enfermedad que obliga a evocar todas las dimensiones de las ciencias sociales y la biomedicina. Tanto por el origen social de quienes la padecen, como por sus especiales características epidemiológicas y biomédicas estamos obligados a reflexionar acerca de su causalidad y sus consecuencias en un amplio marco de conceptos, métodos, políticas, intervenciones, creencias y costumbres.

El estudio de los patrones de comportamiento que determinan un consumo excesivo de alcohol no se puede entender al margen de la cultura en la que están inmersos los bebedores. Algo similar ocurre al analizar las condiciones biológicas de los individuos susceptibles, las cuales no pueden interpretarse correctamente sino con relación a un entorno particular.

La combinación del conocimiento biomédico de la cirrosis hepática con la información epidemiológica ha suscitado preguntas de gran interés: ¿por qué, contrariamente a lo que sucede en el resto del mundo, en México no disminuye la participación de la cirrosis hepática en la mortalidad general?, ¿por qué aparentemente la mujer tiene una probabilidad mayor de daño hepático?, ¿por qué se concentra el exceso de mortalidad en los estados del centro del país?; además de la geografía, ¿qué otros elementos comparten estas entidades?, ¿qué caracteriza a los municipios afectados?

Por otra parte, el incremento de la participación relativa y absoluta de jóvenes y mujeres en el consumo de bebidas alcohólicas deja claro que las acciones preventivas realizadas hasta ahora en México han tenido un impacto poco significativo. Esto habla en favor del desarrollo de investigaciones que permitan evaluar, entre otros aspectos, los modelos de intervención más eficaces para modificar las conductas adictivas, las campañas de educación para la salud más convenientes entre los grupos de alto riesgo y las acciones más efectivas para combatir la marginación y la pobreza. Ello no implica, por supuesto, que se dejen de investigar nuevas técnicas para el diagnóstico clínico y el tratamiento biotecnológico de la cirrosis hepática y sus complicaciones.

En ciertos países con alto consumo de bebidas alcohólicas —Francia, Estados Unidos, Canadá, Suecia, Finlandia y Reino Unido— se ha observado en los últimos años una disminución en las tasas de mortalidad por cirrosis hepática.¹⁷ En todos los casos la explicación epidemiológica más relevante fue la disminución en los niveles de consumo de alcohol. Es interesante notar que el ligero decremento de mortalidad por cirrosis hepática observado en el Distrito Federal también se ha acompañado de una disminución del consumo de pulque.

Los países que han tenido éxito en el combate de la cirrosis hepática se han apoyado en diversas tácticas que incluyen la promoción de la salud, la educación comunitaria y la rehabilitación individual de los pacientes alcohólicos, pero también la puesta en marcha de una sólida política nacional desplegada en programas masivos, imposición de medidas fiscales a la industria del alcohol y realización de amplias acciones de regulación sanitaria.¹⁸

Las mayores tasas de mortalidad por cirrosis hepática no correspondería a los grupos con mayor capacidad de consumo, sino a

poblaciones rurales empobrecidas. ¿Acaso esto significa que las políticas más urgentes y quizás más efectivas sean las tendencias a modificar aspectos socioculturales de raíces precolumbinas? En nuestras poblaciones rurales y marginadas sería pertinente explorar opciones distintas a la tradición de consumir bebidas fermentadas y destilados caseros, junto con intervenciones para remediar la falta de otros satisfactores básicos. Por ejemplo, se ha dicho que el pulque se consume no sólo porque está disponible, sino por la falta de agua potable y porque se le atribuyen propiedades nutritivas.¹⁹

La prevención primaria, en nuestra opinión la más importante, dispone actualmente de tres opciones principales para combatir la cirrosis hepática: control del consumo de alcohol, especialmente entre los jóvenes; educación para la salud orientada al consumo moderado o la abstinencia, y promoción de alternativas que sustituyan el consumo de alcohol.

En el terreno de la prevención secundaria, actualmente se están ideando proyectos de intervención a niveles individual, familiar y comunitario para poblaciones de alto riesgo, cuyo objetivo principal es reducir el consumo excesivo de bebidas alcohólicas. En nuestro país, las diferencias observadas en la mortalidad por cirrosis hepática indican que existe un consumo endémico excesivo, o bien, que el consumo es concomitante a otros factores que incrementan seriamente el riesgo, como podría ser la hepatitis c.

Algunos autores encuentran extraño que los programas de prevención se enfoquen al individuo, cuando en realidad el consumo

FIGURA 1 TASAS AJUSTADAS* DE MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPÁTICA EN 18 PAÍSES, 1985

HOMBRES		MUJERES	
Hungría	57.5	Francia	18.8
México	57.1	Venezuela	17.4
Chile	49.7	Argentina	15.8
Rumanía	34.1	Japón	13.6
Checoslovaquia	31.9	Estados Unidos	12.5
Austria	31.0	Polonia	12.0
Italia	27.8	Cuba	6.0
España	23.7	Inglaterra	5.0
Alemania	20.3	Irlanda	3.0
		Hungría	22.0
		Rumanía	17.1
		México	15.7
		Chile	15.2
		Italia	10.5
		Austria	9.7
		Alemania	8.8
		Checoslovaquia	8.5
		España	7.7
		Francia	7.5
		Estados Unidos	5.5
		Venezuela	5.3
		Polonia	4.9
		Japón	4.6
		Argentina	4.5
		Cuba	4.4
		Inglaterra	3.5
		Irlanda	1.9

* Tasa por 100 000 habitantes

FIGURA 2 MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPÁTICA EN EL GRUPO DE 15-64 AÑOS DE EDAD, SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA, 1993

ORDEN	ENTIDAD FEDERATIVA
1	Hidalgo, México, Puebla y Tlaxcala
2	Querétaro y Quintana Roo
3	Distrito Federal, Campeche, Veracruz y Yucatán
4	Baja California, Colima, Jalisco, Morelos y Oaxaca
5	Aguascalientes, Chiapas, Guanajuato, Nuevo León y Tabasco
6	Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas
7	Durango, Guerrero y Sinaloa

FUENTE: SSA, Dirección General de Estadística e Informática. *Mortalidad por causa.*

FIGURA 3 MUNICIPIOS CON LAS TASAS MÁS ELEVADAS DE MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPÁTICA EN EL CENTRO DEL PAÍS, 1990

MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	TASA*
Ixtenco	Tlaxcala	144.6
El Carmen	Tlaxcala	109.2
Tehuacán	Puebla	105.0
Ixmiquilpan	Hidalgo	104.1
Ixtlahuaca	México	98.8
José María Morelos	Tlaxcala	91.9
Jilotepec	México	80.5
Tepeaca	Puebla	80.0
Cuapiaxtlán	Puebla	78.9
Xonacatlán	México	78.1
Atzacomulco	México	75.7
Teolocholo	Tlaxcala	70.8
Libres	Hidalgo	60.6
Milpa Alta	Distrito Federal	53.4
Cholula	Puebla	53.0
Nacional		22.0

*Tasa por 100 000 habitantes

de alcohol tiene lugar en contextos sociales específicos y existen frenos y estímulos de tipo social. Por esta razón, cualquier estrategia preventiva debe tener en cuenta las complejidades del contexto social donde se forma el hábito alcohólico.

La educación es, pues, la base de los programas preventivos dirigidos especialmente a líderes de opinión (particularmente políticos), individuos y grupos en riesgo (quienes tienen antecedentes de daño hepático, campesinos e indígenas del centro de México), los responsables de la planeación y elaboración de los programas de control del consumo de bebidas alcohólicas y personal técnico que puedan participar como agentes de cambio (médicos, trabajadores sociales y enfermeras).

Los resultados de los programas educativos no siempre han sido satisfactorios.²⁰ Las campañas masivas pueden enviar un mensaje a un gran número de individuos pero tener poco impacto en términos de cambios de conducta y de actitudes.

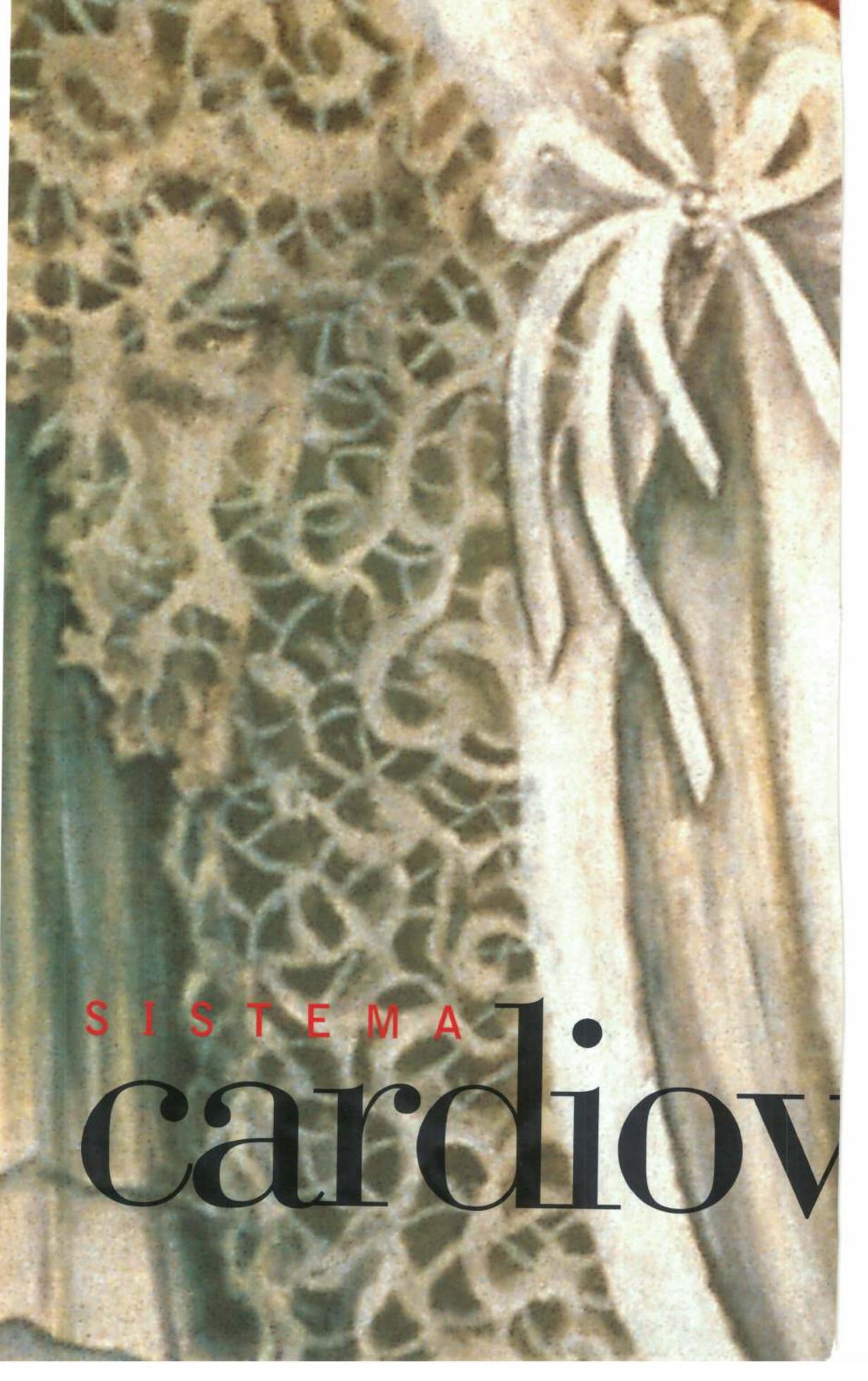
Existen evidencias de que cuando empiezan los problemas relacionados con el alcohol un simple consejo puede ser muy efectivo. Ésta es una opción para los servicios de atención primaria; acciones similares pueden llevarse a cabo en la escuela, el trabajo y, en general, en casi todos los lugares de reunión social. Sin embargo, su estrategia y su impacto potencial todavía no se han evaluado correctamente.

Aunque en el presente trabajo no se aborda de manera exhaustiva la situación epidemiológica de la cirrosis hepática en México, los aspectos señalados dan una buena idea acerca de la magnitud actual del problema y de su particular distribución social y geográfica. En especial, se han resaltado las dificultades para abordar la cirrosis hepática como un problema médico, sanitario y de investigación científica.

Finalmente, es indispensable insistir en la necesidad de que se formulen y se prueben intervenciones para modificar el grave panorama de la cirrosis hepática en México. Es muy difícil identificar con precisión las políticas y programas de salud más efectivas, pero el primer paso debe ser una clara identificación de esta enfermedad como uno de los grandes problemas nacionales de salud.

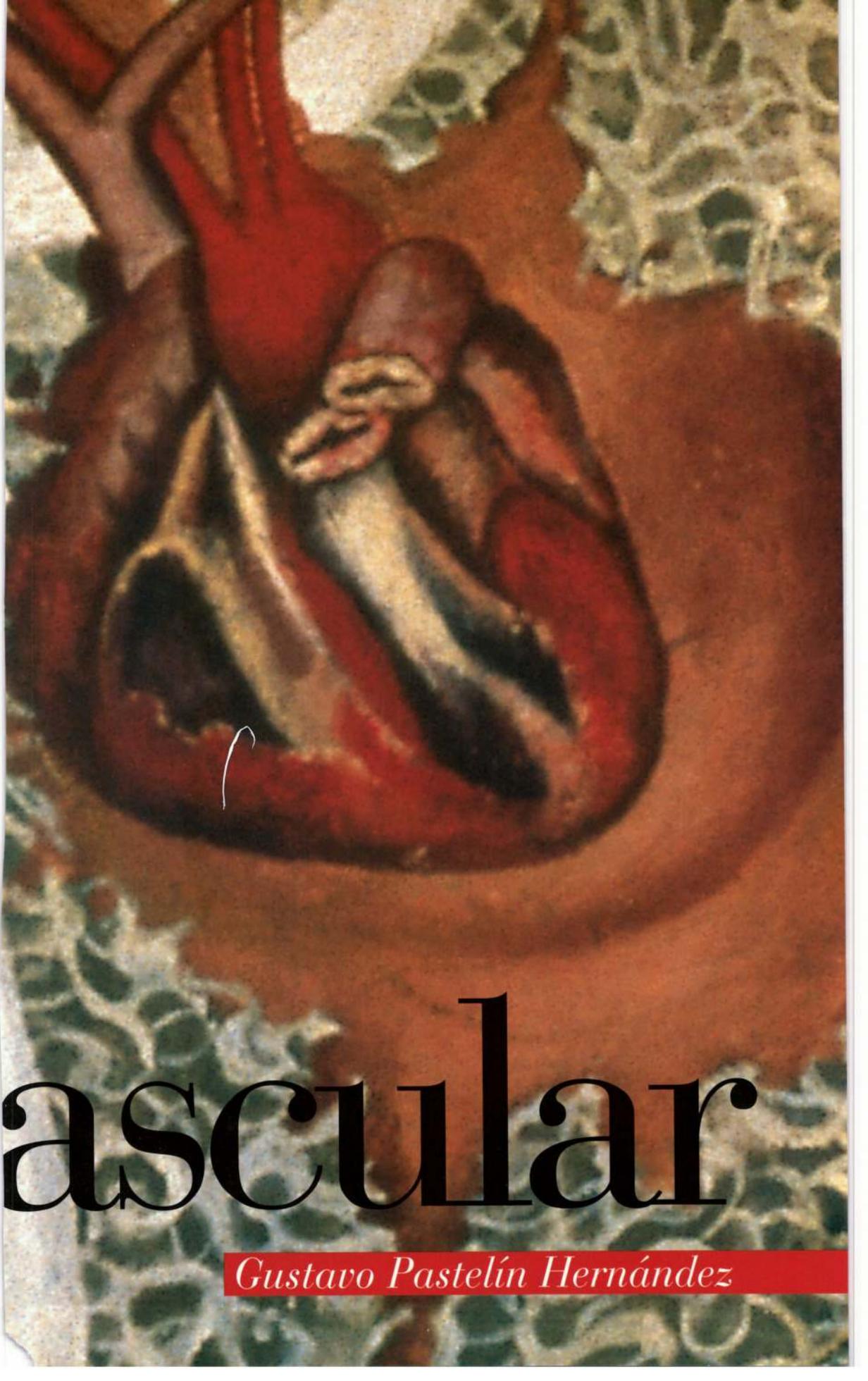
N O T A S

- 1 "Crabb, D. W., "Recent developments in alcoholism: the liver", en *Recent Dev Alcohol*, núm. 11, 1993, pp. 207-230.
- 2 "Arnon, R., "Molecular biological aspects of alcohol induced liver disease", en *Alcohol Clin Exp Res*, núm. 19, 1995, pp. 247-256.
- 3 "Greffier, L. F., "The role of hepatitis C virus in alcoholic liver disease", en *Alcohol*, núm. 32, 1997, pp. 103-11.
- 4 "Tsukanoto, H., "Experimental models of hepatic fibrosis: a review", en *Semin Liver Dis*, núm. 10, 1990, pp. 56-65.
- 5 "Hamborg, K. J., et al., "Accuracy of clinical diagnosis of cirrhosis among alcohol-abusing men", en *J Clin Epidemiol*, núm. 49, 1996, pp. 1295-1301.
- 6 "Rosman, A. S., "Diagnostic utility of laboratory tests in alcoholic liver disease", en *Clin Chem*, núm. 40, 1994, pp. 1641-1651.
- 7 "Lieber, C. S., "Ethanol metabolism, cirrhosis and alcoholism", en *Clin Chim Acta*, núm. 257, 1997, pp. 59-84; Lieber C. S., "Pathogenesis and treatment of liver fibrosis in alcoholics: 1996 update", en *Dig Dis*, núm. 15, 1997, pp. 42-66.
- 8 "Wu, J. y Danielson, A., "Inhibition of hepatic fibrogenesis: a review of pharmacologic candidates", en *Scand J Gastroenterol*, núm. 29, 1994, pp. 385-391.
- 9 "Narro-Robles J. R., et al., "La mortalidad por cirrosis hepática en México: características epidemiológicas relevantes", en *Salud Pública Mex*, núm. 34, 1992, pp. 378-387; Narro-Robles J. R., et al., "La mortalidad por cirrosis hepática en México: exceso de mortalidad y consumo de pulque", en *Salud Pública Mex*, núm. 34, 1992, pp. 388-405.
- 10 "La Vecchia C., et al., "Worldwide patterns and trends in mortality from liver cirrhosis, 1955 to 1990", en *Ann Epidemiol*, núm. 4, 1994, pp. 480-486.
- 11 "Compendio histórico de estadísticas vitales, México, Estados Unidos Mexicanos, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación-SSA, 1993.
- 12 "Mortalidad 1996, México, Estados Unidos Mexicanos, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación-SSA, 1997.
- 13 "Campollo O., et al., "Características epidemiológicas de la cirrosis hepática en el hospital civil de Guadalajara", en *Salud Pública Mex*, núm. 39, vol. 3, 1997, pp. 195-200.
- 14 "Narro-Robles, J. R., et al., "La mortalidad [...] consumo de pulque", *op. cit.*; Narro-Robles, J. R., et al., "Correlación ecológica entre consumo de bebidas alcohólicas y mortalidad por cirrosis hepática en México", en *Salud Pública Mex*, núm. 39, 1997, pp. 217-220.
- 15 "Idem.
- 16 "Borges, G., "La prevalencia de bebedores crónicos en México: un estudio ecológico", en *Salud Pública Mex*, núm. 31, 1989, pp. 503-518.
- 17 "La Vecchia, *op. cit.*
- 18 "Smart R. G, Mann R. E y Lee S. L., "Does increased spending on alcoholism treatment lead to lower cirrhosis death rates?", en *Alcohol*, núm. 31, 1996, pp. 487-492.
- 19 "García, A. A., "El maguey y el pulque en Tepetlaxotoc", en *Comunidad*, núm. 36, 1972, pp. 460-475.
- 20 "Roizen, R., "The who Study of community responses to alcohol related problems: a review of cross cultural findings", en *WHO*, 1981.



S I S T E M A

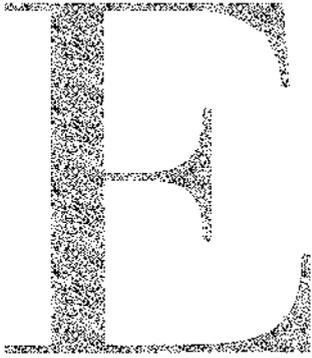
cardio



ascular

Gustavo Pastelín Hernández





En las últimas décadas del siglo xx se ha difundido ampliamente la opinión de que existe una relación favorable entre el consumo de alcohol y la reducción de la mortalidad general del ser humano.¹ Particularmente se ha insistido en que el alcohol tiene un efecto protector contra la mortandad por enfermedad coronaria.² Tal opinión está sustentada en estudios epidemiológicos, lo que lleva a plantearse las siguientes preguntas: ¿en qué consisten estos estudios?, ¿qué es la enfermedad coronaria?, ¿cómo se explica ese efecto protector?

Otro tema de relevancia concierne a la morbilidad cardiovascular; es decir, al tipo de padecimiento del sistema cardiovascular que se deriva del consumo del alcohol. En este sentido, existe un acuerdo universal sobre la relación causa-efecto entre dicha sustancia y una serie de alteraciones cardiovasculares y hematológicas. Esta información, proveniente de investigaciones biomédicas, no se ha difundido con la misma profusión que el primer dato.

La falta de comunicación entre el campo biomédico y la sociedad en general es un común denominador en la investigación científica. La necesidad de llevar los resultados de los estudios más allá de la cama del paciente, hasta la familia y la comunidad, matiza una pregunta más: ¿qué alteraciones produce el alcohol sobre el sistema cardiovascular?

PÁGINA ANTERIOR:

José Antonio Hernández
Vargas. *Libro del
insomnio*. 1996.
Acrílico sobre tela.
44.5 x 41.5 cm. Detalle
de la página 15.
Colección del autor.

PÁGINAS 72 Y 73:

Frida Kahlo.
Las dos Fridas. 1939.
Óleo sobre tela.
173.5 x 173 cm. Detalle.
Colección INBA-
Acervo MAM.
© Banco de México.
Reproducción
autorizada por el Banco
de México, fiduciario en
el fideicomiso relativo a
los museos Diego Rivera
y Frida Kahlo, y por el
Instituto Nacional
de Bellas Artes
y Literatura.

ALCOHOL Y ENFERMEDAD CORONARIA - « »

Las arterias coronarias llevan sangre al músculo cardiaco o miocardio, por lo que desempeñan un papel fundamental en la función del corazón. Un insuficiente suministro da lugar a lo que se conoce como enfermedad coronaria. El calibre de las arterias coronarias disminuye, debido sobre todo a la formación de placas de ateroma (aterosclerosis). Este término se refiere a una alteración de los elementos estructurales de la pared de las arterias —por el depósito de grasas—, parcialmente cubierta por una capa de tejido fibroso, con poca elasticidad. El ateroma ocupa la luz arterial, obstaculiza el flujo de sangre y propicia la formación de coágulos sanguíneos o trombos que acentúan la dificultad circulatoria. Las principales manifestaciones de la enfermedad coronaria son la angina de pecho y el infarto del miocardio, las cuales ocupan el primer lugar como causa de muerte en el mundo occidental.

La experiencia social distingue una reducción en la mortalidad por enfermedad cardiovascular cuando se consume alcohol moderadamente. Eminencias médicas como Heberden —quien describió por primera vez la angina de pecho—, L. Pasteur o Paul D. White —insigne cardiólogo— han reconocido en el vino y las bebidas espirituosas efectos benéficos sobre el sistema cardiovascular.

La investigación epidemiológica y biomédica se ha planteado, desde la segunda mitad del siglo xx, la necesidad de realizar estudios que proporcionen un veredicto al respecto. Para ello se han formulado tres tipos de estudio: los ecológicos, los de tipo caso/control y los longitudinales. Esta tarea ha enfrentado diversas variables difíciles de controlar como la conveniencia de realizar estudios a muy largo plazo, la presencia de enfermedad cardiovascular en diversos grados de evolución, los hábitos alimenticios y de actividad física, el nivel socioeconómico.

Estudios ecológicos. Consisten simplemente en el registro de causas de muerte en una población y el consumo de alcohol. También se les conoce como estudios no controlados. La epidemiología aplica estas técnicas con fines de exploración, para generar hipótesis o demostrar algo que puede ser comprobado subsecuentemente mediante estudios de tipo caso/control.

A finales de la década de los sesenta Brummer³ publicó que en un estudio realizado en 20 países no halló una correlación significativa entre la mortalidad por enfermedad coronaria y el consumo de alcohol. De hecho, al analizar sus cifras se observan coeficientes negativos (-0.092 hasta -0.32) que muestran una tendencia contraria; es decir, que la referida mortalidad se reduce ante el consumo de alcohol. De acuerdo con el investigador, la correspondencia no implica necesariamente una relación de causa-efecto; con cierto sarcasmo pone como ejemplo la existencia de una correlación significativa entre la mortalidad por enfermedad coronaria y el ingreso per cápita (cantidad de automóviles, radios o televisores). La interrogante sigue vigente y las investigaciones de carácter epidemiológico continúan. En la década de los setenta, dos estudios multinacionales publicados en la revista *Lancet* llaman la atención. En uno⁴ se analiza dicha relación en 7 países; el segundo⁵ incluye 11 países más. Ambos reportan una relación inversa entre el consumo de alcohol y la manifestación de la enfermedad. También están presentes variables que dificultan el establecer una relación de causa-efecto. Sin embargo, estos estudios no valoran las diferencias culturales y las distintas formas de vivir y trabajar en cada país. Con algunas variaciones, este tipo de análisis se continuaron durante los ochenta y corroboraron la hipótesis de que existe una relación inversa entre el consumo moderado de alcohol y la mortandad por enfermedad coronaria.⁶

ESTUDIOS CASO - CONTROL (CONTROLADOS)

Estos estudios analizan simultáneamente a grupos de personas que consumen alcohol —caso— y grupos de personas que no

FIGURA 1 RIESGO RELATIVO DE INFARTO DEL MIOCARDIO EN HOMBRES DE 25 A 64 AÑOS DE EDAD, CON RELACIÓN AL CONSUMO DE ALCOHOL

CONSUMO DE ALCOHOL	RIESGO RELATIVO	CONTROL 1
menos de 4 copas por semana	0.6	(0.3-1.0)
de 5 a 14 copas por semana	0.6	(0.3-1.0)
de 15 a 35 copas por semana	0.5	(0.3-1.9)
de 36 a 56 copas por semana	0.6	(0.3-1.3)
más de 56 copas por semana	1.2	(0.4-1.8)

FUENTE: Jackson, Saragg y Beaglehole, *Brit. Med. J.*, núm. 303, 1991.

lo consumen —control. Ambos grupos deben ser comparables en múltiples características: sexo, edad, estrato socioeconómico, cantidad de alcohol consumida, etcétera. Desde los años sesenta se han realizado estudios de esta naturaleza,⁷ los cuales representan una mayor evolución en el diseño de estudios epidemiológicos, así como una mayor dificultad en su realización. Sin embargo, han permitido la introducción de un concepto cuantitativo de gran utilidad: la medida de riesgo relativo. En el caso particular, esta medida se obtiene adjudicando el valor de 1 a la proporción de pacientes con enfermedad cardiovascular del grupo control, para compararla con la hallada en el grupo consumidor de alcohol. Una cifra menor de 1 representa un riesgo menor. Estos estudios corroboran la impresión de que, dentro de ciertos límites, existe una relación inversa entre el consumo de alcohol y la enfermedad coronaria.

ESTUDIOS LONGITUDINALES (DE COHORTE)

En razón de que existen variables —tiempo de exposición al alcohol, cúmulo de edad, preexistencia y evolución de padecimientos cardiovasculares—, una mejor manera de abordar esta investigación son los estudios longitudinales y controlados. En éstos se sigue por un largo tiempo la evolución de cada consumidor y se toma nota de su trayectoria de salud. Con esta intención se han realizado estudios como el Framingham,⁸ iniciado en 1948 y presentado en 1986; en él se reporta el seguimiento de 2639 mujeres y 2106 hombres de Framingham, Massachussetts durante 24 años. Sus datos muestran una relación en forma de U entre la mortandad por enfermedad coronaria y el consumo de alcohol, más entre quienes beben vino y cerveza que entre quienes consumen licores espirituosos. La parte más baja de la curva en U se asocia con un consumo moderado de alcohol. La misma aparente protección de alcohol sobre el riesgo de muerte por enfermedad coronaria se desprende de otros estudios longitudinales.⁹ Jackson, por su parte, señala que, después de eliminar la influencia negativa de fumar tabaco, el consumo de alcohol ejerce un efecto protector sobre el riesgo de muerte causado por enfermedad cardiovascular, en todos los niveles de consumo.

Otro estudio,¹⁰ aplicado a cerca de medio millón de norteamericanos mayores de 30 años de edad, entre 1982 y 1991, calcula la

proporción de muertes por enfermedad cardiovascular en 30 a 40% menor entre quienes bebieron al menos una ración de alcohol por día. Su riesgo relativo con respecto a los no consumidores fue de 0.7 en los varones y de 0.6 en las mujeres. En cambio, la mortandad por causas generales aumentó con el consumo elevado de alcohol, particularmente entre los adultos menores de 60 años de edad, con bajo riesgo de enfermedad cardiovascular.

De todos estos estudios se puede concluir que el consumo moderado de alcohol (10 a 30 g/día) se asocia con una reducción en la frecuencia de enfermedad coronaria, en comparación con la frecuencia que acompaña a la abstinencia.

ACCIÓN PROTECTORA EN ENFERMEDAD CORONARIA

La cualidad protectora del consumo moderado de alcohol sobre la enfermedad de las arterias coronarias ha sido atribuida a tres mecanismos principales: acción antitrombótica, acción hipolipemiente y acción vasodilatadora.

Acción antitrombótica. En ciertas circunstancias, la sangre se coagula dentro de los vasos sanguíneos, lo que da lugar a una especie de tapón o trombo. Esto ocurre cuando las plaquetas o trombocitos se agrupan en forma de grumos en una red formada por la proteína fibrina, en la que también quedan atrapados glóbulos rojos y blancos. Normalmente existe un delicado equilibrio entre la tendencia a generar trombos —trombogénesis— y a disolverlos —fibrinólisis. El predominio de la trombogénesis en las arterias coronarias está estrechamente relacionado con infarto del miocardio y muerte súbita. El primero consiste en lesión y muerte de células del músculo cardíaco por falta de aporte sanguíneo, causada por la obstrucción de la circulación coronaria por un trombo. En 1985 se describió un efecto antitrombótico del alcohol al medir la agregabilidad plaquetaria en 958 personas;¹¹ más tarde halló aumento en la fibrinólisis y en los niveles sanguíneos del fibrinógeno, el precursor de la fibrina.¹² Esto dio lugar a una amplia serie de estudios sobre el mismo tema, con resultados contradictorios. De diversas investigaciones realizadas entre 1981 y 1990,¹³ cinco no encontraron cambios en la agregabilidad plaquetaria, tres reportaron que el alcohol tenía una acción inhibitoria y en dos se observó justamente lo contrario. La misma diversidad de resultados se halló al medir la producción plaquetaria de tromboxanos (sustancias que favorecen la agregación plaquetaria). En años recientes se han desarrollado técnicas analíticas que permiten medir la actividad de factores fibrinolíticos como el activador de tejido de plasminógeno (T-PA) y el factor activador inhibitor de plasminógeno (PAI-1.). Los resultados de estos estudios no corresponden a las estadísticas epidemiológicas y, en cambio, sugieren la necesidad de investigar otras áreas para explicar la acción protectora del alcohol.

Acción hipolipemiante. El segundo mecanismo propuesto para explicar el efecto protector del alcohol sobre la enfermedad coronaria se relaciona con un retardo en el tiempo de aparición de aterosclerosis, proceso patológico de la pared de ciertas arterias (entre ellas las coronarias) que obstaculiza el flujo sanguíneo. Entre los factores causales de aterosclerosis —y muy vinculados con la enfermedad coronaria— están los altos niveles sanguíneos de: colesterol, triglicéridos, lipoproteínas de baja densidad (LDL) y apolipoproteína B (Apo-B). Por el contrario, los altos niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y las apolipoproteínas A1 y A2 (Apo-A1 y Apo-A2, respectivamente) tienden a disminuir la formación de aterosclerosis y de enfermedad coronaria.

Otro amplio estudio¹⁴ demuestra que los niveles de HDL se encuentran elevados en consumidores de alcohol. Asimismo, algunos¹⁵ demostraron un incremento en Apo-A1 y Apo-A2, aparentemente inducido por el consumo de alcohol. Este efecto también se ha comprobado experimentalmente.¹⁶

Es indudable la relación que existe entre las altas concentraciones de lípidos y el desarrollo de aterosclerosis y de ésta con la enfermedad coronaria. Sin embargo, mientras que la aterosclerosis es un proceso difícilmente reversible, la acción hipolipemiante del alcohol es rápidamente reversible, pues desaparece pocos días después de suprimir su consumo. Por ello es importante que, al margen de una acción antiaterosclerótica,¹⁷ se considere la participación de los lípidos como agentes moduladores de las respuestas arteriales a las sustancias vasoactivas.

Acción vasodilatadora. La acción del alcohol sobre el diámetro de las arterias y arteriolas coronarias resulta de un cambio en el punto de equilibrio entre unas influencias neurohumorales que producen dilatación y otras que producen vasoconstricción. El efecto vasodilatador del alcohol en la circulación coronaria ha sido atribuido al acetato (derivado del metabolismo del alcohol) que induce un aumento en los niveles cardíacos de adenosina, poderoso vasodilatador que produce el propio corazón y casi todos los tejidos del organismo.¹⁸ Se ha demostrado que, mediante la administración directa de acetato a la circulación coronaria, aumenta el flujo sanguíneo del miocardio.

Recientemente se investigó¹⁹ la participación del endotelio de arterias coronarias humanas (capa de células que cubre la superficie interna de los vasos sanguíneos), en la acción vasodilatadora de los vinos rojo y blanco y de algunos de sus ingredientes fenólicos como el ácido tánico y la quercetina.

La aplicación de los ingredientes fenólicos y del vino rojo producido en barricas de roble produjo una significativa relajación de las arterias, junto con un aumento en la concentración de guanosil monofosfato cíclico (GMPC), que es el mensajero intracelular de la dilatación de los vasos. El efecto dependió de la inte-

gridad del endotelio, mientras que la aplicación de un inhibidor de la síntesis endotelial de óxido nítrico bloqueó el efecto vasodilatador. La aplicación del etanol puro de vino blanco o rojo preparado en barricas de metal no produjo relajación vascular. Esto demuestra que el vino sólo ejerce un efecto dilatador de los vasos coronarios cuando contiene derivados fenólicos (ácido tánico y quercetina) y que el efecto depende del óxido nítrico que produce el endotelio vascular.

ALTERACIONES INDUCIDAS POR EL ALCOHOL

Las alteraciones del sistema cardiovascular relacionadas con el consumo de alcohol forman un amplio conjunto de padecimientos que han sido objeto de múltiples estudios clínicos y experimentales.²⁰ Las principales son tres: capacidad contráctil o función de bomba del corazón, arritmias cardíacas y la hipertensión arterial. A diferencia de las acciones favorables del alcohol en la cardiopatía isquémica, las que perjudican el corazón son irreversibles. Enseguida se revisarán brevemente las características de este daño.

La función de bomba del corazón. Debido a la propiedad contráctil del músculo cardíaco, el corazón ejerce una función de bomba que impulsa la sangre hacia todo el organismo. La cantidad bombeada cada minuto (gasto cardíaco) varía de acuerdo con las necesidades del organismo. En reposo, el corazón impulsa de dos a cuatro litros de sangre por minuto; ante una actividad física intensa aumenta hasta diez litros.

En un estudio de 204 consumidores crónicos de alcohol,²¹ aparentemente normales desde el punto de vista cardiovascular, su examen físico no demostró anormalidad y el electrocardiograma resultó sin alteraciones en la mayoría (96%). Sin embargo, al someterlos a estudios más especializados, se observó que uno de cada cinco mostraban una reducción de la contractilidad cardíaca y, por tanto, del gasto cardíaco. Esta reducción se acompaña frecuentemente de un aumento en el tamaño del corazón (cardiomegalia) y de arritmias cardíacas. Cuando estas alteraciones aumentan, las personas pueden padecer insuficiencia cardíaca, es decir, que el corazón es incapaz de satisfacer las necesidades de aporte sanguíneo que requiere el organismo. El estudio del tejido cardíaco en tales circunstancias ha revelado que el alcohol induce cambios en la organización de las células miocárdicas (unidades funcionales del músculo cardíaco) en sus características histológicas externas e internas, así como en su capacidad de producción de energía y de síntesis de nuevas proteínas (propiedades bioquímicas).

Entre las alteraciones producidas por el alcohol sobre las características histológicas del corazón²² se encuentran: aumento de tejido fibroso que por ser de tipo cicatricial no contiene células contráctiles que contribuyan a la función de bomba del corazón; aumento de tejido grasoso que tampoco ayuda a la actividad de

bombeo; reacciones de tipo inflamatorio y cambios en la estructura interna de las células cardíacas como separación de los filamentos formados por los elementos (proteínas) contráctiles y alteraciones en las estructuras intracelulares que producen energía y proteínas (mitocondrias).

La distorsión de la estructura interna de las células cardíacas también separa la membrana que reviste las células cardíacas (sarcoplasma) de las membranas internas, las cuales forman un grupo de canales en forma de red intracelular (retículo sarcoplásmico). En cada latido, la correcta comunicación eléctrica entre el sarcoplasma y el retículo sarcoplásmico (primer paso del llamado acoplamiento electromecánico del corazón) hace posible que la contracción cardíaca sea vigorosa y cumpla con su función de bombeo. Valdivia²³ propuso recientemente un factor que puede explicar la disminución de la capacidad contráctil del corazón: un distanciamiento entre el sarcoplasma y el retículo sarcoplásmico, circunstancia que ocurre especialmente cuando el corazón desarrolla en forma anormal una gran masa muscular o hipertrofia cardíaca. El consumo de alcohol también puede alterar la comunicación entre las membranas celulares y explica las anomalías funcionales de la contractilidad cardíaca. Delgado²⁴ reportó que sus pacientes presentaban una menor capacidad de bombeo a los primeros 30 minutos de haberles administrado una dosis pequeña de alcohol.

También se sabe que bajo el efecto del alcohol es muy probable que exista una mayor degradación de proteínas y que el equilibrio natural entre la síntesis y la distribución proteica se pierda.²⁵ La síntesis de proteínas en las células del corazón corre a cargo de las mitocondrias, las cuales son tan numerosas que ocupan hasta la mitad del volumen de la masa muscular; producen la mayor parte de la energía necesaria para el trabajo de ese órgano y cerca del 50% de las proteínas que lo integran. Además, el alcohol reduce la síntesis de proteínas en las mitocondrias²⁶ hasta en 23% y el acetaldehído —derivado metabólico del alcohol— es responsable de tal efecto.

De entre 400 tipos de proteínas identificables en las células cardíacas, cuando menos 10% se ve afectado por la ingestión crónica de alcohol. Entre las proteínas afectadas están las de choque térmico, cuyas variedades tipo 60 y 70 se reducen hasta en 60% y 34%, respectivamente. La importancia de estas proteínas radica en que mantienen y protegen la estabilidad de enzimas intracelulares cuando el corazón se enfrenta a condiciones adversas. Contrario a lo que pudiera esperarse, la síntesis de proteínas contráctiles (actina, tropomiosina y miosina) no sufre alteraciones importantes. De cualquier modo, la síntesis de proteínas —reducida por el alcohol— y la degradación acelerada de éstas origina un desequilibrio que puede relacionarse con la depresión de la contractilidad del miocardio y, por lo tanto, con la aparición

de insuficiencia cardíaca. Desde el punto de vista clínico, el daño producido por el alcoholismo crónico en el corazón resulta en cardiopatía alcohólica. Aunque en ciertos estratos socioeconómicos este mal se puede asociar con desnutrición y avitaminosis (10% de los casos), en México puede atribuirse al consumo crónico o intenso de alcohol (52%),²⁷ lo que coincide con las estadísticas internacionales. Lo anterior corrobora que la lesión producida por el alcohol es directa al miocardio. De acuerdo con el doctor Ignacio Chávez Rivera,²⁸ la cardiopatía alcohólica en su forma más avanzada se caracteriza por un corazón crecido-dilatado en sus cuatro cámaras; un espesor de la pared ventricular normal o disminuido y una cavidad ventricular muy crecida, donde la dilatación es un elemento fundamental. Hay riesgo de compromiso valvular por agrandamiento de la base de implantación de los anillos mitral, tricuspideo, aórtico y pulmonar, y existen zonas de fibrosis miocárdica más o menos extensas. Con el auxilio de los rayos x se ha observado el corazón dilatado, congestión venosa pulmonar, tromboembolismo pulmonar y la posibilidad de enfisema y neumonía. El electrocardiograma muestra signos de dilatación y sobrecarga de las cavidades cardíacas, bajo voltaje, arritmias y alteraciones en la conducción de la onda de activación cardíaca. Igualmente, datos de ecocardiografía, gammagrafía (estudios de medicina nuclear) y hemodinámica confirman la dilatación y la disminución de la contractilidad del corazón y de su capacidad de bombeo. De esta forma se integra un grave estado de insuficiencia cardíaca que puede avanzar hasta producir tromboembolias, síncope y muerte súbita. Sin embargo, en una proporción variable de enfermos se ha observado que la abstinencia alcohólica detiene la evolución de la cardiopatía alcohólica y hasta cierto grado la revierte.

Alteraciones del ritmo cardíaco. El alcohol también daña las membranas celulares, constituidas por proteínas, enzimas y bicapas de grasas (colesterol, fosfolípidos y glicolípidos). Este efecto nocivo se debe probablemente a la interacción física y química del alcohol con las grasas membranales. Se ha descubierto que el alcohol inhibe la actividad de una enzima membranar —ATPasa— encargada de liberar energía cuando actúa sobre otra sustancia llamada ATP (adenosin trifosfato).²⁹ Dicha energía es llevada por un transportador de iones de sodio y de potasio —en forma de cargas eléctricas— a través de la membrana celular, la cual, de esta manera, cumple con una de sus funciones más importantes: separar las cargas eléctricas entre el interior y el exterior de la célula, lo cual permite que la membrana celular cardíaca mantenga una forma de energía potencial (reposo) para generar señales eléctricas (potencial de acción) que disparan cada latido cardíaco (automatismo cardíaco) y que van de célula en célula hasta cubrir toda la masa cardíaca (conducción de impulsos). La conducción de impulsos eléctricos en

el corazón se realiza en forma altamente sincronizada y, al despertar la actividad contráctil (acoplamiento excitación-contracción), hace posible un adecuado bombeo. Esta forma de activación eléctrica es detectable desde la superficie del organismo, lo que da lugar al electrocardiograma que permite conocer el orden y el ritmo con el que se estimulan todas las partes del corazón.³⁰ La inhibición de la enzima ATPasa causada por el alcohol repercute sobre las propiedades eléctricas de las células cardíacas o propiedades electrofisiológicas del corazón y causa alteraciones del ritmo cardíaco o arritmias cardíacas. Estas últimas pueden deberse a cambios en el sitio de origen y la frecuencia de descarga del automatismo cardíaco; o a cambios en el orden y la sincronización con que se propagan los impulsos eléctricos a lo largo del corazón. Una de las muy variadas formas de arritmias cardíacas asociadas al consumo de alcohol ha sido integrada por Ettinger³¹ en el "síndrome del día festivo", que consiste en la aparición de episodios transitorios de contracciones desincronizadas de las aurículas (fibrilación auricular), bloqueo de la conducción de impulsos entre las aurículas y los ventrículos (bloqueo auriculoventricular) o latidos de alta frecuencia ventricular (taquicardia ventricular). Este síndrome se presenta ante la ingestión aguda de alcohol (generalmente en días festivos) el mismo día o el siguiente y desaparece uno o dos días después. El síndrome fue descrito en sujetos alcohólicos, sin cardiopatía alcohólica aparente, con la ayuda de rayos x y electrocardiograma previamente normal. Durante varios días les quedaron alteraciones en el electrocardiograma y se presentaron diversas alteraciones en el bombeo. El síndrome no es exclusivo de los alcohólicos, también se presenta en sujetos sanos ante una intoxicación alcohólica ocasional; sin embargo, los primeros son más sensibles a la producción de arritmias cardíacas, evidentes también ante la abstinencia de alcohol. Abundan los trabajos de investigación clínica y básica³² que demuestran en forma incontrovertible que la cardiopatía alcohólica se acompaña de un alto riesgo de arritmias cardíacas y de muerte súbita.

Hipertensión arterial. El consumo crónico e intenso de alcohol es un factor de riesgo bien definido como causa de hipertensión arterial. La presión sanguínea elevada es determinante del estado hipertensivo. La hipertensión arterial, una vez establecida, es factor de riesgo para otros padecimientos discapacitantes y hasta fatales, como las lesiones del sistema nervioso central, el infarto del miocardio o la cardiopatía alcohólica.

El mecanismo mediante el cual el alcohol causa hipertensión arterial está relacionado con una mayor liberación de ciertas hormonas y neurotransmisores, especialmente los derivados de la división del simpático en el sistema nervioso autónomo, encargado de estimular el corazón y de contraer las arterias. La hormona nora-drenalina es el principal mediador de estas acciones dañinas.³³

También se ha descrito una reducción en la sensibilidad de ciertas estructuras encargadas de medir la tensión arterial y de enviar continuamente información al sistema nervioso central.³⁴ Estas estructuras —barorreceptores— se encuentran principalmente en las grandes arterias (aorta y carótidas) y en las cavidades ventriculares del corazón. Estos receptores son estimulados cuando sube la presión arterial. Al reducirse su sensibilidad, es menor la información que envían al sistema nervioso central y éste deja de responder con mensajes que mantienen la presión en cifras normales. Otro mecanismo hipertensógeno del alcohol es su influencia sobre el metabolismo de iones como el magnesio y el calcio, que contribuyen a regular el tono de los músculos lisos de las arterias y las venas. El magnesio reduce el tono de los vasos y tiende a bajar la presión mientras que el calcio los contrae y sube la presión arterial. Por tanto, el metabolismo o la concentración de estos iones debe guardar un equilibrio que, si es modificado por el alcohol, culmina en un estado hipertensivo. La inhibición de la ATPasa a causa del alcohol produce una reducción en el potencial de reposo de estas células, acompañada por un aumento de tono vascular y una mayor presión arterial.

Existen algunos otros factores neurohumorales cuyas concentraciones o metabolismo también se afectan por el alcohol (cortisol, renina, aldosterona, arginina y vasopresina) y que pueden contribuir a la hipertensión arterial. Una característica interesante de este mecanismo es que se trata de un proceso reversible. Al igual que las arritmias cardíacas, la hipertensión arterial también regresa a un estado normal luego de tres o cinco días después de suspender el consumo de alcohol.³⁵

CONCLUSIONES ~ ~ ~ ~ ~

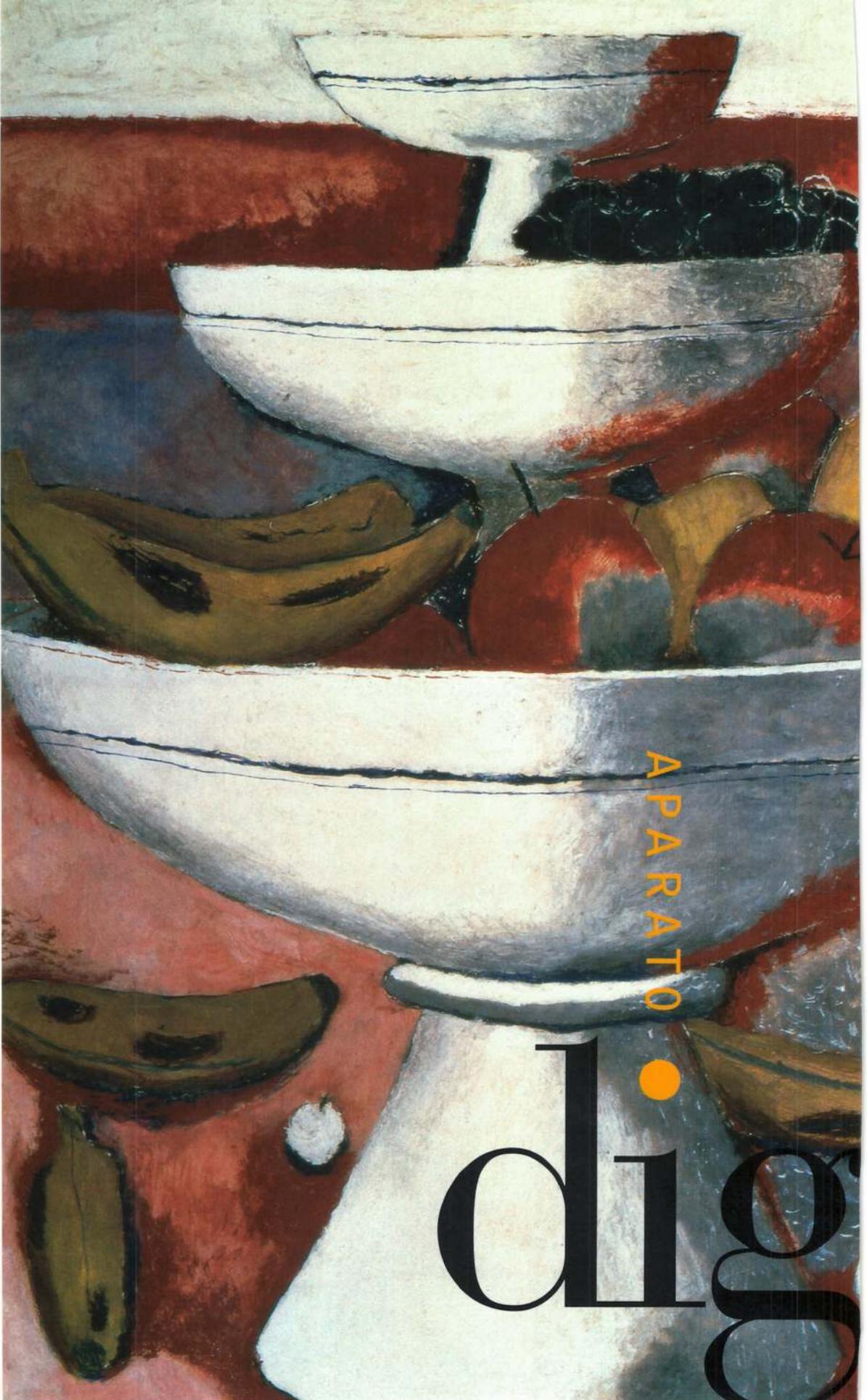
La dualidad de las acciones del alcohol sobre el sistema cardiovascular se ha prestado para que su consumo se vea modulado por factores ajenos al buen juicio de la medicina. Es irrefutable la evidencia de que el consumo sostenido e intenso de alcohol se relaciona con efectos nocivos biológicos y psicosociales. También es incontrovertible su acción benéfica al reducir la mortalidad por enfermedad coronaria. Sin embargo, esta última es sólo parte de la patología cardiovascular inducida por el alcohol: insuficiencia cardíaca, arritmias cardíacas, hemorragia cerebral o hipertensión arterial. Si bien la enfermedad coronaria es actualmente una de las importantes causas de mortalidad cardiovascular, la indicación del alcohol como medida preventiva o terapéutica no constituye la mejor alternativa médica. Para esta finalidad existen medicamentos y recursos de muy variada naturaleza cuyo uso ha mostrado una eficacia superior a la del alcohol y que carecen de los altos riesgos de éste. El balance de riesgo-beneficio de las acciones del alcohol sobre el sistema cardiovascular resulta, por lo tanto, negativo.

N O T A S

- 1 " English, D. R., *The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia*, Commonwealth Department of Human Services and Health, Canberra, 1995.
- 2 " Jackson, R., *et al.*, "Alcohol consumption and risk of coronary heart disease", en *British Medical Journal*, núm. 303, 1993, pp. 211-216; Doll, R., *et al.*, "Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years observations on male British doctors", en *British Medical Journal*, núm. 309, 1994, pp. 911-918; y Murray, Ch. J.L. y López, A.D., *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Harvard University Press, s/f, pp. 301-307.
- 3 " Brummer, P., "Coronary mortality and living standard. II. Coffee, tea, cacao, alcohol and tobacco", en *Acta Medica Scandinava*, núm. 186, 1969, pp. 61-63.
- 4 " Keys, A., "Wine, garlic and oil in seven countries", en *Lancet*, núm. 1, 1977, pp. 145-146.
- 5 " St Leger, A. S., Cochrane, A. L., Moore, F., "Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the consumption of wine", en *Lancet*, s/n, 1979, pp. 1017-1020.
- 6 " Schmidt, W. y Popham, R. E., "Alcohol consumption and ischemic heart disease: Some evidence from population studies" en *Br. J. Addict*, núm. 76, 1981, pp. 407-417; y Heysted, D. M. y Ausman, L. M., "Diet, alcohol and coronary heart disease in men", en *J. Nutr.*, núm. 118, 1988, pp. 1184-1189.
- 7 " Klatsky, A., *et al.*, "Alcohol consumption before myocardial infarction. Results from the Kaiser-Permanente epidemiologic study of myocardial infarction", en *Am. Intern. Med.*, núm. 81, 1974, pp. 294-301; Petiti, D. B., *et al.*, "Risk of vascular disease in woman, smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors", en *JAMA*, núm. 242, 1979, pp. 1150-1154; Kittner, S. J., *et al.*, "Alcohol and coronary heart disease in Puerto Rico", en *Am. J. Epidemiol.*, núm. 117, 1983, pp. 538-550; y Siskovick, R. K., *et al.*, "Moderate alcohol consumption and primary cardiac arrest", en *Am. J. Epidemiol.*, núm. 123, 1986, pp. 499-503.
- 8 " Friedmans, L. A. y Kimball, A. W., "Coronary heart disease mortality and alcohol consumption in Framingham", en *Am. J. Epidemiol.*, núm. 124, 1986, pp. 461-469.
- 9 " Boffetta, P., y Garfinkel, L., "Alcohol drinking and mortality among men enrolled in an American Cancer Society Prospective Study", en *Epidemiology*, núm. 1, 1990, pp. 342-348; Jackson, op. cit.; y Doll, op. cit.
- 10 " Thur, M. J., *et al.*, "Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults", en *The New Eng. J. Med.*, núm. 337, 1997, pp. 1705-1714.
- 11 " Meade, T. W., *et al.*, "Epidemiological characteristics of platelet aggregability", en *Br. Med. J.*, núm. 290, 1985, pp. 428-432.
- 12 " Meade, T. W., *et al.*, "Characteristics affecting fibrinolytic activity and plasma fibrinogen concentrations", en *Br. Med. J.*, núm. 1, 1979, pp. 153-156.
- 13 " Veenstra, J., "Effects of alcohol on the cardiovascular system", en *Alcohol and Cardiovascular Disease*, Pudoc, Wageningen, s/f, pp. 87-113.

- 14*** Brenn, T., "The Tromso Heart Study, Alcoholic beverages and coronary risk factors", en *J. Epidemiol. Commun Health*, núm. 40, 1986, pp. 249-256.
- 15*** Phillips, N. R., et al., "Serum apolipoprotein A1 levels. Relationship to lipoprotein lipid levels and selected demographic variables", en *Am. J. Epidemiol.*, núm. 116, 1982, pp. 302-313; Haffner, S. M., et al., "Epidemiological correlates of high-density lipoprotein subfractions, apolipoproteins aI, aII and d and lecithin cholesterol acyltransferase. Effects of smoking, alcohol and adiposity", en *Arteriosclerosis*, núm. 5, 1985, pp. 169-177.
- 16*** Veenstra, J., "Effects...", *op. cit.*; Veenstra, J., et al., "Effects of moderate dose of alcohol on blood lipids and lipoproteins postprandially and in the fasting state", en *Alcohol Alcoholism*, núm. 25, 1990, pp. 371-377.
- 17*** Dwyer, K. M., et al., "Carotid wall thickness and intake of wine, beer and liquor. The Los Angeles Atherosclerosis Study", en *Circulation*, núm. 97, 1998, pp. 829.
- 18*** Berne, R. M., et al., "Blood flow regulation by adenosine in heart, brain and skeletal muscle", en R. M. Berne (ed.), *Regulatory Function of Adenosine*, Martinus Nijhoff Publishers, 1983, pp. 293-317; Belloni, F. et al., "Release of adenosine by cultured vascular smooth muscle cells", en *J. Microvasc. Res.*, núm. 32, 1986, pp. 200-210.
- 19*** Flesch, M. et al., "Divergent effects of red wine on endothelium dependent relaxation of human coronary arteries", en *Circulation*, núm. 96, suplemento 8, vol. 1, 1997, pp. 341.
- 20*** Preedy, V. R., et al., "Mechanisms of Ethanol-induced cardiac damage", en *Br. Heart J.*, núm. 69, 1993, pp. 197-200; Gordon, T., y Kannel, W. B. "Drinking and Mortality. The Framingham Study", en *Amer J. Epidemiol.*, núm. 120, 1984, pp. 97-107; Lang. R. M., et al., "Adverse cardiac effects of acute alcohol ingestion in young adults", en *Ann. Intern. Med.*, núm. 102, 1985, pp. 742-747; y Regan, T. J. y Moravi, V. "Experimental models for studying the effects of ethanol on the myocardium", en *Acta Med. Scand.*, núm. 717, 1987, pp. 107-113.
- 21*** Bertolet, et al., "Unrecognized left ventricular dysfunction in an apparently healthy alcohol abuse population", en *Drug Alcohol Dependence*, núm. 28, 1991, pp. 113-119.
- 22*** Hibbs, R. G., et al., "Alcoholic cardiomyopathy. An electron microscopic study", en *Am. Heart J.*, núm. 69, 1965, pp. 766-779; y Richardson, P. J., et al., "Relation between alcohol intake, myocardial enzyme activity and myocardial function in dilated cardiomyopathy", en *Br. Heart J.*, núm. 56, 1986, pp. 165-170.
- 23*** Valdivia, H., "Acoplamiento excitación-contracción anómalo en la hipertrofia ventricular experimental y en la insuficiencia cardíaca", documento presentado en el VI Congreso Nacional de la Sociedad de Hipertensión Arterial de México, realizado en la ciudad de México del 23-26 de abril de 1998.
- 24*** Delgado, C. E., et al., "Acute effects of low doses of alcohol on left ventricular function by echocardiography", en *Circulation*, núm. 51, 1979, pp. 535-540.
- 25*** Siddiq, T., et al., "The activities of cathepsin B, D and H in the hearts of rats treated with ethanol", en *Biochemical Soc. Trans.*, núm. 22, 1994, pp. 171.

- 26*** Siddiq, T., et al., "Synthesis of ventricular mitochondrial proteins in vivo. Effect of acute ethanol toxicity", en *Alcoholism: Clin. Exp. Res.*, núm. 17, 1993, pp. 894-899.
- 27*** Sánchez Torrez, G. "Alcoholismo y enfermedad cardiovascular", en *Arch. Inst. Cardiol. Mex.*, núm. 55, 1985, pp. 93-95.
- 28*** Chávez Rivera, I. y Fernández Barros, C. L., "Alcohol y sistema cardiovascular parte II. La cardiopatía alcohólica y posibles relaciones del alcohol y aterosclerosis e hipertensión", en *Arch. Inst. Cardiol.*, núm. 55, 1985, pp. 269-287.
- 29*** Williams, J. W., et al., "Effect of ethanol and acetaldehyde on the Na⁺-K⁺-activated adenosine triphosphatase activity of cardiac plasma membranes", en *Biochem Pharmacol.*, núm. 24, 1975, pp. 27-32.
- 30*** Sodi-Pallares, D., et al., *Electrocardiografía clínica. Análisis deductivo*, México, Instituto Nacional de Cardiología, 1968.
- 31*** Ettinger, P. O., et al., "Arrhythmias and the 'holiday heart': Alcohol associated cardiac rhythm disorders", en *Am Heart J.*, núm. 95, 1978, pp. 555-561.
- 32*** Rubin, E. y Thomas, A. P., "Effects of alcohol on the heart and cardiovascular system", en Mendelson, J. H. (ed.), *Medical Diagnosis and Treatment of Alcoholism*, Nueva York, Mc Graw Hill, 1992, pp. 263-287; Zakhari, S. y Wassef M. (eds.), *Alcohol and the cardiovascular system*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, National Institutes of Health, 1996; Zakhari, S., *Alcohol and the Cardiovascular System. Molecular mechanisms for beneficial and harmful action*, Alcohol Health & Research World, 1997.
- 33*** Russ, R., et al., "Role of the sympathetic nervous system in Ethanol-induced hypertension in rats", en *Alcohol*, núm. 8, 1991, pp. 301-307.
- 34*** El Mas, M. M. y Abdel-Rahman, A. A., "Direct evidence for selective involvement of aortic baroreceptors in ethanol induced impairment of baroreflex control of heart rate", en *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, núm. 264, 1993, pp. 1198-1205.
- 35*** Potter, J. F. y Bevers, D. G., "Pressor effect of alcohol in hypertension", en *Lancet*, 1-8369, 1984, pp. 119-122; y Malhotra, H., et al., "Pressor effects of alcohol in normotensive and hypertensive subjects", en *Lancet*, núm. 2-8455, 1985, pp. 584-586.



APARATO

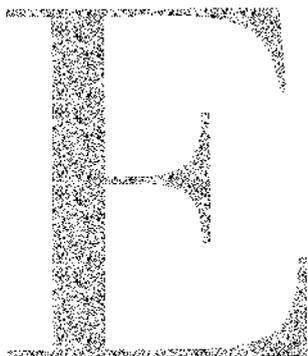


100

*David Kershenobich, Florencia Vargas Vóracková
y Guillermo Robles-Díaz*







El alcohol afecta a todos los órganos del cuerpo, aunque a cada uno de manera diferente, lo que da lugar a manifestaciones clínicas distintas. Esta asociación se debe a que la enfermedad se presenta con alta frecuencia en pacientes previamente conocidos como alcohólicos. Ejemplo de ello es la cirrosis del hígado; en otras enfermedades la relación se asigna por exclusión, cuando ya se han descartado otras causas como la gastritis. Los efectos del alcohol sobre el aparato digestivo son múltiples e incluyen la cavidad oral, el esófago, el estómago, el intestino delgado, el páncreas y el hígado.

Cavidad oral. Se desconoce la frecuencia exacta de problemas orales en alcohólicos, pero es común que éstos sufran de inflamación dolorosa de la lengua (glositis), inflamación de la boca (estomatitis), caries y periodontitis (inflamación de los tejidos que rodean los dientes). Lo anterior afecta el sentido del gusto por los alimentos y conduce a trastornos en la alimentación. Los alcohólicos tienen a menudo deficiencia de zinc, pues ingieren proteínas bajas en este elemento o lo absorben mal, por lo que aumenta su excreción en la orina y no lo metabolizan totalmente. La deficiencia de este nutriente contribuye a la pérdida del gusto por los alimentos y, por tanto, a la pérdida de apetito.

Esófago. Aun en pacientes no alcohólicos, el alcohol hace que el esfínter esofágico inferior, que es el músculo que normalmente evita que el ácido regrese del estómago al esófago y con ello dañe las paredes celulares de este último. Por ello el dolor y la estrechez del esófago son más frecuentes en los alcohólicos.

Resulta difícil definir los límites de la cantidad de alcohol que un individuo sano puede consumir sin riesgos; sin embargo, la ingestión de más de 40 gramos de etanol por día conlleva usualmente una historia de accidentes frecuentes, impuntualidad y ausentismo laboral, tensión nerviosa sin causa aparente e ingestión rápida de bebidas. La concentración de etanol varía de acuerdo con el tipo de bebida (véase figura 1).

En términos generales, los marcadores bioquímicos se pueden dividir en pruebas habituales de laboratorio y pruebas especializadas. En el primer grupo destacan los niveles de gammaglutamil-transpeptidasa (GGT), alanino-aminotransferasa (ALT), aspar-

PAGINAS 85 Y 89.

Rufino Tamayo.

Naturaleza muerta.

1938.

Óleo sobre tela.

44 x 59 cm.

Colección Balsa

Hayman, Nueva York.

PAGINA ANTERIOR:

Rufino Tamayo.

Naturaleza muerta

con vasos. 1972.

Óleo sobre tela.

91 x 100 cm.

Museo de Arte

Moderno, INBA.

Reproducción de ambas

obras autorizada por la

Fundación Olga y

Rufino Tamayo, A. C.

pato-aminotransferasa (AST), fosfatasa alcalina (FA), volumen corpuscular medio (VCM), ácido úrico, lípidos en sangre, inmunoglobulina (IGA) y concentraciones séricas de alcohol. La determinación simultánea de dos o más pruebas es más útil que una sola; por lo regular se utilizan como complemento de la historia clínica y como instrumentos de tamizaje. Entre las pruebas especiales, la más utilizada es la determinación de transferrina deficiente en hidratos de carbono. Otras incluyen la prolina sérica y/ó ácido láctico, isoenzimas de deshidrogenasa alcohólica (ADH) y deshidrogenasa de acetaldehído (ALDH).

Estómago. La ingestión aguda de cualquier cantidad de alcohol causa un retraso en el vaciamiento del estómago. La cerveza y el vino son potentes estimuladores de la secreción de ácido, lo que puede dañar las células del estómago. El abuso crónico de alcohol puede producir gastritis crónica y es posible que aumente el riesgo de desarrollar una úlcera péptica.

Cuando se bebe durante o después de la ingestión de alimentos, una cantidad sustancial del alcohol es absorbida por el estómago, en proporción de hasta 70%, hecho que puede tomar hasta cinco horas. En cambio, cuando se bebe en ayunas, el alcohol pasa tan rápidamente por el estómago que es absorbido principalmente por el intestino delgado —duodeno y yeyuno. Alimentos como grasas y líquidos muy concentrados demoran el vaciamiento del estómago, lo que se traduce en una menor cantidad de alcohol en la sangre. Esto se debe a que tarda más tiempo en metabolizarse el alcohol en el estómago, que se realiza por tres formas diferentes de una enzima llamada deshidrogenasa alcohólica presentes en este órgano. Tal proceso disminuye la disponibilidad del etanol y, cuando se bebe moderadamente, constituye una barrera protectora. Este mecanismo desaparece después de la extirpación total o parcial del estómago (gastrectomía) o cuando el individuo es alcohólico. En forma similar, algunos medicamentos como la aspirina y los bloqueadores de la producción de ácido (cimetidina o ranitidina) inhiben la actividad de la deshidrogenasa alcohólica gástrica y, por tanto, pueden condicionar un mayor nivel de alcohol en la sangre.

Intestino delgado. El alcohol altera los movimientos del intestino delgado, por lo que los alcohólicos tienen una mayor tendencia a presentar diarrea. El consumo agudo de alcohol disminuye la absorción de algunos azúcares, aminoácidos y lípidos a nivel del intestino, lo que causa que disminuya la absorción intestinal de nutrientes tan importantes como las vitaminas B₁, B₁₂ y zinc.

Páncreas. El consumo excesivo de alcohol (más de 80 g diarios) a lo largo de varios años es el principal factor en el desarrollo de pancreatitis crónica. Generalmente, este mal se presenta después de diez años de alcoholismo, pero se han documentado casos desde los cinco o seis años de consumo excesivo. Además, suele aparecer en quienes ya tienen lesiones pancreáticas. Esta

correlación (pancreatitis-alcohol) ha sido demostrada experimental y epidemiológicamente.

El alcohol produce cambios en la secreción del páncreas al desaparecer reflejos de control que permitan el aumento de la concentración de enzimas pancreáticas y la viscosidad del jugo pancreático que se satura con carbonato de calcio y se vuelve rico en cristales de calcio.

Existe una proteína que estabiliza el carbonato de calcio y cuyos niveles están bajos en todas las formas de pancreatitis crónica, de ahí que se considere que una deficiencia suya podría favorecer el depósito de material cálcico en los conductos. La concentración de dicha proteína posiblemente se determina genéticamente, lo que explicaría la predisposición que tiene cada persona al desarrollo de pancreatitis crónica, aunada a la concurrencia de factores ambientales como alcoholismo, elevado nivel de calcio en la sangre y desnutrición.

El alcohol daña el páncreas por diferentes vías; en forma directa o por efecto de las enzimas pancreáticas y biliares que autodigieren el órgano. Además, los niveles altos de triglicéridos en individuos alcohólicos favorecen la liberación de ácidos grasos libres en el páncreas, que resulta en brotes de inflamación aguda de repetición. El alcohol también altera el flujo del jugo pancreático, modifica la presión del conducto pancreático, transforma la permeabilidad del tejido y facilita la difusión de enzimas que lesionan el parénquima.

Casi la mitad de los enfermos con pancreatitis crónica alcohólica tienen, además, algún dato histológico de daño en el hígado mientras, que las evidencias que relacionan el alcohol con el cáncer de páncreas son débiles e inconsistentes; sin embargo, sí se ha detectado una asociación con otros factores de riesgo como el tabaquismo y el consumo excesivo de grasas y proteínas animales.

Hígado. El consumo crónico de alcohol lleva frecuentemente a la esteatosis hepática, a la hepatitis alcohólica y a la cirrosis hepática. La relación directa entre estos tres padecimientos es controvertida, pero en la mayoría de los casos los alcohólicos que continúan bebiendo pasan del primero al segundo o al último en un periodo de diez a 15 años. Se considera, además, que la esteatosis predispone al desarrollo de cirrosis y —en modelos animales experimentales— la cirrosis aparentemente va precedida por hepatitis alcohólica.

El hígado es el principal órgano involucrado en el metabolismo del alcohol. Los productos finales de la oxidación del alcohol son bióxido de carbono y agua. El alcohol se convierte, en pasos previos, en acetaldehído y después en acetato. El acetaldehído por sí solo puede ser tan o más tóxico que el alcohol. Aproximadamente 75% del alcohol se elimina por el metabolismo hepático. El alcohol también puede metabolizarse en la mucosa gástrica.

En animales de experimentación, una fracción sustancial de etanol administrado por vía oral no llega a la circulación periférica, sino que se oxida en la mucosa gástrica, donde se detecta deshidrogenasa alcohólica. Este metabolismo de primer paso también puede llegar a ser notable en el humano y está demostrado que disminuye considerablemente cuando el consumo de etanol es prolongado; además, contribuye a regular la cantidad de alcohol que llega al hígado, así como el tiempo en que lo hace.

FACTORES DE RIESGO

A pesar de que se ha detectado una relación directa entre la dosis de alcohol y la incidencia de enfermedades hepáticas, múltiples estudios epidemiológicos indican que sólo de 10 a 20% de los alcohólicos desarrolla cirrosis. Para mujeres y varones, la ingesta diaria de más de 40 y 80 gramos absolutos de etanol, respectivamente, por más de diez años, se vincula con una mayor probabilidad de desarrollar cirrosis. Esto sugiere que en la susceptibilidad al daño hepático influyen otras variables codependientes como los factores ambientales, infecciones bacterianas o por virus B o C, y la exposición a otros fármacos que dañan el hígado como acetaminofen y solventes. La investigación de la susceptibilidad genética al alcoholismo ha permitido identificar variaciones genéticas en las enzimas que participan en el metabolismo del alcohol.

Aparentemente, las diferencias de género influyen en la gravedad y sensibilidad al daño hepático por alcohol; el desarrollo de enfermedad hepática más avanzada ocurre más temprano en mujeres. Inicialmente esto se atribuyó a una deficiencia de deshidrogenasa alcohólica gástrica, que resultaba en una mayor concentración de alcohol en el hígado de las mujeres en comparación con el de los varones, en quienes se metabolizaba una mayor cantidad en el estómago; sin embargo, la magnitud del metabolismo gástrico del alcohol es pequeña y estudios recientes no lograron confirmar un incremento en la mortalidad por cirrosis alcohólica o mayor prevalencia de hepatitis alcohólica en mujeres. Por otro lado, el abuso crónico de alcohol lleva a la entrada en la sangre de productos tóxicos bacterianos procedentes del intestino que pueden influir en la iniciación y el agravamiento de la enfermedad hepática por alcohol.

ESTEATOSIS HEPÁTICA

La esteatosis hepática (hígado graso) se puede presentar sin evidencia clínica o bioquímica de enfermedad hepática. Los síntomas iniciales son malestar general y anorexia (falta de apetito); en los casos graves puede haber náusea y vómito, dolor abdominal, hepatomegalia (crecimiento del hígado) ligeramente dolorosa, ictericia (tonalidad amarillenta de la piel), elevación de enzimas hepáticas e, incluso, se han comunicado casos de insuficiencia hepática. La evolución en general es buena. La acumulación de grasas puede eliminarse por completo del hígado y

restablecerse su estructura y función normales, siempre y cuando se evite toda ingesta de alcohol y se establezca una dieta adecuada. En algunos casos, si el paciente continúa bebiendo, o por otras causas aún desconocidas, la esteatosis hepática es un precursor de cirrosis. La gravedad de la esteatosis y su duración, así como la susceptibilidad individual, son probablemente los principales factores que determinan la evolución. Después de unos días de administrar cantidades importantes de alcohol a voluntarios no alcohólicos bien nutridos se observó la presencia de grasa dentro de las células hepáticas, lo que evidencia el hecho de que el alcohol por sí mismo es tóxico al hígado.

El mecanismo preciso de la acumulación de grasa no se conoce, pero se supone que ocurre un aumento en la síntesis hepática de triglicéridos y ácidos grasos y una disminución en la oxidación de estos últimos así como en la formación y liberación de lipoproteínas. La acumulación de grasa, aunada a la retención de proteínas y agua propicia el crecimiento del hígado, que puede alcanzar dos a tres veces su peso. En pocos casos aparece acumulación de tejido fibroso, la cual augura el desarrollo de cirrosis, a menos que se logre una abstinencia total.

H E P A T I T I S A L C O H Ó L I C A * * * * *

La hepatitis alcohólica es una enfermedad grave que se produce como consecuencia de un consumo abundante y generalmente crónico de alcohol. Se presenta en hasta 30% de los alcohólicos; en 80% de los casos evoluciona a cirrosis si no se elimina el consumo, aunque en algunos la lesión puede revertirse al suspender la ingesta. Un estudio realizado en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) mostró que la hepatitis alcohólica es más frecuente en varones que en mujeres; la media de edad de quienes la padecen fue de 42 años.

La presentación clínica de la hepatitis alcohólica puede oscilar desde la forma asintomática hasta la insuficiencia hepática fulminante. Entre ambos extremos se encuentra una gran cantidad de signos: ataque al estado general, cansancio, pérdida de apetito, fiebre, dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea, pérdida de peso, tonalidad amarillenta de la piel (ictericia) y crecimiento

FIGURA 1 CONCENTRACIÓN DE ETANOL EN DIFERENTES BEBIDAS ALCOHÓLICAS

BEBIDAS	MEDIDA ESTÁNDAR	*G.L.**	G ALCOHOL/100ML***	G ALCOHOL/MEDIDA
Pulque	1 vaso (250 ml)	3-4	2.4-3.2	6-8
Cerveza	1 lata (340 ml)	4	3.2	10.88
Vino de mesa	1 copa (150 ml)	12	9.5	14.3
Vino fortificado	1 copita (60 ml)	18	14.2	8.5
Destilados*	1 caballito (30 ml)	40-43	31.6-34	9.5-10.2
Licores	1 copita (30 ml)	45	35.5	10.7

*brandy, ginebra, ron, tequila, vodka, whisky **G.L.= °Guy Lussac (% alcohol en volumen) ***g alcohol/100ml = $\frac{0.789 \times \text{G.L.}}{100}$

to doloroso del hígado que debe diferenciarse de un cuadro de abdomen agudo. No es raro que el síntoma inicial sea una hemorragia del tubo digestivo o el crecimiento abdominal por líquido (ascitis), sobre todo cuando el paciente padece ya un hepatopatía subyacente.

La mortalidad temprana varía de 3 a 5%, de acuerdo con la gravedad del daño hepático; aumenta en pacientes con líquido de ascitis e ictericia y una mayor ingesta de alcohol previa a la enfermedad clínica, así como en aquellos con altas puntuaciones en las clasificaciones de insuficiencia hepática, entre las cuales la más común es la de Child-Pugh, que considera datos clínicos y de laboratorio.

La intensidad del tratamiento depende de la gravedad del cuadro; en los cuadros leves a moderados se recomienda abstinencia y en los más graves, reposo total, así como dieta alta en calorías y proteínas; esto, si bien no disminuye la mortalidad, sí mejora la evolución. En algunos casos la desnutrición es tan avanzada que es necesario administrar alimentación parenteral.

C I R R O S I S H E P Á T I C A

La etapa final de las distintas alteraciones hepáticas producidas por el alcohol es la cirrosis hepática. En esta etapa el hígado se encuentra dañado en su totalidad por un proceso de destrucción celular; alteración de su circulación y depósito de tejido fibroso, cicatricial que, en conjunto, ocasionan una pérdida importante y a menudo irreversible de la función del hígado, comprometiendo su capacidad de regeneración. En presencia de cirrosis aparecen complicaciones que se describen con detalle en otro capítulo, pero que son, fundamentalmente, ascitis, sangrado de tubo digestivo por várices (hipertensión portal) y trastornos neuropsiquiátricos como confusión, excitabilidad, somnolencia o coma (encefalopatía hepática). En estas etapas el tratamiento es fundamentalmente sintomático. Los pacientes están generalmente desnutridos, tienen un estado hipercatabólico e hipermetabólico que, al asociarse con una pobre ingesta de alimentos y una deficiente absorción de nutrientes, aumentan la morbilidad y mortalidad.

Resulta difícil definir los límites de la cantidad de alcohol que un individuo sano puede consumir sin riesgos; sin embargo, la ingestión de más de 40 g de etanol por día conlleva usualmente, y como ya se ha mencionado, una historia de accidentes frecuentes.

El aparato digestivo guarda una relación estrecha con el consumo de alcohol y debido a que en él es en donde se metaboliza y entra en contacto directo con su superficie, la mayoría de los enfermos alcohólicos presenta o presentará en algún momento síntomas del aparato digestivo. Finalmente, la mayoría de quienes consumen alcohol en forma excesiva y prolongada sufrirán daño hepático y pancreático crónico y terminal, que son las complicaciones más frecuentes.

PÁGINA SIGUIENTE:

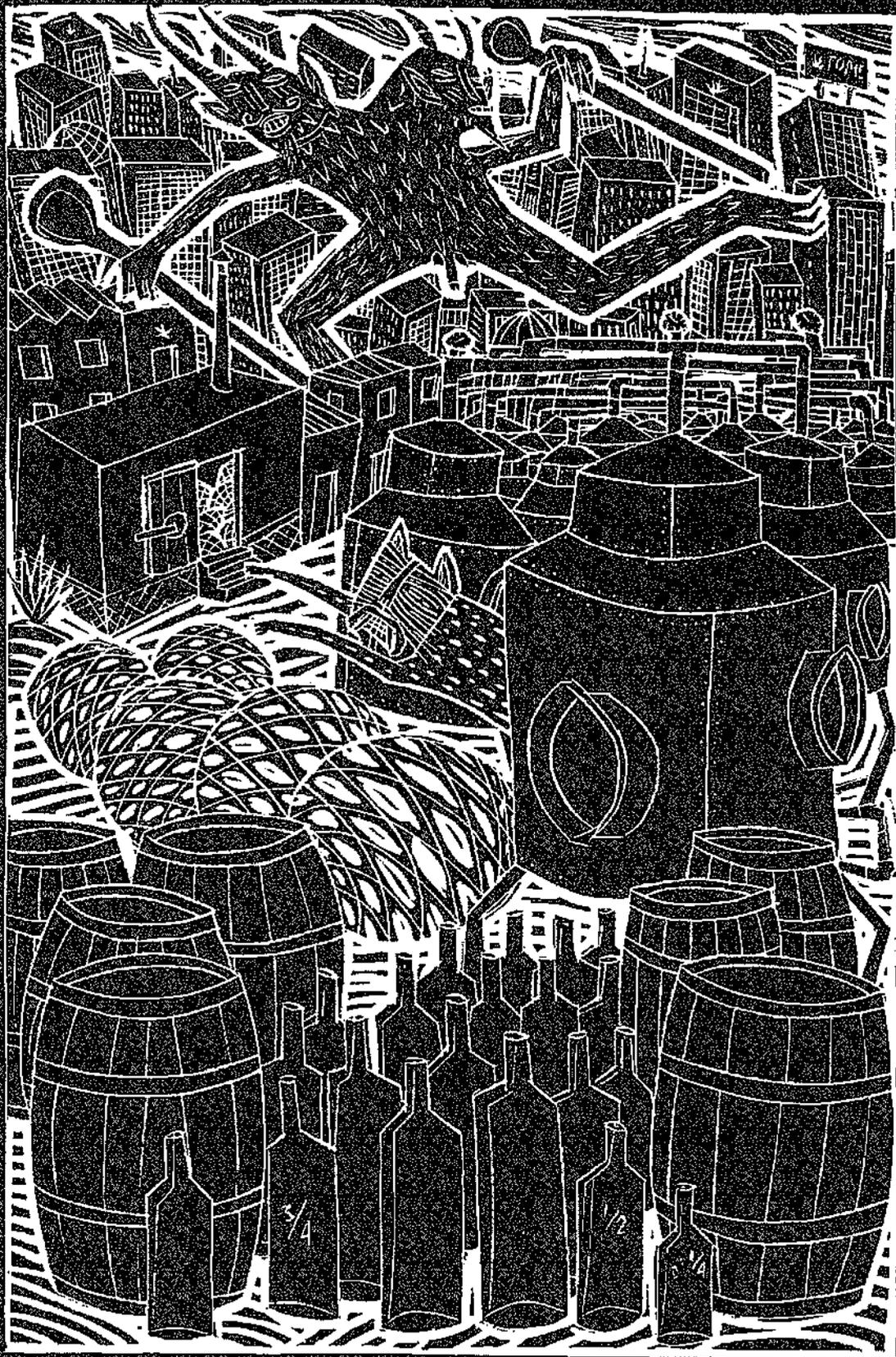
Joel Reulón.

De la serie

El mescal, 1999.

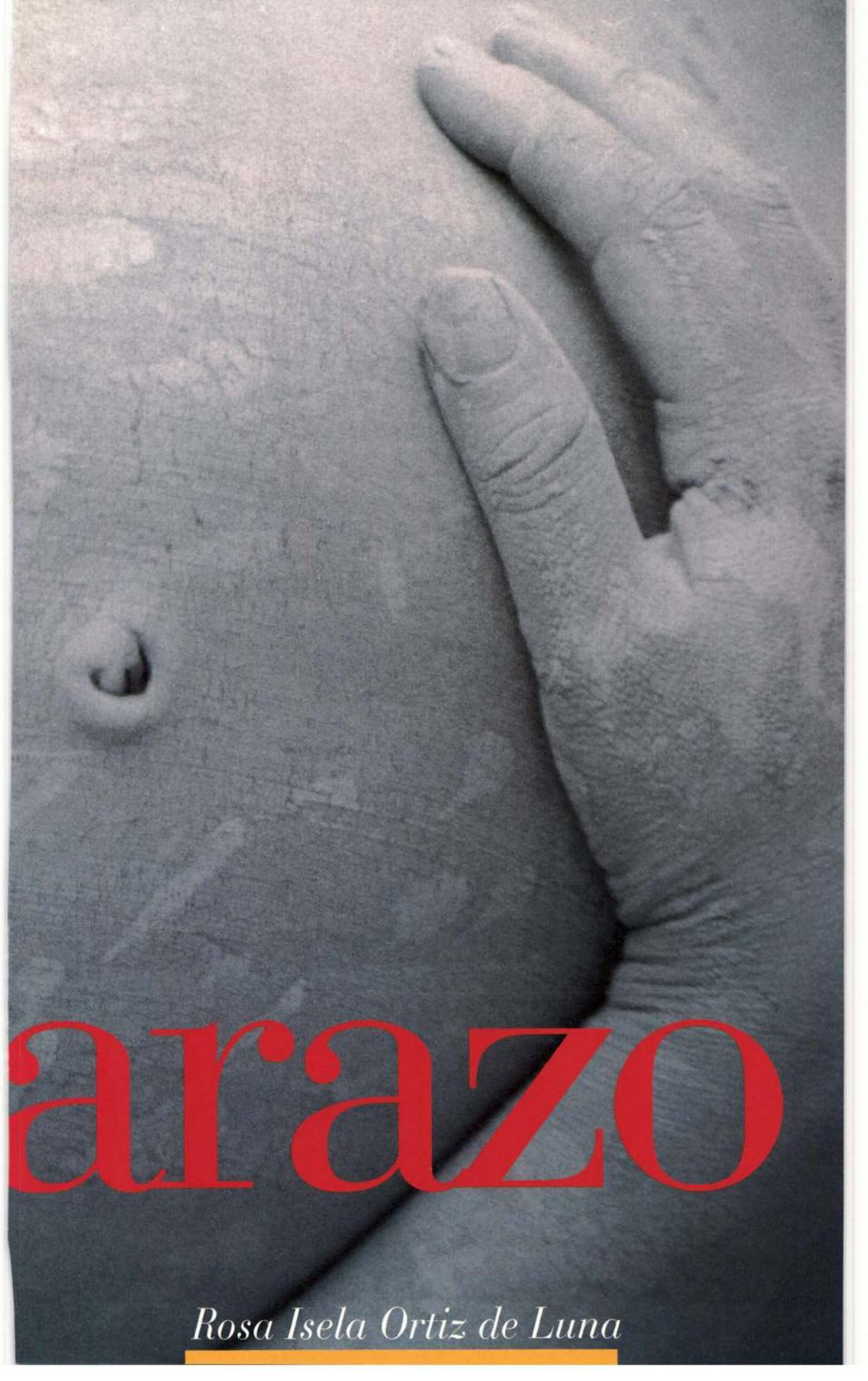
Límulen. 26 x 35 cm.

Colección del amor.



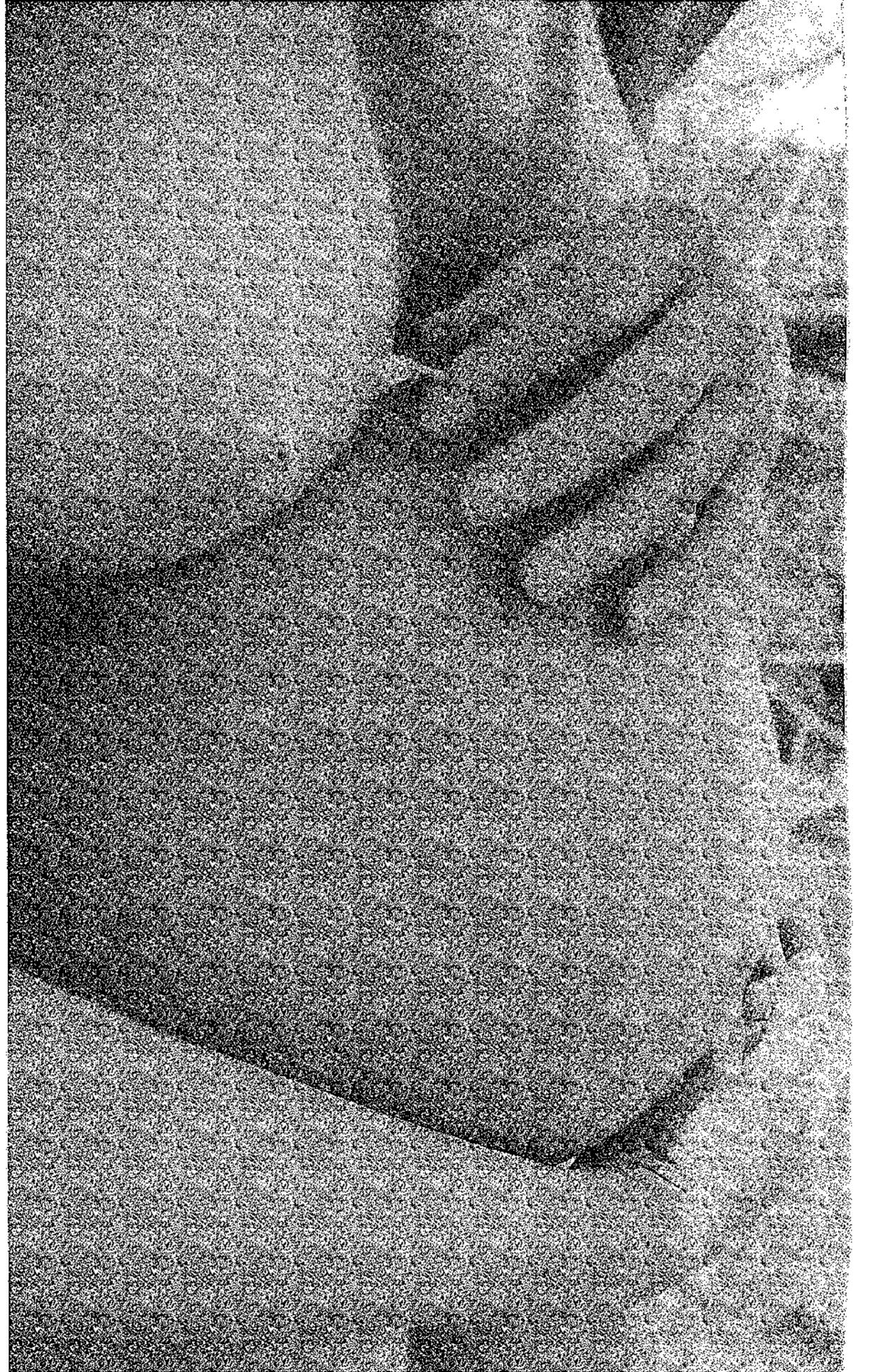


el embo



arazo

Rosa Isela Ortiz de Luna





*“Mira, tú concebirás un hijo y desde ahora
no deberás tomar vino, ni ninguna
otra bebida fuerte.”*

Jueces 13:7

lrededor del alcoholismo materno y sus consecuencias se han difundido conceptos que no siempre tienen un fundamento científico. La mitología grecorromana, por ejemplo, sugería que el beber durante la concepción podría acarrear serios problemas; un ritual cartaginés, por su parte, prohibía que la pareja tomara vino en su noche de bodas para evitar concebir un hijo con problemas.

Sin embargo, una investigación realizada por Sullivan entre mujeres alcohólicas de una prisión de Liverpool documentó una alta frecuencia de muerte fetal y mortalidad infantil en sus hijos. Otros estudios han mencionado posibles efectos del alcoholismo materno en sus descendientes pero atribuyen los problemas de desarrollo de esos niños a la pobre nutrición posnatal y a las circunstancias ambientales, más que a la acción del alcohol. Fue en 1968 cuando Lemoine¹ publicó en Francia el caso de 127 hijos de alcohólicas con características faciales semejantes y sugirió que el alcoholismo era la causa del patrón facial.

En Estados Unidos, Jones y Smith² definieron, en 1973, las características de hijos de madres alcohólicas crónicas como Síndrome de Alcohol en el Feto (FAS por sus siglas en inglés). Tales niños presentaban retraso en el desarrollo psicomotor, retardo mental y un patrón de anomalías craneofaciales con las que claramente se relacionaba el daño en el periodo prenatal. Desde entonces hasta la fecha se han reportado cientos de casos más.³ En México el alcoholismo es un padecimiento común, sin embargo, no se conoce con certeza su frecuencia en las mujeres embarazadas.

Uno de los efectos más dramáticos de la exposición a agentes tóxicos durante el embarazo es el nacimiento de niños con malformaciones congénitas. En este sentido, un teratógeno es un agente o factor capaz de causar anormalidades de forma o función en un feto expuesto. Teratología es la ciencia que aborda causas, mecanismos y prevención de las alteraciones estructurales o funcionales de un organismo.

Los efectos reproductivos de un agente tóxico pueden ocurrir aun antes de la concepción. Los óvulos se forman en el útero y —teóricamente— los resultados adversos de una sustancia extraña

PÁGINAS 98, 99 Y 100:

Nicolás Triedo.

Sin título.

podrían aparecer en cualquier momento, desde el desarrollo intrauterino hasta el final de los años reproductivos de la mujer. En el varón los gametos se forman después de la pubertad y es a partir de entonces que es susceptible a un agente tóxico. En general, se conoce poco sobre la participación del esperma en la teratogénesis. Tanto la mujer como el hombre en etapa reproductiva están expuestos a múltiples agentes potencialmente nocivos para el feto. Aunque se sabe muy poco al respecto, se ha observado que los agentes tóxicos que con mayor frecuencia dañan a la criatura en desarrollo son algunos virus, radiaciones, algunos medicamentos, la nicotina, la marihuana y, sobre todo, el alcohol.⁴

Los factores de variabilidad de un agente teratogénico son:

1. *Tiempo de exposición*; es el estadio de desarrollo de un embrión lo que determina su susceptibilidad. El periodo más crítico es cuando se forman los distintos órganos; por ejemplo, en el sistema nervioso central (SNC) el mayor riesgo ocurre entre la tercera y la decimosexta semana; sin embargo puede haber alteraciones en etapas tardías, ya que el SNC continúa su desarrollo y diferenciación hasta después del nacimiento.
2. *Dosis del agente*. En modelos animales este parámetro ha mostrado una relación entre dosis y efecto. En el ser humano aún se requiere hacer observaciones y estudios epidemiológicos para establecer esta relación.
3. *El genotipo del embrión*. En la respuesta a un teratógeno existen diferencias genéticas por lo que, en todo caso, el genotipo del embrión determinará si un agente podría alterar su desarrollo.
4. *El genotipo de la madre*. La respuesta al efecto de un teratógeno en el feto también dependerá de la capacidad materna para metabolizar o desintoxicarse de ciertas drogas que pueden afectar a su hijo.

Es frecuente que una mujer no sepa que está embarazada y por ello continúe consumiendo sustancias potencialmente tóxicas. Se estima que el uso del alcohol por la mujer embarazada varía ampliamente de 1 a 70%. Muchas mujeres reportan rechazo al alcohol durante el embarazo, le "pierden el gusto" o sufren náuseas al tomar. Little y sus colaboradores reportaron que dos tercios de las mujeres estudiadas tomaban menos alcohol durante los primeros cuatro meses de embarazo. Sin embargo, aproximadamente de 5 a 10% de ellas continuaron tomando en grandes cantidades, lo que acarreó serias consecuencias a sus hijos por nacer.

El alcohol altera el balance hormonal y metabólico del sistema reproductivo tanto en hombres como en mujeres. El alcoholismo crónico en la mujer puede trastornar el ciclo menstrual y disminuir la fertilidad. En los hombres puede resultar en impotencia, disminución de la libido y atrofia testicular. Sin embargo, estudios epidemiológicos indican que la mujer es más suscepti-

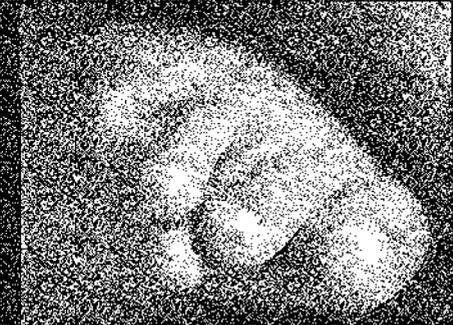
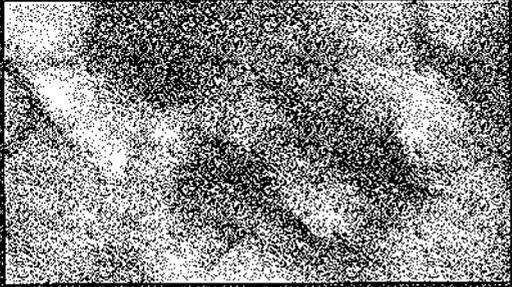
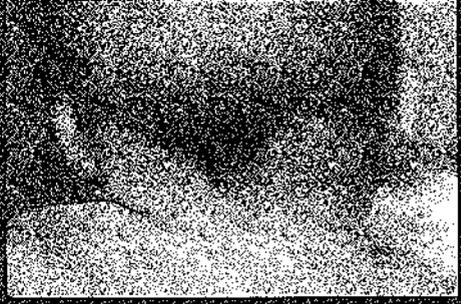
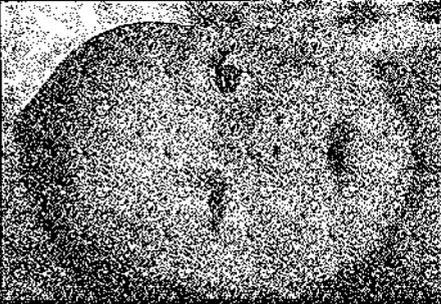
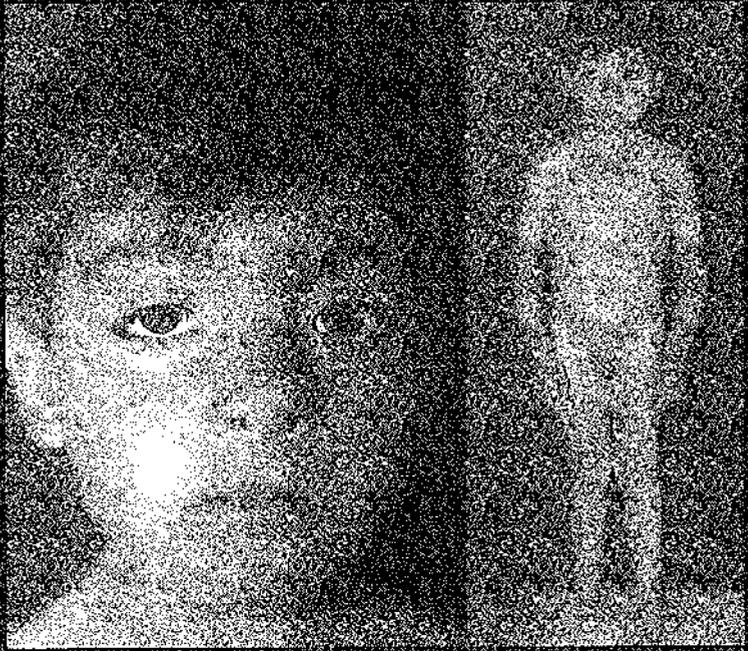
ble a los efectos adversos del alcohol. Por ejemplo, sufren daño hepático a pesar de que beben en menor cantidad y en periodos más cortos que los hombres. Las diferencias se deben a la alta concentración de alcohol en la sangre, lo que probablemente se debe a un menor contenido total de agua y a una alta concentración de grasa en el cuerpo femenino. Esto también parece indicar un menor rango de la actividad de la enzima alcohol-deshidrogenasa en la mujer.

Las alteraciones físicas y metabólicas relacionadas con la acción del alcohol son causadas por la interacción de los efectos tóxicos del etanol y sus derivados, los factores nutricionales y la predisposición genética. El etanol y su metabolito oxidativo pueden dañar directamente tanto el sistema nervioso en desarrollo como el maduro, lo que se ha comprobado en diversos modelos experimentales en animales. Algunos de estos estudios han mostrado una estrecha relación entre la cantidad de alcohol ingerida por la madre y el daño fetal ocasionado. Las anomalías en el proceso medio facial y muchas que ocurren en la línea media se han observado en ratones cuando la madre se intoxica con alcohol en breves periodos durante la gastrulación.

Estudios epidemiológicos en seres humanos han confirmado lo anterior⁵ al demostrar que ocurre un mayor daño al aumentar la cantidad de alcohol consumida. Las consecuencias en cada órgano dependerán entonces de la exposición al alcohol *in utero* y del tiempo que ésta dure. Algunos efectos son resultado directo o indirecto del metabolismo del alcohol y de su principal metabolito —el acetaldehído—, pues éstos atraviesan rápidamente la placenta. Se ha mostrado que ambos impiden la síntesis de proteínas y ácidos nucleicos *in vitro* al inhibir la división celular y la síntesis de RNA. El etanol interrumpe la síntesis proteica al interferir con las señales transmembrana, un vital mediador de la división celular, así como de la migración y la diferenciación neuronal. Todas las células resultan afectadas pero unas lo son más que otras.

Entre las alteraciones morfológicas en el cerebro del paciente con Síndrome de Alcohol en el Feto (SAF) y FAE figuran: migración glial y neuronal aberrante, displasia cerebelar, heteropías leptomeníngicas y agenesia del cuerpo calloso. La patogénesis del retardo mental y los problemas de aprendizaje que caracterizan al síndrome, así como las alteraciones están relacionadas con sutiles anomalías como la simplificación de las dendritas del hipocampo.⁶

El metabolismo del alcohol ocurre de manera muy diferente en la madre y en el feto, pues —debido a que dicha sustancia es soluble en agua y grasas— atraviesa rápidamente todas las membranas biológicas y se equilibra en el volumen de agua de la unidad madre-placenta-feto. El líquido amniótico actúa así como un reservorio para el intercambio de alcohol-acetaldehído,



ya que el feto carece de enzimas necesarias para degradar esas sustancias y, por tanto, está expuesto a ellas aún después de que éstas ya han desaparecido del sistema materno. Como el alcohol y el acetaldehído pueden ser tóxicos para la placenta y el feto, también puede ocurrir una "selectiva" malnutrición fetal, independientemente del estado nutricional de la madre, cuya deficiencia puede hacer más grave el efecto tóxico del alcohol en el desarrollo del feto, ya que, al existir un impedimento para el flujo adecuado de nutrientes por el cordón umbilical, se retrasa el crecimiento intrauterino y potencialmente habrá un efecto en la embriogénesis por causa del etanol.

En estudios sobre los nutrientes asociados con el SAF, el zinc es el que se ha reportado con mayor frecuencia, sobre todo en el modelo animal. Otros estudios han mostrado que al incrementarse los niveles proteicos de la dieta, no disminuyen los efectos adversos del alcohol en el desarrollo fetal. Éstos pueden ser muy diversos: hipotermia relacionada con el alcohol, deshidratación, hipoxia fetal, acidosis, disfunción y patología placentaria, así como disturbios endócrinos son factores que se alteran de acuerdo con la cantidad de alcohol ingerido por la madre, según se ha mostrado en estudios con modelos animales y humanos. Factores genéticos —incluso la variación individual del alcohol— y posibles influencias paternas en la susceptibilidad del feto a la acción teratogénica del alcohol pueden ser importantes en la expresión de la enfermedad.

De acuerdo con Kennedy,⁷ estas anomalías se deben a un trastorno en la síntesis proteica que ocurre durante el periodo de crecimiento de los órganos. Su hipótesis se basa en tres observaciones básicas: 1. tanto en humanos como en animales, tales anomalías consisten en malformaciones de varios órganos y sistemas, las cuales son altamente variables en su frecuencia y expresión. Esto sugiere que el alcohol es un teratógeno no específico que afecta procesos de desarrollo comunes para todos o casi todos los tipos de células; 2. la manifestación más común del abuso gestacional del alcohol es el retraso en el crecimiento intrauterino, clínicamente identificable por la reducción del perímetro cefálico, el peso y la longitud del cuerpo; y 3. el crecimiento y el desarrollo del embrión son factores determinantes en la acumulación y organización de proteínas. El alcohol impide —directa e indirectamente— la síntesis de proteínas en el tejido fetal y adulto a través de la reducción en RNA y DNA.

Se considera que el total de las características del Síndrome de Alcohol en el Feto únicamente se presenta en hijos de mujeres que ingieren grandes cantidades de alcohol durante el embarazo;⁸ sin embargo, el síndrome también se ha observado en hijos de madres que beben en forma moderada u ocasional. No se ha determinado cómo es que, aun en pequeñas cantidades, el alcohol puede tener efectos adversos en el feto.⁹

PÁGINA ANTERIOR:

Características físicas del Síndrome de Alcohol en el Feto (SAF).

Véase tabla anexa para una explicación más precisa.

Fotografías cortesía del Hospital Infantil de México.

La incidencia del Síndrome de Alcohol en el Feto (SAF) entre la población en general es difícil de estimar pues, aparentemente, varía de una comunidad a otra. En el norte de Francia se ha observado el síndrome en uno de cada 700 nacidos vivos;²⁰ en Estados Unidos la incidencia varía de 0.4 a 3.5 por cada mil, mientras que en Europa es de 1.7 a 3.3 por cada mil. Estudios de Robinson en algunas poblaciones indias de Norteamérica reportaron una prevalencia de 190 por cada mil niños. En México distintos estudios han reportado peso bajo al nacimiento.¹¹ La pregunta aquí es: ¿hasta qué punto hay una predisposición genética al problema en esa población, o qué tanto es un reflejo de la alta incidencia del abuso de alcohol y de la pobreza en esos lugares?

Existen pocos estudios epidemiológicos que comparen a madres alcohólicas con las que no lo son. Se han reportado diversos casos de mujeres embarazadas que beben en grandes cantidades y que fueron comparados con otros controles;¹² en ambos casos se valoran grupo socioeconómico, educación, origen étnico, edad, número de hijos y estado marital. Al comparar los resultados se encontró que el peso y la talla de los hijos de madres alcohólicas eran más bajos; el perímetro cefálico también era menor y la frecuencia de malformaciones congénitas era mayor; al igual que la mortalidad perinatal, mientras que el coeficiente intelectual de los niños fue más bajo. De los 19 niños que sobrevivieron la primera semana de vida 7% fue diagnosticado con el SAF.

En 1980 se intentó conocer los efectos en el peso de los hijos de aquellas mujeres que continuaron bebiendo durante el embarazo, en comparación con mujeres que fueron alcohólicas y otras no alcohólicas;¹² las variables en el estudio fueron educación y tabaquismo. Se observó entonces que el peso en los hijos de madres reformadas fue 235 gramos mayor que el de los hijos de alcohólicas y 258 gramos más bajo que el de niños de mujeres no alcohólicas. A pesar de las variables, los autores sugieren que el hecho de beber antes y durante el embarazo pone en riesgo el desarrollo del feto. Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que otros factores también pueden tener cierta influencia.

El consumo de una onza o más de alcohol absoluto por día (AA>1.0) antes del embarazo se asocia con una disminución de 93 gramos de peso al nacer, por lo que la mujer que beba dos o más tragos corre un alto riesgo de tener un hijo con bajo peso. Sin embargo, aun en bebedoras crónicas no es posible determinar con exactitud la relación entre la cantidad de alcohol consumido y el peso bajo al nacimiento. Los principales factores que intervienen en ello son la edad, el grupo étnico, el estado marital, el tabaquismo, el número de hijos paridos y la historia de embarazos anteriores. Investigaciones realizadas en México muestran que la prevalencia de mujeres que consumen una copa o

CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE ALCOHOL EN EL FETO

SISTEMA AFECTADO	ANOMALÍAS FRECUENTES	ANOMALÍAS OCASIONALES
R E T A R D O E N E L C R E C I M I E N T O		
Prenatal	<2 DS para talla y peso	
Posnatal	<2 DS para talla y peso Disminución del tejido adiposo	
S I S T E M A N E R V I O S O C E N T R A L		
Intelectual	Retardo mental de grado variable	
Neurológico	Microcefalia Hipotonía, irritabilidad en la infancia Hiperactividad en la niñez y adolescencia	
C A R A C T E R Í S T I C A S F A C I A L E S		
Ojos	Fisuras palpebrales cortas	
Nariz	pequeña con narinas evertidas, <i>filtrum</i> hipoplásico	
Maxila	Hipoplásica	
Boca	Labio superior delgado Mentón pequeño en la infancia Prognatismo relativo en la adolescencia	
A N O M A L Í A S A S O C I A D A S		
Ojos	Ptosis, epicanto, estrabismo	Miopía, microftalmia clínica, cataratas, blefarofimosis.
Oídos	Rotación posterior	Concha poco desarrollada.
Boca	Cresta palatina lateral prominente	Labio fisurado, paladar hendido, dientes pequeños con esmalte hipoplásico.
Sistema cardiaco	Comunicación interauricular	Comunicación interventricular, tetralogía de Fallot, anomalías de grandes vasos.
Sistema urogenital	Hipoplasia de labios	Hipospadias, malrotación renal, hidronefrosis.
Piel y anexos	Hemangiomas	Hirsutismo en la infancia, hipoplasia ungueal.
Sistema músculo-esquelético	<i>Pectus excavatum</i> , líneas palmares anormales	Limitación a la extensión de los codos, polidactilia, sinostosis cubito radial, <i>pectus carinatum</i> xifoides bífido, fusión cervical, escoliosis. Hernias umbilical, diafragmática diastasis de rectos.
Sistema nervioso central	Alteración en la migración neuronal	Microcefalia, hidrocefalia, anencefalia, porencefalia, lipoma lumbosacro, lissencefalia cerebelo hipoplásico.

Datos tomados de Clarren y Smith, "The Fetal Alcohol Syndrome", en *New England Journal of Medicine*, vol. 298, núm. 19, 1978.

más por día durante el embarazo varía en las distintas regiones del país: el promedio nacional es de 3.4%.¹⁴

Las malformaciones congénitas, al igual que el retardo en el crecimiento, pueden tener varias causas; generalmente, el alcoholismo está asociado a malformaciones menores y, con menor frecuencia, a mayores. El Síndrome de Alcohol en el Feto tiene las siguientes características: 1) retardo en el crecimiento, usualmente persistente, con todas las medidas debajo de la décima percentila para edad gestacional; 2) anomalías craneofaciales de las cuales tres son necesarias: microcefalia (cráneo pequeño), microoftalmia y/o fisuras palpebrales cortas, insuficiente desarrollo del *filtrum*, labio superior delgado, hipoplasia del tercio medio de la cara. Otras características faciales pueden ser micrognatia, puente nasal deprimido, epicanto, anomalía de pabellones auriculares y nariz pequeña; y 3) alteración del sistema nervioso central, que incluye retraso en el desarrollo, retardo mental, problemas motores, temblores e hiperactividad.

Los niños que no presentan todos los criterios descritos pero que tienen malformaciones y el antecedente de madres con historia de ingesta de alcohol durante el embarazo son clasificados con los términos de posibles efectos de alcohol en el feto, Síndrome de Alcohol en el Feto parcial y defectos de alcohol en el feto.

La variabilidad fenotípica en los padecimientos causados por un teratógeno dependerá de la dosis del agente, el tiempo y las características de la exposición gestacional, el metabolismo de la madre y del feto, así como otras interacciones con el ambiente y factores genéticos.

La microcefalia está presente desde el nacimiento y puede ser el primer signo de disfunción del SNC. En algunas autopsias se han encontrado en el SNC alteraciones a nivel de migración neuronal, las anomalías más consistentes han sido hipoplasia cerebelar y disgenesia cerebral.¹⁵ Los recién nacidos con SAF son, en la mayoría de los casos, irritables, temblorosos, pueden tener hiperacusia y succión débil; estos signos pueden persistir semanas o meses. Cuando están intoxicados, los niños metabolizan lentamente el etanol debido a la disminución de la enzima hepática etanol deshidrogenasa. Se observan con menor frecuencia crisis convulsivas u otros problemas; el tratamiento es sintomático.¹⁶

Los niños mayores son, en ocasiones, hipotónicos (tono muscular disminuido) y tienen una leve disfunción cerebelar. Debido a que puede presentarse hipertonia, el diagnóstico de parálisis cerebral infantil también se ha considerado. Si bien las crisis convulsivas son relativamente raras, existen cambios a nivel electroencefalográfico. Los niños mayores son hiperactivos y, por ello, la mayoría de las veces debe estimarse si la conducta es orgánica o debida a aspectos ambientales. El retardo mental es uno de los signos mas frecuentes del SAF, son sólo algunos los pacientes que no presentan retraso. Ya que el alcohol inter-

fiere con la organización cerebral, se considera al etanol como uno de los agentes causales en los defectos del tubo neural y de fisuras palatinas.¹⁷ Sin embargo, es necesario efectuar otros estudios para confirmar estas aseveraciones.

Existen numerosas anomalías faciales en este padecimiento; las más características son: ojos con fisuras palpebrales cortas, nariz pequeña con narinas evertidas, pilares del filtrim borrados, hipoplasia del macizo medio facial, labio superior delgado y mentón pequeño. En niños mayores, el crecimiento de la nariz y una mandíbula prominente alteran la apariencia típica. También son frecuentes anomalías como la fisura labial y o palatina, cardiopatías congénitas y complicaciones renales.

En el adolescente y el adulto, la expresión facial ya no es muy característica, pues tiende a cambiar después de la pubertad. Los jóvenes suelen ser de baja estatura, con peso generalmente bajo. El coeficiente intelectual a esa edad varía ampliamente. En cuanto al nivel de educación, el promedio es de segundo a cuarto año y la materia más problemática la aritmética. También presentan problemas de conducta, de juicio y de mala adaptación social.

ALGUNAS CONCLUSIONES * * * * *

Como hemos visto, los problemas derivados del SAF y el FAE no sólo se presentan en la infancia, sino que continúan —y se agravan en algunos casos— en la adolescencia y en la vida adulta, y uno de los principales problemas es el manejo de su conducta.

La abstinencia es la principal indicación para la mujer embarazada, pues el riesgo de repetición del síndrome en una familia permanece en tanto la madre continúe bebiendo durante su siguiente embarazo. Es importante, por otro lado, hacer un diagnóstico diferencial respecto al síndrome de Noonan, el cual afecta la fascias, el corazón y la talla.

De todo lo anterior se concluye que el Síndrome de Alcohol en el Feto es una de las principales causas de retraso mental y por ello su prevención es, sin duda, un reto importante para la salud pública. Conocer la frecuencia del alcoholismo materno en nuestro medio es ciertamente indispensable. La mujer en riesgo debe ser informada acerca del alcoholismo de la probabilidad de que se repita el problema en su familia. Resulta básica la sugerencia de que se abstenga totalmente de consumir alcohol durante la gestación.

También es indispensable la realización de estudios epidemiológicos y clínicos en relación con el SAF y los efectos del alcohol en el feto, sobre todo entre las mujeres jóvenes, cuyo abuso de esta sustancia es más frecuente.

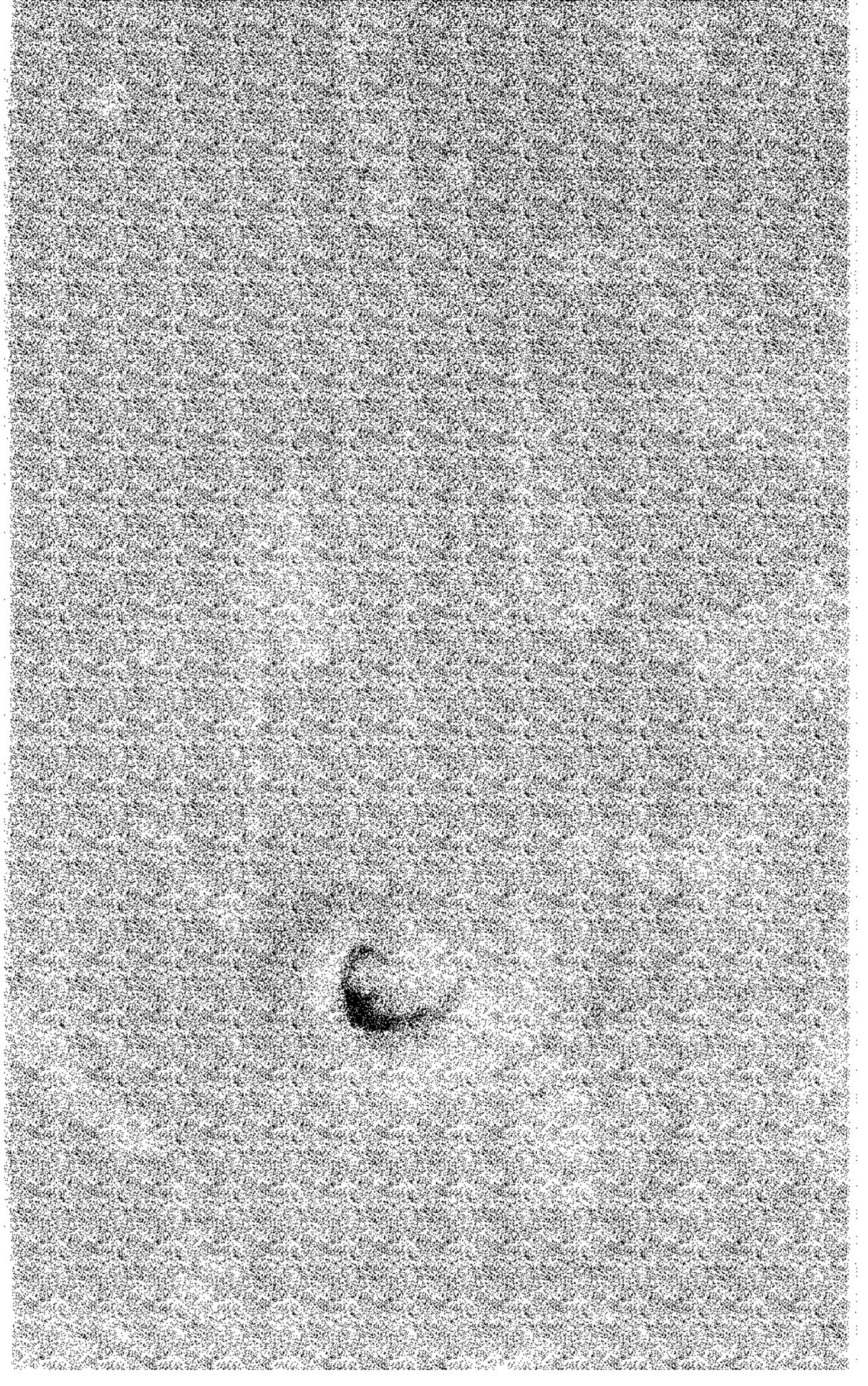
Por otro lado, son numerosos los casos de niños con SAF y FAE en hospitales públicos, mismos que pueden detectarse en forma temprana y luego ser atendidos integralmente hasta lograr su rehabilitación.

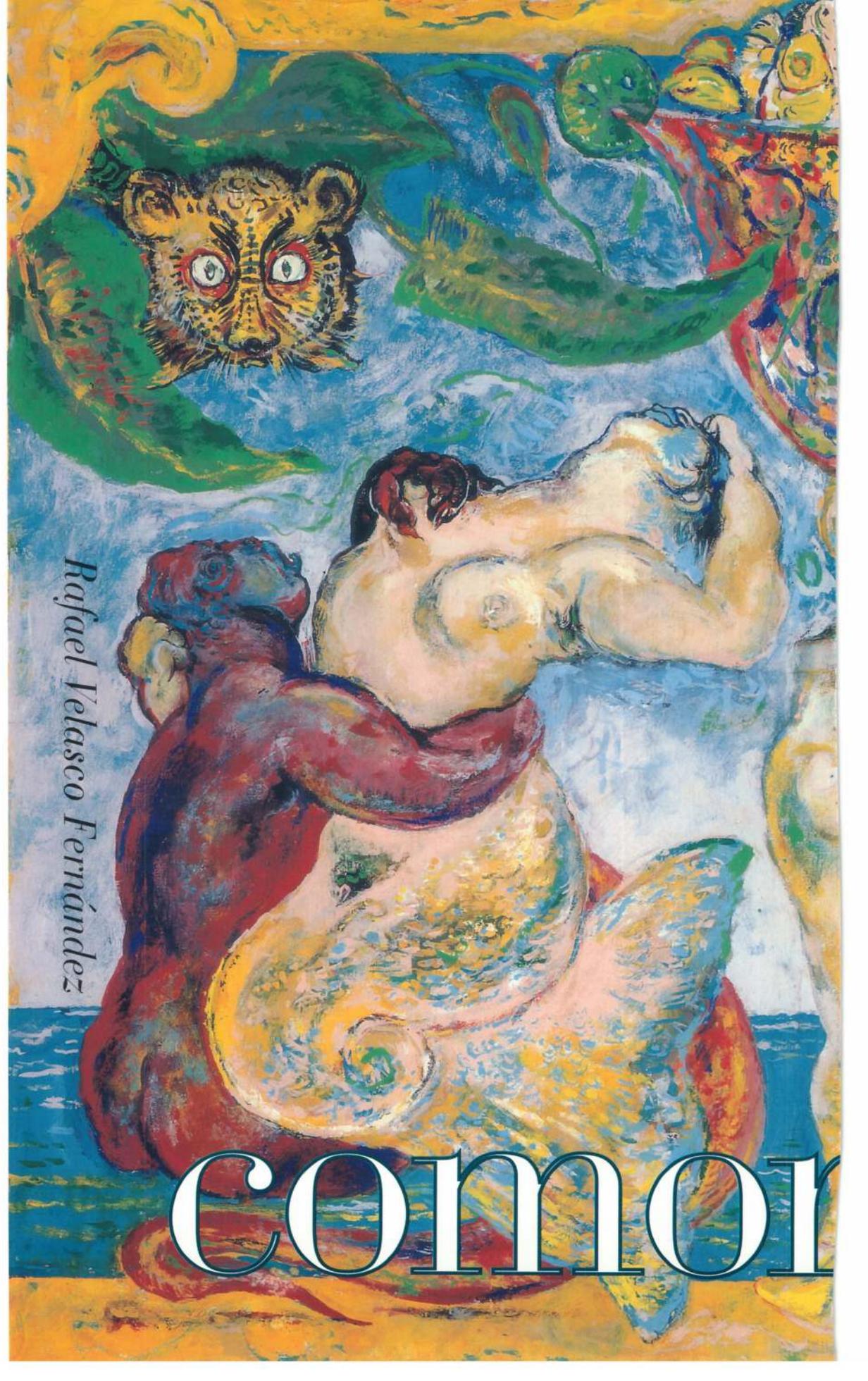
N O T A S

- 1 " " Streissguth, A. P., et al., "Teratogenic Effects of Alcohol in Humans and Laboratory Animals", en *Science*, núm. 209, 1980, pp. 353-361.
- 2 " " Jones, K. L., et al., "Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers", en *Lancet*, núm. 9, 1973, pp. 1267-1271.
- 3 " " Jones, K. L. y Smith, D. W., "Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy", en *Lancet*, núm. 3, 1973, pp. 99-101.
- 4 " " Medina Mora, M. E., et al., "Drogas alcohol y tabaco durante el ciclo reproductivo", en *Mujer, sexualidad y salud reproductiva*.
- 5 " " Ernhart, C. B., et al., "Alcohol teratogenicity in the human: A detailed assessment of specificity, critical period and threshold", en *American Journal of Obstet Gynecol*, núm. 156, vol. 1, 1987, pp. 33-39.
- 6 " " Streissguth, A. P., et al., op. cit.
- 7 " " Kennedy, L. A., "The pathogenesis of brain abnormalities in the fetal alcohol syndrome. An integrating hypothesis", en *Teratology*, núm. 29, 1984, pp. 363-368.
- 8 " " Hanson, J. W., et al., "The effects of moderate alcohol consumption during pregnancy on fetal growth and morphogenesis", en *J. Pediatr.*, vol. 92, núm. 3, 1978, pp. 457-460; Jones, K. L. y Smith, D. W., "Recognition...", op. cit.; y Jones, K. L., et al., "Outcome in offspring of chronic alcoholic women", en *Lancet*, núm. 1, 1974, pp. 1076-1080.
- 9 " " Streissguth, A. P., et al., "Natural History Of The Fetal Alcohol Syndrome. A 10-year follow up of 11 patients", en *Lancet*, 1985, pp. 85-91 y Streissguth, A. P., et al., "Intelligence, behavior, and dysmorphogenesis in the fetal alcohol syndrome: A report of 20 patients", en *J. Pediatr.*, núm. 92, 1978, pp. 363-367.
- 10 " " Dehaens, P., et al., "Aspects épidémiologiques du syndrome d'alcoolisme fetal. 45 observations en 3 ans", en *La. M. Presse. Med.*, núm. 10, 1981, p. 32.
- 11 " " Medina Mora, M. E., et al., op. cit.
- 12 " " Jones, K. L., y Smith, D. W., "The Fetal Alcohol Syndrome", en T.V.V. Persaud, *Problems of Birth Defects*, University Park Press, 1977, pp. 264-273; Little, R. E., et al., "Decreased birth weight in infants of alcoholic women who abstained during pregnancy", en *J. Pediatr.*, núm. 96, 1980, pp. 974-977; Little, B. S., et al., "Failure to Recognize Fetal Alcohol Syndrome in Newborn Infants", en *A. J. Dis. Child.*, núm. 144, 1990, pp. 1142-1145; Jones, K. L., et al., "Outcome...", op. cit.; Jones, K. L. et al., "Pattern...", op. cit.; Jones, K. L. y Smith, D. W., "Recognition...", op. cit.
- 13 " " Little, R. E., et al., "Decreased...", op. cit.
- 14 " " Medina Mora, M. E., et al., op. cit.
- 15 " " Clarren, S. K. y Smith, D. W., "The Fetal Alcohol Syndrome", en *N. Engl. J. Med.*, núm. 298, 1978, pp. 1063-1067.
- 16 " " Pierog, S., et al., "Withdrawal Symptoms in Infants with the Fetal Alcohol Syndrome", en *J. Pediatr.*, núm. 90, vol. 4, 1977, pp. 630-633.
- 17 " " Goldstein, G. y Arulanantham, K., "Neural tube defect and renal anomalies in a child with fetal alcohol syndrome", en *J. of Pediatr.*, núm. 93, vol. 4, 1978, pp. 636-637; y Munger, R. G., et al., "Maternal Alcohol Use and risk of orofacial Cleft Birth Defects", en *Teratology*, núm. 54, 1996, pp. 27-33.

PAGINA SIGUIENTE:

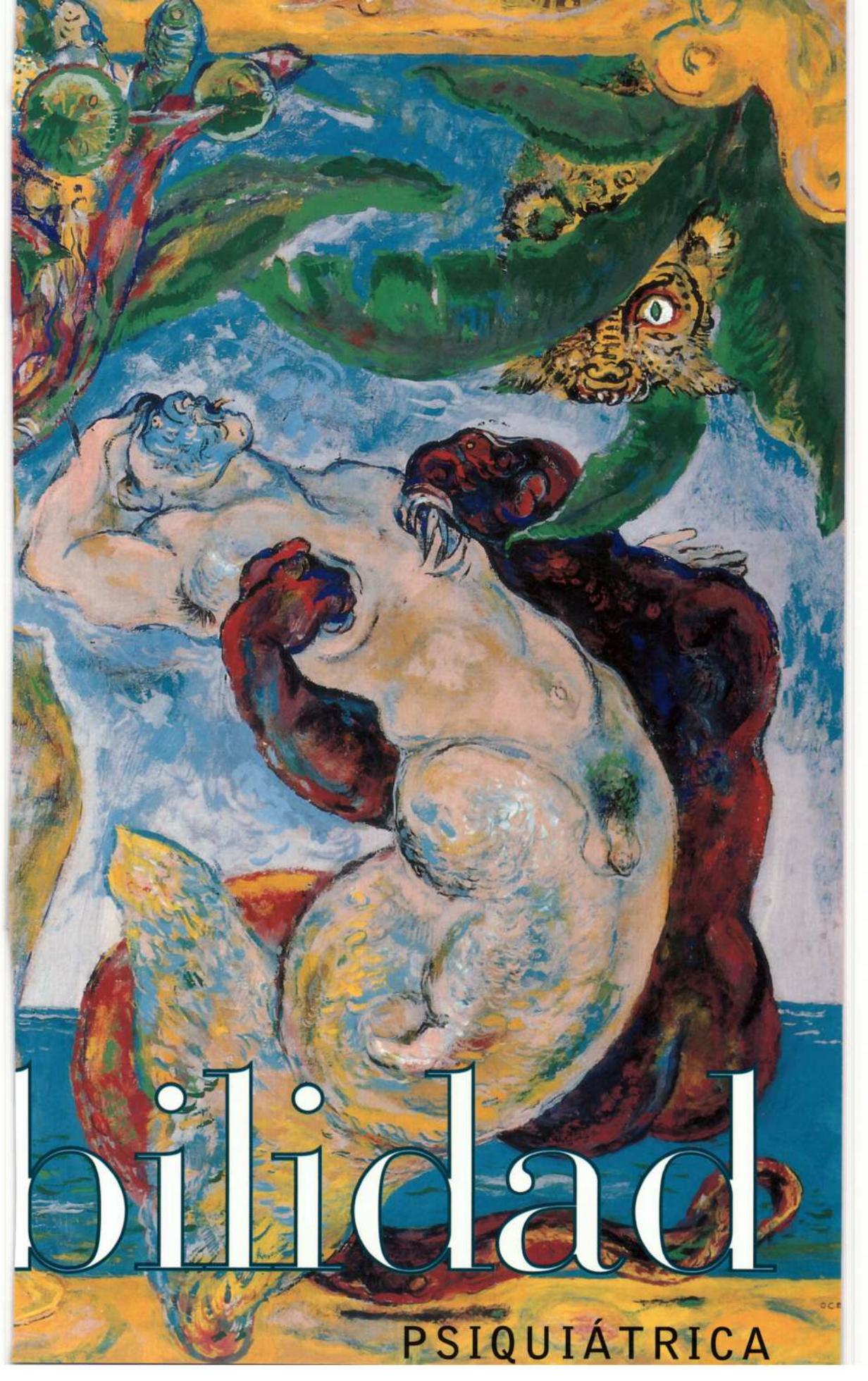
Nicolás Triedo.
Sin título.





Rafael Velasco Fernández

comor



oidioidad

PSIQUIÁTRICA



L

a comorbilidad no es un término sencillo; sin embargo, resulta muy útil para explicar algunos de los trastornos que padecen quienes abusan del alcohol: De acuerdo con el prestigioso *Diccionario médico Stedman's*, se trata de "una enfermedad o un proceso patológico concomitante pero no relacionado; el término se usa en epidemiología para indicar la coexistencia de dos o más procesos patológicos". Las palabras claves en esta definición parecen ser concomitante y coexistencia, que subrayan el hecho de que los trastornos coinciden en un individuo, pero no están relacionados entre sí.

En el caso del alcoholismo, comorbilidad se refiere a la presencia de dos o más enfermedades —médicas o psiquiátricas, incluso las producidas por el abuso de alcohol y otras drogas— en la misma persona. Esta última definición no afirma que los procesos patológicos no tienen relación entre sí, pues en la práctica nadie puede asegurar que esa relación no se dé. Siempre es posible que el curso de una enfermedad influya en alguna forma en el curso de la otra, o de las otras, ya que pueden coincidir varias. Cuando se señala la falta de relación entre padecimientos concomitantes quizá se quiera destacar el hecho de que no tienen las mismas causas o que son de índole diferente, pero aun este supuesto queda sujeto a interpretaciones diversas.

En nuestro caso, la utilidad del vocablo que nos ocupa reside en que, al citar los trastornos que coinciden en el individuo que abusa del alcohol, evidencia una patología que ocurre más frecuentemente en él que en la generalidad de las personas no alcohólicas. Tal es el caso, por ejemplo, de la angustia y la depresión. En el lado opuesto está la esquizofrenia, que se presenta en el alcohólico con menor frecuencia que otros trastornos de carácter psicopatológico.

Existen buenas razones para recomendar que se interpreten con mucho cuidado los datos estadísticos sobre la comorbilidad. Tanto el abuso del alcohol como ciertos trastornos psiquiátricos representan problemas de salud comunes entre la población en general, por lo que seguramente coincidirán en un buen número de personas. Entre las drogas que deprimen el sistema nervioso central, el alcohol puede clasificarse como tranquilizan-

PÁGINAS 112 Y 113:

José García Ocejo. *Vuelve a la vida*. 1997.
Temple. 80 x 105 cm.
Colección particular.

PÁGINA ANTERIOR:

Rosendo Pérez Pinacho.
Número 3. De la serie *Jaguars*. 1997.
Técnica mixta.
80 x 105 cm. Detalle.
Colección particular.

te. Ésta es la causa de que diversas formas de tensión emocional se modifiquen favorablemente al ingerir bebidas etílicas, lo que eventualmente podría llevar al alcoholismo, calificado en este contexto como una complicación.

La coexistencia reconocible e innegable de trastornos psiquiátricos no implica que todos los pacientes alcohólicos padecen, además, alguna otra forma de patología mental. Existen tantas posibilidades de que ocurra esa coexistencia que es imposible estimar porcentajes seguros.¹ En consulta externa, oficinas de trabajo social, prisiones y hospitales se verán siempre casos distintos; todo depende de las condiciones en que se trate a los alcohólicos y de los motivos que los llevaron a beber en forma irresponsable.

Es indudable que existe una relación entre la personalidad, el trastorno mental y el alcoholismo. Sin embargo, la observación clínica demuestra que algunas formas de patología mental tienen su origen en el consumo inmoderado y crónico de alcohol. En este tipo de casos no hay duda de la relación de causa-efecto entre el alcoholismo —que es lo que ocurre primero— y la patología mental —la consecuencia—. Así ocurre, por ejemplo, con los síndromes de supresión o abstinencia, ciertas formas de depresión, la llamada celotipia de los alcohólicos y otros trastornos que, en sentido estricto, no son padecimientos comórbidos, sino verdaderas complicaciones, mismas que describiremos más adelante.

Una fuente potencial de error al valorar estadísticamente la comorbilidad psiquiátrica es el "traslape" que puede darse entre la sintomatología propia del alcoholismo y la que acompaña los trastornos concomitantes. Para no incurrir en divergencias graves, se recomienda que, en general, el diagnóstico de alcoholismo se apegue a lo que establece la cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-R), siempre y cuando no se considere con demasiado rigor su lista de signos y síntomas. En este sentido, debe darse mayor importancia a la impresión clínica obtenida en tantas entrevistas como sea necesario. Ésta es, quizá, la mejor forma de dar a cada dato su valor real y de evitar las confusiones que origina el que algunos síntomas se presenten tanto en el alcohólico como en quien sufre otras formas de patología mental.

E P I D E M I O L O G Í A

Lo anterior nos lleva a reconocer que existen diversas variables que condicionan la validez de las estimaciones proporcionadas por las investigaciones epidemiológicas. Un factor de error es el grado de confianza que se tenga en las respuestas obtenidas en la encuesta; otro estriba en el control o la falta de éste en la metodología estratégica utilizada.²

El lugar donde se realiza el estudio también es muy importante, ya que las diferencias socioculturales inciden considerablemente

en los resultados. Esto se comprueba fácilmente al comparar las conclusiones de las investigaciones que con estrategias similares son aplicadas a poblaciones muy distintas entre sí. Tal vez las mayores diferencias se presentan cuando se compara una comunidad escogida arbitrariamente con una muestra de personas que reciben tratamiento institucional.³

En Estados Unidos se han realizado las investigaciones más conocidas entre las aplicadas a comunidades específicas, particularmente la *Epidemiologic Catchment Area Survey* (ECA), que comprendió a 20 mil individuos. Encuestas como ésta constituyen una buena fuente de datos, pues ofrecen una clara y relativamente segura orientación sobre la incidencia de los trastornos psiquiátricos comórbidos del alcoholismo. Las cifras obtenidas en ese estudio —realizado en cinco zonas diferentes del país (comunidad general e instituciones de servicio)— son, hasta cierto punto, extrapolables a otras poblaciones con los debidos ajustes en cada caso. La primera revelación es que la presencia de problemas psiquiátricos en quienes abusan del alcohol es más alta que lo que cabría esperar en la población en general.⁴

De acuerdo con la encuesta, 19.9% de la muestra tiene por lo menos un trastorno psiquiátrico, cifra que se eleva a 36.6% en quienes abusan del alcohol. Por otra parte, 13.5% mereció el diagnóstico de abuso de alcohol; el porcentaje aumenta a 22.3% entre quienes tienen trastornos psiquiátricos. La presencia tanto de alcoholismo como de trastornos psiquiátricos casi eleva al doble el diagnóstico de comorbilidad. Este estudio también proporciona datos sobre la concurrencia en el alcohólico de cuadros psiquiátricos específicos; por ejemplo, los llamados desórdenes de personalidad antisocial (psicopatía y sociopatía según las clasificaciones anteriores) fueron los trastornos con mayor posibilidad de asociarse al alcoholismo. Sin embargo, lo que en la investigación se llama *alcohol disorders* parece ser, más bien, un sinónimo de lo que la psiquiatría anglosajona ha denominado *drinking problems*, que abarca trastornos más allá del síndrome de dependencia del alcohol. Es necesario, por lo tanto, deslindar los diagnósticos si se quiere hablar de comorbilidad en el alcohólico verdadero.

Respecto a la incidencia de otros trastornos en los alcohólicos, específicos unos y más genéricos otros, se encontró que la esquizofrenia sigue en importancia a la sociopatía, seguida por los desórdenes afectivos y los trastornos por ansiedad. Resulta interesante la relación hombre-mujer que dejó ver este estudio: si se exceptúa la psicopatía (encontrada en 15% de los varones y 10% de las mujeres), los otros trastornos psiquiátricos ocurren más probablemente en las mujeres alcohólicas que en alcohólicos varones. Es preciso, sin embargo, hacer algunos ajustes. Por ejemplo, en el caso de la psicopatía, aunque la padecen más alcohólicos que alcohólicas, el riesgo de que una mujer que abusa

del alcohol sufra —además— psicopatía es tres veces más alto que en el varón, si se considera la prevalencia de ambos trastornos en el grueso de la población.

El caso de la esquizofrenia también debe analizarse con cuidado; varios estudios han llevado a concluir que los alcohólicos tienen cuatro veces más probabilidades de comorbilidad con esquizofrenia, que se eleva a nueve entre quienes reciben tratamiento institucional. Más adelante daremos algunos datos que pueden explicar tan alta coincidencia.

Los trastornos afectivos —que incluyen depresión y cuadros bipolares maniacodepresivos— tienen un riesgo relativo de casi el doble de comorbilidad en el alcohólico, en comparación con la población global. Los trastornos de ansiedad también son más frecuentes en el alcohólico que en la población general (una vez y media más). La comorbilidad es una posibilidad mayor en los casos del pánico con agorafobia y de trastorno obsesivo compulsivo, que en los de fobia simple y de pánico sin agorafobia.⁵

Las investigaciones que periódicamente revisa el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) para presentárselas al congreso estadounidense llevan a la conclusión de que parece existir un nexo entre los trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia) y otros problemas psiquiátricos con el alcoholismo; es necesario, sin embargo, esperar nuevos estudios para obtener conclusiones válidas.⁶ Pese a esta recomendable prudencia al interpretar los resultados, incluimos enseguida los datos de la investigación realizada por los doctores Ross, Glaser y Germanson en 501 pacientes en tratamiento, tanto ambulatorios como internos, lo cual condiciona la posible extrapolación de los resultados a la población general (véase figura 1).

Cuando los estudios sobre prevalencia de la comorbilidad (trastornos psiquiátricos-alcoholismo) se efectúan entre la población que ya recibe atención especializada por sus problemas con el alcohol, los resultados pueden cambiar. La razón principal es que en los centros de atención de alcohólicos también se obtiene información de los familiares de los pacientes y se pone mayor cuidado en el diagnóstico de los problemas de ansiedad para establecer si son realmente concurrentes o independientes en cada caso. Un estudio reciente⁷ practicado en 2713 sujetos alcohólicos y 919 controles mostró que la gran mayoría no padecía ninguno de los trastornos de ansiedad evaluados. En cambio, resultó evidente que el alcoholismo aumenta los riesgos de sufrir trastorno bipolar, fobia social y ansiedad-pánico, al parecer con carácter independiente. Este estudio se realizó en diferentes centros estadounidenses, como parte de un proyecto de largo alcance (*Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism*). Sus conclusiones corroboran el hecho de que, si bien los síntomas y trastornos psiquiátricos son más frecuentes en los pacientes alcohólicos, las implicaciones clínicas no son muy claras.

FIGURA 1 DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO POR ADICCIÓN (%)

	DIAGNÓSTICO DE USO DE ALCOHOL	DIAGNÓSTICO DE USO DE ALCOHOL Y NO DE DROGAS	DIAGNÓSTICO DE USO DE ALCOHOL Y DROGAS	DIAGNÓSTICO DE NO USO DE ALCOHOL Y SI DROGAS
Cualquier desorden psiquiátrico	82.4	78.1	95.0	67.4
Personalidad antisocial	51.1	41.9	79.0	42.0
Fobia	36.5	30.5	54.7	28.7
Disfunción psicosexual	35.0	30.3	48.1	27.6
Depresión mayor	26.0	22.6	35.9	19.9
Distimia	15.7	13.4	23.2	22.7
Obsesivo-compulsivo	13.5	8.2	18.2	11.0
Pánico	10.8	9.1	16.6	6.6
Esquizofrenia	8.9	8.2	11.0	4.4
Bulimia	3.2	2.7	4.4	1.7
Manía	2.4	2.0	3.3	1.1
Anorexia	0.8	0.2	1.7	0.0

FUENTE: Ross, Glaser y Germanson, "Lifetime Psychiatric Diagnosis per 100 Addiction Treatment Patients by Current Substance Abuse Disorder Status (%)", tabla publicada en *Arch Gen Psychiatry*, núm. 45, 1988, pp. 1023-1031.

LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTES EN EL ALCOHÓLICO

Desorden antisocial de la personalidad. De acuerdo con datos epidemiológicos, existe una fuerte asociación entre los trastornos sociopáticos y el alcoholismo. Autores influyentes opinan que esta comorbilidad se explica, en parte, por el desfameamiento que puede darse en los diagnósticos. Así, se dice que el reconocimiento de una personalidad antisocial puede ocurrir antes de los 15 años de edad, lo cual implica que generalmente el diagnóstico anteceda con mucho al desarrollo de una dependencia del alcohol. Un dato no referido por los estudiosos del problema pero que se deriva de la observación clínica del autor es que uno de los síntomas más reconocibles de la sociopatía sea la "impulsividad", la acción impensada que obedece, sobre todo, a estímulos internos; lo mismo ocurre en quienes se inician en el consumo de drogas, el alcohol incluido. No es de extrañar, por tanto, que con frecuencia el abuso ocurra en personas que tienen ese rasgo de carácter. En todo caso, puede tratarse tan sólo de un factor concurrente más y no precisamente de la explicación de la comorbilidad. Por otra parte, nunca se ha comprobado que ambos trastornos tengan un fondo genético común, aunque en la práctica se ha observado que el curso del alcoholismo se exacerba con los síntomas de la psicopatía.

Trastornos afectivos. Hay, sin duda, una relación entre el trastorno bipolar (manía/depresión) y el alcoholismo. El abuso en el consumo de alcohol ocurre más fácilmente durante la fase de manía o hipomanía, lo cual parecería explicar —por lo menos en ciertos casos— el llamado alcoholismo periódico o dipsoma-

nía. Es posible que el paciente descubra por sí mismo que el alcohol mitiga los sentimientos desagradables que dependen de su excitación psicomotriz. Clínicamente el alcoholismo secundario se diagnostica como una complicación del trastorno psiquiátrico original; no obstante, algunas veces la clasificación correcta es la comorbilidad de ambos trastornos. El tratamiento debe enfocarse entonces al trastorno afectivo, mientras se evalúa cuidadosamente el costo-beneficio del uso de psicofármacos. Una vez controlado el cuadro maniaco la psicoterapia tendrá mayores posibilidades de éxito como opción dentro de un tratamiento integral del alcoholismo.⁸

Depresión. Es importante hacer una diferenciación muy clara entre lo que es simplemente un estado pasajero de tristeza y angustia como resultado de vivencias ocasionales (la muerte de un ser querido, por ejemplo), y lo que clínicamente merece el diagnóstico de depresión unipolar o episodio depresivo mayor, equivalente de ciertas formas de la antigua "melancolía" de los griegos presocráticos. Esto último es un cuadro psicopatológico, una entidad psicofísica con su cauda de síntomas y signos identificables. Lo primero, en cambio, se aplica a los cambios del humor, normales y bastante comunes que conllevan un sufrimiento moral superable sin tratamiento.

La verdadera depresión, la del léxico de la psiquiatría, precede con relativa frecuencia a los cuadros de alcoholismo; sin embargo, no es fácil deslindar las causas de los efectos y el orden cronológico en que éstos se presentan. En otras ocasiones, cuando la depresión acompaña al síndrome de supresión o se presenta después de un tiempo de abstinencia es la clínica —siempre la clínica— la que permite hacer una valoración bien fundada. La presencia de la depresión predice, por otra parte, mejores resultados del tratamiento en la mayoría de las mujeres y en la minoría de los hombres, según algunos autores. No obstante, aún no se conocen a ciencia cierta los mecanismos que facilitan la comorbilidad entre la depresión y el alcoholismo.

La coexistencia de ambos trastornos obliga a realizar una cuidadosa valoración de la situación. A menudo se identifica equivocadamente un trastorno afectivo en los sujetos alcohólicos, con el consiguiente fracaso terapéutico al prescribir medicamentos inadecuados; otras veces se peca de lo contrario: se pasa por alto la existencia de una depresión "enmascarada" o de difícil valoración. Aquí juega un papel primordial la elaboración de una buena historia clínica que revele la secuencia de los síntomas, la sucesión de los hechos ocurridos durante la vida de la persona, que le dan significado al cuadro psicopatológico.

Esquizofrenia. El doctor Griffith Edwards, quien es uno de los principales expertos de la Organización Mundial de la Salud en materia de alcoholismo, afirma que "la razón por la que la esquizofrenia no provoca con frecuencia un alcoholismo secundario,

se debe probablemente a que el alcohol no es útil para mitigar los desagradables síntomas psicóticos.⁹ Es verdad, sin embargo, que en el curso de la esquizofrenia se presentan etapas en las que la angustia es muy intensa y durante ellas cabe la posibilidad de que el enfermo empiece a abusar del alcohol por sus efectos tranquilizantes, pero tales interpretaciones son más bien especulativas.

La esquizofrenia y el alcoholismo interaccionan negativamente si no reciben tratamiento adecuado. Por supuesto, el esquizofrénico —sea o no alcohólico, pero con mayor razón si lo es— necesita ayuda médica a muy largo plazo, en realidad, durante toda la vida. La experiencia indica que en estos casos el tratamiento por excelencia es el psiquiátrico, sin que se descarten ciertas terapias rehabilitatorias y de apoyo que también pueden llegar ser de gran utilidad.

Suicidio. Los intentos de suicidio y los suicidios consumados ocurren con frecuencia por cuenta de quienes han ingerido alcohol. Seguramente el efecto de desinhibición juega un papel importante al propiciar un acto que de otro modo no se cometería. Mediante un estudio, en 1993, se encontró que en una muestra epidemiológicamente significativa 61% de los hombres y 44% de las mujeres que cometieron suicidio habían ingerido alcohol previamente.¹⁰ La presencia de alcohol en la sangre aumenta la toxicidad de algunos medicamentos psicotrópicos que pueden ingerirse voluntariamente con fines no terapéuticos. En el mismo estudio se señala también que los métodos escogidos por los alcohólicos para suicidarse son "de gran autoagresividad y letalidad", sin relación directa con el grado de desesperación del suicida.

Por orden de frecuencia, el alcoholismo ocupa el cuarto lugar entre quienes intentan suicidio, al estar presente en 3.8% de los casos, según estudios confiables.¹¹ Entre los adolescentes, el suicidio está altamente asociado a la adicción a drogas lícitas e ilícitas (70%). La investigación de la ya citada *Epidemiologic Catchment Area Survey* señala que la prevalencia del suicidio es muy elevada entre adultos que abusan de las drogas, incluido el alcohol (18% de la muestra, si se consideran también los intentos fallidos). En orden decreciente, las drogas responsables son la heroína (opiáceos en general), los tranquilizantes, las anfetaminas, la cocaína y los cannabinoles (mariguana, hachis).

No vamos a referirnos a otros trastornos psiquiátricos que pueden coexistir en el paciente alcohólico. Los estudios no conducen aún a conclusiones seguras, excepto la de que existe un nexo entre una forma patológica de beber y los trastornos del psiquismo que cursan con ansiedad. Esto dificulta el manejo farmacológico debido al bien conocido reforzamiento que ocurre entre los tranquilizantes menores y el alcohol, o por las contraindicaciones de ciertos antidepresivos en el paciente alcohólico.

Con el término modelo, creado por la filosofía para designar "la especificación de una teoría científica que consienta la descripción de una zona restringida y particular del campo cubierto por la teoría misma",¹² se pueden cometer abusos. Los modelos no son necesariamente mecánicos ni exigen la "visualización" que algunos consideran esencial. Esto es, al menos, lo que propone la ciencia moderna. Otra acepción hace que modelo sea sinónimo de arquetipo, concepto que originalmente se aplicaba a las ideas de Platón. Ahora los modelos se producen y multiplican para dar "explicación" (preferentemente gráfica) de las causas de los fenómenos. Un problema derivado de este enfoque es que para un mismo fenómeno se inventan tantos modelos como perspectivas puede haber. En el caso del alcoholismo se crean modelos "psicológicos", "psicosociales", "psicoanalíticos", "médicos", "genéticos", lo cual no es del todo inconveniente, pues señalan aspectos importantes del fenómeno. Desgraciadamente, para muchos el modelo es la verdad completa, lo que refuerza una actitud dogmática en las diversas corrientes de pensamiento. Pocos se esfuerzan por alcanzar modelos integrales, más complejos, que, si bien exigen mayores conocimientos, se acercan más a la realidad.

Los modelos que se han propuesto para "explicar" la relación entre alcoholismo y desórdenes psiquiátricos ofrecen, de hecho, explicaciones de la causalidad de los cuadros psicopatológicos en comorbilidad con el abuso del alcohol. De ellos se deduce que el alcoholismo es "secundario" al trastorno psiquiátrico, pues éste contribuye al desarrollo de aquél; tal es la relación comórbida del caso. Un ejemplo es la automedicación del alcohol para mitigar la angustia y otros síntomas que acompañan un trastorno afectivo o psiconeurótico que, eventualmente, puede conducir al abuso y a la dependencia.

El modelo del trastorno psiquiátrico secundario explica la secuencia contraria: el alcohol contribuye al desarrollo de una patología psiquiátrica como la depresión o los trastornos de la abstinencia. Ambas condiciones están ligadas por un tercer factor no especificado, tal como la predisposición genética, que constituye una secuencia diferente, explicable en el modelo del factor común. Finalmente, el modelo bidireccional explica la comorbilidad que ocurre cuando, sin considerar la secuencia en que se presentan los trastornos, uno y otro se influyen notablemente durante el proceso propio de cada cuadro.

Como conclusión sólo diremos que el capítulo de la comorbilidad en el alcoholismo apenas está siendo escrito por los investigadores clínicos y los epidemiólogos. Una mejor conceptualización de los términos y una mayor injerencia de la clínica acuciosa en la identificación de los cuadros son exigencias que, sin duda, condicionarán la validez de los nuevos conocimientos.

N O T A S

- 1 " " Edwards, Griffith, *The Treatment of Drinking Problems*, Londres, Grant McIntyre Medical and Scientific, 1982, p. 75.
- 2 " " *Idem*.
- 3 " " Berkson, J., "Limitations of the application of four fold tables to hospital data", en *Biol Bull*, núm. 2, 1949, pp. 47-53.
- 4 " " Helzer, J. E. y Pryzbeck, T. R., "The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment", en *J Stud Alcohol*, núm. 49, vol. 1988, pp. 19-224; y Regier, D. A., *et al*, "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse", en *JAMA*, núm. 264, vol. L9, 1990.
- 5 " " Kushner, M.G., *et al*, "The relation between alcohol problems and the anxiety disorders", en *American Journal of Psychiatry*, núm. 147, pp. 685-695, 1990; y Himle, J. A. y Hill, E. M., "Alcohol abuse and the anxiety disorders: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Survey", en *J Amx Dis*, núm. 5, vol. 3, 1991, pp. 237-245.
- 6 " " Hudson, J. I., *et al*, "Eating disorders in hospitalized substance abusers", en *Am Drug Alcohol Abuse*, núm. 18, vol. 1, 1992, pp. 75-85; y Peveter, R. y Fairburn, C., "Eating disorders in women who abuse alcohol", en *Br. J Addict*, núm. 85, vol. 12, 1990, pp. 1633-1638.
- 7 " " Shuckit M., *et al*, 1997.
- 8 " " Edwards, G., *op. cit*.
- 9 " " *Idem*.
- 10 " " Nielsen, A. S., *et al*, "Atempted suicide, suicidal intent and alcohol", en *Crisis*, núm. 14, 1993, pp. 32-38.
- 11 " " Lejoyeux, M., *et al*, "Prevalence et facteurs de risque du suicide et des tentatives de suicide", en *Encephale*, núm. 20, 1994, pp. 495-503.
- 12 " " Nicola Abbagnano, *Diccionario de filosofia*, México-Buenos Aires, FCE, 1963.



Espacios
y estrategias del
alcohol

La perspectiva psicosocial

Ma. Elena Medina Mora

La primera parte de este volumen se refiere a las causas y consecuencias del uso y abuso del alcohol desde la perspectiva biomédica. El presente capítulo tiene como fin introducir y ofrecer un marco general sobre los subsecuentes artículos que abordan más a fondo sus aspectos psicológicos, sociales y culturales. Se incluye un marco conceptual para la prevención de las consecuencias adversas del abuso de alcohol, así como modelos de intervención. Se discuten también las políticas nacionales y locales para normar el contexto en que ocurre el consumo. Un capítulo aborda la industria de las bebidas alcohólicas en México, otro analiza la publicidad de éstas, uno más se refiere a la legislación actual sobre este ámbito y, finalmente, otro aborda el costo social del abuso de alcohol. La prevención del mal uso del alcohol no es una tarea sencilla, pues su consumo conlleva simultáneamente beneficios y perjuicios; es un lubricante social y, en pequeñas cantidades, puede ser benéfico para la salud. Al mismo tiempo, ocasiona alta mortalidad

temprana y discapacidad. De ahí que su abordaje requiera estrategias encaminadas a moldear tanto la conducta individual de quienes beben como el medio ambiente en donde tiene lugar el consumo; éste es el tema abordado por Laura Díaz-Leal. El alcoholismo es una enfermedad crónica, con un alto índice de recaídas y con escasos resultados en los programas de tratamiento. No obstante, los avances científicos en este ámbito han llevado a nuevas formas de conceptualizar el fenómeno y ello ha derivado en acciones más prometedoras. Un paso básico ha sido considerar dos ejes independientes: el desarrollo de abuso/dependencia y los problemas derivados del consumo. Otro avance ha sido la introducción del concepto de riesgo. En lugar de causas únicas se buscan factores que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle problemas. Así, con la prevención desde las primeras etapas, se ganó tiempo muy valioso. Los adolescentes con trastornos de ansiedad, por ejemplo, tienen mayor riesgo de desarrollar problemas con el alcohol:

PÁGINA 124:

Federico Cantú.

Arlequines.

Ca. 1936.

Óleo sobre tela.

80 x 70 cm.

Colección particular.



éste puede disminuir si cuentan con el apoyo de padres o maestros en el manejo de sus problemas emocionales. Una encuesta nacional realizada entre estudiantes de enseñanza media y media superior¹ indica que tres de cada cien estudiantes beben cinco copas o más por ocasión de consumo, al menos una vez por semana. Esto resulta especialmente grave por sus consecuencias en las habilidades sociales, en el desarrollo del sistema neurobiológico² y porque es indicio de posibles problemas posteriores de abuso³.

Otra encuesta aplicada en estudiantes de secundaria y bachillerato de Pachuca, Hidalgo⁵ documentó que, en general, quienes beben poco tienen menos problemas derivados del consumo excesivo (riñas, accidentes), se consume menos alcohol en su entorno inmediato, sus padres los involucran menos en los rituales del consumo (servir las bebidas, comprarlas) y están más pendientes de su conducta. Por ello se recomienda fortalecer el retraso en el inicio del consumo y los principios del uso responsable; concientizar a los padres y otros adultos sobre el papel que juega el

ambiente "húmedo" (consumo frecuente) o "seco" (consumo limitado) en el hecho de que el menor abuse del alcohol.

El informar sobre cómo estimar la concentración de alcohol en la sangre y los programas del modelo afectivo (aumento de autoestima) no necesariamente lleva a un menor consumo. En cambio, los que están dirigidos a las influencias sociales y los que incluyen un amplio rango de estrategias tienen mejores resultados. Entre los programas orientados a inducir la moderación en el consumo está el modelo de la Organización Internacional del Trabajo, recientemente adaptado al contexto mexicano.⁶ Se establece un comité dentro de la empresa, con representación de todos los niveles, que vigile el curso del programa —elaborado con el consenso general— y haga recomendaciones de futuras acciones, de acuerdo con los resultados logrados. El proyecto cuenta con estrategias para intervenir entre quienes no tienen problemas, con los que ha comenzado a tenerlos y con los que tienen dependencia. El modelo de cambio de Prochaska,

PÁGINAS 127, 128

Y 131:

Federico Cantú.

Arlequines, Ca. 1936.

Óleo sobre tela.

80 x 70 cm. Detalles.

Colección particular.

DiClemente y Norocross⁷ parte del supuesto de que la mayoría de las personas cambia por sí mismas y plantea cinco etapas: precontemplación (no hay intención de cambio ni conciencia de problema); contemplación (hay conciencia e intención de cambio pero no un compromiso); preparación (cambios menores pero no acción efectiva); acción (cambio de conducta o ambiente); y mantenimiento (esfuerzo para prevenir la recaída y consolidar las ganancias de la etapa anterior).

Los programas de control ambiental se han beneficiado de "las lecciones de la prohibición", pues se ha visto la efectividad de medidas menos drásticas, encaminadas a controlar la disponibilidad total o en circunstancias de riesgo. El aumento de los precios según el contenido alcohólico de las bebidas redujo el consumo y el índice de cirrosis en Canadá, Estados Unidos y algunos países europeos.⁸ El ejemplo más dramático es Rusia, donde el control se tradujo en un aumento en la esperanza de vida de tres años.

El beneficio de estas medidas depende de la elasticidad de la demanda. Se dice que la demanda es elástica al precio cuando el cambio porcentual en la cantidad demandada es mayor que el cambio porcentual en el precio del producto. El capítulo de la Dra. Beatriz Zurita trata con mayor profundidad este elemento.

Una vez establecida la relativa elasticidad de la demanda para diferentes tipos de bebidas queda la interrogante de si es igual para todos los grupos de población, hombres, mujeres, adolescentes, adultos, ricos y pobres. De

ser elástica la demanda, el incremento de precios tiene mayor impacto en la economía familiar. De hecho, el sector de menores recursos gasta una mayor proporción de su ingreso en alcohol que el resto de la población,⁹ lo que afecta su calidad de vida.

Otra interrogante por resolver es la relación precio/consumo en diferentes tipos de bebedores.

El reto más importante es el control de la distribución de bebidas no registradas, que pueden afectar la salud pública al contener niveles inconvenientes de alcohol metílico. El tema de las políticas de control es abordado por Haydée Rosovsky. Al respecto existen dos tendencias opuestas: una se deriva de una tradición de temperancia que busca disminuir la tasa global de disponibilidad y de consumo ("cero tolerancia"); la otra pretende incidir en la forma en que se consume el alcohol ("reducción del daño"). En ambos casos sería deseable que las decisiones gubernamentales se orientaran con un criterio de salud, más que económico, como ha ocurrido hasta hoy. El principio que debería prevalecer en la regulación de la comercialización de las bebidas alcohólicas es el de desalentar toda práctica que promueva el uso excesivo como la barra libre, el consumo mínimo o la venta en situaciones de riesgo (en carreteras o a personas intoxicadas).

En México se han usado dos tipos de límites de consumo sin que se haya dado una política de reducción del daño. En varones adultos se recomienda no más de 12 copas por semana, no más de cuatro por ocasión y no más de una



por hora; en el caso de las mujeres el límite máximo semanal es de nueve copas. Es importante enfatizar que para algunos sectores estos límites pueden no ser seguros: personas con problemas con su forma de beber, menores de edad, mujeres embarazadas, antes de conducir un automóvil o cuando se padece alguna enfermedad que se agrava con el consumo de alcohol. Otro reto es la adopción de políticas que reduzcan la participación del alcohol en los accidentes. Los jóvenes son un sector particularmente susceptible: 13% de los fallecidos por accidentes vehiculares ocurridos en México en 1994, tenía entre 20 y 24 años.¹¹ El ya citado estudio de Pachuca reportó que 23% de los adultos (27% de varones y 7% de mujeres) condujo un automóvil una hora después de haber bebido; la misma conducta se reportó en 6% de los menores de edad. La mitad de los hombres estimó que en las dos horas previas a manejar se pueden beber cinco copas o más; 30% de las mujeres dijo que tres o más. Ambos rangos se consideran generalmente como riesgosos. Entre la población adulta, 20% reportó haber viajado en un vehículo cuyo conductor había bebido demasiado; entre los menores de edad, esto ocurrió en 7% de los varones y 16% de las mujeres.

No obstante lo anterior, el control del abuso del alcohol es una de las acciones de salud pública con mejor nivel de recuperación de la inversión (costo/beneficio).¹² Un campo prometedor de la política pública es el que busca modificar la conducta del bebedor en un contexto específico como

el conducir bajo efectos del alcohol. Para que tengan efecto las iniciativas que buscan evitar que se conduzca en estado de ebriedad, debe ponerse un mayor énfasis en sanciones rápidas y efectivas y no en que sean severas. Las pruebas de aliento alcohólico al azar y la revocación administrativa de licencias son prueba de ello. Se ha recomendado también que a los infractores reiterados —particularmente a quienes son dependientes— se les ofrezca tratamiento; sin embargo los programas más exitosos son los que se orientan a evitar el exceso en la población general.

Otra estrategia es designar a una persona del grupo para que no beba y conduzca a los demás a sus casas. Esto, sin embargo, podría interpretarse como aceptable que quienes no manejen se embriaguen. Las medidas que estimulan a los servidores de bebidas para que ofrezcan un servicio responsable también están orientados a evitar que la gente conduzca en estado de ebriedad; estudios recientes han hallado en ellos cierto potencial de disuasión.

La publicidad ha sido tema de debate durante varias décadas. Si bien gran parte del gasto de las compañías alcoholeras se relaciona con la búsqueda de nuevos mercados y algunos consideran que ello podría aumentar el índice de problemas, los resultados de las investigaciones siguen siendo poco consistentes. En Estados Unidos, por ejemplo, esa industria ha decidido no gastar en publicidad televisiva, aparentemente porque sólo orienta la elección de la marca. La

interrogante para México es qué efectos tiene la publicidad en el incremento de la demanda. El mercado de consumo no se ha agotado, por lo que existe un alto porcentaje de personas que no beben o lo hacen en pocas ocasiones, mientras que la población femenina y de jóvenes son segmentos crecientes. Este tema es abordado por el doctor Carlos Gómez Palacio.

En el campo del tratamiento, un notable hallazgo es que las personas beben de manera diferente a lo largo de su vida con periodos de mayor y menor consumo y que —al menos para algunos de los bebedores fuertes— el hábito se aprende y que los programas de intervención orientados al reaprendizaje de una nueva forma de beber eran exitosos.

El estudio de los factores que llevan a los individuos a beber permite entender cómo se aprende este hábito y cómo se desarrollan los problemas, lo que aporta elementos valiosos para su prevención. Las influencias psicológicas que moldean esta conducta incluyen tanto procesos cognitivos como factores afectivos influidos, a su vez, por procesos sociales. Así como beber es producto de un aprendizaje, los hábitos disfuncionales pueden modificarse mediante el aprendizaje de conductas más saludables. Este tema abordado por el doctor Héctor Ayala y la psicóloga Leticia Echeverría,

La controversia más importante sigue siendo la distinción entre los bebedores que deben de buscar la abstinencia completa y aquéllos que pueden aprender a controlar su ingesta. El tratamiento, tema tratado por el

Dr. José Antonio Elizondo, se ha revolucionado con la aparición de programas de identificación e intervención tempranas dirigidos a personas que han empezado a tener problemas; una simple entrevista médica de unos cuantos minutos puede lograr una disminución de 10% del consumo.¹³ Otras estrategias de tratamiento incluyen el uso de fármacos para tratar la adicción misma y no sólo los problemas derivados de ella. El reconocer que las recaídas forman parte de la historia natural de la enfermedad ha permitido reconceptualizar las metas de tratamiento para buscar la reducción de su frecuencia, la severidad y duración de las mismas y, eventualmente, la abstinencia completa. Esta nueva óptica ha tenido un buen nivel de éxito. Un elemento adicional ha sido el reconocimiento de que no todos los alcohólicos son iguales y que, lejos de esto, existen diferentes tipos que varían en la severidad de la dependencia, de la relación tiempo de consumo/aparición de dependencia y del pronóstico de tratamiento.¹⁴ Aún más, no todos los pacientes tienen las mismas necesidades: por ejemplo, las mujeres llegan al tratamiento con más pérdidas derivadas de un rechazo social mayor que el sufrido por los varones. De ahí que se recomiende incluir en los programas de referencia al tratamiento información sobre variables que permitan determinar una mejor adecuación de las necesidades específicas de los pacientes. Otros factor es la evidencia de que los ingresos a tratamiento reducen los

índices de mortalidad por cirrosis, independientemente de la presencia de recaídas; los periodos de abstinencia logrados son suficientes para reducir estas tasas. Además, los alcohólicos en tratamiento hacen un menor uso de servicios de salud, con la consecuente disminución de costos. Los grupos Alcohólicos Anónimos han jugado un papel fundamental en la disminución de las tasas de mortalidad de cirrosis, en aquellas sociedades en donde el movimiento se ha difundido.¹⁵ Haydée Rosovsky hace un interesante análisis de AA del que se desprenden interesantes lecciones tanto de los factores que han favorecido la difusión de una alternativa de atención desarrollada en una cultura diferente a la nuestra como de su papel como movimiento social.

NOTAS

Parte de la información utilizada en este capítulo proviene del estudio "El abuso de alcohol, antecedentes y consecuencias: Evaluación de un modelo de intervención", efectuado con financiamiento del Conacyt, de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

¹ ***SEP, Instituto Mexicano de Psiquiatría, *Encuesta Nacional de sobre Consumo de Drogas en la Comunidad Escolar*, México, 1991.

² ***Watkins, J. M. y Williams, M. E., "Cognitive neuroscience and adolescent development", en McAnarney *et al.*, (eds.), *Textbook of Adolescent Medicine*, Filadelfia, W. B. Saunders Co., 1992.

³ ***Robins, L. y Przbeck, T., "Age of onset on drug use as a factor in drug and other disorders", en Jones y Battjes (eds.), *Etiology of Drug Abuse: Implications for prevention*, Washington DC, Pub. No. ADM 85-1355: 178-192, 1985.

⁴ ***NIAAA, Alcohol and Health, 9th Special Report to the US Congress, NIH Publication No. 97-4017, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1997.

⁵ ***Rojas, E., Medina Mora, *et al.*, *El abuso de alcohol en estudiantes [...] Resultados del estudio: Consumo de sustancias en estudiantes de enseñanza media y media superior*, reporte interno, 1997.

⁶ ***Medina Mora, M. E., *Model Program for the Prevention of Drug and Alcohol Abuse among workers and their Families. Mexico Results from the Research Component*, 1997.

⁷ ***Prochanska, DiClemente y Norocross, 1992.

⁸ ***Edwards, G., *et al.*, *Alcohol Policy and the Public Good*, Oxford Medical Publications, Oxford, Nueva York, Tokio, 1994.

⁹ ***Zurita, B. y Medina-Mora, M. E., *Alcohol Consumption and Consequences: Evaluation of a Model of Intervention*, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Consejo Nacional contra las Adicciones, 1997.

¹⁰ ***Edwards, *op. cit.*

¹¹ ***Dirección General de Estadística e Informática, Secretaría de Salud, 1994.

¹² ***Frenk, J. *et al.*, *Economía y Salud: Propuesta para el avance del sistema de salud en México*, informe final, Fundación Mexicana para la Salud, México, 1994.

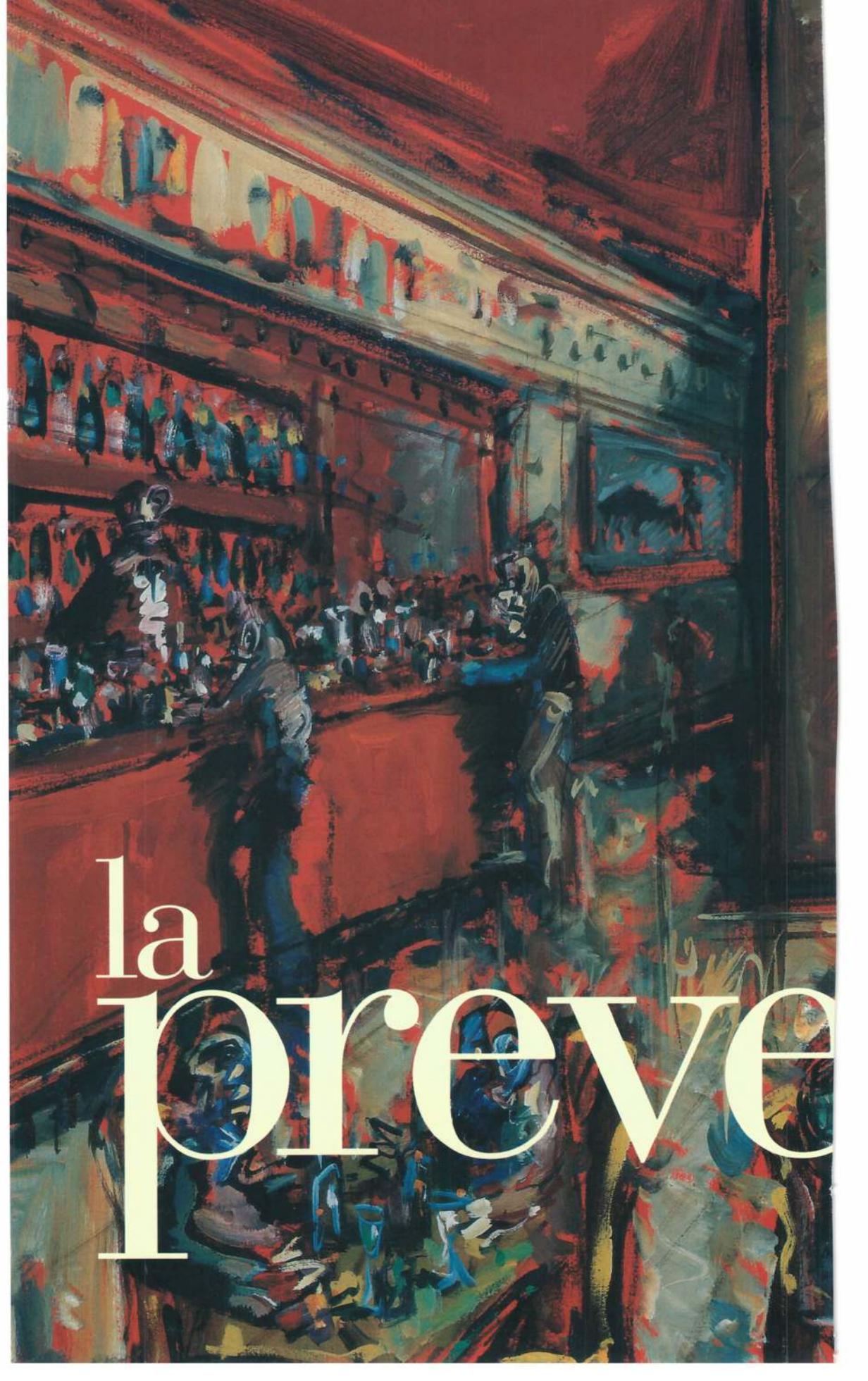
¹³ ***Campillo, C., *et al.*, *La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo [...]*.

(resultados preliminares de un ensayo clínico doble ciego y prospectivo, *Salud Mental*, vol. 5, núm. 15, junio, 1992.

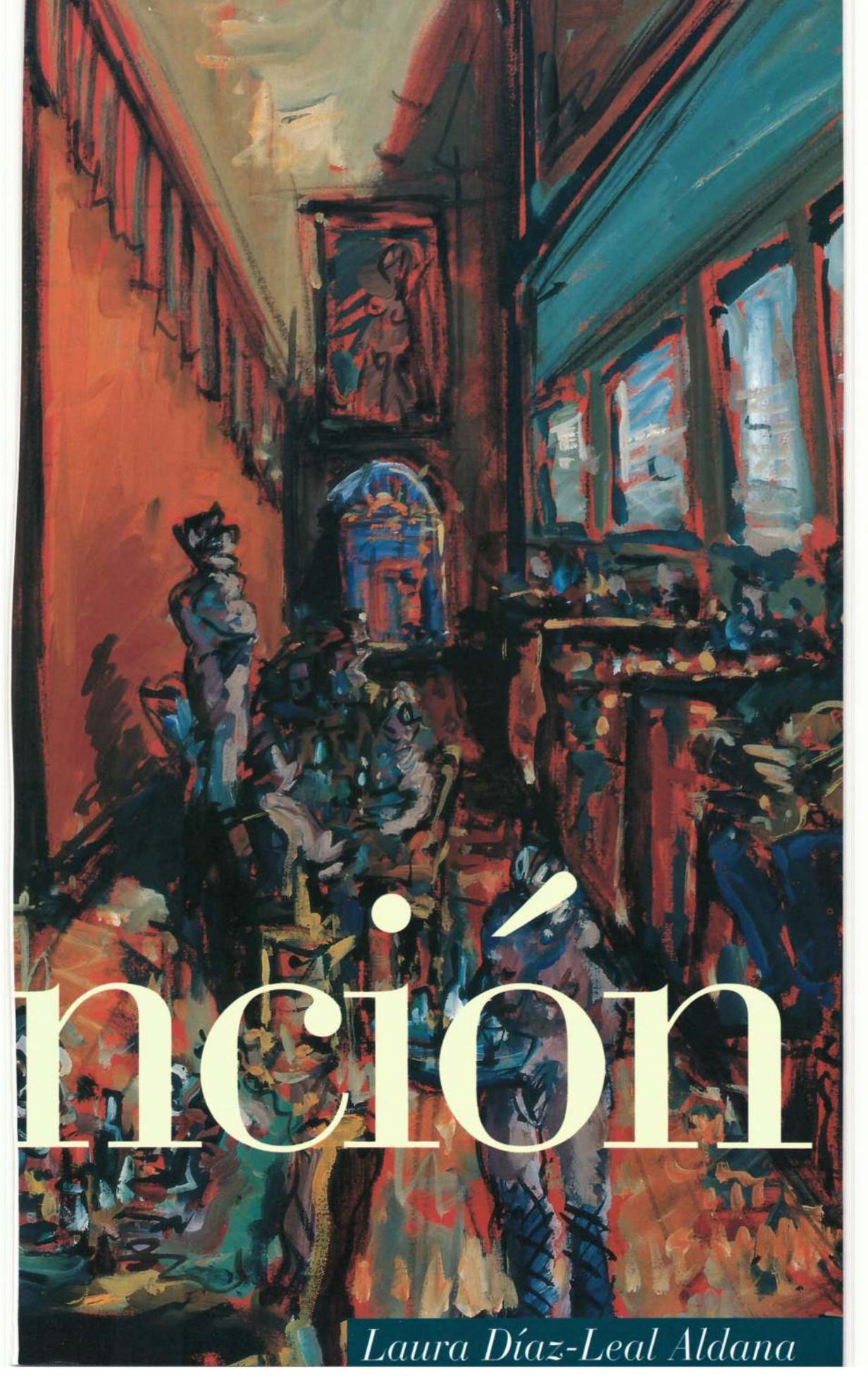
¹⁴ ***Babor, T., *et al.*, "Types of alcoholics: Evidence from Clinical, Experimental, and Genetic Research", en *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 708, Nueva York, 1994.

¹⁵ ***Smart R. G. y Mann R. E., "Alcohol problems, prevention and epidemiology: Looking for the next questions" en *British Journal of Addiction*, núm. 85, 1990, pp. 1385-1387.





la
preve



nción

Laura Díaz-Leal Aldana

la existencia de ciertas bebidas y uniformado ciertos patrones de consumo, con lo que se han alterado las costumbres propias de cada lugar. Es en este contexto que la prevención se vuelve un objetivo fundamental.

E D U C A C I Ó N P A R A L A S A L U D * * * * *

La riqueza de información y experiencias en la prevención ha dado lugar a diversas definiciones y modelos preventivos; sin embargo, se puede afirmar que en la educación para la salud el objetivo común es la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos que afectan la salud. Richards propone que esta educación incluya "la aplicación de técnicas educativas destinadas a la promoción y mantenimiento de la salud, dentro de un medio social y cultural, cuyas principales estructuras sean comprendidas y reconocidas".² También subraya la participación de factores del medio externo social, que exigen al individuo la adaptación continua al entorno.

Somers,³ a su vez, enlista las principales acciones de este proceso: informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las que los individuos pueden mejorar su propia salud; motivarla para que con el cambio desarrollen hábitos más saludables; ayudarla a adquirir los conocimientos y la capacidad necesarios para adoptar y mantener estos hábitos. Otras acciones son: propiciar cambios en el medio ambiente que faciliten condiciones de vida saludables y un cambio de conducta en favor de la salud; promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los agentes de educación para la salud en la comunidad e incrementar, mediante investigación y evaluación, el conocimiento acerca de la forma más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.

El fracaso de muchos de los programas de educación para la salud impulsados por diferentes gobiernos y asociaciones se debe, principalmente, a que se pasan por alto los factores externos que conforman el medio ambiente social del individuo dentro de la comunidad. Otra causa es el no haber promovido la modificación en un sentido positivo.⁴

A L T E R N A T I V A S D E P R E V E N C I Ó N * * * * *

Para los fines de este trabajo, prevención se entiende como la protección y promoción de la salud de la población; el mejoramiento del ambiente ecológico y social; la prevención de la enfermedad y sus consecuencias; la eliminación de riesgos y la protección de los grupos de alto riesgo. Sus expectativas son evitar y/o reducir los riesgos ocasionados por los problemas de salud, conforme a las estrategias universales y actividades selectivas entre grupos con mayor probabilidad de presentar tales problemas.

El modelo de salud pública —detallado más adelante— propone tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. La primaria busca evitar que la enfermedad se presente por medio

de la promoción de la salud y su protección específica. La secundaria pretende detener el avance de la enfermedad y se sustenta en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. La prevención terciaria tiene como fin disminuir la incapacidad y ofrecer tratamiento y/o rehabilitación.

Los objetivos parecen bien definidos pero en la práctica existen desacuerdos en cuanto su aplicación. No obstante, los programas preventivos más eficaces son los que analizan los factores de riesgo-protección de los individuos y que promueven la disminución de los riesgos. En este contexto podemos referir la prevención del abuso de alcohol y del alcoholismo.

En la sociedad existen circunstancias específicas que pueden propiciar un consumo inadecuado de alcohol; estos elementos han sido designados por diversos especialistas como "factores de riesgo".⁵ La exposición a estos riesgos afecta la vulnerabilidad del individuo, mientras que la presencia de factores de protección aumenta su resistencia y, en consecuencia, disminuye la probabilidad del abuso. Las prácticas preventivas en este sentido se han dirigido con resultados favorables al individuo, su familia, su grupo de compañeros y la comunidad (hogar, escuela, trabajo, colonia).

Para analizar la exposición o el riesgo deben observarse los siguientes aspectos. En el individuo: conducta desviada (agresión); baja autoestima; relaciones sociales inadecuadas (retraído, tímido); uso de alcohol a edad temprana. En la familia: historia de adicción en la familia; conducta antisocial (violencia familiar); baja autoestima (inseguridad de los padres); prácticas ineficaces de la paternidad (apego, afecto, identidad, pertenencia). En compañeros y amigos: influencia a través de la interacción social, pertenencia al grupo, presión de los amigos y la sociedad. En la comunidad: fácil acceso a las bebidas alcohólicas; aceptación social hacia el consumo (no hay sanción); presión social, angustia y estrés.

El sistema de prevención de Gordon⁶ propone tres estrategias: individual, selectiva y universal. Las tres están diseñadas para personas sanas que no presentan el padecimiento.

Estrategias universales. Están planeadas para toda la población, en la que se encuentra todo aquel que no han sido identificado como individuo en riesgo. Sin embargo sus medidas, resultan útiles para grupos específicos como mujeres embarazadas, niños y adolescentes. En muchos casos es posible aplicar estas estrategias sin contar con asistencia profesional. Entre las acciones de este tipo se encuentran llevar una dieta balanceada, usar el cinturón de seguridad en el automóvil y equipo de protección en el trabajo. Las acciones universales tienen la ventaja de ser de bajo costo en términos individuales, son aceptadas y efectivas para los habitantes y no representan ningún riesgo en cuanto a su difusión y aplicación.

Estrategias selectivas. Son aplicables cuando la persona forma parte de un grupo en el que los riesgos individuales o ambientales son mayores y, por lo tanto, las estrategias universales resultan insuficientes. El grupo se puede distinguir por el sexo, la edad, la ocupación o el tipo de familia. Entre las acciones específicas que se pueden tomar están las revisiones periódicas de salud para evitar la aparición del cáncer, la revisión a deportistas olímpicos y/o profesionales para evitar el "dopeo", y las vacunas especiales a quienes van a viajar a sitios con riesgo de epidemias. Se sugiere que esta intervención preventiva no exceda un costo relativo y que no represente efectos negativos para la población.

Estrategias indicadas. Se aplican entre quienes presentan elevados índices de riesgo tanto ambiental como individual. Esto puede determinarse por estudios médicos que detecten síntomas o una anomalía clínica que los hagan particularmente vulnerables a un padecimiento. La identificación de estos individuos es el objetivo de los programas de protección. Estas medidas tienen un costo elevado, por lo cual no se aplican a poblaciones numerosas. Un ejemplo de éstas es la frecuente supervisión médica en relación al padecimiento. De existir las condiciones, la mayoría de este grupo formaría parte de las estrategias selectivas y universales.

Existe una tendencia a mezclar arbitrariamente los sistemas de prevención; se confunden los niveles primario, secundario y terciario con las estrategias indicadas, selectivas y universales, lo cual genera definiciones y acciones difusas. Incluso, es común que la palabra tratamiento se use para referirse a las medidas de prevención indicada, cuando lo cierto es que el fin del tratamiento es terapéutico mientras que el de las medidas indicadas es preventivo. El tratamiento brinda beneficios inmediatos, incluyendo el alivio del síntoma; la prevención indicada se apoya en probabilidades, ya que no existe un camino seguro para saber si la enfermedad se va a presentar o no. Los beneficios de la prevención, en todo caso, se presentan a largo plazo.

Los dos sistemas de prevención expuestos fueron planeados para prevenir enfermedades físicas y no padecimientos de salud mental, los cuales son más difíciles y complejos de clasificar. Un modelo que pretende superar estas dificultades es el que plantea la intervención antes de que se presente el daño.⁷ Éste incorpora muchas ideas de Gordon, incluyendo una adaptación de los conceptos selectivos e indicados.

A pesar del énfasis puesto en la prevención, es necesario integrar todo el abanico de intervención: prevención, tratamiento y mantenimiento. La intervención en tratamiento contempla la identificación de casos y el tratamiento adecuado para un padecimiento específico, que incluye reducir la probabilidad de futuros problemas. Para el mantenimiento de la salud se requiere, por un lado,

el compromiso del paciente con un tratamiento a largo plazo, para reducir la posibilidad de recaídas y, por el otro, la previsión de servicios posteriores al tratamiento, incluyendo el reinicio del programa. La intención de ambas acciones es reducir los daños del problema.

La investigación actual en torno a la prevención del alcoholismo la integración de grupos de diversas disciplinas en las áreas teóricas y de campo han propiciado la combinación de modelos de prevención en acciones específicas. La información se interesa en la pre-intervención e intervención preventiva. El diagnóstico previo, por su parte, ha logrado desarrollar técnicas y acciones de intervención, así como de evaluación. No obstante, los avances en este sentido habrán de adaptarse a una realidad cambiante.

Dependiendo del interés de la intervención preventiva, la acción se puede enfocar en los siguientes aspectos: identificar al grupo específico de acuerdo con la prevalencia del problema, los factores de riesgo y las posibilidades de intervención; identificar los objetivos en relación con las características del problema y definir estrategias de acción apoyadas en la información obtenida; desarrollar destrezas de intervención dirigidas al individuo (huésped), al agente (alcohol) y al medio ambiente (entorno social); desarrollar tácticas de costo-beneficio para llevar a cabo la intervención y, finalmente, elaborar y adaptar el instrumento para su prueba.⁶

MODELOS DE PREVENCIÓN ~ ~ ~ ~ ~ MODELO DEL CONTROL DEL CONSUMO ~ ~ ~

Se apoya en el nuevo movimiento de temperancia, vinculado a su vez con el prohibicionismo aplicado en Estados Unidos durante la década de los veinte (prohibición total de elaboración, distribución, venta, posesión o consumo de cualquier bebida alcohólica).

Las premisas de este paradigma,⁹ también basado en el modelo de salud pública, proponen que: el alcohol es la única causa de los problemas relacionados con su abuso; la disponibilidad de las bebidas alcohólicas determina la cantidad que se va a consumir; la cantidad, el propósito y el contexto social de lo que se bebe —y no la forma— determinan la magnitud del problema; los esfuerzos educativos deben dirigirse a los problemas provocados por el consumo de alcohol y, por ende, debe alentarse la abstinencia.

Ante el fracaso del prohibicionismo y atendiendo a un sentido mínimo de la realidad, quienes apoyan este modelo pretenden disuadir el consumo proponiendo una variedad de medidas: aumentar el impuesto en las bebidas alcohólicas; limitar los lugares de su venta y consumo; restringir la licencia para la apertura de nuevos de lugares de consumo; reducir el contenido alcohólico en las bebidas; prohibir y/o disminuir su publici-

dad; sancionar su promoción en eventos deportivos y campos universitarios, entre otros; utilizar un mensaje preventivo en la publicidad; exigir la inclusión de la leyenda preventiva en los envases; requerir que se exhiba una seria advertencia en los lugares de venta y consumo de bebidas alcohólicas.

Otras medidas propuestas son: acotar los días y horarios de venta de alcohol; aumentar la probabilidad del servicio responsable para evitar los problemas con el abuso; limitar la venta a personas de cierta edad; disminuir el nivel de alcohol en sangre permitido para manejar y/o operar equipo que requiere destreza y suspender la deducción del impuesto como gastos de operación.

Para este modelo el problema fundamental es el alcohol, más que su abuso, por lo que se aboca a desanimar el consumo en lugar de prevenir su uso excesivo. El movimiento de temperancia tiende a estigmatizar el alcohol y al bebedor. Distingue sólo entre abstemios y borrachos: la abstinencia está bien, beber está mal. El consumo moderado y/o responsable queda, desde luego, descartado.

MODELO DE SALUD PÚBLICA * * * * *

Este modelo³⁰ --ya mencionado-- se apoya en los avances de la epidemiología y entiende los problemas de alcohol como resultado de una interrelación individual, interpersonal y social. Esta perspectiva posibilita acciones diversas para la prevención y tres son los elementos que actúan conjuntamente para propiciar o atenuar problemas específicos: el agente (bebidas alcohólicas), el huésped (el individuo, que puede ser susceptible o vulnerable a los efectos del alcohol) y el medio ambiente (entorno físico, interpersonal o social que regula y/o expone al individuo al alcohol y que interviene en los riesgos que éste produce). Este concepto incluye el entorno macro y microsocioal, integrado por áreas como la legislación, los aspectos económicos, las normas y valores.

La legislación regula aspectos como el manejar en estado de intoxicación, la restricción de la venta de alcohol a menores y la definición de prácticas de venta. Los aspectos económicos incluyen el aumento de precios y/o impuestos de las bebidas alcohólicas; fijar reglas a las promociones de consumo y a los horarios y lugares de oferta. Las normas y valores contemplan las actitudes, creencias y percepciones en torno al alcohol así como los efectos de los medios de comunicación. Los efectos físicos se refieren a las consecuencias en el organismo del bebedor y el entorno inmediato.

Este modelo parte de que los problemas no son producto de una sola razón o causa y que las diferencias en la interacción, aun las sutiles, definen el tipo y magnitud de las consecuencias. El valor de esta perspectiva es que induce a la conciencia y comprensión del problema. Se dirige al bebedor y enfoca la atención en la interacción entre el individuo y su medio ambiente. A

partir de ello se han aplicado diversas estrategias de intervención cuya evaluación ha mostrado resultados alentadores en los países desarrollados.

Para el éxito de este tipo de prevención se requiere contar con condiciones especiales como una política de salud bien definida; decisión y conciencia del problema por parte de las autoridades; participación de diversas instituciones públicas y privadas y recursos económicos que puedan sostener un programa de largo alcance y por un tiempo considerable. Los resultados de estas estrategias que promueven el cambio de actitudes y/o conductas sólo pueden valorarse a largo plazo. No obstante, su evaluación ha dado lugar a las siguientes conclusiones.²¹

La regulación de la oferta abarca el entorno político, económico, social, cultural y los resultados muestran que si el precio aumenta el consumo disminuye; si el precio disminuye, el consumo aumenta. En cuanto a la disponibilidad de la bebida, en muchos países el Estado ha establecido un programa que busca acotar la distribución y venta (horarios, tiendas de atención personal), encontrándose que la reducción del acceso de alcohol, genera cambios en el consumo y reduce los daños.

La intervención en la regulación de la demanda (impulsar bebidas con 2% de alcohol o menos por volumen, agregar la leyenda de alerta sobre el daño del consumo) ha comprobado que las bebidas con bajo contenido etílico han tenido buena aceptación mientras que que, a seis meses de haberse fijado la leyenda de alerta, sólo 25% de los consumidores excesivos dijeron haberse percatado.

Respecto a la venta y consumo de bebidas alcohólicas, en centros de oferta se han realizado programas de capacitación para administradores, cantineros y meseros, enfocados a asumir prácticas responsables como servir bebidas en cantidades normales; promover el consumo de alimentos y de bebidas sin alcohol; suprimir promociones como "la hora feliz"; negar el servicio a personas intoxicadas y desalentar la conducción del automóvil en estado de ebriedad. Los resultados obtenidos con estas acciones reflejaron una reducción significativa en los accidentes de tráfico (50%).

La intervención en el límite de edad para la venta y consumo, el fomentar la conciencia de los adultos sobre el uso y abuso de bebidas alcohólicas en menores y el mejorar la comunicación entre padres e hijos sobre las reglas en torno a este consumo mostró que entre mayor sea la edad de inicio en el consumo es menor el riesgo de desarrollar problemas. Los accidentes de tránsito tienen una relación directa con el abuso de alcohol en menores de edad.

La promoción de la conciencia social frente al problema del abuso de alcohol propicia que la comunidad participe y apoye las acciones preventivas. Los programas de educación en las escue-

las, por su parte, brindan información; propician y refuerzan la autoestima; y fomentan la comunicación y el desarrollo de actividades sanas. En las comunidades se promueve la organización para realizar acciones conjuntas en favor de la salud y los programas específicos tienen distintas metas como evitar el consumo de alcohol en el trabajo, informar acerca de la vinculación entre el consumo de alcohol y el sida, y prevenir que se conduzca en estado de intoxicación. En esta área se ha mostrado que los programas escolares tienen mayor éxito cuando se involucra a los padres de familia en las acciones comunitarias; sin embargo, no reflejan datos consistentes sobre los resultados de la educación en gran escala.

Como lo muestran estas evaluaciones, el modelo de salud pública ha sido importante en términos preventivos porque cuenta con una legislación que apoya sus acciones, lo cual ha sido producto del consenso entre la sociedad y las autoridades. Sin embargo, la principal dificultad para establecer este tipo de legislación en México estriba en la falta de conciencia del problema por parte de la sociedad y, por tanto, de la importancia de su apoyo para la elaboración de una política de salud consistente en este sentido.

Una de las acciones urgentes en materia de prevención es propiciar la conciencia social del problema para que forme parte prioritaria de la agenda pública. Una manera de lograrlo es difundir en los medios de comunicación, instituciones sociales y privadas y en el ámbito gubernamental, los resultados de investigaciones que reflejen el daño que el consumo excesivo de alcohol provoca en la población.

M O D E L O P S I C O S O C I A L * * * * *

Este acercamiento —en el que debe centrarse la intervención preventiva— otorga mayor importancia al papel del individuo como elemento activo en la tríada agente-huésped-medio ambiente y a su uso del alcohol. El modelo se refiere al significado y función del consumo en la persona, por lo que distingue entre cantidades, frecuencias y modalidades del uso, así como los efectos que provoca en cada consumidor. Analiza la influencia en la interacción con otras personas (familia, amigos, compañeros, comunidad inmediata); concibe el entorno como un elemento que incide en el uso y en los problemas derivados del alcohol así como en la reacción ante ellos.

Por la importancia que el modelo atribuye a los individuos y a su comportamiento, así como a los factores sociales, propone medidas que no están vinculadas específicamente con el alcohol pero que son igualmente aplicables a otros comportamientos de carácter destructivo e irregular. Entre ellas figuran el fomentar estilos de vida saludables (dieta balanceada, ejercicio, no fumar, beber con moderación) apoyados en el proceso de cambio de actitudes y reforzados por programas preventivos.

Otra acción se refiere al aprovechamiento del tiempo libre en actividades que no se relacionen al consumo (cultura, deporte). Otras tácticas, como la teoría del aprendizaje social,¹² también resultan valiosas para la prevención: su fundamento es que los niños, a través de la observación e imitación, interiorizan las conductas de los adultos para definir su propia conducta. El pequeño juega a ser papá y de esta forma toma conciencia de sí mismo, de cómo lo ven los demás y de cómo cada situación requiere un proceder diferente. Según este modelo, el proceso de aprendizaje es permanente, por lo que la persona puede desarrollar en cualquier momento habilidades que le permitan ser eficaz y eficiente para autoregular su conducta.

MODELO SOCIOCULTURAL * * * * *

Diversos autores han encontrado útil este paradigma que afirma que "diferentes creencias y actitudes sobre el alcohol y sus efectos se combinan con creencias y actitudes acerca de qué, cómo, cuándo y con quién se debe (o no) consumir". También se toman en cuenta las actitudes acerca de los significados de todo ello, al relacionarlas directamente con la frecuencia de los problemas asociados al consumo y la distinta naturaleza de éstos al presentarse en diferentes culturas. Formulado en 1946 por Bales, este modelo identifica tres variables sociales y culturales que pueden influir en la tasa de alcoholismo al interactuar entre sí:

El factor dinámico, según el cual cada cultura genera tensión interna entre sus miembros; el factor normativo y de valores, en el que las actitudes de los grupos sociales hacia el alcohol pueden ser de abstinencia, rituales, de convivencia y utilitario (para realizar operaciones laborales y/o cerrar tratos comerciales); y el estrés físico, que se refiere a las alternativas que cada sociedad ofrece para enfrentarlo.¹³

Análisis históricos y etnográficos en distintos países han demostrado sistemáticamente que los comportamientos en torno al abuso del alcohol son aprendidos de tal suerte que se adaptan a las expectativas del grupo; el comportamiento abusivo del alcohol es un asunto que se aprende en la sociedad.

El modelo sociocultural también se sustenta en los siguientes supuestos:¹⁴ el abuso del alcohol —no el alcohol en sí— es lo que ocasiona los problemas; es importante distinguir el uso del abuso; éste se puede reducir educando al individuo para que tome una de dos decisiones: abstenerse de beber o beber responsablemente. En razón de que muchas personas eligen beber, es importante que las normas sean claras sobre lo que es un comportamiento aceptable y lo que no lo es, evitando la ambigüedad.

Otro supuesto es que los consumidores deben aprender a beber en forma gradual, primero en casa con los padres, y más adelante reforzar esta idea con la educación formal. Esta educación debe dirigirse a la promoción del uso moderado y/o responsable del

alcohol, así como a respetar la posición de abstinencia en las personas que deciden no beber.

El modelo apoya el criterio de consumo responsable de alcohol que es, por cierto, una de las soluciones más adecuadas a los problemas relacionados con el exceso de la ingesta. La propuesta se fundamenta en la experiencia del prohibicionismo que mostró que de cualquier forma se continuaron produciendo bebidas alcohólicas de dudosa calidad, con severas repercusiones para la sociedad. A continuación se presenta una "guía para el uso responsable del alcohol".¹⁵

Situación de responsabilidades. El alcohol no debe ser el objeto central de una reunión, en la que también se pueden introducir actividades recreativas y de alimentación; hay que medir correctamente la cantidad de alcohol que se sirve; no se debe presionar para beber; aceptar la decisión de beber o no beber; se debe contar con bebidas no alcohólicas para satisfacer las preferencias opcionales. Rechazar el exceso en el consumo (borrachera); reconocer el abuso del consumo en uno mismo y en los demás, tratar de conseguir y/o ofrecer ayuda; comprender la decisión personal en relación al uso de alcohol; beber alcohol en un ambiente relajado y sin riesgos; evitar tomar solo; aceptar y promover el concepto del uso responsable del alcohol para la salud y seguridad de las personas.

Responsabilidad de salud. No pasar el límite cuando se bebe; reconocer que el alcohol es una droga y no mezclarla con otras pues la combinación puede ser desafortunada y/o fatal; aceptar, por otro lado, que el alcohol no puede resolver problemas y que quienes sufren de alcoholismo deben abstenerse de beber.

Responsabilidad para evitar los riesgos. No realizar ciertas actividades bajo los efectos del alcohol (manejar un automóvil, operar una máquina o practicar algún deporte); evitar abordar un automóvil con un conductor intoxicado; reconocer que las actitudes y el comportamiento personal pueden influir en los demás, especialmente en los niños.

La guía también brinda sugerencias para apoyar a los maestros en su actividad con los niños y para el anfitrión que desee promover el consumo moderado en sus reuniones. Algunos ejemplos de la responsabilidad en el uso de alcohol son no beber si se es alcohólico, está enfermo o sujeto a algún medicamento; o porque se comprometió con algunos amigos a conducir después de asistir a una fiesta y/o bar. En suma, significa evitar intoxicarse y tener una conducta inadecuada bajo los influjos del alcohol.

M O D E L O C O M P R E N S I V O D E P R E V E N C I Ó N

Este modelo comprensivo ofrece una combinación de estrategias que se relacionan con las necesidades individuales y el nivel de consumo que va desde el no consumo hasta la dependencia, incluyendo un rango considerable de acciones dirigidas a la prevención.

La prevención primaria se aprecia como la transición entre el no consumo y el inicio de éste. El programa puede enfocarse a adolescentes y jóvenes que están avanzando hacia las prácticas experimentales de consumo ocasional o frecuentemente. Además previene el consumo de alcohol como parte de un estilo de vida. Si el abuso se manifiesta y se convierte en un problema, la prevención habrá de ser sustituida por un programa de tratamiento. El modelo comprensivo integra múltiples componentes adecuados para atender al individuo, la familia, los grupos y la comunidad. Enseguida se describen cuatro programas de este tipo.

Programas de información. Explican el daño que ocasiona en el organismo y psicológicamente el abuso de alcohol. El programa informativo incluye campañas y cobertura de eventos preventivos en los medios de comunicación así como educación sobre el consumo y material audiovisual.¹⁶

Programas educativos. Están designados para cubrir deficiencias educativas en las habilidades sociales y psicológicas, mejorar la comunicación interpersonal, promover la conciencia y la comprensión sobre el problema y brindar herramientas para tomar decisiones saludables ante la presión social. Las investigaciones en esta área sugieren que los éxitos académicos y la motivación pueden servir como factores que protegen del abuso de alcohol y el alcoholismo. El modelo comprensivo incluye técnicas específicas para el logro educativo.

Programas alternativos. Dar atención específica a grupos en riesgo.

Programas de intervención. Estos son apropiados para población en riesgo que necesita atención especial para reconocer la dependencia; simultáneamente plantea actividades de rehabilitación que pueden parecer acciones de intervención en crisis. La intervención preventiva también se puede realizar en la comunidad al crear lugares libres de alcohol en el trabajo, en la escuela y en áreas comunitarias, además de legislar y reforzar el cumplimiento de las mismas a través de la población. Los programas alternativos, por su parte, brindan atención específica a grupos en riesgo.

ALTERNATIVAS * * * * *

A partir de los anteriores modelos de prevención podemos decir que el trabajo preventivo es una actividad que se debe realizar prácticamente desde que el individuo nace y a lo largo de toda su historia, brindando los elementos necesarios para su adaptación al medio y para enfrentar de manera más adecuada, consciente y responsable los riesgos que el entorno le presenta. A continuación se hacen algunas observaciones y sugerencias de prevención.

Convivir con el alcohol... Las bebidas alcohólicas han formado parte de nuestra vida y siempre han existido sociedades que no presentan problemas con su forma de beber, lo cual refuerza la posibilidad de convivir con el alcohol. La experien-

cia histórica muestra que la supresión de éste genera otro tipo de dificultades y no evita necesariamente su consumo; si bien lo reduce, las consecuencias de esas medidas son más severas para la sociedad.

Con responsabilidad compartida... Es en el contexto social donde se aprecian las conductas y acciones de los individuos que alteran su equilibrio. La patología (anomia, según Durkheim) se presenta como una conducta desviada, provocada por múltiples factores —entre ellos el abuso del alcohol—; si bien toda sociedad tiene una tasa patológica estable, cuando ésta aumenta (generalmente en momentos de crisis), es la sociedad la que a través de sus instituciones ofrece alternativas de solución. Por lo tanto, la responsabilidad del abuso del alcohol corresponde a toda la comunidad y no sólo a un grupo.

La salud es un asunto de la comunidad... La salud es una simple acción diaria que define la intensidad de la interacción del individuo: su estado interno y las condiciones del medio ambiente. Saludable es un adjetivo que califica acciones éticas y políticas. La salud de la población se apoya en acciones políticas, sociales y del medio ambiente que favorecen actitudes como autoconfianza, autonomía y dignidad para todos. En consecuencia, los niveles de salud serán los óptimos cuando el entorno propicie la autonomía personal, responsabilidad individual y habilidades para conservar la salud.

La educación integral es una condición... Para favorecer las actitudes señaladas se requiere de una educación integral que brinde al sujeto los elementos necesarios para tomar decisiones responsables. La enseñanza en relación al valor de la salud se inicia a partir del proceso de socialización.

Prevenir con conciencia... La prevención puede realizarse en todas las etapas de la vida de los individuos, a partir de las instituciones familiares, escolares, laborales y comunitarias. Las medidas preventivas requieren de una rigurosa investigación para definir el grupo a quien va dirigida la misma, los objetivos y la evaluación de éstos.

Prevenir con ciencia... La investigación en prevención, al igual que la intervención preventiva, se han caracterizado por utilizar una gran variedad de estrategias, dependiendo de los objetivos del estudio y de la acción preventiva, el contexto y la oportunidad de lo que se pretende explicar y modificar, así como de la generalidad de los resultados. El uso de múltiples y variados métodos de estudio —cualitativos y cuantitativos— han brindado una mayor comprensión del problema; por ejemplo, las técnicas etnográficas de observación se han utilizado para analizar relaciones familiares, contexto laboral, lugares de consumo, entre otros.

Prevenir con paciencia... Las acciones que combinan estrategias de diversos modelos pueden incidir en los subsistemas de la

conducta, propiciando cambios en algunos de ellos, lo cual lleva tiempo.

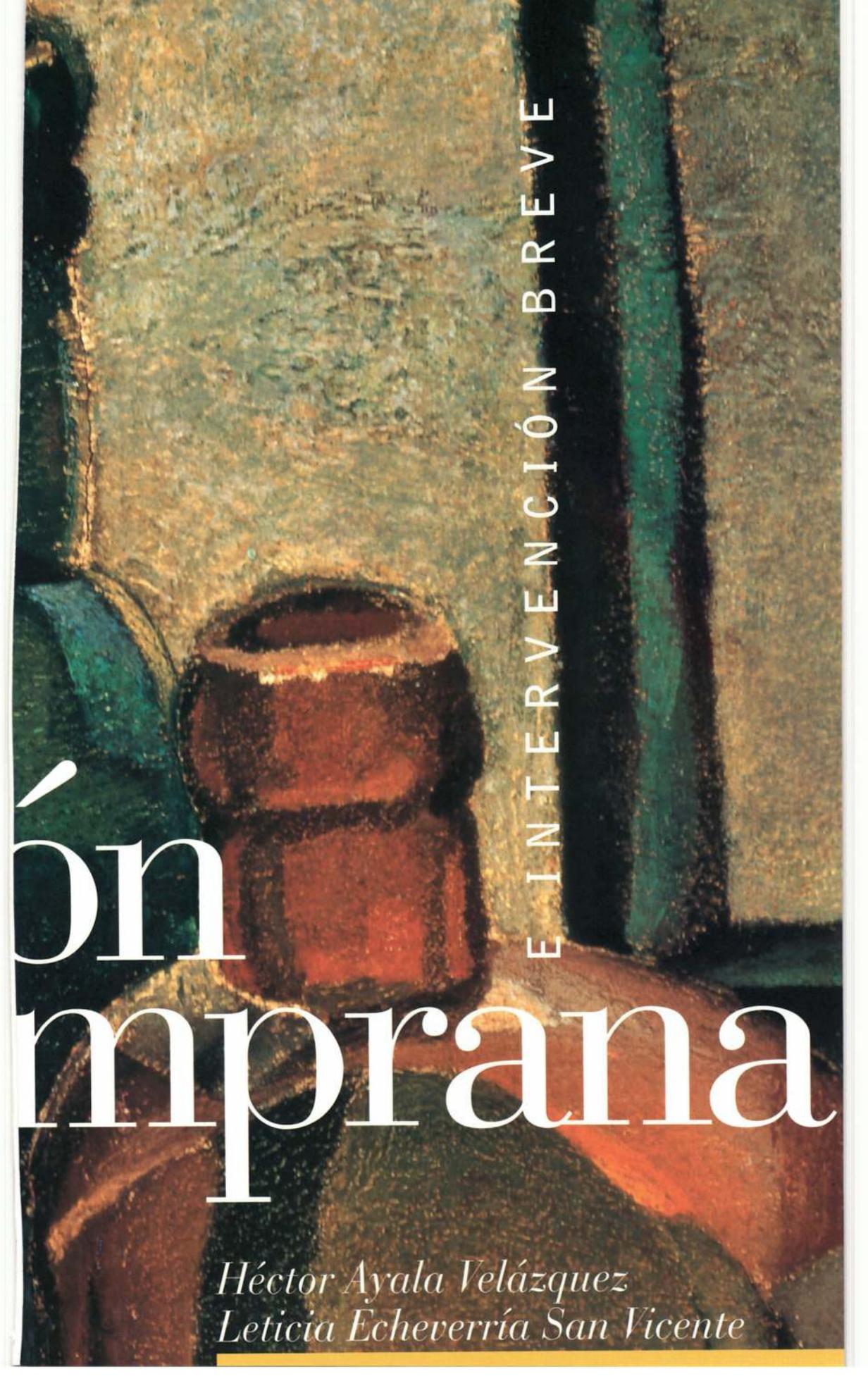
La responsabilidad se aprende, no se impone... Por último, es importante destacar que la alternativa más adecuada de prevención en relación a los problemas vinculados con el alcohol es enseñar a consumir responsablemente. Es necesario que los sujetos de la educación, elaboren su proceso de aprendizaje; ver, razonar y saber que la moderación en el consumo es la decisión.

N O T A S

- 1 *** Hanson, David J., *Alcohol education: What we must do*, Westport, Praeger, 1996.
- 2 *** Richards, N. D., "Los métodos y la efectividad de la educación para la salud: Pasado, presente y futuro de un compromiso científico-social", citado en Sánchez-Martos, J., *Los profesores ante las drogas*, Madrid, Fundación de Prevención Escolar Contra las Drogas, 1994.
- 3 ** Somers, A. R., "Promoting Health Aspen System Corporation", 1989, cap. vii. de Sánchez-Martos, J., 1994.
- 4 *** Salleras, Sanmartí L., "Educación sanitaria. Bases científicas", cap. vii. de Sánchez-Martos, J., 1994.
- 5 *** Hawkins, J. D., et al., *Risk and Protective Factors for Alcohol and other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention, Social Development Research Group, School of Social Work*, University of Washington, 1991.
- 6 *** Gordon, R., "An Operational Classification of Disease Prevention", en Steinberg, J. A. et al., *Preventing Mental Disorders*, Rockville, Department of Health and Human Services, 1987, citado en Mrazek, Patricia J. (ed.), *Reducing mental disorders*, Washington, Institute of Medicine, National Academy Press, 1994.
- 7 ** Mrazek, *ibid.*, p. 22.
- 8 ** Howard, Jan, "Concepts, Phases, and Tasks at Hand", en *Alcohol World Health and Research*, vol. 17, núm. 1., 1993, pp. 5-9.
- 9 ** Hanson, David J., *op cit.*, p.38.
- 10 ** Institute of Medicine, *Prevention and Treatment of Alcohol Problems: Research opportunities*, Division of Mental Health and Behavioral Medicine, 1990.
- 11 ** Edwards, Griffith, *Alcohol Policy and the Public Good*, Oxford, Oxford University Press, 1974.
- 12 ** Mead, George H., "Mind, Self and Society", University of Chicago Press, 1934, citado en Moore, Stephen, *Sociology*, Chicago, NTC Publishing Group, 1995, y Bandura, A., et al., "Social Learning and Personality Development", Nueva York, Holt, Rinehart Winston, 1967, citado en Cueli, José et al., *Teorías de la personalidad*, Ed. Trillas, 1995.
- 13 ** Bates, R. F., "Cultural Differences in Rates of Alcoholism", en *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1946.
- 14 ** Hanson, *op cit.*, p.45.
- 15 ** *Ibid.*, p. 46.
- 16 ** Shoemaker, 1989, citado en Bukowski, William, "A Framework for Drug Abuse Prevention Research", en *Research Monograph Series 107.*, Rockville, NIDA, 1991, pp.7-28.



1
dettecci
te



ón
mp
prana

E INTERVENCIÓN BREVE

*Héctor Ayala Velázquez
Leticia Echeverría San Vicente*

el paciente es internado y permanece aislado de su medio durante periodos relativamente largos. En este amplio rango de opciones destacan las llamadas intervenciones breves que ofrecen un nuevo abordaje terapéutico que no está en conflicto con otras formas convencionales de tratamiento.

Este tipo de intervención surgió en los años setenta cuando se empezaron a buscar formas de identificar tempranamente a personas que beben en exceso con el fin de proporcionarles un tratamiento de reducida complejidad para modificar su problemático patrón de consumo. El concepto de intervención breve se ha utilizado desde entonces para describir las técnicas específicas que confrontan a las personas con problemas de consumo de alcohol y que las motivan para iniciar un tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud describe este tipo de intervención como una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol riesgosa o destructiva con la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad —y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de beber puede causarles problemas—. Dicha estrategia está dirigida particularmente a individuos que no han desarrollado dependencia física o complicaciones psicosociales mayores o severas. La intervención breve es una aproximación proactiva que inicia el trabajador de la salud más que el paciente y que no involucra juicios hacia éste.

Las intervenciones breves presentan en la actualidad las siguientes características: • se restringen a un máximo de cuatro sesiones, en las que se proporciona consejo y apoyo para motivar a la persona a un cambio en su conducta de consumo de alcohol, así como la información necesaria para lograr que éste sea moderado; • las realiza personal que no es especialista en tratamiento de adicciones; • se proporcionan a individuos que tienen problemas con su forma de beber, pero que no han sido diagnosticados con dependencia severa; la meta de la intervención es la moderación o la abstinencia.

HISTORIA * * * * *

A finales de los años setenta empezaron a aparecer evaluaciones alentadoras de la efectividad de la intervención con bebedores problema³; dichos resultados positivos se mantuvieron durante los seguimientos que se hicieron a los "clientes". Un estudio que llamó particularmente la atención fue el de Miller y colaboradores, en el que se utilizó una forma de biblioterapia (manual de auto ayuda); los resultados mostraron que el uso de materiales de apoyo por escrito podía ser tan efectivo como una intervención más compleja.

Otros investigadores empezaron a trabajar sistemáticamente sobre la efectividad de diversas formas de intervención (sencilla o mínima) y hallaron que las intervenciones sencillas, de bajo costo

—basadas en uso de manuales, automonitoreo o consejo breve— podrían ser una intervención inicial con aquellas personas que bebían en exceso pero que no presentaban dependencia severa. Los resultados obtenidos por Kristenson y sus colaboradores, en Malmö, Suecia y en el Royal Edinburgh Hospital,⁴ apoyaron esta nueva opción de abordaje terapéutico.

Es importante no pasar por alto el trabajo realizado en Francia; en 1970 el Ministerio de Salud apoyó un programa de clínicas de consulta externa para realizar intervenciones breves a bebedores problema, como parte de un proyecto de alcance nacional. Aunque no se realizó una evaluación con un grupo control, dos revisores⁵ llamaron la atención sobre su bajo costo, extendida accesibilidad y aparente efectividad al atender a un amplio número de bebedores problema.

Estudios en varios países evaluaron la efectividad de las intervenciones breves. En 1993 se estimó la eficacia de 32 estudios, con seis mil bebedores problema aproximadamente.⁶ Al comparar la conducta de consumo antes y después del tratamiento se encontró que la intervención breve tenía una efectividad 27% superior en comparación con los tratamientos más extendidos y con grupos controles (sin tratamiento). Se concluyó así que la conducta de consumo riesgoso puede modificarse con intervenciones bien planeadas de este tipo.

En México se inició, en 1982, un programa de investigación en el que participaron 11 países bajo la supervisión de la Organización Mundial de la Salud, con el fin de evaluar la eficacia de este tipo de intervenciones en centros de atención de primer nivel.⁷ Los pacientes identificados como bebedores en riesgo fueron asignados en forma aleatoria a uno de cuatro grupos de intervención: control, consejo sencillo, manual de información y seguimiento o monitoreo. A los seis meses se citó a todos los pacientes para estimar los cambios en su forma de beber, tomando en cuenta dos variables: la cantidad consumida en el último mes y la ingerida en la ocasión que más bebió. Los resultados mostraron un efecto positivo (disminución del consumo), aunque de magnitud moderada, lo cual señala la potencialidad de este tipo de intervención en nuestro país.

E L B E B E D O R P R O B L E M A

Antes de profundizar en el programa de intervención es importante hacer algunas consideraciones sobre los bebedores problema para quienes, por cierto, no se utiliza el término "paciente", sino el de "cliente", ya que no se les considera enfermos o alcohólicos; de esta forma se fomenta la responsabilidad de la persona con respecto a su conducta y su forma de consumo.

En primer lugar, los bebedores problema no presentan una dependencia severa ni reportan síntomas de retiro. Su consumo problemático data de menos de diez años en promedio y en la mayoría de los casos no han buscado tratamiento previo. Usual-

mente tienen redes sociales y familiares intactas; son pocas las consecuencias que sufren en estos ámbitos por su manera de beber. También es mayor su estabilidad económica y laboral en comparación con quienes tienen una dependencia más severa. Por último, es importante destacar que los bebedores problema no se ven a sí mismos como alcohólicos o diferentes de quienes no tienen problemas con la bebida.⁸

Datos obtenidos con la línea base retrospectiva (instrumento en forma de calendario, creado por Sobell, que permite medir de manera muy precisa la conducta de consumo del bebedor por un periodo de hasta un año) muestran que el consumo diario no es una característica de los bebedores problema. En Canadá las estadísticas muestran que uno de cada tres días no beben y que en cada ocasión de consumo ingieren una media de 7.3 tragos estándar (un trago estándar, por cierto, equivale a 341 mililitros de cerveza, 43 de destilados y 142 de vino de mesa). En México, los bebedores problema permanecen sin consumir cinco de cada siete días, pero la media por ocasión de consumo es más elevada: 10 tragos estándar. Otro dato importante es que en nuestro país, 88% de estas personas, aunque reportaron consumos excesivos, también tuvieron episodios en los que bebieron menos de cuatro copas, lo cual parece indicar que —bajo ciertas circunstancias— pueden controlar su consumo.

E S T R A T E G I A P R O B A D A E N M É X I C O * * * * *

La evaluación positiva de la intervención breve para bebedores problema constituye el fundamento para las acciones de prevención secundaria en este sector. Las intervenciones terapéuticas cognitivo-conductuales muestran una particular efectividad;⁹ se caracterizan por su corta duración, por no ser una intervención compleja, por presentarse en una modalidad de consulta externa y por permitir al usuario o cliente elegir entre la moderación o la abstinencia como metas viables del tratamiento.

Estas aproximaciones están basadas en la teoría del aprendizaje social desarrollada por Bandura,¹⁰ la cual se fundamenta en los principios y procedimientos del condicionamiento clásico y operante, e incorpora otros de gran importancia como los procesos simbólicos, vicarios y de autorregulación. Esta teoría busca explicar la manera en que los individuos adquieren y mantienen una conducta y para ello incorpora tres elementos claves: la importancia de la experiencia que una persona adquiere durante su desarrollo, así como una vulnerabilidad biológica; la importancia de los antecedentes ambientales inmediatos y las consecuencias de la conducta; y los procesos cognoscitivos cuya ausencia o presencia puede explicar —e incluso, conociéndolos, prevenir— algunas conductas de consumo problemático.

La teoría del aprendizaje social propone que el abuso en el consumo de alcohol es una conducta aprendida, un hábito maladaptativo o sobreaprendido dentro de un contexto cultural y en al-

gunos casos, con un componente genético. Es decir, el individuo es un agente activo en el proceso de aprendizaje; por tanto, si una persona abusa del alcohol puede aprender, mediante mecanismos de autorregulación, a modificar su consumo y a hacer un uso no problemático de esta sustancia. Las creencias, las expectativas, las habilidades de afrontamiento y la percepción de la autoeficacia juegan un papel clave en la regulación de las conductas relacionadas con el uso de alcohol.

El componente fundamental que guía la modificación de estos hábitos es la autorregulación, que consiste en un proceso a través del cual el individuo se convierte en el agente principal para dirigir y regular su cambio, a fin de lograr un resultado positivo. La autorregulación busca facilitar el cambio alentando a las personas a identificar las razones para cambiar. Durante el proceso se aprende a analizar la conducta de consumo (identificar los antecedentes y las consecuencias de las situaciones de consumo moderado y excesivo) y se emplean estrategias específicas (fortalezas y recursos de los bebedores problema) para manejar situaciones de alto riesgo que usualmente los llevan a abusar del alcohol, así como estrategias globales (de enfrentamiento) para modificar estilos de vida riesgosos o dañinos.

Enseguida se describen los principales componentes de este modelo desarrollado originalmente en Canadá¹¹ y posteriormente aplicado, evaluado y adaptado para México con el nombre de "programa de cambio dirigido para bebedores problema".¹²

El programa consiste en una intervención breve y motivacional que ayuda al usuario a comprometerse a cambiar su conducta, así como a organizar y usar sus fortalezas y recursos para resolver los problemas relacionados con el alcohol. La meta es ayudarlo a desarrollar estrategias generales de solución de problemas que le permitan enfrentar cambios en el estilo de vida o de conducta. El programa incluye una evaluación inicial con la que se obtiene información sobre el problema de consumo de la persona y algunas variables importantes que deben tomarse en cuenta. Después, el usuario recibe material de lectura y tareas relacionadas y asiste una vez por semana, durante 45 minutos aproximadamente, a cuatro sesiones de tratamiento. Es muy importante destacar que las personas que acuden a este programa tienen distintos problemas y circunstancias que los llevaron a un consumo excesivo y, por tanto, tendrán diferentes estrategias de cambio. La flexibilidad y adaptación a las necesidades de cada persona debe ser la principal consideración cuando se aplica este programa.

LA EVALUACIÓN EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

La admisión es el primer paso en el programa de intervención breve y su importancia radica en ser el primer contacto que el cliente tiene con el terapeuta y donde éste recibe valiosa información. Antes de iniciar la evaluación, el terapeuta debe iden-

tificar cuán comprometida está la persona para el cambio. En este modelo, la motivación no es una característica propia del cliente ni algo que posea, sino algo que se desarrolla y se actúa. Ello implica reconocer un problema y buscar —empezar, continuar y completar— una estrategia de cambio.

Un modelo muy útil para identificar el proceso de cambio fue desarrollado por Prochaska y DiClemente,¹² quienes al estudiar cómo ocurren los cambios en las personas (dejar de fumar o bajar de peso), observaron que el cambio pocas veces es un evento repentino, ya que involucra una serie de etapas, que a continuación se describen brevemente: a) precontemplación: la persona no considera el cambio como necesario, llega al tratamiento forzado por terceros; b) contemplación: la persona identifica que tiene un problema pero rechaza la idea de cambiar ("sí, pero..."); c) determinación: la persona está convencida de la necesidad de un cambio y el terapeuta debe darle estrategias para lograrlo; d) acción: existe un compromiso claro para hacer algo y cambiar; y e) mantenimiento: el reto de las conductas adictivas es mantener el cambio y prevenir recaídas.

Las tres últimas etapas se revisan con detalle en el tratamiento, mientras que las tres primeras son parte fundamental de una entrevista de admisión. Dicha entrevista consiste en un proceso de confrontación en el que se intenta llevar al cliente hacia una responsabilidad personal con su problema e iniciar el proceso de cambio. Es decir, se intenta mover al individuo de las etapas de precontemplación o contemplación a las de determinación y acción.

En este momento se debe obtener información relevante para utilizarla y hacer responsable al cliente de su cambio. La información que se obtiene durante la evaluación inicial proporciona al terapeuta datos sobre la forma de consumo y los problemas que ya presenta el cliente; a éste le ofrece una experiencia que permite determinar cuán severo es su problema respecto a otras personas; lo motiva y responsabiliza de su cambio. La información que se recolecta durante esta primera sesión incluye: información sobre variables sociodemográficas, historia y patrón de consumo, situaciones antecedentes y consecuencias relacionadas con el beber, utilizando diferentes instrumentos.

Lo primero que debe medirse es el grado de dependencia al alcohol, para determinar si puede participar en el programa o se canaliza a un tratamiento más intenso. Como procedimiento de tamizaje se recomienda la Escala de Dependencia del Alcohol,¹⁴ así como la Escala Breve de Dependencia del Alcohol.¹⁵ Ambos instrumentos son sensibles a los niveles bajos de dependencia; además, son sencillos, rápidos de administrar y calificar y tienen características psicométricas satisfactorias.

Medir el patrón de consumo es la parte medular de la evaluación. Para ello se aplica la línea base retrospectiva de alcohol, que

consiste en pedirle a la persona que reconstruya su consumo diario por un intervalo específico utilizando un calendario. Quienes no estén familiarizados con esta técnica pensarán que una persona no será capaz de recordar su consumo de alcohol durante periodos largos; sin embargo, estudios en México y otros países¹⁶ muestran que es una técnica confiable y válida para resumir la cantidad, frecuencia y grado de variabilidad del consumo de una persona.

También deben identificarse las situaciones de riesgo que preceden el consumo excesivo. Para medir tales situaciones —divididas en las personales y las que involucran a terceros— se desarrolló un cuestionario llamado inventario de situaciones de consumo excesivo.¹⁷ Por último, antes de iniciar el tratamiento se mide la confianza o nivel de autoeficacia que el usuario tiene en el control del consumo en situaciones de riesgo.

Al final de esta primera sesión de evaluación se le proporciona al usuario una lectura y un ejercicio que debe traer a la próxima sesión siete días después. Mientras tanto, los instrumentos son calificados, se determina si se requiere mayor información y se establece el plan de tratamiento.

El usuario también realiza un "automonitoreo", un componente básico en este tratamiento que puede definirse como la observación y el registro sistemático de la conducta de consumo del cliente. Este registro debe llenarse diariamente y durante todo el tratamiento con la cantidad y el tipo de bebida consumida, lugar, situación en la que se consumió y estado de ánimo, durante las cuatro sesiones de tratamiento, lo que servirá para tener una medida de su forma de consumo.

PREPARACIÓN, METAS Y AUTOMONITOREO

Esta primera sesión tiene como objetivo incrementar la motivación para el cambio y conocer el nivel de autoeficacia del usuario. Es apropiado iniciarla proporcionando al usuario información sobre algunos temas relacionados con el alcohol: mecanismos de absorción, metabolismo, tolerancia, contenido de alcohol de diferentes bebidas, conversión a trago estándar y efectos del alcohol en el organismo. Posteriormente, se revisan los resultados del patrón de consumo del usuario (línea base retrospectiva) y se comparan con el consumo promedio que tiene la población de nuestro país y el consumo que él tuvo durante la última semana (automonitoreo). Una vez proporcionada esta información y habiendo contestado las dudas del usuario se revisa la "balanza decisional" y se discuten los beneficios y los costos para llevar su forma de beber hacia la moderación o la abstinencia, así como los costos de continuar como hasta el último año. Esta discusión busca disminuir lo atractivo del consumo excesivo y ahondar en las razones del cambio.

Posteriormente se realiza el primer "establecimiento de metas". Desde la perspectiva de una intervención motivacional, lo prin-

cial no es el tipo de meta elegido, sino la forma como el usuario tomó esa decisión. Las metas representan una norma o modelo interno utilizado por las personas para evaluar su propia ejecución; la investigación¹⁸ sugiere que cuando éstas se involucran en el proceso de decisión realizan mejor su meta que cuando son designadas por otros. A largo plazo, lograr una meta autoseleccionada fortalece la confianza y ayuda a mantener el cambio de conducta. Es importante señalar que cuando hay contraindicaciones médicas debe ser discutida una meta de moderación y se debe sugerir la abstinencia.

Al establecer la meta de la moderación es importante proporcionar algunas recomendaciones a los usuarios: « Consumir no más de cuatro tragos estándar por ocasión, no más de uno por hora y no beber diariamente; es decir, un máximo de 12 tragos por semana. En el caso de las mujeres el máximo aceptado por ocasión son tres tragos y un máximo de nueve por semana. Estos límites de consumo están basados en diversos estudios internacionales.¹⁹ « Imponerse un lapso entre copa y copa de 15 a 20 minutos para pensar en su meta, considerar si llegó el momento de ya no beber más y así evitar el consumo impulsivo. « Consumir alimentos mientras beben. « Alternar bebidas alcohólicas con refrescos sin alcohol.

SITUACIONES DE RIESGO Y RECAÍDAS * * *

Para iniciar la segunda sesión es importante recordar que los bebedores problema no siempre toman en exceso; algunas veces pueden mantener un control adecuado sobre su consumo o simplemente no beber. También es necesario que el terapeuta obtenga información sobre las diferentes situaciones en que ocurren ambas conductas. El cliente debe identificar por lo menos tres situaciones que lo han llevado a beber excesivamente, así como las consecuencias positivas y negativas que ha experimentado en ellas. Estas situaciones —llamadas de riesgo— se comparan con los resultados obtenidos en la evaluación inicial por medio del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol. El objetivo de esta comparación es llevar a cabo un análisis funcional de la conducta, al identificar antecedentes y consecuencias de la forma de beber del cliente.

Asimismo, dentro de esta sesión el terapeuta discute la alta probabilidad de que —durante o después del tratamiento— un bebedor problema tenga una recaída, la cual se define como una ocasión en que el consumo rebasa la meta autoimpuesta debido a una situación específica. En este programa se destaca la importancia de considerar la recaída no como un fracaso personal o un indicador de que el tratamiento no funciona, sino como una experiencia necesaria en un proceso de cambio de un comportamiento adictivo.

Con esta información el terapeuta subraya la importancia de que el usuario aprenda a identificar sus situaciones de riesgo y a

afrontar efectivamente los antecedentes. Al hacerlo, no sólo evitará la recaída, sino que experimentará un incremento en su confianza de poder controlarse, lo que hará menos probable que ocurra una vez más.²⁰

ESTRATEGIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Durante la tercera sesión se trabaja en un programa general de solución de problemas, en donde el usuario debe estipular una serie de alternativas que lo ayuden a evitar que el consumo excesivo se dé ante estas situaciones. Es muy importante explicarle que en el proceso de aprender a beber moderadamente no puede actuar de manera impulsiva o en forma no planeada. A fin de lograr un consumo moderado se debe preparar para actuar ante ciertas situaciones, en particular aquellas identificadas como de riesgo. Es decir, el usuario debe saber cuántas copas beberá y qué estrategias utilizará para controlar su consumo. También debe anticiparse a algunas dificultades como la presión de los amigos y debe contar con las respuestas de afrontamiento adecuadas para tales situaciones.

Durante esta sesión también se discuten algunas actividades que puede llevar a cabo y que resulten incompatibles con el beber, con la finalidad de que los momentos que tradicionalmente el bebedor utilizaba para consumir alcohol en exceso ahora los emplee en llevar a cabo estas nuevas actividades. Con esta información el terapeuta y el usuario evalúan cada alternativa en términos de los resultados; deciden cuál es la mejor —tomando en cuenta los estilos de afrontamiento del usuario y sus redes de apoyo disponibles— para después desarrollar un plan de acción o programa de cambio. Si durante esta sesión el terapeuta determina que el usuario no cuenta con las habilidades necesarias, se debe programar sesiones adicionales para lograr tal aprendizaje.

NUEVO ESTABLECIMIENTO DE METAS * * *

En la cuarta sesión, el terapeuta comenta los avances logrados por el cliente relacionados con sus planes de acción y hace un resumen de los resultados obtenidos en las sesiones anteriores, también evalúa su consumo actual y lo compara con su consumo inicial y su primer establecimiento de metas, con el propósito de establecer una segunda meta (abstinencia o moderación) para el futuro. Es importante revisar la meta del cliente en este momento, pues tras haber tenido cuatro sesiones de tratamiento, el usuario sabrá si es la más apropiada para sus necesidades y qué estrategia ha sido adecuada para lograrla.

Durante esta sesión cliente y terapeuta también determinan si son necesarias sesiones adicionales para revisar los componentes que aún no han alcanzado el nivel de ejecución esperado o se realizan planes de acción para otras áreas problemáticas.

Para finalizar, el terapeuta deberá comentar al cliente que será contactado sistemáticamente para medir los resultados del pro-

grama (seguimiento). Durante estos contactos el cliente tendrá la oportunidad de evaluar su progreso y fortalecer el uso de los procedimientos del tratamiento. Este contacto permite: evaluar los aspectos del tratamiento que son especialmente efectivos; fortalecer el proceso de tratamiento —prevenir una recaída inminente y si sucedió analizarla— sugiriendo pasos adicionales que el cliente debe tomar en cuenta; documentar los beneficios obtenidos e ir dando forma a una intervención más efectiva y eficiente; y, finalmente, obtener nuevos conocimientos que permitan refinar el proceso para que beneficie a quienes busquen tratamiento en el futuro.²¹

PRINCIPALES RESULTADOS

Los efectos del programa de cambio dirigido para bebedores problema, aplicado experimentalmente en México, coinciden con los resultados de otros países.²² En general, se observan más días de abstinencia, menos tragos por ocasión, menos días de consumo excesivo y menos problemas asociados a éste.

Algunas características de los bebedores problema se observan en la figura 1; quienes iniciaron y terminaron el programa seleccionaron en su mayoría la moderación como meta inicial y hacia el final el porcentaje aumenta en 5 puntos (véase figura 2).

Estos resultados son similares a los reportados en otros países.

En la evaluación inicial se encontró que los clientes se mantenían abstemios 73% de días al mes; un nivel similar se reportó durante el tratamiento y en el seguimiento a los seis meses hubo un incremento significativo al llegar a 84%; al año se reportó 82%. Estos datos indican que este tratamiento de moderación no incrementó la frecuencia de consumo, sólo incidió en particular sobre la cantidad consumida.

En las situaciones donde estas personas bebieron se puede observar (figura 3) que en la fase de evaluación inicial el consumo muy excesivo —más de diez tragos estándar— representa el mayor número de días de consumo (9% aproximadamente), sin embargo, durante el tratamiento y en los seguimientos el consumo moderado —de uno a cuatro tragos— es la forma de consumo típica. Estos cambios fueron estadísticamente significativos y no indican precisamente resultados ideales, pues en la mayoría de los casos el consumo fue mayor a los límites establecidos.

Otro indicador es la comparación del promedio de tragos estándar que se beben en cada ocasión. En la fase inicial el promedio fue de nueve con un máximo de 27, cifra que se reduce a 4.4 tragos en la fase de tratamiento. Durante los seguimientos hay un ligero incremento en el promedio: 5.8 y 6.5 tragos estándar a los seis y 12 meses, respectivamente. Estas diferencias también resultaron ser estadísticamente significativas.

Para evaluar el impacto de la intervención sobre los problemas relacionados con el consumo excesivo, éstos se clasificaron en ocho áreas: laboral, de salud, afectiva, cognitiva, interpersonal,

de agresión, legal y financiera. Se observó una reducción significativa en seis de las ocho áreas evaluadas, con excepción de los problemas legales y de salud. Al inicio de la intervención 62% de las personas reportó insatisfacción con su calidad de vida. Un cambio radical se observó durante las visitas a los seis y 12 meses, cuando 70% y 79%, respectivamente, reportó estar satisfecho. Por último, un objetivo central de la intervención es aumentar la confianza para controlar el consumo en situaciones de riesgo. Los resultados muestran un incremento en los puntajes de confianza a los seis meses, tendencia que continúa en la fase de seguimiento.

¿FUNCIONAN ESTAS OPCIONES?

Quizá la consideración más apropiada para este tipo de intervención es que varios estudios señalan resultados sorprendentemente parecidos en diferentes culturas.²⁴ Su impacto principal radica en la motivación para el cambio en etapas tempranas y en que una vez que se ha logrado este deseo, el individuo puede modificar su conducta con un mínimo de ayuda profesional (consejo), ya que la intervención provoca o instiga un proceso de cambio que de otra forma no se daría o se retrasaría. Se estima lógico empezar con estrategias sencillas que busquen este cambio y --si éstas no resultan-- utilizar intervenciones más complejas. Saber cuál estrategia es óptima deberá esperar el juicio de nuevas investigaciones de campo que comparen diferentes opciones.²⁵

Los resultados de este trabajo muestran que el programa de cambio dirigido para bebedores problema es una buena alternativa de intervención para individuos con niveles bajos y medios de dependencia del alcohol. Los cambios reflejados en los resultados parecen mantenerse a lo largo del tiempo (seguimientos). Si además se toma en cuenta que se trata de una forma de intervención de bajo costo, que no requiere de entrenamiento especializado por los terapeutas, que no es un tratamiento intrusivo y que incrementa la autoestima de las personas, resulta un programa adecuado para países con la problemática de consumo y recursos limitados del nuestro.

Por otro lado, la posibilidad de incorporar este tipo de intervenciones breves en un primer nivel de atención en instituciones de salud pública haría posible ampliar la oferta de este tipo de servicios para un sector que no tiene, en general, opciones adecuadas de atención, pero cuyo patrón de consumo lo pone en riesgo de desarrollar una dependencia severa del alcohol y experimentar un creciente número de problemas. La mayoría de estos bebedores acuden frecuentemente a los servicios de salud, de empleo o de asistencia social. En estos lugares se puede hacer una detección temprana que permita una intervención que impida que el problema avance y que resulte más costoso para nuestros sistemas de atención a la salud.

FIGURA 1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS CLIENTES DEL TRATAMIENTO

EDAD PROMEDIO	GÉNERO	AÑOS DE ESTUDIO	ESTADO CIVIL	SITUACIÓN LABORAL
37 años	86% hombres 14% mujeres	14 (profesional)	55% casados 36% solteros 9% separados/divorciados	77% empleados 9% desempleados 14% otros (estudio, hogar)

FIGURA 2 PREFERENCIA DE METAS DE TRATAMIENTO N=177

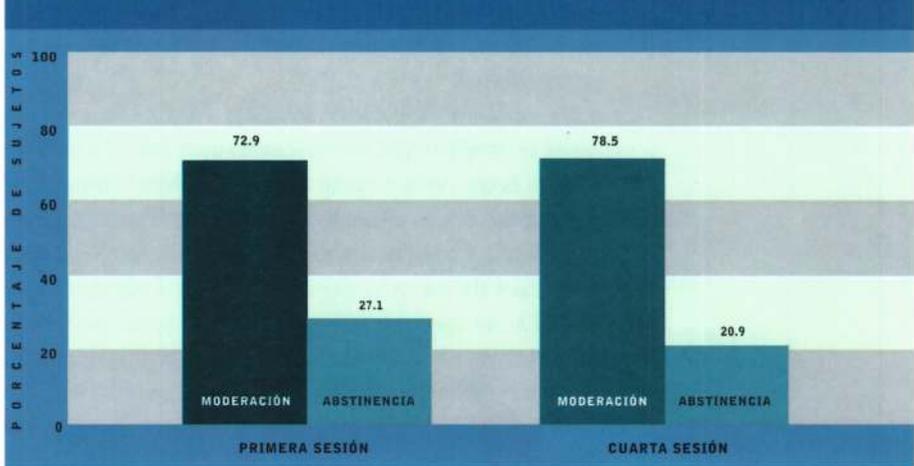
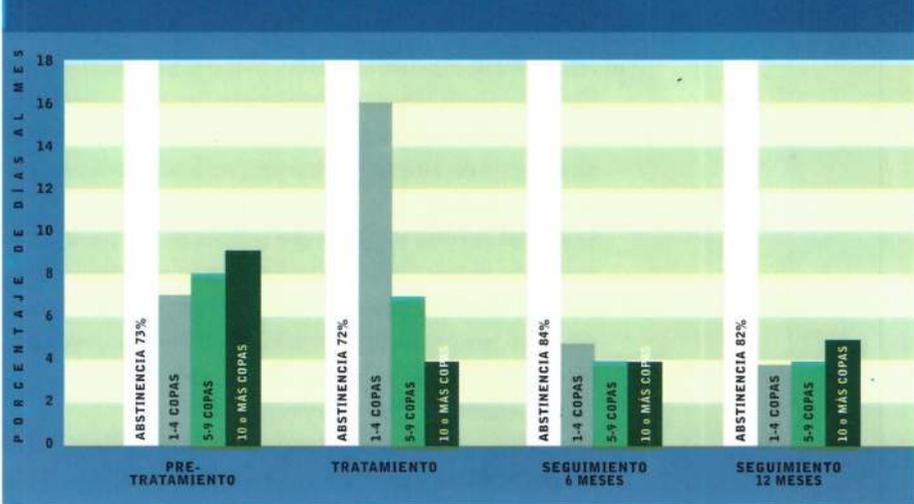


FIGURA 3 PATRÓN DE CONSUMO N=177



N O T A S

- 1 *** Encuesta Nacional de Adicciones, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, 1993.
- 2 *** Medina Mora, M. E., et al., "Patterns of Alcohol Use in Mexican Urban Population: Results from a National Survey", documento presentado en el 17th Annual Alcohol Epidemiology Symposium, en Sigüta, Suecia, 1991.
- 3 *** Miller, W. R., "Controlled Drinking: A History and Critical Review", en *Journal of Studies on Alcohol*, núm. 44, 1993, pp. 68-83.
- 4 *** Heather, N., "Change without Therapists [...]", en Miller y Heather (eds.),

- Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*, Nueva York, Plenum, 1986; y Chick, J., et al., "Counselling Problem Drinkers in Medical Wards: A Controlled Study", en *Brit Med Journal*, núm. 290, 1985, pp. 965-967.
- 5 ***Chick, J., "Secondary Prevention of Alcoholism and the Centres d'Hygiene Alimentaire", en *British Medical Journal of Addiction*, núm. 79, 1984; y Babor, T. F., et al., "The Early Detection and Secondary Prevention of Alcoholism in France", en *Journal of Studies on Alcohol*, núm. 44, 1983.
- 6 ***Bien, T. H., et al., "Brief Interventions for Alcohol Problems: A Review", en *Addiction*, núm. 88, 1993, pp. 315-336.
- 7 ***Campillo, C., et al., "El médico general frente al bebedor problema", en *Salud Mental*, núm. 11, vol. 2, 1988, pp. 4-11; y Saunders, J. B. et al., "Who Collaborative Project on Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption", Ginebra, 1987.
- 8 ***Sobell, L. C. y Sobell, M. B., "Treatment for Problem Drinkers: a Public Health Priority", en Baer, J. S. et al., (eds), *Addictive Behaviors Across the Life Span*, Londres, Sage Publications, 1993.
- 9 ***Sanchez Craig, Annis, Bomet y MacDonald, 1984; Alden, 1988; Miller, Leckman, Derlaney y Tinkcom, 1992; Sobell y Sobell, 1993.
- 10 ***Bandura, A., *Social Foundations of Thought and Actions: A Social cognitive Theory*, Nueva Jersey, Prentice Hall, 1986.
- 11 ***Sobell, M. B. y Sobell, L. C., *Problem Drinkers. Guided self-change treatment*, Nueva York, The Guilford Press, 1993.
- 12 ***Ayala, H., et al., "Los resultados iniciales de un programa de auto-control para bebedores problema en México", en *Salud Mental*, núm. 18, vol. 4, 1995.
- 13 ***Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C., "Toward a Comprehensive Model of Change", en W. R. Miller y N. Heather (eds.), *op. cit.*
- 14 ***Skinner, et al., *Escala de Dependencia al Alcohol*, México, Porrúa, 1998.
- 15 ***Davidson y Raistrick, *Breve Escala de Dependencia al Alcohol*, México, Porrúa, 1998.
- 16 ***Sobell, M. B. y Sobell, L. C., "Timeline Follow back: [...]!", en Allen y Litten (eds.), *Measuring alcohol consumption; Psychosocial and Biological Methods*, Nueva Jersey, Human Press, 1992.
- 17 ***Annis, H., et al., *Inventario de situaciones de consumo de alcohol*, México, Porrúa, 1998.
- 18 ***Miller, W. R. y Hester, "The Effectiveness of Alcoholism Treatment: What Research Reveals", en W. R. Miller y N. Heather (eds.), *op. cit.*
- 19 ***Babor, et al., "Social Drinking as a Health and Psychosocial Risk Factor", en Galanter (ed.), *Recent Development in Alcoholism*, Nueva York, Plenum, 1987; y Sánchez-Craig e Israel, "Pattern of Alcohol Use Associated with self identified Problem Drinkers", en *Am Jour of Public Health*, núm. 75, 1985.
- 20 ***Martatt y Gordon, J., *Relapse Prevention*, Nueva York, Guilford Press, 1985.
- 21 ***Ayala, H., et al., *Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber*, México, Porrúa, 1998.
- 22 ***Sobell, M. B., et al., "Portraying Alcohol Treatment Outcomes: Different Yardsticks of Success", en *Behavior Therapy*, núm. 26, 1995.
- 23 ***Bien, T. H., et al., *op. cit.*; y Miller W. R. y Rollink, S., *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*, Nueva York, Guilford Press, 1991.
- 24 ***Ayala, H., et al., "Autocontrol dirigido: Intervenciones breves para bebedores excesivos de alcohol en México", en *Rev Mex Psic*, núm. 14, 1997.

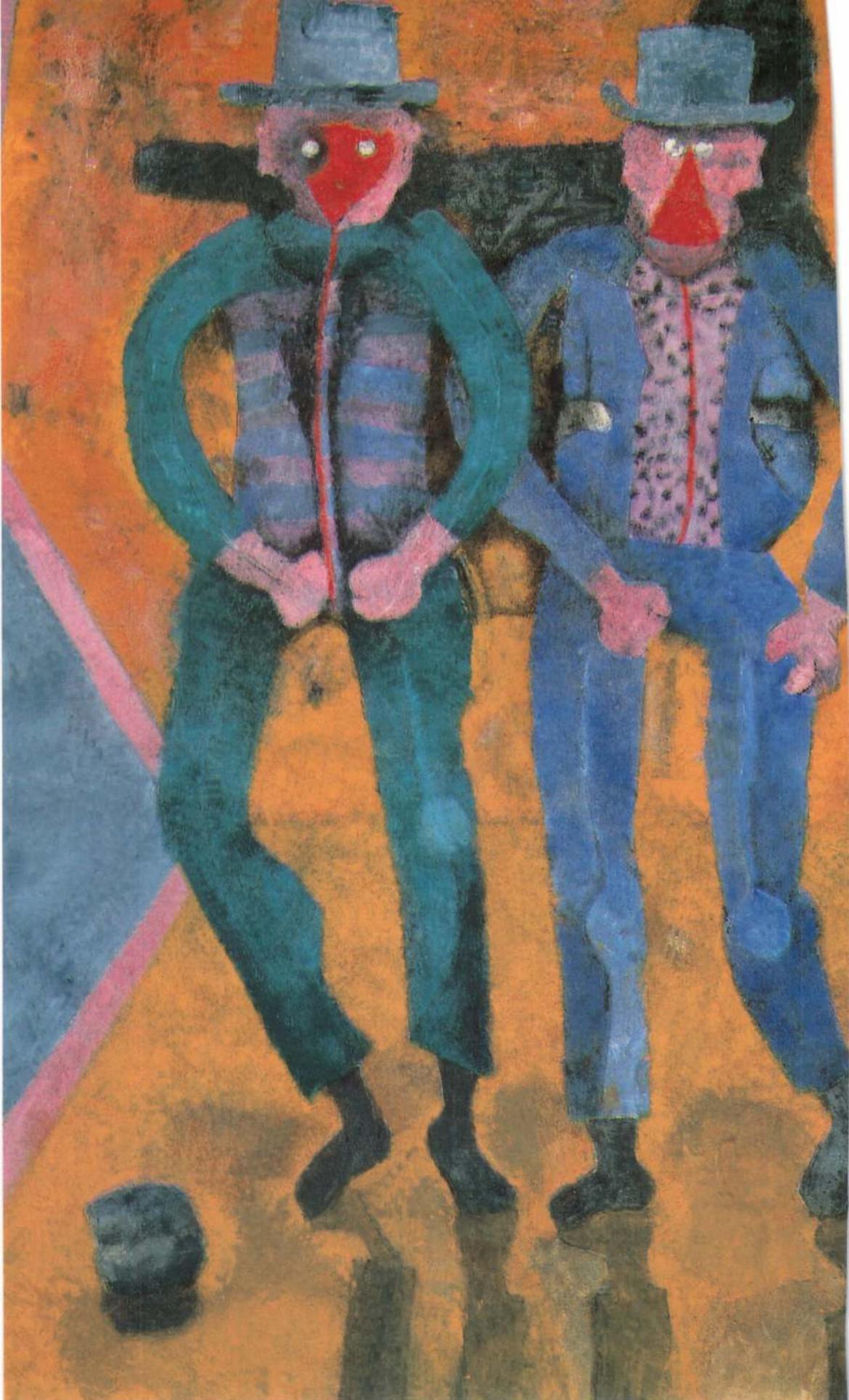
TRATAMIENTO DEL

alcoholismo



José Antonio Elizondo López





E

l ser humano ha bebido alcohol desde hace por lo menos cinco mil años. En muchas culturas, su consumo ha estado relacionado con el sentimiento religioso. Los egipcios dieron crédito a Osiris por haberles permitido conocer el vino, los hebreos a Noé, los griegos a Baco, los romanos a Dionisios y los aztecas a Mayahuel.¹ Éste es, sin embargo, el único don divino que no satisface las necesidades primarias del humano y cuyo exceso provoca vergüenza, degradación y destrucción.²

El contexto histórico del tratamiento del alcoholismo abarca aspectos extraterapéuticos, pues su prevención, tratamiento y rehabilitación data de apenas 60 años. A lo largo de la historia, ha sido abordado bajo diferentes modelos; el primero fue el religioso, dada la prevalencia del consumo ritual del alcohol en las comunidades primitivas. Más tarde, ante la necesidad de imponer controles sociales por su consumo excesivo, surgió el modelo moral. Ambos prevalecen aún en nuestros tiempos y han tenido una poderosa influencia en la forma en que se ha pretendido evitar o disminuir los problemas consecuentes.

El modelo religioso es radical en cuanto que prohíbe absolutamente el consumo. El Corán, libro sagrado de los musulmanes, es categórico en su prohibición: "aquel de los seguidores que no cumpla ésta y otras reglas divinas será arrojado al fuego devorador, en tanto que a quien haya observado fielmente los preceptos de Alá, le serán abiertas las puertas del paraíso para gozar en él eternamente".³

En algunas comunidades, este rígido control se dispensaba en fiestas religiosas, cívicas o militares, cuando la gente bebía libremente, llegando incluso al exceso. Ejemplo de ello son las famosas "bacanales", prolongadas libaciones que los griegos y romanos dedicaban a Baco o a Dionisios. Entre los aztecas estaba prohibido que bebieran los menores de 50 años, pero en ciertas festividades todo el pueblo lo podía hacer, incluso los niños y mujeres. Hasta la fecha, en algunas comunidades indígenas mexicanas, las mujeres —habitualmente abstemias— consumen alcohol excesivamente en la fiesta del santo patrono del pueblo sin que sean mal vistas. Estos rituales son mecanismos homeostáticos que permiten el desahogo de ciertas ten-

PÁGINA ANTERIOR:

Rufino Tamayo.

Hombres caminando.

1980. Óleo sobre tela.

129.5 x 94 cm.

Colección Tony

Randall, Nueva York.

PÁGINAS 164 Y 165:

Cordelia Urueta.

Resplandor. 1985.

Óleo sobre tela.

140 x 120 cm.

Colección Fundación

de Investigaciones

Sociales, A.C.

siones colectivas sin que se pierda el control político y social de la población.

Al generalizarse el uso del alcohol para acompañar los alimentos o para buscar la alegría y la relajación, los crecientes problemas provocados por su abuso dieron lugar a que la sociedad —ya al margen de los preceptos religiosos— estableciera controles en torno al consumo. Surge así el modelo moral que tiene dos corrientes; una radical —que predica la abstinencia— y otra que acepta el consumo moderado y condena el uso excesivo.⁴ Esta última predominó en Europa occidental, donde surgieron en el siglo xv los famosos movimientos de temperancia, que después fueron exportados a las colonias inglesas de Norteamérica. Dichos movimientos adquirieron tal fuerza social y política en Estados Unidos que en 1921 se promulgó la enmienda constitucional que prohibía la fabricación y venta de todas las bebidas alcohólicas. Después, algunos países han desarrollado controles legales sobre su producción, comercialización y venta, pero los resultados de estas medidas, conocidas como "neo-prohibicionismo", han sido muy discutibles en cuanto a la disminución de los problemas médico-sociales provocados por el excesivo consumo alcohólico.

En 1935, dos años después de que se levantó la prohibición, surgió en Estados Unidos el movimiento de Alcohólicos Anónimos (AA), que provocó una verdadera revolución en la concepción médica y social del alcoholismo al abrir una etapa nueva para su tratamiento. La fuerte presión social creada por AA influyó poderosamente para que la medicina se viera obligada a revisar el fenómeno. La Organización Mundial de la Salud creó un comité de expertos en alcoholismo que en 1953 incorporó este trastorno a la Clasificación Internacional de Enfermedades. En 1960 apareció el trabajo del doctor E. M. Jellinek, "El concepto de alcoholismo como enfermedad",⁵ en el que se fundamentan los elementos que validan este conjunto de síntomas como una enfermedad y en el que se desarrolla la primera clasificación del alcoholismo de acuerdo con las características clínicas de los pacientes.

A partir de entonces, la medicina y las ciencias sociales y del comportamiento han propuesto diversas acciones para prevenir, tratar y rehabilitar a las personas con problemas asociados al consumo de alcohol. Así, han aparecido nuevos modelos como el psicológico, el sociocultural, el epidemiológico, el multidisciplinario y otros que plantean soluciones diferentes a un mismo problema. Aunque los resultados logrados aún son discutibles, es indudable que la sociedad en general ha asumido una posición mucho más preocupada y responsable al involucrarse seriamente en el problema y promover nuevas actitudes generacionales que apuntan hacia un cambio de mentalidad que indiscutiblemente ayudará a la solución de este grave problema en el futuro.

No se puede distinguir con certeza el origen de la terapéutica empírica —basada fundamentalmente en conocimientos fisiológicos y botánicos— de prácticas mágicas y creencias religiosas.⁶ Las culturas occidentales creyeron durante siglos en la existencia de brujas y en la eficacia de los ungüentos que presuntamente preparaban. Se pensaba entonces que el vuelo chamánico podría llevar a otras instancias del universo; paulatinamente, esta posibilidad se limitó a individuos superdotados y, finalmente, se esclareció la necesidad de usar fármacos que lo facilitarían. Sin embargo, mientras algunos usaban estas sustancias "divinas", e incluso las controlaban, otros caían completamente bajo su dominio, y nunca más se liberaban de ellas. La voluntad se diluía en el placer provocado por la experiencia o se quedaba sofocada en el angustioso malestar de carecer de dicha sustancia.⁷

En los primeros grupos humanos (tribus, pequeñas comunidades agrícolas), los tratamientos mágicos y herbolarios eran utilizados entre quienes padecían los excesos alcohólicos, que no se consideraban víctimas de una enfermedad, sino de los espíritus o demonios. Este mal también podía aceptarse de manera pasiva y fatalista, como entre los antiguos mexicanos que consideraban que los nacidos bajo el signo 2 conejo (*ometochtli*) estaban destinados a ser afectos al alcohol.

En comunidades culturalmente rezagadas y en ciertos sectores de la población urbana, la ignorancia y el arraigo a las antiguas tradiciones permiten que muchas personas sigan recurriendo a brujos, curanderos y hierberos para "curarse" del mal de la ebriedad.

EL PODER TERAPÉUTICO DE LA RELIGIÓN

A pesar de las intensas campañas educativas, un sector muy importante de la población aún considera al alcoholismo un "vicio" más que una enfermedad, lo que convierte al alcohólico en un degenerado o, en el mejor de los casos, en un débil moral. El bebedor excesivo y el alcohólico desarrollan un sistemático sentimiento de culpa, sobre todo a la mañana siguiente de una intensa borrachera, lo que popularmente se conoce como "cruda moral". La culpa, sumada al estigma social que significa el abuso del alcohol, le provocan una sensación de autodevaluación que lo orilla a una necesidad neurótica de expiación.

Este fenómeno ha sido aprovechado por diferentes movimientos religiosos para invitar a sus feligreses a que refuercen la observancia de sus normas y ritos para mantenerse en abstinencia. Para muchas doctrinas, los diversos tipos de ebriedad son "paraísos artificiales" que amenazan a la sociedad como plagas de impureza y requieren una extirpación inmediata. Aunque el primer demonizado es el alcohol, el fundamentalismo cristiano extiende a otras drogas su condena.⁸

La lucha moral contra el alcoholismo cobró tal fuerza política y social en Estados Unidos que a finales del siglo XIX surgió el partido prohibicionista, cuyos principales seguidores eran las mujeres y las minorías descontentas, principalmente la población negra y la clase media rural, que encontraban en la embriaguez alcohólica un fundamento universal de maldades.⁹

Al radicalizarse este enfoque moralizante, surgieron en la Iglesia metodista los "grupos Oxford" que rescataban el puritanismo, la severidad y el rigor de los primeros peregrinos de Nueva Inglaterra. En Alemania, la Iglesia protestante financió desde 1885 a un grupo de autoayuda denominado *Blaues Kreuz* (Cruz Azul), mientras que la Iglesia católica apoyó a otro grupo con fines similares, el *Kreuzbund* (Liga de la Cruz), fundado en Aachen en 1896.¹⁰

Aunque por motivos diferentes, el modelo religioso-moral también ha sido muy influyente en México. Durante la colonización española, el alcoholismo cundió entre los indios como una epidemia similar a la viruela. Prueba de ello es el testimonio de fray Bernardino de Sahagún: "Este es el vino que se llama *octli*, que es raíz y principio de todo mal y de toda perdición, porque este *octli* y esta borrachería es causa de toda discordia y disensión y de todas revueltas y desasosiegos de los pueblos y reinos, es como un torbellino que todo lo revuelve y desbarata, es como una tempestad infernal que trae consigo todos los males juntos".¹¹ Al bebedor excesivo se le consideraba casi un poseso del demonio y, desde luego, un pecador. Este enjuiciamiento religioso-moral del alcohólico persiste hasta nuestros días, particularmente en ciertas esferas sociales.

Un estudio socioantropológico en el barrio de Tepito, en la ciudad de México, dejó ver los remedios que sus pobladores han utilizado para tratar el alcoholismo de un familiar: creyó que con cariño se iba a "corregir"; pensó que al casarse él iba a dejar de tomar; le dio pastillas antialcohólicas y polvos; lo llevó a "jurar"; prendía veladoras, rezaba rosarios y novenas; fue a ver a un brujo para que lo tratara con conchitas molidas del mar.¹²

Como se puede advertir, los recursos mágico-religiosos tienen gran vigencia en ciertos estratos de la población mexicana y entre ellos destaca prioritariamente el juramento. Éste es un rito muy socorrido que consiste en acudir a una iglesia (en la ciudad de México y sus alrededores se prefiere la basílica de Guadalupe) y celebrar un acto religioso (rezar, dar una limosna y recibir una estampa religiosa en donde se consigna el tiempo que se dejará de beber). El individuo promete entonces no tomar bebidas alcohólicas durante un lapso variable. La mayoría cumple cabalmente su promesa, en tanto que otros piden "permiso" para beber en ciertas fechas como el día de la madre o año nuevo. Otros —los menos— hacen caso omiso del juramento. La estampa religiosa (casi siempre con la efigie de

la Virgen de Guadalupe) infunde respeto entre los amigos del alcohólico y basta saber que alguien está jurado para que no se le insista en beber.

Aunque el juramento suele ser una medida efectiva y poderosa, generalmente no se logra una solución definitiva ya que, casi siempre, al terminar el plazo establecido, el sujeto vuelve a beber y generalmente lo hace con mayor frecuencia e intensidad que la última vez. También es cierto que algunos bebedores, al terminar su juramento, hacen otro de inmediato y así sucesivamente hasta que se habitúan a la abstinencia. Otros aprovechan este lapso de sobriedad para probar alternativas como Alcohólicos Anónimos, lo que a algunos les permite una recuperación permanente.

DEL PSICOANÁLISIS AL CONDICIONAMIENTO

La revolución psicológica de principios del siglo xx, propiciada por Sigmund Freud y sus seguidores, dio lugar a una nueva etapa en la comprensión de los trastornos mentales. Con su aportación sobre la teoría del inconsciente, el aparato psíquico y la importancia de las vivencias infantiles, el psicoanálisis influyó fuertemente en la psiquiatría, a la que prácticamente dividió en dos extremos: por un lado, el diván del psicoanalista —que pretende resolver los "conflictos neuróticos" del paciente— y, por el otro, el manicomio del "alienista" que no es sino el basurero de los desahuciados mentales. Con el advenimiento de la psiquiatría biológica, esta disciplina recuperó su justo papel: una rama de la medicina interna, que trata a sus enfermos en consultorios y hospitales generales, y que reduce los antiguos manicomios a hospitales psiquiátricos de corta estancia.

De acuerdo con el modelo psicológico del alcoholismo, los psicoanalistas, psicólogos y psicodinamistas pueden partir de la idea de que el alcoholismo es sintoma de una perturbación emocional subyacente. Así, este mal quedó en la misma categoría de las entonces llamadas "neurosis obsesivas" (hoy trastorno obsesivo-compulsivo), por su resistencia a la interpretación y al tratamiento.

El psicoanálisis subraya el empleo del alcohol como sustituto adulto de los efectos de alivio que ofrece la leche en la infancia, ya que temporalmente produce un sentimiento de calma y bienestar y reduce los sentimientos hostiles.¹³ El alcohólico fue entonces enviado al psicoanalista para resolver, principalmente, su "regresiva oralidad", además de su inmadurez de personalidad (arcaica, fijada en niveles muy tempranos de desarrollo, con defensas frágiles e inestables), su poco autocontrol emocional, su tendencia a fugarse de la realidad, sus intensos sentimientos de inferioridad, su gran inseguridad, su narcisismo y su baja tolerancia a la frustración.

Sin embargo, esta experiencia resultó bastante frustrante en general, pues muchos pacientes interrumpían el tratamiento por sus constantes recaídas y quienes lo continuaban tenían el pro-

pósito de controlar la bebida una vez que superaran sus conflictos emocionales, pero con frecuencia fracasaban y volvían a su conducta de descontrol alcohólico. Por esa razón, muchos psicoanalistas --Karl Abraham entre ellos-- solían no aceptar alcohólicos para el análisis por "tener muy poca capacidad de *insight*, ser resistentes al cambio y poseer un alto grado de regresión infantil, casi a niveles psicóticos".¹⁴

Lo anterior no significa que el modelo psicológico no haya aportado nada útil a la comprensión del alcoholismo. Las teorías psicodinámicas han ayudado a comprender mejor el perfil de personalidad del paciente alcohólico. Zimberg, por ejemplo, propone que el factor psicológico esencial en el desarrollo del alcoholismo es una constelación psicodinámica, es decir, un problema común entre los alcohólicos, pero que no da lugar a una personalidad común.

El conflicto consiste en una insuficiente autoestima, aunada a sentimientos de inutilidad e inadaptación, los cuales se niegan y reprimen; esto genera la necesidad inconsciente de ser cuidados y aceptados (necesidades excesivas de dependencia). Cuando estas carencias no se subsanan, generan angustia y necesidades compensadoras de control, poder y logro. El alcohol mitiga la angustia y, lo que es más importante, crea sentimientos de poder, omnipotencia e invulnerabilidad. Cuando el alcohólico despierta después de un episodio de ingesta, experimenta culpa y desesperación, pues sus problemas son los mismos. Por lo tanto, sus sentimientos de inferioridad se intensifican y el conflicto continúa en un círculo vicioso, frecuentemente con una espiral descendente progresiva.¹⁵

Este esquema ha sido útil para la psicoterapia de los pacientes alcohólicos sometidos a modelos de tratamiento integral, particularmente en el manejo de la problemática psicoemocional que gira alrededor de la adicción.

De manera paralela se han desarrollado otras técnicas basadas en las teorías del aprendizaje y sustentadas en la hipótesis de que el alcoholismo no es más que la consecuencia de una conducta aprendida, en la que el alcohol sirve como un agente reductor de la pulsión y, por consiguiente, fortalece todas las conductas que la preceden. Como agente reductor de la pulsión tiene dos acciones que no son necesariamente excluyentes: primero, el alcohol provoca un efecto de recompensa similar al de la comida o del agua, reduciendo un estado de déficit fisiológico y, segundo, puede reducir las respuestas de ansiedad y los estímulos que las acompañan. Así, una persona en estado de ansiedad o de privación fisiológica ensayaría varios métodos para reducir el nivel de pulsión hasta dar con el alcohol. Se puede pensar que deben estar presentes ambas pulsiones (déficit fisiológico y un nivel alto de ansiedad) para que el alcohol llegue a ser el método dominante o preferido para reducir la pulsión.

Desde que en 1929 Kantorovich utilizó reflejos condicionados para el tratamiento del alcoholismo con electrochoques como estímulo incondicionado, numerosos investigadores trataron estos casos con estrategias basadas en las teorías del aprendizaje. El condicionamiento clásico aversivo con drogas ha sido la estrategia conductual más utilizada y efectiva.

En 1934 Markovnikov fue el primero en usar en Francia una droga emética: la apomorfina. Varios minutos después de recibir esta sustancia se le da al enfermo una bebida alcohólica. En el momento en que la inyección produzca fuertes náuseas, se le ofrece alcohol, que lo vomitará segundos después. Así se formará en su mente una asociación entre la ingestión de alcohol y el inevitable vómito posterior.

Posteriormente, en 1940, el equipo de Voegtlin usó una técnica similar con emetina oral diluida en solución salina tibia y un gramo de cloruro de sodio. Al paciente se le inyectaba hidrocloreto de emetina (para producir diaforesis) y sulfato de efedrina (para apoyar); inmediatamente antes de ocurrir el vómito, se le daban cuatro onzas de whisky (para producir irritación gástrica) que se le pedía oler, saborear, mantener en la boca y luego tragar. Después se le daban diez onzas de agua caliente con dos de whisky. Si todavía no ocurría el vómito, se le daba otro whisky puro. Después de vomitar, se le daba un vaso de cerveza con tártaro emético para prolongar las náuseas. En los tratamientos posteriores se aumentaba la dosis de emetina inyectada, la duración del tiempo de tratamiento y el rango de licores utilizados.¹⁶

Los resultados obtenidos con esta técnica son reportados por el propio Voegtlin: "Se encontró que la abstinencia general para la serie total de casos fue de 44.8%, ya que 1 042 de los 2 323 casos tratados durante los diez años y medio anteriores, eran abstemios a finales de 1945. Además, 92 pacientes de este grupo que recayeron y fueron tratados por segunda vez en un periodo corto, permanecieron sobrios. Si se considera a estos últimos pacientes como casos exitosos, el porcentaje de abstinencia sube a 48.8%".¹⁷

Otras técnicas del comportamiento utilizadas en el tratamiento del alcoholismo fueron: condicionamiento clásico aversivo con choque, clásico aversivo con parálisis, instrumental de escape con choque, instrumental de evitación con choque, técnica de imaginación aversiva y técnica de relajación-aversión.

Los tratamientos aversivos no han logrado, sin embargo, resistir la prueba del tiempo y actualmente su uso es restringido y excepcional. Los peligros y la molestia de la aversión química exceden las supuestas ventajas, por lo que algunos recomiendan que se renuncie a este tratamiento. Finalmente, también se ha empleado, con dudosos resultados, la sugestión pos-hipnótica para inducir repugnancia por el alcohol.

“ES UN ENFERMO, NO UN VICIOSO”: EL SURGIMIENTO DE AA

En 1935, con el surgimiento de la fraternidad Alcohólicos Anónimos (AA), la concepción del alcoholismo y sus estrategias terapéuticas experimentaron un profundo cambio. Este movimiento —antecedente de los llamados grupos de autoayuda, que actualmente manejan muchos y muy variados problemas— tuvo tal influencia en la sociedad estadounidense que resultó un importante factor de presión para que el alcoholismo fuera incorporado a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, con lo que se estableció el modelo médico de la enfermedad.¹⁸

Como ya vimos, el modelo religioso constituyó un precedente fundamental en la creación de AA a través de los grupos Oxford, que observaban seis principios fundamentales: 1) admito mi impotencia para conducir mi propia vida; 2) debo ser honesto conmigo mismo como nunca antes y hacer un "examen de conciencia"; 3) debo hacer una confesión rigurosa de mis defectos personales y renuncio a vivir a solas con mis problemas; 4) debo hacer un reconocimiento de todas aquellas personas con las que me relacioné conflictivamente y, de ser posible, ofrecerles una excusa; 5) me dedicaré a ayudar a otros necesitados, sin exigir por ello prestigio personal ni lucro alguno; y 6) por medio de la meditación, invocaré la ayuda de Dios como guía de mi vida y como ayuda para practicar estos principios de conducta en todo momento.¹⁹

Después de una recaída, William Wilson (Bill W.) presentó un síndrome de supresión con delirios, el cual interpretó (con la complicidad de su médico) como una "experiencia mística" que le provocó un gran sacudimiento espiritual. Decidió cambiar de vida y, por supuesto, dejar de beber. Al viajar a Akron, Ohio por negocios, se le pidió que hablara con un médico (Dr. Bob), quien estaba seriamente afectado por el alcoholismo.

Bill W. le contó cómo había logrado dejar de beber y, como él mismo refiere, "hallamos por primera vez un terreno de genuina mutualidad pues nos entendíamos y necesitábamos. Un alcohólico había estado conversando con otro, haciendo una profunda identificación conmigo y poniendo al alcance de mis manos los principios de la recuperación. Esta idea de necesidad mutua añadió el ingrediente final a la síntesis de la experiencia médica, religiosa y alcohólica, que hoy llamamos Alcohólicos Anónimos".²⁰ El primer grupo AA empezó a funcionar en el Hospital Municipal de Akron el 10 de junio de 1935, guiados por 12 premisas fundamentales:

- 1) Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables; 2) llegamos al convencimiento de que sólo un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio; 3) decidimos poner nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como nosotros

lo concebimos; 4) sin ningún temor, hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos; 5) admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestros errores; y 6) estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminara todos nuestros defectos de carácter.

La lista continúa: 7) humildemente le pedimos a Dios que nos librara de nuestras limitaciones; 8) hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido, y estuvimos dispuestos a reparar el daño causado; 9) enmendamos directamente a cuantos nos fue posible el daño que les habíamos causado, excepto cuando el hacerlo los habría perjudicado a ellos o a otros; 10) continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos, lo admitíamos inmediatamente; 11) buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejara conocer su voluntad para con nosotros y nos diera fortaleza para llevarla a cabo; y 12) habiendo tenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos, y de practicar estos principios en todos nuestros actos.²¹

Marty Mann, alcohólica recuperada, posteriormente graduada de la escuela de estudios sobre alcoholismo de la Universidad de Yale y fundadora, en 1944, del Consejo Nacional sobre Alcoholismo de Estados Unidos afirma que AA "no es ni una sociedad ni una organización en el sentido estricto de la palabra; tampoco es un grupo semirreligioso, ni un 'movimiento' cualquiera que sea. Es ambos, una fraternidad y un método de tratamiento, pero también muchas otras cosas: de modo que ninguna de esas denominaciones es lo suficientemente explicativa. Para sus propios miembros, Alcohólicos Anónimos es, primero, un regreso a la vida y luego, un modelo de vida. Para el mundo exterior ha sido, simplemente, un milagro".²²

El crecimiento de AA fue sorprendente tanto en Estados Unidos como en el resto del mundo. Actualmente no hay país en el que no existan grupos de AA, incluso en Rusia, China y Cuba. En México, éstos empezaron a funcionar a mediados de los cincuenta y su éxito ha sido tal que hoy es el segundo país, después de Estados Unidos, con mayor cantidad de grupos. Actualmente existen unos 20 mil grupos con cerca de 500 mil miembros activos. AA es, sin duda, el recurso terapéutico más utilizado para el tratamiento del alcoholismo en México.²³

En algunas comunidades hay grupos especiales: para mujeres, para adolescentes, para homosexuales, para sacerdotes, para políticos importantes y, en general, para personas con necesidades particulares. Los alcohólicos en recuperación que asisten a un grupo especial, generalmente concurren también a otros grupos. Existen otras organizaciones de autoayuda en relación con el alcoholismo. Así, a los grupos de "Al-anón" asisten los familiares de al-

cohólicos (cónyugues, padres, hermanos). Para los hijos adolescentes de alcohólicos existen los grupos de "Alateen" y para los hijos adultos de alcohólicos los grupos "ACOA" (Adult Children of Alcoholics). La experiencia ha demostrado que cuando los familiares del alcohólico acuden a uno de estos grupos, la recuperación integral de la familia será mucho mejor.

DEL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO AL TRATAMIENTO ETIOLÓGICO

Si bien la medicina, salvo algunas excepciones históricas, no concibió el alcoholismo como una enfermedad antes de 1950, desde los tiempos de Hipócrates existieron remedios médicos para las complicaciones orgánicas de la ebriedad. Al bebedor excesivo o al adicto al alcohol sólo se le daba la categoría de enfermo cuando sufría alguna complicación como gastritis erosiva, pancreatitis, psicosis alcohólica, cirrosis o desnutrición; la medicina se limitaba al tratamiento de los síntomas, más que a las causas.

En un escrito publicado en 1785, Benjamin Rush se refería a los "ataques de borrachera" como una "odiosa enfermedad". Aunque menciona la palabra "enfermedad", su concepción del problema es esencialmente moralista y utiliza su influencia médica y política en Pennsylvania para promover leyes que prohíban el consumo del alcohol.³³ En 1788, el Dr. Thomas Trotter se graduó como médico por la Universidad de Edimburgo con la tesis "Ensayo médico, filosófico y químico de la ebriedad", cuya definición del alcoholismo es "la ebriedad estrictamente hablando, como una enfermedad producida por una causa remota, y que, dando lugar a acciones y movimientos en el cuerpo viviente, provoca desorden en las funciones de la salud".³⁵ Pese a estos aislados intentos, la medicina continuó asistiendo sintomáticamente a las víctimas médicas de la ebriedad, pero sin tener en cuenta la naturaleza adictiva del problema, ni mucho menos un criterio terapéutico de carácter etiológico.

Otro problema que aún permanece es el rechazo, o en el mejor de los casos, la falta de interés de los médicos por el paciente que acude por problemas derivados del consumo de alcohol, lo cual ha sido reconocido incluso por la Asociación Médica Americana, que advierte que los profesionales médicos "en la práctica, han considerado a los pacientes alcohólicos como incurables, desagradables o no remunerables."

Durante muchos años la intervención médica se concretó básicamente al tratamiento clásico de desintoxicación, con base en soluciones glucosadas, sedantes como benzodiazepinas y vitaminas del complejo B. Esta estrategia, muy utilizada en hospitales institucionales y clínicas privadas, sólo fomentaba el círculo vicioso intoxicación-desintoxicación-breve periodo de abstinencia-nueva intoxicación. En estas condiciones muchos bebedores excesivos o alcohólicos tenían hasta 35 ingresos a clínicas u hospitales, en breves estancias de 12 a 36 horas durante un año, sin que nunca se atacara la causa del problema.

Aun los pacientes alcohólicos con graves complicaciones como cirrosis hepática, pancreatitis o psicosis alcohólica, una vez que se les trataban estos males, se les recomendaba no beber, pero nunca se les incorporaba a programas específicos que promovieran la abstinencia. En el mejor de los casos, se les enviaba a grupos de autoayuda, pero sin un seguimiento clínico o supervisión médica. Dos consecuencias negativas de este fenómeno eran los altos gastos de hospitalización (con una desfavorable relación costo-beneficio) y el grave deterioro orgánico y cerebral del alcohólico crónico, lo que provocaba un alto índice de invalidez, con la consecuente carga económica y social para el erario público.

Como los médicos llegaron tarde a la intervención, se encontraron con programas, concepciones e ideas que ya tenían un buen tiempo de estar funcionando, lo que explica el caos que ha prevalecido en ese ámbito. "En pocos campos de la terapéutica médica han habido tantas posturas tan encontradas y de tan diferentes orígenes. Hay teorías e ideologías originadas en la religión y en la moral que se mezclan con conceptos de ciencias sociales, psicología y biología".²⁶ Sin embargo, conforme ha aumentado la presión social hacia la atención de los alcohólicos, han surgido diferentes fenómenos con una meta común: la atención integral del alcohólico para disminuir la morbilidad, la mortalidad y las desfavorables secuelas sociales y económicas provocadas por la enfermedad.

En un principio, sobre todo en Estados Unidos, surgieron centros privados para la rehabilitación de alcohólicos —financiados por fundaciones o apoyados por los seguros médicos— que tuvieron gran popularidad entre todos los sectores de la sociedad. Entre ellos destaca la Fundación Hazelden, de Minnesota, que es desde entonces hasta hoy la institución modelo para otros centros. Este modelo —conocido como "modelo Minnesota"— se caracteriza por internar al paciente alcohólico, después que ha sido desintoxicado, por un periodo que oscila entre cuatro y ocho semanas y someterlo a acciones psicoterapéuticas como dinámicas de grupo, sesiones de confrontación, entrevistas, conferencias, películas e intervención con la familia. Esta secuencia está basada en el programa de los 12 pasos de AA y los responsables del manejo básico del paciente ("consejeros") son alcohólicos rehabilitados que reciben una capacitación específica para desarrollar el programa terapéutico. El médico general o el especialista (internista, psiquiatra o gastroenterólogo) sólo actúa como interconsultante para complicaciones específicas y el psicólogo también funge como asesor de los "consejeros". El modelo Minnesota no acepta el tratamiento psicofarmacológico, salvo en casos excepcionales.

Con el encarecimiento de los servicios médicos y con la crisis económica mundial de la década de los ochenta, los costos de este

modelo resultaron muy altos y los beneficios reales bastante bajos, sobre todo al considerar los escasos porcentajes de recuperación permanente y los altos índices de recaídas.

Ante el avance de la investigación médico-biológica en el campo de las adicciones, y en particular del alcoholismo, así como los progresos de las ciencias sociales, surgió el "modelo epidemiológico", el cual combate el alcoholismo de la misma manera en que se atacaron enfermedades como el paludismo. De acuerdo con esto, el alcoholismo es el resultado de una interacción compleja entre el agente (alcohol), el huésped (bebedor) y el ambiente (físico, mental y sociocultural).²⁷

El modelo epidemiológico —que trató de rebasar el médico, que ya resultaba limitado e insuficiente, dada la multifactorialidad de la enfermedad— fue muy valioso para la integración de estrategias preventivas por parte de la Organización Mundial de la Salud, cuya consigna era invertir en programas de prevención primaria, más que en programas de tratamiento y rehabilitación. En materia de alcoholismo es mucho más barato prevenir que rehabilitar.

Como consecuencia cada vez se utiliza menos el término alcoholismo y se sustituye por el de "problemas relacionados al consumo del alcohol". Las estrategias en prevención primaria y secundaria se multiplican, mientras que los programas de consumo responsable se popularizan; surgen unidades de tratamiento integral para alcohólicos con corta estancia en los hospitales generales. Aparecen modelos externos para tratamiento a largo plazo que son mucho más baratos que los de internamiento prolongado.

También se crean programas de prevención secundaria para bebedores excesivos no adictos que los capacitan para el consumo moderado. Se tipifican los diferentes tipos de alcoholismo —tipo A genético; tipo B ambiental y tipo C dual, comorbilidad con otro padecimiento psiquiátrico—, lo que requiere esquemas de tratamiento específicos. Se generaliza y se acepta el concepto de "enfermedades adictivas" al integrar el síndrome de dependencia del alcohol a esta categoría y las nuevas evidencias neuroquímicas —particularmente el papel de los neurotransmisores y específicamente el de las beta-endorfinas. Aparece un nuevo perfil psico-conductual del alcohólico: el que mezcla el alcohol con otras sustancias adictivas y produce un comportamiento clínico muy diferente al que tenía el "alcohólico puro" de otras épocas.

Finalmente, gracias a los avances en la investigación biológica de las causas de las adicciones, el tratamiento farmacológico cobra vigencia, y seguramente es el futuro en el tratamiento etiológico del alcoholismo. Un antecedente histórico en este campo es el Disulfiram ("antabuse"), sustancia que bloquea la enzima deshidrogenasa acetaldehídica, que evita que el acetaldehído se me-

tabolice y al acumularse en la sangre provoca el "síndrome acetaldéhidico", caracterizado por un enrojecimiento generalizado, sensación intensa de calor, taquicardia, angustia, náuseas, sensación de muerte y, eventualmente, hipertensión y convulsiones.

Si una persona lo ingiere y posteriormente bebe alcohol tendrá este dramático cuadro, por lo que el "antabuse" es un tratamiento auxiliar útil en quienes tienen el honesto deseo de dejar la bebida, pero que a veces son superados por la obsesión intensa de beber. Por la mañana se ingiere una tableta de Disulfiram y se sabe que no se podrá beber en las próximas 24 horas, pues de hacerlo sufrirá dramáticas consecuencias. Para que funcione este tratamiento el paciente debe ingerir voluntaria y conscientemente el medicamento.

Otros fármacos como la carbamida de calcio y la fluoxetina (junto con otros inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina) influyen para disminuir la apetencia por el alcohol. Sólo dos han sido los fármacos efectivos en el control de la apetencia por el alcohol y en la disminución de las recaídas: el antagonista opioide naltrexona y el "acomprasat", un bloqueador de los receptores al glutamato. Muchos han sido los intentos por desarrollar medicamentos que reviertan el estado de intoxicación, pero pocos los resultados.²⁸

DEL MANICOMIO AL TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO

Actualmente se está utilizando un modelo ecléctico que integra todos los elementos útiles de otros modelos para permitir la rehabilitación integral del adicto al alcohol. Sin embargo, ¿dónde deberá aplicarse este programa?

Mientras el alcoholismo sólo se contempló como una transgresión religiosa o moral, el alcohólico era señalado por el dedo de fuego de la sociedad y, de alguna manera, era expulsado de la misma. Posteriormente, al enfermo sólo se le hospitalizaba cuando presentaba alguna complicación médica y en los últimos años ha predominado el modelo médico tradicional, que consiste en una corta estancia intrahospitalaria para desintoxicar al paciente y tratarle las complicaciones. Con el advenimiento de AA surge una alternativa concreta que permite el manejo de la abstinencia, pero estos grupos sólo proporcionan apoyo mutuo a las personas que consciente y voluntariamente quieren dejar la bebida y no están capacitados para manejar las complicaciones médicas o psiquiátricas del alcoholismo.

Más tarde surgieron los centros privados de rehabilitación que a la postre resultaron "elefantes blancos". El hospital psiquiátrico aún se utiliza para internar a los adictos con alguna complicación psiquiátrica (delirium tremens o alucinosis alcohólica), pero con frecuencia es utilizado como castigo para intimidar al alcohólico. Casi siempre los resultados son contraproducentes, ya que el paciente sale resentido contra su familia, el médico y el lugar, abandona el tratamiento y vuelve a beber en el corto plazo.

En México, durante los últimos tres lustros se han multiplicado las "granjas" o los "anexos" para internar al alcohólico que se resiste a dejar la bebida. Estos lugares son administrados por alcohólicos en recuperación de los llamados "Grupos 24 Horas", que constituyen un movimiento dentro de AA que no observa las "12 tradiciones" y que se caracterizan por "internar" al alcohólico contra su voluntad, someterlo a una serie de privaciones y obligarlo a soportar duras confrontaciones a lo largo del día y de la noche para "motivarlo" a que no vuelva a beber. Muchos alcohólicos salen traumatizados por estas vejaciones y no quieren saber más de AA cuando logran dejar el lugar. Lamentablemente, se han registrado algunas muertes de internos por falta de atención médica en las etapas de intoxicación y supresión. Este fenómeno constituye una respuesta espontánea de la sociedad —sobre todo en los estratos económicamente desfavorecidos, tanto rurales como urbanos—, ante una necesidad que no es atendida por las autoridades sanitarias.

Así, el tratamiento ideal para el alcohólico es un modelo ecléctico e interdisciplinario que cubra todas las necesidades para la recuperación óptima del enfermo. Lo deseable es que los hospitales generales, tanto privados como institucionales, tengan un programa integral de atención al alcohólico que contemple desde el tratamiento de desintoxicación y el síndrome de supresión hasta las complicaciones médicas de la enfermedad. Posteriormente el paciente se sometería a un tratamiento psicoterapéutico intensivo de corta estancia en el propio hospital y continuaría su rehabilitación con psicoterapia externa que evalúe periódicamente los objetivos del tratamiento.

El personal estaría formado por un equipo interdisciplinario: jefe de programa auxiliado por médicos generales, especialistas en psiquiatría, neurología, gastroenterología y medicina interna, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y los ya mencionados "consejeros". Esto permitirá intervenciones oportunas en las crisis y recaídas. Independientemente de la atención profesional, el alcohólico podría asistir a grupos de AA. Este tratamiento sería ideal para la mayoría de los alcohólicos y sólo en casos especiales se les enviaría a centros de rehabilitación de larga estancia (seis a ocho semanas) o a casas de "medio camino".

UN MODELO DE TRATAMIENTO INTEGRAL PARA EL ALCOHÓLICO I. PRE-TRATAMIENTO (DIAGNÓSTICO). Se desarrollaría en la consulta externa del programa de atención integral al alcohólico en el hospital general. Los pacientes que asistan a otros servicios del hospital (urgencias o medicina interna) por problemas derivados del consumo de alcohol serían valorados mediante entrevistas, cuestionarios y pruebas de laboratorio para definir un diagnóstico. De resultar positivo, se le sensibiliza y motiva para que inicie un tratamiento externo. Por otro lado, los familiares de un alcohólico renuente a tratarse podrían solicitar al equipo

terapéutico su incorporación a un programa que los oriente en las actitudes y conductas a asumir ante el enfermo y el momento más adecuado para intervenir. La duración de esta fase sería muy variable y se desarrollaría en la consulta externa.

II. INTERVENCIÓN EN CRISIS (EMERGENCIA). Por la naturaleza misma de la enfermedad, muchos pacientes en la fase anterior siguen bebiendo y, por tanto, el problema podría hacer crisis (de salud, familiar, laboral o social) en cualquier momento. Sólo algunos pacientes pasan del pre-tratamiento al tratamiento sin presentar crisis. El expediente que el paciente o su familiar tienen en el hospital permitirá al equipo terapéutico conocer sus antecedentes para ofrecer una mejor intervención. La crisis por la que el paciente suele aceptar el tratamiento es de salud, ocasionada por una severa intoxicación o por un síndrome de supresión. Se le internaría vía urgencias para someterlo a tratamiento médico y practicarle un chequeo integral.

El equipo aprovecharía el sacudimiento emocional para convencerlo de que inicie un tratamiento psicoterapéutico. Sería deseable que el hospital general contara con un anexo psiquiátrico para que ahí mismo se atendieran las complicaciones de este tipo. Esta fase tendría una duración de 24 a 72 horas (aunque los casos más graves tendrían una duración mayor) y se desarrolla en el servicio de urgencias del hospital general. En las crisis de tipo familiar, laboral o legal, el equipo terapéutico se trasladaría al domicilio del paciente, a su centro de trabajo o a la delegación de policía, con el fin de intervenirlo y convencerlo de someterse a un tratamiento en el hospital.

III. TRATAMIENTO (MOTIVACIÓN). Una vez que el paciente se recuperara de sus complicaciones médicas, quedaría internado durante unos tres días para someterse a eventos psicoterapéuticos intensivos (psicoterapia grupal, psicodrama, dinámicas de grupo, entrevistas personales, sesiones de confrontación) que lo motiven a incorporarse a un programa terapéutico externo de cien horas de duración, al que asistiría dos horas diarias de lunes a viernes, durante diez semanas.

Los objetivos del tratamiento son: conocimiento y aceptación de la enfermedad, tomar la decisión voluntaria de mantenerse permanentemente en abstinencia, conocer los factores psicoemocionales que giran alrededor de su enfermedad, identificar aquellos hábitos de conducta que requieran cambios y elaborar una serie de objetivos a corto y mediano plazos que posibiliten dichos cambios.

En el "programa de cien horas" también se aplicarían técnicas especiales como cine-debate terapéutico, técnicas de relajación y de confrontación; terapia Gestalt y artística, y ludoterapia. Si el paciente presenta algún tipo de comorbilidad psiquiátrica (angustia, depresión) se le consideraría un paciente dual que ameritará tratamiento psicofarmacológico debidamente supervisado por un psiquiatra especializado en adicciones.

Alfonso Michel.

Muchacho alegre. 1952.

Óleo sobre tela.

145 x 100 cm.

Colección particular.



Simultáneamente, existiría un programa terapéutico para la familia, de 20 horas de duración, con el objetivo de supervisar, orientar o tratar cualquier problema de salud mental de las personas que conviven con el alcohólico.

Pos-tratamiento (rehabilitación). Al terminar el tratamiento, el paciente asistiría una vez por semana a terapia de grupo y una vez cada 15 días a terapia individual. Podría acudir, además, a grupos de AA.

Los objetivos del pos-tratamiento son: mantenimiento de la abstinencia; prevención de la recaída; promoción del autoconocimiento y la autoaceptación del paciente; desarrollo de estrategias de cambio de hábitos riesgosos; aprendizaje del manejo de sus emociones a través de la identificación, aceptación y expresión de las mismas; evaluaciones periódicas para apreciar si se han alcanzado los objetivos predeterminados y la reincorporación a un mejor funcionamiento psicosocial.

Al igual que en la fase previa, los familiares asistirían simultáneamente a tratamiento individual y de grupo y, ambos podrían asistir a grupos de auto ayuda. La duración de esta fase es de 18 meses. Si para este tiempo el paciente lleva una abstinencia permanente y ha logrado una mejoría significativa en sus niveles de funcionamiento psicosocial, se le da de alta.

N O T A S

- 1 *** Velasco Fernández, R., *Esa enfermedad llamada alcoholismo*, México, Trillas, 1985, pp. 11-12.
- 2 *** Cárdenas J., "Modelos de atención del alcoholismo desde la perspectiva social y comunitaria", en Velasco Fernández, R., *Alcoholismo: visión integral*, México, Trillas, 1988, p. 404.
- 3 *** Roman Cetis, C., "El vino: alegría de los dioses y perdición de los hombres" citado en Velasco, R., *Alcoholismo... op. cit.*
- 4 *** Elizondo, J. A., "Evolución histórica del concepto de Alcoholismo", en Velasco Fernández, R., *Alcoholismo... op. cit.*
- 5 *** Jellinek, E. M., *The disease concept of alcoholism*, New Haven, Hillhouse Press, 1960.
- 6 *** Escohotado A., *Historia de las drogas*, Madrid, Alianza Editorial, p.33.
- 7 *** Viesca, C., "Bosquejo histórico de las adicciones", en Tapia, R., *Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas*, México, Manual Moderno, 1994, p. 2.
- 8 *** Escohotado, *op. cit.*
- 9 *** *Idem.*
- 10 *** Victorio, A., "El tratamiento del alcoholismo en la República Federal Alemana", en *Salud Mental*, vol. 17, núm. 4, México, diciembre 1994, pp. 38-44.
- 11 *** Calderón, N. G., "Perspectiva histórica del alcoholismo en México", en Velasco, F. R., *Alcoholismo...op. cit.*
- 12 *** Bialik, R., "El consumo de alcohol en Tepito", en Piñeiro, et al., *El alcoholismo en México II. Aspectos sociales, culturales y económicos*, FISAC, México, 1985, p. 274.
- 13 *** Yates, A., *Terapia del comportamiento*, México, Trillas, 1973.
- 14 *** Wexberg, L., "A critique of psychopathological theories of the etiology of Alcoholism", en *Quarterly Journal of Studies on Alcoholism*, vol. 20, 1959, p. 439.
- 15 *** Zimberg, S., et al., *Practical approaches to alcoholism psychotherapy*, Nueva York, Plenum Press, 1978.
- 16 *** Voegtlin, W., "The treatment of alcoholism by establishing a conditioned reflex", en *American Journal of Medical Science*, núm. 199 1940, pp. 802-810.
- 17 *** Voegtlin, W., et al., "Conditioned reflex therapy of alcoholic addiction", en *Quarterly Journal of Studies on Alcoholism*, num. 1, 1949, pp. 501-516.
- 18 *** Edwards, G., *Tratamiento de alcohólicos*, México, Trillas, 1986, p.252.
- 19 *** Wilson, W., *Tres charlas a sociedades médicas*, Alcoholics Anonymous World Services, Nueva York, 1970.
- 20 *** *Idem.*
- 21 *** *Idem.*
- 22 *** Mann, M., "Alcohólicos Anónimos", en *Nuevo concepto sobre alcoholismo*, Instituto Nacional sobre Alcoholismo, San José, Costa Rica, 1974.
- 23 *** Elizondo, L., "Panorama actual del tratamiento y la rehabilitación de los alcohólicos en México", en Gilbert, J., *Alcohol consumption among Mexicans and Mexican Americans: A binational perspective*, Los Angeles, UCLA, 1988, p. 194.
- 24 *** Escohotado, *op. cit.*
- 25 *** Mann, *op. cit.*
- 26 *** Campillo, C., "La responsabilidad del médico en el tratamiento del enfermo alcohólico", en Tapia, R., *op. cit.*
- 27 *** Moser, J., *Problemas relacionados con el alcohol y estrategias de prevención*, México, oms e Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1981.
- 28 *** Sofis, L., "Alternativas farmacológicas en la atención del enfermo alcohólico", ponencia presentada en el II Congreso interinstitucional de fomento de la salud ante las adicciones, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1997.

la 11 publ

Carlos Gómez Palacio y Campos

© Carlos Gómez Palacio y Campos

ciudad





E



El consumo imoderado de alcohol constituye, indudablemente, una de las preocupaciones más importantes de las sociedades contemporáneas. Esto se debe, en gran medida, a la asociación que existe entre dicho fenómeno y la frecuencia de graves problemas como la violencia intrafamiliar, los accidentes automovilísticos —con pérdidas no sólo materiales sino también humanas—, la afectación de la economía individual y familiar, y la comisión de actos delictivos que atentan contra el sano desarrollo de todo grupo social.

Esta inquietud ha llevado a diversos grupos —especialmente legisladores, padres de familia, educadores y aun productores de bebidas alcohólicas— a interesarse en la influencia de la publicidad en el consumo excesivo de tales productos. Los planteamientos parten de preguntas fundamentales como si la publicidad hace que quien no bebe pase, por el simple hecho de exponerse a ciertos mensajes publicitarios, al grupo de consumidores habituales. O bien, si ayuda a que quienes ya toman regularmente elijan una marca con preferencia a otra o que cambien de una subcategoría a otra (por ejemplo, del vino a la cerveza). O si contribuye a que quienes beben regularmente se conviertan en consumidores fuertes o explosivos o, peor aún, en adictos al alcohol. O si la publicidad contribuye a que estos fenómenos ocurran simultáneamente. Aunque el sentido común podría llevar a algunas personas a responder afirmativamente a varios de estos planteamientos, en la práctica el proceso es mucho más complejo de lo que se piensa.

Corchos de vinos mexicanos.

PÁGINA ANTERIOR:

Marta Covarrubias Newton.
Collage de tapas. 1998.
Digitalización.

PÁGINAS 184 Y 185:

José González Veites.
Sin título. 1984.
160 x 140 cm.
Colección Fundación
de Investigaciones
Sociales, A. C.

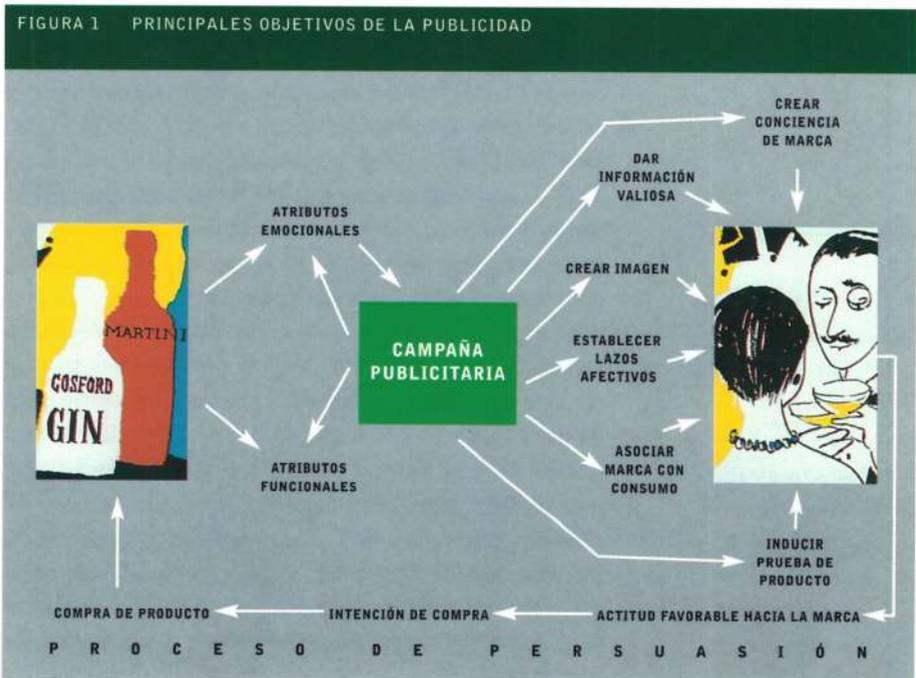
CÓMO TRABAJA LA PUBLICIDAD EN LA MENTE DEL CONSUMIDOR

La campaña publicitaria es una herramienta fundamental para apoyar e incrementar la venta de un producto determinado. Entre sus objetivos específicos destacan: crear conciencia en el consumidor de la existencia de cierta marca; proporcionar información valiosa sobre los atributos funcionales y emocionales del producto; crear una imagen clara y positiva de la marca; desarrollar lazos afectivos entre la misma y el consumidor; asociarla con ocasiones que se perciban como agradables, placenteras, socialmente aceptables y, finalmente, inducir a la prueba del producto.¹

Lo anterior se resume en una sola meta: persuadir. Convencer al consumidor de que el producto y la marca anunciados son buenos, útiles, prácticos, convenientes e incluso necesarios (atributos funcionales); que le ayudan a proyectar una personalidad atractiva, interesante, dinámica, juvenil, moderna; que con ellos gana prestigio y aceptación sociales (beneficios psicológicos o emocionales); y que, por tanto, vale la pena comprarlos (ver figura 1).

Este proceso, que podría ser visto por algunos como una especie de "lavado de cerebro" o como una absoluta manipulación de la mente del consumidor, es, como ya se dijo, bastante más complejo y mucho menos automático o mecánico de lo que se podría pensar, como lo muestra el estudio de los procesos de persuasión, punto de confluencia entre la publicidad y la psicología.²

Los estudios realizados entre los años cuarenta y setenta se basaban en la idea de que la memoria era el elemento fundamental del proceso de persuasión: mientras mejor recordación se tuviera de un comercial —más si ésta era correcta y específica—, mayor era la efectividad de la campaña y mejores las posibilidades de venta del producto.³ George Gallup, pionero en los estudios de opinión pública y fundador de la empresa de investigación que lleva su nombre, efectuó en los años cuarenta los primeros estudios de recordación publicitaria —"estudios de 24 horas" o *day-after recall*—, cuya metodología fue desarrollada fundamentalmente por la compañía Burke Marketing Research.⁴ Estas investigaciones, sin embargo, fueron cuestionadas por su aparente ineficacia para evaluar comerciales con alto contenido





emocional; por su bajo nivel de confiabilidad; porque sus resultados dependían, al menos en parte, del contexto en el que el comercial era presentado; y porque se halló que la correlación entre recordación y persuasión era prácticamente nula.

A finales de los años sesenta surgió un nuevo paradigma de la persuasión a partir del modelo de aprendizaje propuesto por William McGuire —basado a su vez en los modelos de relación entre conocimiento, actitud y conducta desarrollados por Carl Hovland y sus asociados 20 años atrás—,⁵ el cual establece que antes de que una persona sea persuadida por un mensaje se requiere que, además de exponerse a él, le preste atención, lo comprenda, lo analice con relación a sus propios marcos de referencia (experiencias y conocimientos acumulados que le permitan asignarle valor y significado), lo guarde en la memoria y, finalmente, que actúe en consecuencia.⁶

Cada una de estas etapas tiene cierta probabilidad de ocurrir y, como cada una es independiente, para determinar la posibilidad de que un mensaje cumpla con el objetivo para el cual fue diseñado se multiplican las probabilidades de todas y cada una de las etapas.⁷ Supongamos que la probabilidad de que una persona se exponga al comercial de cierta marca de vino es de 0.5 (50% de probabilidades de que lo haga y 50% de que no) y que la misma cifra corresponda a la probabilidad de que le preste atención, de que lo comprenda, de que lo interprete favorable-

Estilizado cartel publicitario
de los años cincuenta.

mente y acceda a su propuesta; de que lo memorice y de que compre el producto. Al multiplicar todas estas probabilidades de .5 encontramos que la posibilidad de que el mensaje cumpla con su objetivo es igual a 0.0156; es decir, existe 1.56% de posibilidades de que la persona sea persuadida por dicho mensaje.

La consecuencia de este planteamiento fue que los anunciantes y agencias de publicidad diseñaran campañas encaminadas a incrementar la exposición de los consumidores al mensaje; buscaron aumentar la frecuencia con la que éste podría influir en la audiencia o en el segmento que por su perfil social, económico y demográfico constituía el denominado grupo meta. Fue entonces que se fortalecieron los estudios de *rating*, que determinan el porcentaje de la audiencia potencial que se expone a cierto programa y, presumiblemente, a cierto comercial. También surgieron los llamados estudios de comunicación, orientados a identificar en qué medida el comercial transmite a los consumidores su idea principal y les comunica claramente los principales atributos del producto.

Los avances teóricos y metodológicos de disciplinas como la psicología cognoscitiva, la psicología social y la inteligencia artificial modificaron de manera importante la visión de cómo los mensajes publicitarios afectan la conducta del consumidor.⁸ Durante los años ochenta, el modelo lineal de McGuire dejó de ser considerado por teóricos y publicistas como el único válido. A este modelo y otros similares se les denominó "de alto involucramiento", pues asumían que los individuos invertían considerable esfuerzo en procesar activamente la información de los mensajes persuasivos y podían, si así lo deseaban, resistir sus efectos al generar ciertos contraargumentos.

Alternativamente surgieron los modelos "de bajo involucramiento", según los cuales en ocasiones las personas no evalúan directamente el producto en el momento en que se exponen al comercial, pues lo que aprecian son otros detalles como los personajes que aparecen en él (especialmente cuando son físicamente atractivos), la música y lo atractivo e interesante de las escenas o situaciones presentadas. Incidentalmente, sin embargo, la gente aprende algo del producto anunciado; al menos se entera de su existencia. Más tarde, cuando el individuo se encuentra en la situación de querer comprar o consumir un producto del que ha visto un comercial que le atrajo por razones diferentes a la marca —de la que ni siquiera hizo un juicio evaluativo al ver el comercial—, recordará esos elementos, los asociará con la marca y hasta ese momento hará una evaluación de la misma.

Al respecto, los psicólogos Petty y Cacioppo indican que cuando un mensaje publicitario resulta relevante para una persona, ésta procesará activamente su información utilizando una estrategia de alto involucramiento (ruta central hacia la persuasión). En cambio, cuando el mensaje no le sea importante, prestará

atención a otros elementos utilizando una estrategia de bajo involucramiento (ruta periférica hacia la persuasión).⁹ Este nuevo enfoque llevó a la conclusión de que el consumidor no necesariamente tiene que procesar toda la información del comercial — ni siquiera comprenderlo perfectamente — para ser persuadido. En ocasiones, sus reacciones emocionales hacia el comercial le sirven para evaluar posteriormente la marca anunciada.¹⁰ Más aún, Petty y Priester establecen que una persona puede captar perfectamente el contenido de un mensaje persuasivo y, sin embargo, no ser persuadido, simplemente porque no creyó lo que escuchó (falta de fuerza en los argumentos) o porque el mensaje le resultó totalmente irrelevante.¹¹ Por otra parte, puede ocurrir que la persona capte bien la información (al grado de "reprobar" en un examen de conocimientos acerca del contenido del mensaje) y aun así, gracias a ciertos factores periféricos, cambie su actitud hacia el producto anunciado.

A partir de entonces han surgido modelos de muy diversa índole que tratan de explicar los procesos cognoscitivos que ocurren antes, durante y después de que una persona se expone a un determinado mensaje y los factores que afectan a dichos procesos. A mediados de los ochenta, los reflectores de la investigación publicitaria apuntaron hacia los procesos de atención y a las variables que hacen que ésta sea más o menos intensa, así como a los factores que determinan que unos individuos enfoquen su atención en algún aspecto de un comercial y otros en otro.¹² También se analizaron las estrategias que la gente sigue para procesar la información de los mensajes persuasivos¹³ y se crearon tipologías de consumidores de acuerdo con su grado de involucramiento, que van desde quienes son muy leales a una marca hasta los que cambian con gran facilidad a otra, según la que esté disponible o "en oferta", pasando por quienes constantemente buscan información acerca de las marcas que existen en el mercado y quienes compran una por costumbre o rutina.¹⁴ Obviamente, cada uno de estos segmentos responde en forma diferente al mismo comercial (ver figura 2).

Otra variable importante es el número de veces que una persona puede exponerse a cierto comercial antes de aburrirse, cansarse o incluso experimentar sentimientos de rechazo hacia el producto. También están los factores que hacen que ciertos comerciales sean más atractivos que otros y el papel que juegan las reacciones afectivas hacia el comercial en la evaluación — positiva o negativa — que haga el consumidor de la marca anunciada. Estas variables han sido ampliamente estudiadas hasta formar sofisticados modelos con componentes tales como el grado de atención puesto por la persona hacia el mensaje persuasivo, la estrategia de procesamiento de información utilizada, el grado de involucramiento de la persona con la categoría de productos y la marca, su familiaridad con ésta, las condicio-

nes de recepción del mensaje, el número de veces que la gente se expone al mismo, los intereses de la persona en el momento de exponerse al mensaje y las características del comercial. Estos modelos tratan de explicar cómo interviene cada variable en el proceso de persuasión y cómo determina la probabilidad de que los consumidores reales se motiven a seguir comprando y usando el producto y que los que hasta ese momento son consumidores potenciales realicen una primera prueba e, idealmente, una segunda (compra y recompra).

VARIABLES QUE DETERMINAN LOS EFECTOS DIFERENCIALES DEL MENSAJE ~ * * * * *

De lo anterior se desprende que no todos los mensajes publicitarios afectan de la misma forma a todas las personas, pues en ello influyen los intereses, motivaciones y estados de ánimo de cada persona en cada ocasión. En la publicidad, quizá más que en ningún otro caso, se puede aplicar perfectamente aquel viejo apotegma acuñado por los primeros investigadores de la comunicación: ciertos mensajes, en ciertas ocasiones, producen ciertos efectos, en ciertas personas, bajo ciertas circunstancias.²⁵

Cada campaña tiene objetivos y estrategias específicas; unas están orientadas a captar nuevos consumidores y otras buscan incentivar una mayor frecuencia de consumo entre los usuarios actuales de determinada marca.²⁶ Para obtener la respuesta deseada, se requiere conocer profundamente cada variable y diseñar estrategias inteligentes. Aun así, la publicidad no será sino un factor más —muy importante si se quiere— entre el sinúmero que influyen en la formación y/o cambio de actitudes de las personas hacia una categoría o marca. De hecho, la interacción entre las variables culturales, sociales, individuales, mercadológicas y publicitarias que participan en el proceso es tal que resulta casi imposible determinar con precisión los efectos de la publicidad en general y de una determinada campaña, en particular, de forma aislada.

Para que un individuo compre y consuma un artículo debe tener actitudes favorables hacia el producto en sí y hacia el hecho de consumirlo, las cuales están determinadas, en gran parte, por la imagen que la persona tenga al respecto. Tales imágenes se forman en su mente por la experiencia previa que ha tenido con el producto o la marca y por la información que sobre ello ha recibido de su grupo social más cercano (familiares, amigos y compañeros) y de los medios de comunicación (campañas publicitarias).

La experiencia previa pudo haber sido adquirida en forma directa —cuando la persona compra y consume el producto— o en forma vicaria cuando, al observar la experiencia de otros, haya aprendido los beneficios (funcionales o emocionales) que le puede traer el consumir ciertos productos. Al respecto, la teoría del aprendizaje social²⁷ considera que la mayoría de nuestras

FIGURA 2 TIPOLOGÍA DE CONSUMIDORES DE ACUERDO A SU GRADO DE INVOLUCRAMIENTO CON UNA CATEGORÍA DE PRODUCTO/MARCA



conductas cotidianas las aprendemos no por experiencia propia (ensayo y error), sino mediante la observación e imitación de otros. Por tanto, todos estamos inmersos en este proceso que en última instancia conforma nuestra cultura. En el consumo de bebidas alcohólicas juega un papel muy importante la observación de la conducta de quienes por sus características de personalidad o por su cercanía se constituyen en modelos "a imitar": padres, tíos, primos, hermanos, amigos, compañeros y, desde luego, ciertos personajes del cine y de la televisión.¹⁸

La influencia de los medios de comunicación —y de las campañas publicitarias que en ellos se difunden— en la formación y cambio de actitudes respecto a un producto está determinada, como ya se dijo, por dos factores fundamentales: la atención y la estrategia para comprender, interpretar y responder. La aten-

FIGURA 3 MODELO ALTERNATIVO DE PERSUASIÓN



FIGURA 4 EFECTOS DE LA REPETICIÓN DE UN COMERCIAL



Basado en el modelo propuesto por J. T. Cacioppo y R. E. Petty.

ción, a su vez, depende de la capacidad de la persona para entender el mensaje y de lo atractivo y predecible que éste sea. Mientras mayor nivel de "predictibilidad" tenga un mensaje menor es el interés que despierta, de ahí la importancia de lo novedoso y del "elemento sorpresa" en algunos comerciales.

Por otro lado, la atención a un mensaje publicitario varía segundo tras segundo y, por lo general, tiende a disminuir.¹⁹ En cuanto a la estrategia, puede seguirse una encaminada a procesar el mensaje central del comercial, cuando éste resulta importante para la persona; o bien, procesar la información periférica, cuando el mensaje no le parece significativo. Tanto la atención como la estrategia están influidas por factores como el contenido del mensaje (que puede ser relevante o irrelevante para la persona); sus elementos ejecucionales (música, tomas y movimientos de cámara, disolvencias); los objetivos e intereses de cada quien al momento de exponerse al comercial (que pueden cambiar con el tiempo); su grado de involucramiento con la categoría de productos en general y con la marca anunciada en particular; su experiencia previa con relación al producto; y el nivel de conocimiento que tenga acerca de sus atributos, beneficios y valores.²⁰ La combinación de todos estos factores nos lleva a la creación de un modelo que representa la forma en que trabaja la publicidad y las múltiples variables que influyen en el grado de persuasión que pueda llegar a tener un determinado mensaje publicitario en una persona y, consiguientemente, el efecto que tenga en su conducta (ver figura 3).

A este modelo habría que añadirle otros factores como el número de veces que una persona se expone a un determinado mensaje y el tiempo que transcurre desde que se expone a éste hasta el momento en que toma la decisión de adquirir y consumir el produc-

to. La relación entre frecuencia de exposición y cambio de actitud describe una curva similar a una "u" invertida; a mayor número de repeticiones se observa un cambio más positivo hasta un punto después del cual la reacción es contraria debido al aburrimiento de la gente respecto al comercial, lo que puede producir rechazo y, por ende, actitudes negativas hacia el producto.

Durante las primeras exposiciones al comercial, la gente está interesada en entender el mensaje, y sigue una estrategia de alto involucramiento; cuando el mensaje ya fue entendido, la repetición empieza a cansar y la gente le deja de prestar atención y atiende sólo sus elementos ejecucionales (ver figura 4). Investigaciones más recientes han demostrado que la repetición de un comercial lo hace no sólo más memorable, sino más creíble.²² Sin embargo, otros estudios han revelado que en ciertas ocasiones, a mayor tiempo transcurrido entre dos mensajes, mayor nivel de persuasión. Este fenómeno sucede rara vez y se presenta sólo cuando la fuente de información no goza de prestigio ante algunos miembros de la audiencia. Al principio, por rechazo al personaje se desacredita el mensaje y su intención persuasiva. Más tarde, al parecer la gente disocia al personaje del producto y entonces evalúa de nuevo —casi en forma inconsciente— el mensaje y es más factible que responda favorablemente. A este fenómeno se le denomina "efecto dormilón" (*sleepier effect*).

Las características propias del producto constituyen otra variable importante. La gente responde en forma diferente a la publicidad de un bien duradero que a la de un bien perecedero. El primero se compra muy pocas veces en la vida y, por tanto, la toma de decisión requiere de mayor información y más análisis. El segundo se adquiere frecuentemente y su compra tiende a ser más impulsiva. También se ha visto que la gente no reacciona igual ante la publicidad de productos utilitarios que ante la que promueve productos que dan reconocimiento, estatus e identidad.²³

Recientemente se ha demostrado que la actitud que la gente tenga hacia el medio de comunicación que transmite un anuncio publicitario (algunos son "pro-televisión", otros son "anti-televisión"), las características del medio y el estado de ánimo en que se encuentre la persona al momento de recibir cierto mensaje ayudan a determinar el tipo de respuesta que se dé al mismo.²⁴

En cualquier caso, para contar con un modelo que describa más adecuadamente la forma en que trabaja la publicidad y el peso relativo que ésta tiene dentro del complicado proceso que lleva a una persona a tomar la decisión de comprar o consumir cierto producto habría que añadir las siguientes variables a las descritas originalmente: la frecuencia con la que una persona se expone a un determinado mensaje publicitario, las características propias del producto, las características propias del medio publicitario y la actitud de cada persona hacia dicho medio, el es-

tado de ánimo con el que se recibe el mensaje, la percepción que la persona tenga de sí misma usando o consumiendo dicho producto y la motivación que la persona tenga para adoptar una actitud favorable hacia un determinado producto.

PUBLICIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS Y MOTIVACIONES DEL CONSUMIDOR * * * * *

Todo acto humano tiene una pluralidad causal, pero lo cierto es que la publicidad — sobre todo la que es capaz de combinar originalidad con emotividad y relevancia— produce efectos muy importantes en la decisión de las personas de comprar, probar y convertirse en consumidores habituales de cierto producto. Si esto no fuera así, los anunciantes no invertirían lo que invierten cada año en anunciar sus productos.

En el caso de las bebidas alcohólicas hay que señalar, en primer lugar, que su mercado representa quizá el más complejo y segmentado de todos los existentes. Se puede decir que hay un tipo de bebida para cada grupo cultural, región, nivel socioeconómico, etapa de la vida, festividad, tipo de reunión, momento del día y posible estado de ánimo de una persona. El beber parece jugar un papel muy importante en la vida de la mayoría de la gente, independientemente de su sexo, edad y condición social, pues resulta un elemento indispensable para "socializar", compartir con los amigos, celebrar, disfrutar y hasta para "romper el hielo" en una convivencia.²⁵

Las motivaciones para beber son de muy diversa índole y varían significativamente de una cultura a otra, de un grupo social a otro, de una persona a otra e incluso — para la misma persona— de un momento a otro. Además de celebrar y convivir, existen otras razones — no tan positivas, pero igualmente reales— como llenar un vacío individual, tratar de matar la frustración dolorosa, evadir la realidad, vivir la ilusión de tener estatus, poder, valor y dominio sobre los demás e incluso desinhibirse un poco para poder transgredir los cánones, las reglas y las leyes que rigen la convivencia social.

La publicidad de bebidas alcohólicas, por supuesto, enfatiza los aspectos positivos del beber: alegría, diversión, convivencia, ambiente festivo, aceptación del grupo, sentido de pertenencia, prestigio, seguridad en sí mismo y éxito.

Algunas investigaciones realizadas entre niños y jóvenes han hallado que quienes han visto un mayor número de anuncios de bebidas alcohólicas creen que los bebedores son atractivos, atléticos y exitosos; y que tienden a pensar un poco menos en los efectos negativos del beber.²⁶

Contrariamente a lo que ocurre en otros productos, de los que se presentan tanto sus atributos funcionales como los emocionales, la publicidad de bebidas alcohólicas se centra casi exclusivamente en la parte emocional pues, salvo aquellas bebidas como la cerveza que refresca y quita la sed, la gran mayoría no

ofrece beneficios funcionales y, si acaso lo hace, ello no representa una motivación importante para los usuarios.

Las expectativas de los consumidores respecto a la publicidad de las bebidas alcohólicas coinciden perfectamente con las imágenes que habitualmente presentan los comerciales de las innumerables marcas que componen ese segmentado mercado. Investigaciones cualitativas realizadas en México --sesiones de grupo-- han encontrado que los consumidores gustan de ver reflejada en la publicidad los beneficios emocionales ya mencionados y ciertas fantasías (ser aceptado, conquistar a alguien, alcanzar grandes logros, tener poder y éxito personales).

Los modelos "aspiracionales" resultan particularmente atractivos para los consumidores de este mercado: el joven simpático, atractivo que gusta divertirse sanamente; el hombre interesante, con dinero, exitoso y seguro de sí mismo; la mujer moderna, dinámica, atractiva pero no muy "sexy" y simpática, pero a la vez muy propia. En general, gente agradable que tiene tiempo para divertirse y que sabe vivir bien representan al tipo de personas que los consumidores de bebidas alcohólicas quieren ver en los comerciales de sus productos. Obviamente, rechazan cualquier personaje o situación que tenga que ver, aunque sea indirectamente, con "el lado oscuro del beber".²⁷

Además, cada bebida alcohólica posee una "personalidad" propia, lo que es perfectamente reconocido por el consumidor. Se espera que la publicidad del ron muestre ambientes festivos, juveniles, de playa, diversión sana, que sea motivadora del encuentro y muy aspiracional; que la publicidad del brandy sea un poco más formal, más adulta. Que la del whisky presente un mundo sofisticado, de gente rica, con mujeres independientes, profesionistas, seguras de sí mismas y donde se vea gente que interactúa en ambientes que denotan cierta intimidad. Que la del vino presente un mundo adulto, familiar, sano, en el que se comparte y departe y cuyo consumo está asociado con el buen gusto, con ambientes muy agradables y con un tipo especial de comida.

Que la de la cerveza muestre ambientes masculinos, de convivencia casual, juvenil, muy divertida y desinhibida, pero sana. Que la del vodka proyecte un ambiente femenino, en el que aparezcan mujeres saludables, elegantes, finas, controladas y que tengan un alto estatus social. Que la del coñac presente un mundo adulto, sofisticado, exclusivo, de nivel socioeconómico muy alto, en situaciones de intimidad o para acompañar una soledad tranquila y positiva. Finalmente, que la publicidad del tequila muestre ambientes con un toque de mexicanidad, divertidos, cargados de emotividad y orgullo nacional.

Un análisis de contenido de las campañas publicitarias de algunas marcas representativas de estos productos mostraría que, salvo aquellas que han hecho un gran esfuerzo por diferenciarse de las demás, la gran mayoría responde a las expectativas descri-

tas. Esto nos lleva a concluir que, efectivamente, la publicidad de bebidas alcohólicas comunica atributos emocionales que resultan atractivos a sus consumidores y que quienes se exponen más a estos comerciales están más propensos a percibir el consumo de alcohol como algo normal, bueno, positivo, socialmente aceptado, que da estatus y seguridad a quienes lo consumen y ayuda a pasar un rato agradable con los amigos.

Sería lógico pensar, entonces, que la publicidad de bebidas alcohólicas hace que los que no son usuarios de estos productos --especialmente los jóvenes-- se vuelvan consumidores y que quienes ya lo son incrementen la frecuencia de consumo, la cantidad consumida en cada ocasión o ambas cosas. Sin embargo, los estudios cuantitativos tienden a concluir que la simple exposición a comerciales de bebidas alcohólicas no incrementa su consumo y que cuando esta exposición es más consciente (estrategia de alto involucramiento) se da una relación pequeña pero significativa, entre esta conciencia y las actitudes y conductas favorables a su consumo.²⁸ También se encontró que la correlación entre el incremento del gasto publicitario de esos productos y el incremento en el tamaño del mercado es prácticamente de cero.

Un estudio longitudinal --mediciones periódicas-- realizado con información sobre las fluctuaciones del mercado y del gasto publicitario en Francia, Alemania, Holanda, Suiza e Inglaterra encontró que, a pesar de que hubo importantes variaciones en el gasto publicitario a lo largo del periodo estudiado, el mercado se mantuvo estable y que, incluso, tuvo ciertas tendencias a la baja.²⁹ Otros hallazgos son que el efecto principal de la publicidad consiste en persuadir a los consumidores actuales a que cambien de marca³⁰ y que la publicidad por sí sola no conduce al consumo exagerado o al abuso del alcohol,³¹ sino que, más bien, es un factor, entre muchos otros, que contribuye a tener una imagen positiva, agradable y deseable del consumo de alcohol.

La publicidad parece ser un reforzador o un factor contribuyente en el consumo de alcohol, no su causa. Por el contrario, tanto las tradiciones y ritos culturales como la presión que ejercen sobre el individuo los grupos de referencia, parecen tener una influencia mayor, al menos entre los jóvenes, que los medios de comunicación. Prueba de ello es que las modas en cuanto al consumo de determinada bebida --como lo fueron en su momento el whisky o el ron, como lo es actualmente el tequila, o como quizá lo sea mañana el mezcal-- no han estado asociadas con incrementos en su publicidad, sino con el hecho de que ciertos grupos de influencia lo han adoptado y puesto de moda.³²

El hecho de que las bebidas ilegales --cuya comercialización, distribución y venta en el "mercado negro" se realiza sin ningún apoyo publicitario masivo-- representen entre 40 y 50% del consumo anual de alcohol en México puede ser otro elemento para cuestionar la influencia de la publicidad masiva en el consumo

de bebidas alcohólicas. Otros factores que parecen tener un papel más relevante —especialmente entre los jóvenes— son: el rumor; el hecho de que ciertos grupos de influencia adopten la costumbre de consumir algún tipo de bebida; y la publicidad en los centros de consumo (restaurante, bar, cantina o "antro"), de tal suerte que el producto se asocia con un determinado ambiente, estado de ánimo y circunstancia (ver figura 5).

De acuerdo con la teoría del aprendizaje social, cuando las personas que desempeñan el ya mencionado papel de "modelo a imitar" beben y ello es percibido por los jóvenes como algo que da fuerza, distinción o personalidad, seguramente habrá una inclinación a comportarse de forma muy similar. Si la persona que aparece en un comercial anunciando la marca de una bebida alcohólica es, por las razones que sean, una especie de modelo para un determinado grupo de jóvenes, entonces es probable que éste tienda a imitar dicha conducta.

La publicidad ha tenido, tiene y seguirá teniendo gran importancia. Sin embargo, en un mundo en el que cada vez se maneja más información, en una sociedad que se mueve rápidamente hacia la individualización, en un mercado tan complejo, segmentado y sofisticado como el de las bebidas alcohólicas y en una práctica tan cargada de sentimientos, ritos, costumbres, valores culturales y modas, la publicidad tiene que ser cada vez más inteligente, estratégica, creativa, relevante y acorde con los intereses y el lenguaje propios de quienes componen su grupo meta —como el uso de una comunicación simbólica, cuasi inconexa y de múltiples mensajes paralelos en el caso de estar dirigida a jóvenes—³³ para ser considerada como una variable que efectivamente ejerza una influencia importante en determinados grupos de consumidores y que éstos adopten el hábito de consumir o incrementen significativamente la ingesta de los productos y marcas anunciados.

C O N C L U S I O N E S * * * * *

De todo lo expuesto podemos alcanzar varias conclusiones: 1) que la persuasión, vista como un proceso que lleva a las personas a interesarse por consumir determinado producto o marca, es un fenómeno multivariado y mucho más complejo de lo que normalmente se piensa; 2) que los procesos de persuasión se dan no sólo mediante mensajes verbales que los individuos reciben a través de comunicaciones interpersonales, grupales y macrosociales, sino también por la observación e imitación de las conductas de otras personas a las que se considera como modelos para imitar; 3) que gracias al desarrollo de algunas disciplinas científicas hoy es posible conocer con mayor detalle y precisión la forma en que operan los mensajes persuasivos en general y los publicitarios en particular, en la mente de los consumidores; 4) que a este respecto se ha observado un cambio conceptual y metodológico importante, en tanto que se ha pa-

FIGURA 5 FACTORES DE INFLUENCIA EN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS



sado de un modelo lineal, unidireccional, rígido, de gran consumo de energía y alto involucramiento a modelos más flexibles y de bajo involucramiento, según los cuales la persuasión puede darse en forma indirecta, sin que necesariamente medie una comprensión e interpretación completa del mensaje central de la comunicación; 5) que la parte afectiva de la persona, en especial sus reacciones emocionales hacia el comercial, juega un papel muy importante en sus actitudes hacia el producto o marca anunciados; 6) que tanto la atención que la persona preste al mensaje publicitario como la estrategia que aplique para procesar su información son fundamentales para determinar el cambio o reforzamiento de actitud a consecuencia del mensaje persuasivo; 7) que estos factores son fuertemente influidos tanto por las características del mensaje y sus elementos ejecucionales, como por factores personales y sociales que hacen que la atención que se preste al mensaje y la forma de procesar la información correspondiente varíen de acuerdo con cada persona, circunstancia y momento; 8) que en el caso de las bebidas alcohólicas, al igual que en cualquier otra categoría de productos, la publicidad desempeña el papel de ser un elemento reforzador; más que una causa del consumo o, en todo caso, de ser un factor contribuyente, entre otros muchos, en la ingesta de dichos productos; y 9) que tanto el hecho de consumir bebidas alcohólicas como la cantidad de producto que se ingiera en un determinado momento, están influidos por un sinnúmero de factores entre los que destacan las variables individuales (la personalidad, la necesidad de pertenencia al grupo, la autoestima, la autoimagen y el estado de ánimo de la persona), las variables sociales y culturales (los "roles" sociales, los ritos, las

costumbres y tradiciones con relación a ciertas fiestas, las modas y la tendencia a imitar la conducta de quienes tomamos como ejemplo) y las variables de comunicación (la publicidad masiva, la publicidad en centros de consumo y el rumor o publicidad de persona a persona). Todos estos factores interactúan entre sí, con un peso diferencial, en la decisión de tomar o no una determinada bebida y de hacerlo en exceso o con moderación.

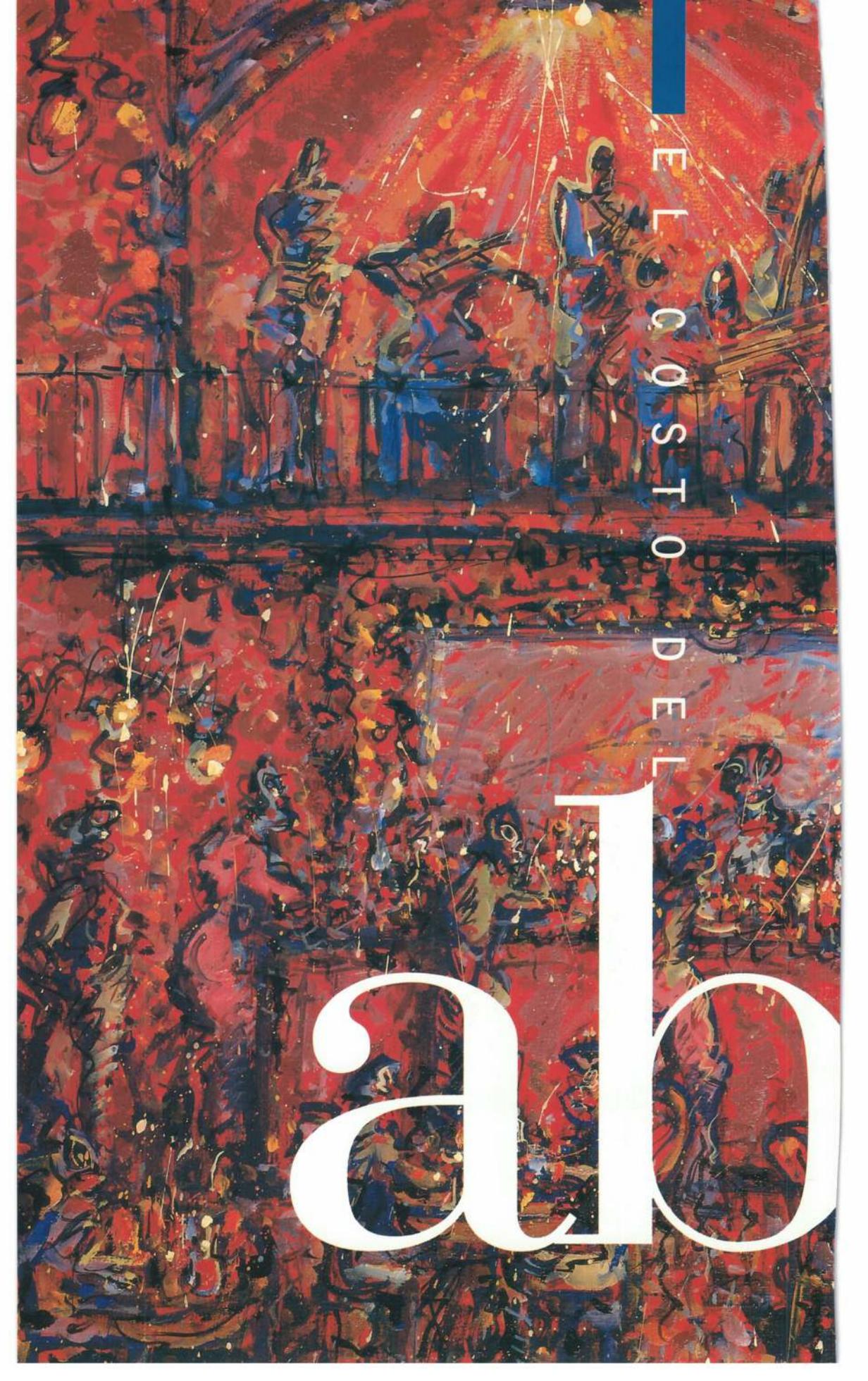
N O T A S

- 1 "Batra, R., et al., *Advertising Management*, Upper Saddle River, Prentice-Hall, 1996.
- 2 "Alwitt, L. F. y Mitchell, A. A., "Toward a Theory of Persuasion", en Alwitt, L. F. et al., (eds.), *Psychological Processes and Advertising Effects: Theory, Research and applications*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1985.
- 3 "Wells, W. D., "Effects and Effectiveness", en Wells, W. D., (ed.), *Measuring Advertising Effectiveness*, Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1997.
- 4 "Batra, R., et al., *op. cit.*
- 5 "Petty, R. E., et al., "Mass Media Attitude Change: Implications of the Elaboration Likelihood Model", en Bryant, J., et al. (eds.), *Media effects: Advances in theory and research*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1994.
- 6 "McGuire, W. J., "The Nature of Attitudes and Attitude Change", en Lindzey, G., et al., (eds.), *Handbook of Social Psychology*, vol. 3, Reading, Addison Wesley, 1968, pp. 136-314.
- 7 "—, "Theoretical Foundations of Campaigns", en Rice, R. E., et al. (eds.), *Public Communication campaigns*, Beverly Hills, Sage Publications, 1981.
- 8 "Alwitt, L. F. y Mitchell, A. A., *op. cit.*
- 9 "Petty, R. E., et al., *Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches*, Dubuque, W. C. Brown Co. Publishers, 1981.
- 10 "Lutz, R. J., "Affective and Cognitive Antecedents of Attitude toward the Ad: A Conceptual Framework", en Alwitt, L. F., et al., *op. cit.*, y Moore, D. J., et al., "The Influence of Affective Reactions to Advertising: Direct and Indirect Mechanisms of Attitude Change" en Alwitt, L. F. et al., *op. cit.*
- 11 "Petty, R. E. et al., "Central and peripheral routes to persuasion: The role of Message Repetition", en Alwitt, L. F., et al., *op. cit.*
- 12 "Greenwald y Leavitt, 1985.
- 13 "Beattie, A. E., et al., "The Relationship between Advertising Recall and Persuasion: An Experimental Investigation" y Lichtenstein, M., et al., "Conceptual and Methodological Issues in Examining the Relationship Between Consumer Memory and Judgment", todos en Alwitt, L. F. et al., *op. cit.*
- 14 "Cushing, P., et al., "The Effect of People/product Relationships on Advertising Processing", en Alwitt, L. F., et al., *op. cit.*
- 15 "Roberts, D. F., "The Nature of Communication Effects", en Schramm, W. et al., *The Process and Effects of Mass Communication*, Chicago, University of Illinois Press, 1977.

PAGINA SIGUIENTE:
José Antonio Hernández
Vargas.
Tatuaje de estrellas.
(verso). 1998.
Aérfico sobre tela.
203 x 119 cm.
Colección del autor.

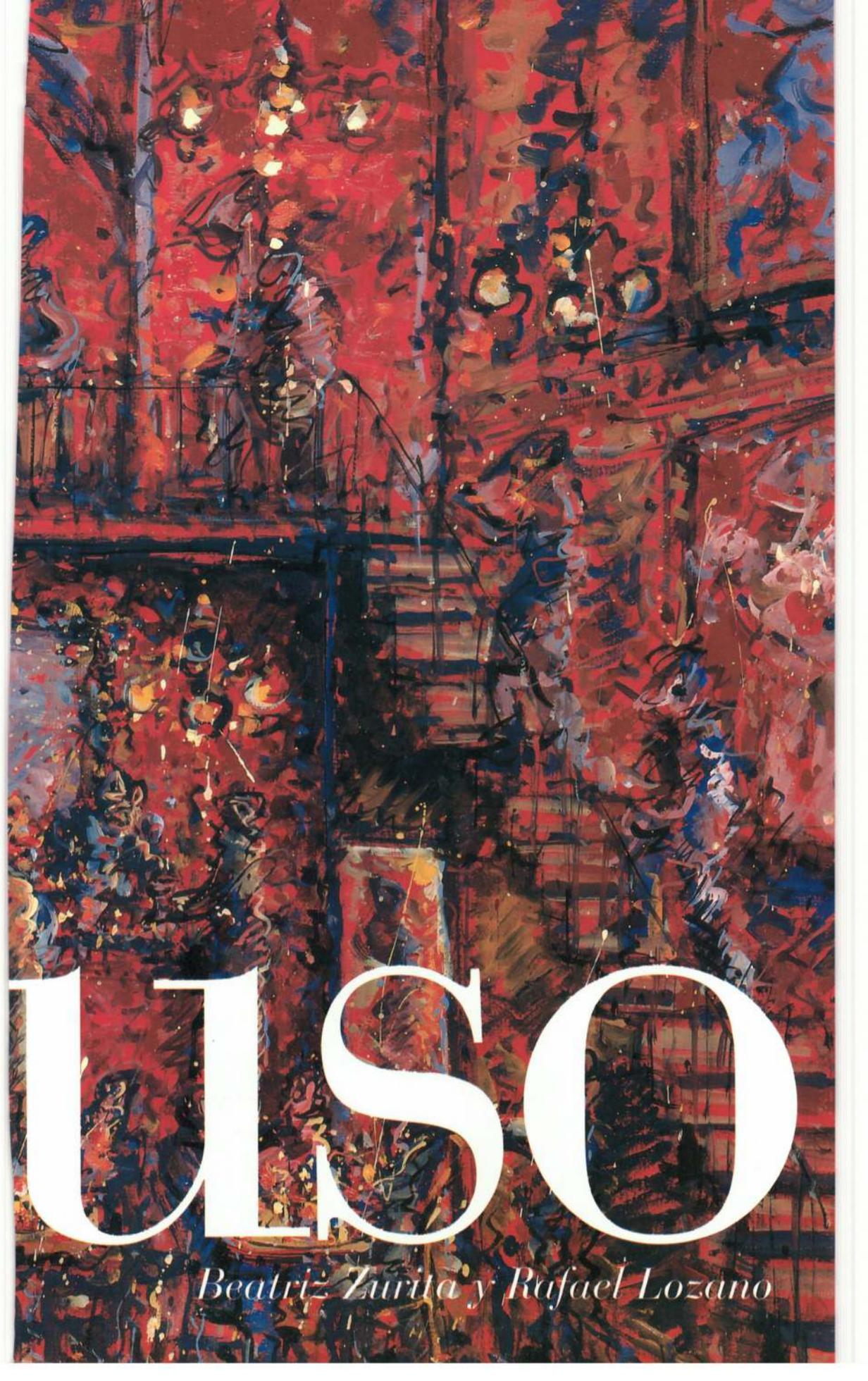
- ¹⁶ Wansink, B., et al., "Developing Copy tests that Estimate Brand Usage", en Wells, W. D. (ed.), *op. cit.*
- ¹⁷ Bandura, A., "Social Cognitive Theory of Mass Communication", en Bryant, J., et al. (eds.), *op. cit.*
- ¹⁸ Fisher, J. C., *Advertising, Alcohol Consumption, and Abuse*, Westpoint, Greenwood Press, 1993.
- ¹⁹ Thorson, E., et al., "Television Viewing Behavior as an Indicator of Commercial Effectiveness", en Wells, W. D. (ed.), *op. cit.*
- ²⁰ Alwitt, L. F., *op. cit.*
- ²¹ Petty, R. E., et al., "Central...", *op. cit.*
- ²² Law, S. et al., "Advertising Repetition and Consumer Beliefs: The Role of Source Memory", en Wells, W. D. (ed.), *op. cit.*
- ²³ Nelson, M. R., et al., "Prediction of Long-term Advertising Effectiveness: New Cognitive Response Approaches", en Wells, W. D. (ed.), *op. cit.*
- ²⁴ Stewart, D. W., et al., "Media Effects on Advertising", en Bryant, J., et al. (eds.), *op. cit.*
- ²⁵ Martina, R. M., entrevista realizada por el autor acerca de su experiencia sobre los efectos de la publicidad de bebidas alcohólicas en sus consumidores, 1998.
- ²⁶ Grube, J. W., "Television Alcohol portrayals. Alcohol Advertising and Alcohol Expectancies among Children and Adolescents".
- ²⁷ Martina, R. M., *op. cit.*
- ²⁸ Grube, J. W., *op. cit.*
- ²⁹ Calfee, J. E., *Some Notes on the Effects of Alcoholic Beverage Advertising in Europe*, Washington, DC, American Enterprise Institute, 1996.
- ³⁰ Gius, M. P., "Using Panel data to Determine the Effects of Advertising on Brand-level Distilled Spirits Sales", en *Journal of Studies of Alcohol*, núm. 57, 1996, pp. 73-76.
- ³¹ Fisher, J. C., *op. cit.*
- ³² Villegas, E., entrevista realizada por el autor con un grupo de expertos en investigación cualitativa sobre su experiencia respecto a los efectos de la publicidad de bebidas alcohólicas en sus consumidores, 1998.
- ³³ Villegas, E., et al., "Los jóvenes de fin de siglo: Nuevos paradigmas en la segmentación cualitativa", ponencia presentada en el IV Seminario de Actualización Profesional de la AMAI, México, 1997.





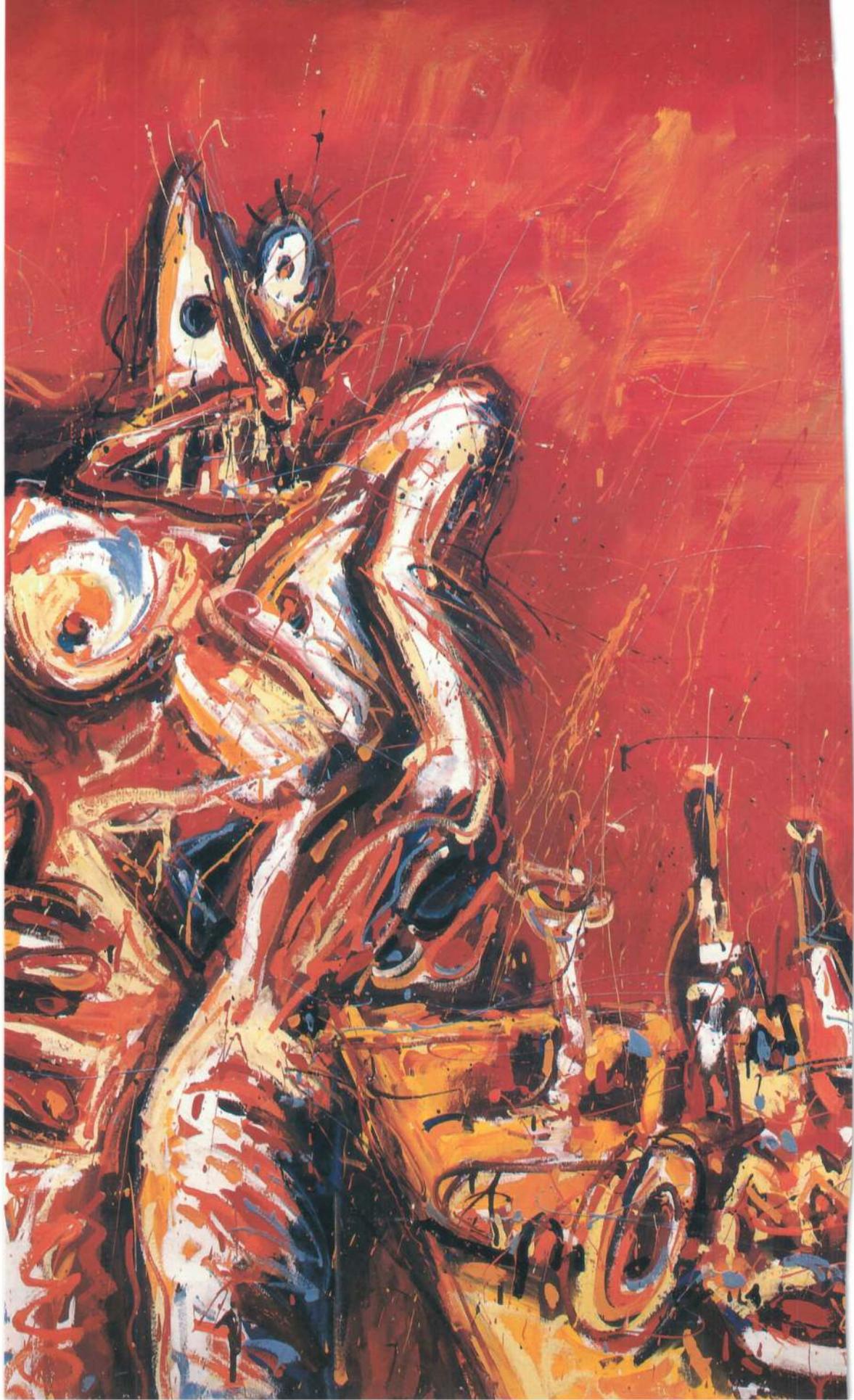
EL COSTO DEL

ALBO

An abstract painting with a dense, textured composition. The color palette is dominated by vibrant reds, deep blues, and dark blacks, with occasional splashes of yellow and white. The brushwork is expressive and varied, creating a sense of movement and depth. The overall effect is one of intense energy and complexity.

ULSO

Beatriz Zurita y Rafael Lozano



E

n comparación con los países desarrollados, el consumo de alcohol per cápita en México es bajo. Sin embargo, al igual que en la mayoría de ellos, se ha incrementado notablemente: en los últimos 40 años se duplicó.

El consumo excesivo de alcohol acarrea consecuencias tan graves y diversas como el comportamiento suicida, el síndrome de alcohol en el feto, cáncer de esófago y ruptura familiar. El riesgo de sufrir estos problemas varía según el nivel de consumo; de hecho, beber moderadamente puede reducir la tasa de mortalidad por cardiopatías. Por tanto, para proteger a la población de los problemas de salud asociados a las bebidas alcohólicas se debe promover el cambio del patrón de consumo.¹

En algunos países, el consumo de alcohol se distribuye de manera desigual, pues unos cuantos individuos ingieren el mayor porcentaje de alcohol disponible. En Nueva Zelanda y Estados Unidos, por ejemplo, 10% de la población consume más de la mitad del alcohol.² Por otro lado, las bebidas alcohólicas de producción casera y otras ilegales —que incluso pueden estar contaminadas por sustancias tóxicas— se asocian a un mayor consumo.³

EL PRECIO DEL ALCOHOL Y LA ECONOMÍA

En general, las sociedades modernas han modificado los precios de las bebidas alcohólicas buscando uno de dos objetivos. El primero y el más común es controlar el consumo al aumentar los precios, y con ello disminuir sus efectos negativos en la salud. El segundo es obtener recursos adicionales para aminorar el déficit de los gobiernos federal o estatal.⁴

En el primer caso, la modificación de precios se basa en la teoría económica cuyo postulado es que el aumento del precio de un producto reduce la demanda del mismo. Esta teoría afirma que el aumento en los ingresos de los consumidores tiene el efecto de elevar el precio y la demanda de dicho producto.⁵ Con base en lo anterior, algunos gobiernos han desarrollado políticas de control para reducir el número de bebedores excesivos —y, por tanto, de accidentes— al disminuir el consumo de alcohol per cápita.

Un resumen de la evidencia empírica publicado en 1991 demostró que el incremento de impuestos está asociado a una reducción en la mortalidad por cirrosis, la tasa de accidentes de tránsito y

PÁGINAS 204 Y 205:

Jazzmoart.

*Borrachos e
invenciones.* 1996.

Óleo sobre tela.
80 x 100 cm.

Colección particular.

PÁGINA ANTERIOR:

Jazzmoart.

*Chupe sí y jazz
caliente.* 1990.

Óleo sobre tela.
100 x 80 cm.

Colección particular.

casos de *Delirium tremens*.⁶ Estos estudios, realizados en la década de los ochenta, encontraron que los bebedores moderados y excesivos tienen el mayor riesgo de tener problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol; una conclusión más fue que los ambientes seguros reducen los problemas ocasionados por el consumo agudo. Otras investigaciones muestran que el riesgo de enfermedad y lesión aumenta con la cantidad de consumo diario; quienes beben más de dos tragos por día tienen problemas de salud más graves que quienes se moderan al beber.⁷

En Estados Unidos muchos economistas están en desacuerdo con las tasas de impuesto por considerar que no desalientan el consumo ni reducen las pérdidas en salud.⁸ Un argumento es que el impuesto a la cerveza resulta muy bajo — 10% —, por lo que no constituye un incentivo para que la consuman menos, especialmente los jóvenes, entre quienes el alcohol causa muchos accidentes de tránsito. Por el contrario, el impuesto a las bebidas destiladas es muy alto — 45% — y penaliza tanto a los consumidores ocasionales como a aquellos que beben en exceso sin poner en riesgo a otros. Becker propone, en contrapartida, que para persuadir de que se beba responsablemente, se apliquen penalizaciones severas para los bebedores que causan accidentes. En Estados Unidos — afirma el mismo autor — los impuestos sobre cigarrillos, cerveza y vino de mesa son bajos a pesar de que existe una alta oposición a estos productos por los daños a la salud de quienes los consumen e, incluso, de los demás. Esta fuerza opositora podría haber resultado en mayores impuestos si no fuera por el poder político de esas industrias.

Como se dijo anteriormente, el segundo objetivo de elevar los impuestos a las bebidas alcohólicas es obtener recursos adicionales y disminuir el déficit gubernamental. En México se han elevado los impuestos por esta razón en dos ocasiones; la primera en 1982 y la segunda en 1998. Este último incremento resultó en un impuesto a la cerveza de 25% y de 60% para las bebidas con alto contenido etílico. Como consecuencia, para el primer bimestre de 1998 se reportó una caída en la demanda de 23% para la cerveza y de 50% para las bebidas fuertes; se espera que en todo el año la caída de la demanda sea de 8% para la primera y de 20% para las segundas. Actualmente, las principales empresas productoras de bebidas alcohólicas no cejan en su intento de dar marcha atrás al aumento de impuestos.

EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

En este capítulo se utilizan informes arrojados por el estudio "El abuso del alcohol, antecedentes y consecuencias: evaluación de un modelo de intervención",⁹ el cual ha sistematizado datos de las ventas de la industria alcohólica en los últimos 15 años. Así sabemos que en ese lapso el consumo per cápita de cerveza ha aumentado, aunque no de manera constante; durante los años ochenta hubo una caída y la recuperación se inició en la década

siguiente. Al parecer, durante este tiempo los bebedores mexicanos dejaron de consumir tequila y brandy en favor la cerveza. Esta última ha incrementado su participación de 75% del total de litros de alcohol vendidos en 1980 hasta casi 90% en 1994.

Otra valiosa fuente de información en torno al consumo de bebidas alcohólicas es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1994 (ENIGH-94), realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). De acuerdo con ésta, 5% de los hogares mexicanos consumen en promedio 4.3 litros de cerveza por semana; 1% compra aguardiente, mezcal y sotol (1.4 litros por semana), y menos de 0.5% reporta gastos en otras bebidas alcohólicas. El total del gasto destinado a las bebidas es más alto en los hogares del área rural que en los de las ciudades.¹⁰ Si bien la ENIGH proporciona información detallada al respecto, se ha dado un subregistro, pues menciona un consumo de sólo 65 litros per cápita para personas mayores de 15 años, cifra menor a los 81 litros reportado por las ventas.

El cambio en los ingresos de los mexicanos y en los precios de las bebidas podría explicar, a su vez, las modificaciones en el patrón de consumo a partir de 1980. Estos últimos años se han caracterizado por grandes transformaciones en la economía, lo que impide la comparación de los precios durante este periodo. Por tal razón, este análisis presenta los precios relativos en función del salario medio de cotización al Instituto Mexicano del Seguro Social, por considerar que éste representa tanto la inflación como el cambio en la capacidad de compra de la población.

El precio relativo se determina al dividir el precio en pesos corriente entre el salario diario medio.¹¹ De este modo se sabe que hubo incrementos de precio en 1983 y nuevamente en 1988 y 1989. A partir de 1991 se registró una caída en el precio relativo de todas las bebidas alcohólicas, excepto del tequila. Por cierto, el aumento en el precio de esta última es mayor al de las otras, especialmente en comparación con la cerveza.

El instrumento económico para comprender la magnitud de los cambios en la oferta y la demanda es la elasticidad. Ésta se define como la variación —aumento o disminución— que causa en la demanda un cambio en el precio de un producto. La demanda es elástica cuando el cambio en su porcentaje es mayor que la variación en el porcentaje del precio; una pequeña reducción del precio eleva el gasto en ese bien, mientras que cuando el precio aumenta, disminuye el gasto. Por el contrario, si el cambio en el porcentaje de la demanda es menor que el del precio del producto, una pequeña reducción del precio reduce el gasto total en ese bien, en tanto que si aumenta el precio, aumenta el gasto. Cuando la elasticidad de la demanda es igual a 1, significa que el gasto no varía cuando aumenta o baja el precio.¹²

A pesar del gran esfuerzo del Instituto Mexicano de Psiquiatría aún son escasos los datos para evaluar la elasticidad de la demanda

de bebidas alcohólicas. Sin embargo, se sabe que el incremento de precios de 1983 tuvo como consecuencia una caída en la demanda de cerveza. No sucedió lo mismo en 1988, cuando el consumo fue alto pese al aumento de precio; esto se debió posiblemente al bajo precio de la cerveza en relación con las otras bebidas alcohólicas. Desde 1992 este precio ha disminuido considerablemente, lo que se asocia a la recuperación del nivel de consumo per cápita. Caso muy distinto al de la cerveza es el del brandy, que ha tenido una caída constante durante los últimos 15 años, a pesar de las variaciones en los precios. En contraste está el ron, cuyo consumo ha aumentado durante el mismo lapso. Respecto al tequila, en 1994 se consumía sólo la tercera parte de lo consumido en 1980; este fenómeno parece estar relacionado con el incremento de su precio durante el mismo periodo.

Un estudio que relacionaba las condiciones macroeconómicas con el consumo de alcohol en Estados Unidos entre 1975 y 1988 encontró que si el desempleo aumentaba en 2.2%, el consumo de bebidas alcohólicas se reducía en 1.3% y las muertes por vehículos de motor disminuían en 7%. Asimismo, se estimó que, de mantenerse todo constante, una reducción del ingreso de mil dólares reduciría el consumo de bebidas destiladas entre 1.5 y 2.2%; en contraste, un incremento de mil dólares aumentaría el consumo en 1.2%.¹³

El consumo de bebidas destiladas es el más sensible a la situación económica, tanto en Estados Unidos como en México. El mismo estudio encontró que en el país vecino un aumento de 1% en el desempleo reduce el consumo de destilados en 1.1% y solamente en 0.4% para la cerveza y el vino. Además, un aumento del empleo en 1% produce un aumento de 1.3% en el consumo de bebidas destiladas. Ello resulta de la gran elasticidad que el consumo de destilados tiene frente al ingreso. Una consecuencia de la reducción del ingreso puede ser que en vez de beber destilados en bares y restaurantes se consuma cerveza en el hogar, lo cual evita que se maneje en estado de ebriedad y puede explicar la reducción en el número de accidentes automovilísticos asociados al abuso de alcohol en Estados Unidos.

Uno de los componentes que afectan el precio total es el de los impuestos. No todos los investigadores han encontrado la relación entre este aumento, los precios y el consumo de las bebidas alcohólicas, ya que se desconoce la elasticidad de la demanda al aumento de precios por los impuestos. Un estudio al respecto, realizado en Europa, concluyó que parece haber una relación entre altos impuestos, menor consumo y menor mortalidad por cirrosis. Sin embargo, cuando el mismo estudio analizó el consumo a través del tiempo parece ser independiente del precio. Al analizar el impacto del aumento de impuestos sobre el consumo se encontraron efectos limitados y mixtos.¹⁴

En México los impuestos a las bebidas alcohólicas se han modificado tres veces en los últimos 20 años. El primer incremento fue en 1989, pero fue prácticamente revertido en la modificación de 1992. El incremento de 1998, a su vez, intentó regresar el nivel al propuesto en 1989: 25% para las bebidas de baja graduación y 60% para las de alta graduación. El impuesto representa entre 25 y 30% del precio final de las bebidas de baja graduación y entre 35% y 40% de las de alta graduación. El efecto más dramático de la modificación de los impuestos ocurre durante el primer año y, conforme pasa el tiempo, se convierte en un componente menor del precio total. En efecto, en los últimos 15 años los incrementos a los precios relativos de las bebidas alcohólicas han sido por causas distintas al aumento del precio de los impuestos.

IMPACTO EN LA SALUD * * * * *

Se estima que en 1997 en México el consumo de alcohol de producción informal fue de 15 millones de cajas, a lo que debe sumarse más de 21 millones de producción formal.³⁵ Sin embargo, se ha explorado poco la relación de este consumo con las consecuencias en la salud. Los cambios recientes en el perfil de mortalidad en México comprueban la creciente importancia del abuso del alcohol en la población. Bastaría mencionar que en los últimos 30 años la cirrosis hepática y las lesiones accidentales e intencionales han estado entre las principales causas de muerte en el país.

También se puede confirmar el aumento en la exposición al alcohol entre mayores de 18 años. Según encuestas realizadas en los años setenta, 12.5% de los hombres bebía alcohol excesivamente;³⁶ en 1988 la Encuesta Nacional de Adicciones reportó que 12.5% de los varones adultos presentaba dependencia a esta droga. Un estudio similar mostró que en 1994 el alcohol era la sustancia adictiva con la tasa de consumo más alta y que los bebedores iniciaban esta práctica muy jóvenes, incluso antes de que pudieran comprarla legalmente; sin embargo, la proporción más alta de consumidores se encuentra en el grupo de 19 a 34 años de edad. Aun cuando el porcentaje de usuarios varones es mucho mayor que entre las mujeres, la tendencia de éstas al consumo presenta un incremento preocupante.

Lo anterior constituye un importante problema de salud pública, ya que favorece la etiología y el curso de numerosas enfermedades físicas y psicológicas, así como múltiples problemas de conducta. Además, cuando la exposición al alcohol ocurre durante el embarazo se asocia con anomalías congénitas. Los daños a la salud ocasionados por el consumo excesivo pueden agruparse en dos: los problemas crónicos o a largo plazo y los problemas agudos o de aparición inmediata, durante o posterior a la intoxicación. Entre los primeros se encuentran enfermedades del hígado, úlcera péptica, enfermedad obstruc-

tiva del pulmón, neumonía, hipertensión, gastritis, síndrome cerebral agudo, neuritis periférica, cardiopatía isquémica y cirrosis hepática. Entre los segundos daños se pueden contar suicidios, homicidios, caídas, quemaduras, ahogamientos, hepatitis alcohólica y pancreatitis.¹⁷ También se ha descrito el efecto protector que trae consigo el consumo moderado. En bajas dosis se reduce la mortalidad por cardiopatía isquémica; sin embargo, después de cierta dosis, el riesgo se incrementa (la típica curva en forma de "J").¹⁸

Los patrones de mortalidad están relacionados con la letalidad de las enfermedades o lesiones mencionadas. En general, las tres causas más comunes de muerte en los jóvenes son: homicidio, suicidio y accidentes de tránsito; en cambio, en la población mayor de edad se incrementa el riesgo de morir por problemas hepáticos o cardiovasculares.

El impacto que tiene el consumo exagerado de alcohol sobre la salud de la población se evalúa de dos formas; una consiste en observar las variaciones de la mortalidad y de los años de vida potencialmente perdidos (AVPP) relacionados con cirrosis hepática y accidentes de tránsito, y la otra en calcular la cantidad de años de vida saludable perdidos (CAVISA).

Para entender mejor la magnitud del impacto se compara a continuación la mortalidad de hombres y mujeres en países miembros de la Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo (OCDE). México presenta una elevada tasa de mortalidad por cirrosis hepática, pues ocupa el segundo lugar en los varones y el sexto lugar en mujeres. Llama la atención que en los hombres el riesgo de morir por cirrosis sea tres veces más alto en México que en Estados Unidos o el Reino Unido, donde el consumo per cápita es superior.

Sin embargo, resulta mucho más ilustrativo comparar los AVPP por cirrosis hepática en los distintos países estudiados. Así, en vez de evaluar la magnitud del daño a través del número de individuos que padecen la enfermedad, se calcula el tiempo saludable perdido y los años que potencialmente vivirían si la muerte no hubiera ocurrido de manera prematura. Se establece un límite arbitrario de 70 años y se resta la edad de muerte por cirrosis hepática; el resultado representa los años de vida potencialmente perdidos.

En México, además de presentar un número elevado de defunciones, el promedio de edad en que éstas suceden es bajo. Esto ocurre no sólo en hombres sino también en mujeres. Los hombres mexicanos pasan del segundo lugar en mortalidad al primero en AVPP; mientras que las mexicanas suben del sexto al primero, respectivamente. El riesgo de perder un año de vida saludable prematuramente por cirrosis hepática es dos veces más alto en México que en Portugal y cinco veces más alto que en Estados Unidos. Por otro lado, la tendencia de los AVPP de-

bidos a accidentes de tránsito presenta también un importante crecimiento desde 1974 hasta 1982 y, a partir de ahí, inicia su descenso. El riesgo de perder un año de vida tanto por cirrosis como por un accidente automovilístico es cuatro veces más alto en los hombres que en las mujeres.

Asimismo, este estudio relaciona el aumento en el consumo de alcohol con los daños a la salud. Por ejemplo, la comparación de la tendencia de los AVPP por cirrosis hepática en hombres y la tendencia del consumo de cerveza per cápita en México en un lapso de 30 años mostró algunas modificaciones de ambas variables con el transcurso del tiempo. Además, no hay duda sobre los cambios del comportamiento de la ingesta de litros de alcohol puro y la tendencia de AVPP por accidentes de tránsito; se presenta un incremento simultáneo de ambas variables desde principios de los setenta hasta 1982. La cresta de esta curva coincide con una baja en el precio del alcohol; cuando éste aumenta, disminuyen las pérdidas por accidentes de tránsito.

Como se mencionó antes, otra forma de evaluar el impacto del abuso de alcohol en la salud es conocer los años de vida saludable perdidos atribuibles a dicho factor de riesgo. En México, con esta metodología se encontró que el alcohol es responsable de la pérdida de más de un millón de AVISA (14.0% en varones y 2.4% en mujeres). En términos absolutos, la pérdida es mayor en el medio rural que en el urbano. Las enfermedades asociadas con el consumo de alcohol que más pérdida de AVISA provocan son las lesiones por accidente de vehículo de motor (15%), la cirrosis hepática (39%), los homicidios (10%) y la dependencia alcohólica (18%). El 15% restante se distribuye entre otras 20 enfermedades.

Tres estudios diferentes aplicados en América Latina, México y la población amparada por el IMSS confirmaron estos patrones de consumo, responsables de alrededor de 10% del total de las pérdidas. Este dato es relevante, pues ninguna enfermedad por sí sola supera esa cantidad.

CONTROL DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Hasta ahora, en México no se ha tratado de controlar el consumo de alcohol a través del precio. Sin embargo, se ha observado que el aumento del precio relativo se asocia a un menor consumo y éste, a su vez, a una menor mortalidad por accidentes de tránsito. Por su parte, la tasa de mortalidad de la cirrosis —indicador del abuso crónico de la bebidas alcohólicas— se mantiene elevada a lo largo del tiempo y causa altas pérdidas en años de vida por mortalidad temprana. Diversos estudios en México han encontrado una asociación positiva entre la cirrosis, la disponibilidad y el consumo de pulque y de bebidas destiladas, así como una asociación negativa entre este mal y el consumo de cerveza.²⁹ Sin embargo, falta información acerca

del consumo de alcohol puro y de los precios relativos de hace 40 años para estudiar la relación entre tales factores y la cirrosis en México.

Las regulaciones que han tenido un efecto significativo son las leyes que castigan a quienes manejan alcoholizados, así como el aumento de 18 a 20 años de la edad mínima para el consumo de alcohol. Algunas medidas efectivas de control son las pruebas en las carreteras del contenido alcohólico en el aliento y permitir demandas contra quienes sirven bebidas embriagantes. Otros esfuerzos importantes son las leyes para el uso del cinturón de seguridad; las mejoras en dispositivos de los coches como los frenos *anti-lock* y las bolsas de aire; y el papel de organizaciones como la de las madres en contra del manejo con influencia alcohólica, Mothers Against Drunk Driving (MADD).²⁰

El efecto diferencial —y a veces contradictorio— del precio sobre el consumo de alcohol se puede deber a la elasticidad al precio por distintos tipos de bebedores. Esto es importante en Estados Unidos, donde el consumo de alcohol está altamente concentrado: 5% de los bebedores consumen 36% del alcohol. Un estudio sobre la respuesta de la demanda al precio entre los bebedores ligeros, moderados y fuertes encontró que la distribución de la elasticidad al precio tiene una forma de "u": es baja entre los bebedores ocasionales y los grandes bebedores y es alta entre quienes beben moderadamente.

Al buscar explicaciones a la elasticidad al ingreso, se encontró que dos tercios se pueden atribuir a la decisión de tomar, y otro tercio al nivel de consumo de bebidas alcohólicas. Al aumentar el precio del alcohol los bebedores moderados reducen su con-

FIGURA 1 CONSUMO DE ALCOHOL PER CÁPITA EN PAÍSES SELECCIONADOS (LITROS/AÑO)

PAÍS	1960*	1981*	1994**
C O N S U M O D E C E R V E Z A			
Alemania del Este	96	147	140
Dinamarca	71	131	122
Estados Unidos	58	93	85
Venezuela	36	80	76
México	23	40	50
B E B I D A S A L C O H Ó L I C A S D E M Á S D E 2 0 G . L . **			
Suecia	2.3	2.8	1.5
Alemania del Este	1.9	2.9	2.4
Estados Unidos	2.1	3.0	2.0
Hungría	1.4	4.8	3.1
México	0.5	0.9	0.8

* Como porcentaje de alcohol puro.

** Modificado del Cuadro 5-1 en Kjellstrom, T. et al., *Current and Future Determinants of Adult Ill-Health*, 1992; R. G. A. Feachem et al., *The Health of Adults in the Developing World*, Nueva York, Oxford University Press for the World Bank, pp. 225.

** *Produktschap voor Gedistilleerde Dranken*, 1996; *World Drink Trends*, Oxfordshire, NTC Publications Ltd., 1995, pp. 23.

**FIGURA 2 CONSUMO DE ALCOHOL PER CÁPITA EN LITROS
POR PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS**

AÑO	CERVEZA	BRANDY	TEQUILA	RON	VODKA	VINO DE MESA	OTROS	TOTAL	TOTAL DE ALCOHOL PURO
1980	74.53	3.42	1.14	0.46	0.21	0.56	1.09	81.41	6.1
1981	75.92	2.85	1.01	0.48	0.21	0.57	1.09	82.13	5.9
1982	72.64	2.85	0.92	0.79	0.23	0.51	1.12	79.06	5.8
1983	59.33	2.67	0.99	0.88	0.19	0.46	0.97	65.49	5.1
1984	62.55	2.46	0.74	0.95	0.18	0.60	0.91	68.39	5.1
1985	64.24	2.28	0.63	0.87	0.19	0.51	0.89	69.61	5.0
1986	61.23	2.06	0.44	0.75	0.15	0.32	0.72	65.67	4.6
1987	61.60	1.81	0.48	1.05	0.16	0.36	0.60	66.06	4.6
1988	65.74	1.47	0.38	1.29	0.10	0.36	0.58	69.92	4.7
1989	74.03	1.52	0.34	1.27	0.12	0.41	0.70	78.39	5.2
1990	72.55	1.49	0.42	1.43	0.12	0.41	1.00	77.42	5.2
1991	74.71	1.86	0.42	1.43	0.14	0.37	1.31	80.24	5.5
1992	73.63	1.72	0.42	1.43	0.14	0.35	1.43	79.12	5.4
1993	75.17	1.58	0.40	1.20	0.13	0.37	1.33	80.18	5.4
1994	76.61	1.31	0.37	1.22	0.13	0.35	1.25	81.24	5.3

FUENTE: Procesamiento propio de los datos proporcionados por la Industria de la Bebida elaborados por el Centro de Información en Salud Mental y Adicciones, Instituto Mexicano de Psiquiatría (Rosovsky, H. y Medina-Mora, 1997), y la población según el INEGI.
NOTA: La información se refiere a la suma de las ventas nacionales (no incluye las importaciones y exportaciones).

sumo de bebidas alcohólicas y, como la mayoría no causa externalidades negativas, sufren pérdidas de bienestar individual. Sin embargo, en Estados Unidos 50% de los accidentes asociados al alcohol son causados por bebedores moderados, lo que justifica el aumento de los precios por impuestos como parte de un paquete de acciones para reducir las consecuencias del abuso de alcohol.²¹

En 1994 la Fundación Mexicana para la Salud recomendó una serie de medidas como parte del paquete esencial de servicios de salud para disminuir el abuso de alcohol y evitar la formación de este hábito en la población adolescente.²²

Las acciones recomendadas, que siguen siendo vigentes, son: realizar campañas de información, educación y comunicación sobre el abuso de alcohol y sus efectos nocivos sobre la salud; promover la modificación de leyes para establecer la edad mínima de 20 años para la venta de alcohol; y promover el cambio de las leyes para que se establezca un impuesto extra a las bebidas alcohólicas.

También se recomienda incrementar el personal de vigilancia encargado de hacer cumplir el establecimiento de estas modificaciones a la ley, así como propiciar otras que incrementen el monto de la multa a los comercios que vendan bebidas alcohólicas a menores de 20 años. A esta lista valdría la pena agregar que es necesario promover reformas a las leyes para aumentar las multas y penalizaciones por manejar con influencia del alcohol.

Alfonso Michel.

As de trébol. 1953.

Óleo sobre tela.

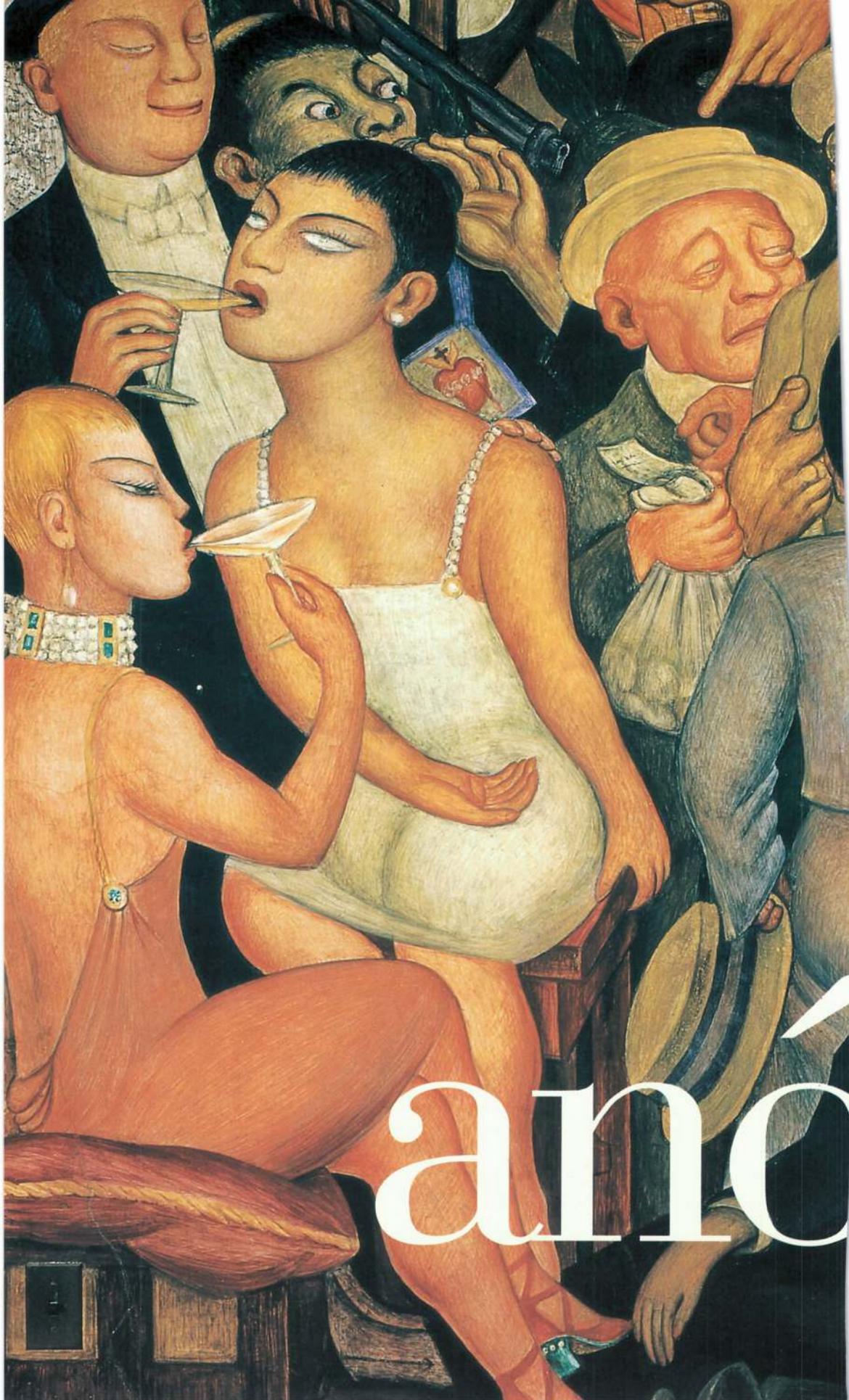
61 x 51 cm.

Colección particular.

N O T A S

- 1 *** Duffy, J. C., "Consumo total de bebidas alcohólicas en una población y problemas relacionados", en D. Anderson, *Las bebidas y la salud social*, México, Fundación de Investigaciones Sociales, 1991, pp. 49-68.
- 2 *** Manning, W., et al., "The Demand for Alcohol: The Differential Response to Price", en *Journal of Health Economics*, núm. 14, 1995, pp. 123-148.
- 3 *** Kjellstrom, T., et al., "Current and Future Determinants of Adult Ill-Health", en Feachem, R., *The Health of Adults in the Developing World*, Nueva York, Oxford University Press for the World Bank, 1992, pp. 209-259.
- 4 *** Becker, G. S. y G. N. Becker, "Crime and Addictions: Higher Sin Taxes", en *The Economics of Life*, Nueva York, McGraw-Hill, 1997, p. 147.
- 5 *** Fischer, S., et al., *Economía*, Madrid, McGraw Hill, 1989.
- 6 *** Duffy, op. cit.
- 7 *** Kjellstrom, op. cit.
- 8 *** Manning, op. cit.; Ruhm, C., "Economic Conditions and Alcohol Problems", en *Journal of Health Economics*, núm. 14, 1995; y Ruhm, C., "Alcohol Policies and Highway Vehicle Fatalities", en *Journal of Health Economics*, núm. 15, 1996, pp. 435-454.
- 9 *** Medina-Mora, M., "El abuso de alcohol, antecedentes y consecuencias: evaluación de un modelo de intervención", Instituto Mexicano de Psiquiatría con financiamiento del CONACYT y de la Secretaría de Salud, núm. M0148-H9602, proyecto núm. 4270, 1997.
- 10 *** Zurita, B., et al., *Análisis de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, ENIGH-94, Instituto Mexicano de Psiquiatría, procesado por Funsalud, 1996.
- 11 *** *Memoria Estadística 1989*, México, IMSS, 1990; y *Memoria Estadística 1995*, México, IMSS, 1996.
- 12 *** Fischer, op. cit.
- 13 *** Ruhm, 1995, op. cit.
- 14 *** Bustamante, M., *La salud pública en México*, México, SSA, 1985.
- 15 *** Aguilar, A., "Nombres, nombres y ... nombres", en *Reforma*, 1996, p. 3A.
- 16 *** Cabildo, C., citado por Tapia R. et al., "Una dosis de prevención", en *Cuadernos de la Salud*, núm. 5, México, SSA, 1994.
- 17 *** *Encuesta Nacional de Adicciones*, Secretaría de Salud, 1984 y 1994; Tapia, R. et al., "Una dosis de prevención", en *Cuadernos de la Salud*, núm. 5, 1994; y Hingson R., "Alcohol as a Risk Factor for Injury and Death Resulting from Accidental Falls: A Review of the Literature", en *Journal of Studies on Alcohol*, núm. 48, vol. 3, 1987, pp. 212-219.
- 18 *** Jackson R., et al., "Alcohol Consumption and Risk of Coronary Heart Disease", en *BMJ*, núm. 303, 1991, pp. 211-215; Doll, R. et al., "Mortality in Relation to Consumption of Alcohol: 13 years Observations on Male British Doctors", en *BMJ*, núm. 309, 1994, pp. 911-918.
- 19 *** Narro-Robles, J., et al., "La mortalidad por cirrosis hepática en México II. Exceso de mortalidad y consumo de pulque", en *Salud Pública de México*, núm. 34, vol. 4, 1992, pp. 388-405; y Narro-Robles, J. y J. H. Gutiérrez-Ávila, "Correlación ecológica entre el consumo de bebidas alcohólicas y mortalidad por cirrosis hepática en México", en *Salud Pública de México*, núm. 39, vol. 3, 1997, pp. 217-220.
- 20 *** Ruhm, op. cit.
- 21 *** Manning, op. cit.
- 22 *** Bobadilla, J. L., et al., *El paquete universal de servicios esenciales de salud*, México, Funsalud, 1994.





ané



A
L
C
O
H
Ó
L
I
C
O
S



nimos

Haydée Rosovsky



E

ntre los recursos para el tratamiento y la rehabilitación del alcoholismo, Alcohólicos Anónimos (AA) constituye una de las opciones más relevantes. A 53 años de su fundación, esta agrupación está presente en 163 países con culturas y tradiciones diversas. Se estima que en 1997 contaba con más de 2 400 000 miembros en todo el mundo. Después de Estados Unidos y Canadá (donde AA forma una sola estructura de servicio, México ocupa el segundo lugar a nivel mundial en número de grupos y miembros.²

Para AA, el alcoholismo es una enfermedad física, mental, emocional y espiritual, de carácter progresivo, incurable y mortal. El programa de recuperación se basa en la experiencia de un alcohólico que ayuda a otro para mantenerse ambos sin beber y su objetivo es alcanzar una vida de sobriedad —entendida como un estado de equilibrio emocional y de abandono de conductas negativas para el individuo y su relación con otros— y no sólo de abstinencia de alcohol. Para ello, el alcohólico debe lograr un cambio interno individual mediante la adopción de un sistema de creencias y de su integración a la red de apoyo social que se ofrece en las reuniones y actividades de los grupos.

ORÍGENES, PRINCIPIOS Y DESARROLLO DE AA

Los inicios de AA se remontan a 1935, con el encuentro de dos alcohólicos que habían realizado numerosos intentos de superar su problema mediante tratamientos médicos y psiquiátricos. Uno era el corredor de bolsa William Griffith Wilson y el otro era el doctor Robert Holbrook Smith. Dentro de AA son conocidos como Bill W. y el Dr. Bob, respectivamente.³ Durante un viaje a la industrial ciudad de Akron, Ohio y después de varias semanas sin beber, Bill W. sintió la necesidad de hablar con otro alcohólico para no caer nuevamente en la bebida. Unas semanas después de ese encuentro, el Dr. Bob bebió su último trago y se reconoce esa fecha, el 10 de junio de 1935, como el inicio oficial de AA.⁴

Ambos fundadores tenían previa experiencia en un movimiento evangélico protestante basado en la renovación espiritual —los grupos Oxford— y a partir de sus principios y prácticas desarrollaron los ideales básicos del programa de Alcohólicos Anónimos, adaptándolos a los problemas específicos de su padecimiento.

PÁGINAS 218 Y 219:

Diego Rivera.

La orgía. 1928.

Fresco.

314 x 153 cm.

Secretaría de

Educación Pública.

© Banco de México.

Reproducción

autorizada por el Banco

de México, fiduciario en

el fideicomiso relativo a

los museos Diego Rivera

y Frida Kahlo, y por el

Instituto Nacional

de Bellas Artes

y Literatura.

PÁGINA ANTERIOR:

Detalle.

El nuevo programa consistía en ayudar, hablar y mantener contacto con otros alcohólicos, así como la catarsis y el reconocimiento honesto de las fallas personales.⁵ Otra influencia clave en el programa de AA proviene del pragmatismo filosófico, de gran impacto en la cultura y el pensamiento estadounidense.⁶

Alcohólicos Anónimos surgió en Estados Unidos al levantarse la Ley Seca, aplicada en décadas previas, y se apartó de la ideología de la temperancia, movimiento que promovía la prohibición total del alcohol. Desde sus inicios, AA ha sostenido que el alcoholismo no residía en el alcohol sino en los individuos que no podían beber con moderación. Inicialmente, Bill W. y el Dr. Bob acostumbraban hospitalizar a los alcohólicos o visitarlos en las unidades de desintoxicación o psiquiatría con el fin de transmitirles su experiencia. Poco a poco, el círculo de alcohólicos que se recuperaban comenzó a crecer en Akron y Nueva York; en 1937 ya eran 40 los miembros de esa fraternidad que aún no tenía nombre. Conforme crecía, la agrupación se fue apartando de las prácticas religiosas —rezo colectivo y predicación— para incluir individuos de otras tradiciones. Para fines de 1941 la cifra de miembros era ya de cuatro mil.

PROGRAMA DE RECUPERACIÓN PERSONAL: LOS 12 PASOS

La filosofía de AA y las bases de su programa están plasmadas en el libro de Bill W., *Alcohólicos Anónimos*, publicado en 1939 y conocido dentro del movimiento como el "Libro grande". En él se reúnen historias de alcohólicos y reflexiones sobre la naturaleza del alcoholismo, así como los famosos "12 pasos", que antes de ser publicados fueron enriquecidos por la experiencia de otros miembros iniciales.

Dichos "pasos" se presentan como un programa sugerido de recuperación. La transmisión de la experiencia de otros alcohólicos como un aprendizaje es la base del trabajo de AA mientras que la recuperación personal del alcohólico se considera el primer legado del movimiento. Una idea central es que para que el alcohólico pueda recuperarse tiene que admitir su impotencia ante el alcohol y que su vida se ha vuelto incontrolable (paso uno).

Otro elemento crucial es el de los pasos dos y tres: el creer en un poder más grande que uno mismo en el que debe depositarse la voluntad y la propia vida, y que puede restaurar la razón. Este poder superior puede ser Dios —como cada quien lo entienda— o incluso el grupo de AA. Algunos consideran estos pasos "de la decisión" como una conversión o despertar espiritual.

Los pasos del cuatro al nueve son los "de acción". El miembro de AA hace un inventario moral de sí mismo y confía a alguien en privado la naturaleza de sus errores, busca la ayuda de su poder superior para remover sus defectos de carácter y hace las reparaciones necesarias de los daños que causó a otros durante su vida de alcohólico activo. Estos pasos no dicen nada con respecto a la bebida, pues para AA el problema del alcoholismo no

reside en el alcohol sino en los individuos que no pueden beber con moderación.

Los pasos del diez al 12, conocidos como "de la continuidad y mantenimiento", se refieren a la necesidad de continuar el autoexamen, la corrección de los errores, la plegaria y la meditación, así como a llevar el mensaje a otros alcohólicos, pues para mantener la sobriedad propia es necesario ayudar a otros.

L A S 1 2 T R A D I C I O N E S : * * * * *

A medida que aumentaba el número de alcohólicos que se reunían para buscar la recuperación, surgió la necesidad de contar con una estructura de grupo que resolviera problemas como la propiedad, el anonimato, la forma de elegir a los líderes, las relaciones con el exterior de la agrupación y las relaciones públicas. Aunque el carisma personal juega un papel importante en la agrupación, lo que ha permitido su subsistencia son, sin duda, los principios de organización que se desarrollaron paulatinamente. En 1940 se fundó en Nueva York una oficina desde donde se ayudaba a los nuevos grupos y se difundían textos como *Grapevine*, aparecido en 1946. Este folleto, que informaba sobre el éxito con que los grupos de AA enfrentaban sus problemas organizacionales, evolucionó hasta convertirse en 1950 en *Las 12 tradiciones*.

También se publicó el *Preámbulo*, que define los principios generales de AA: Alcohólicos Anónimos es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida. No se pagan honorarios ni cuotas, se mantiene con las contribuciones propias. No está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias; no respalda ni se opone a ninguna causa. Su objetivo primordial es mantener sobrios a sus miembros y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar la sobriedad.

Durante la primera Convención Internacional de AA, realizada en 1950 en Cleveland, las 12 tradiciones (conocidas como el legado de la unidad) fueron adoptadas por los grupos participantes. Muchos de los principios de organización de AA no están expresados en ellas ni en otros textos, pero se practican y se transmiten tácitamente.⁷

Las tradiciones destacan la importancia de la unidad y el bien común de la agrupación (primera); la presencia de líderes que sirven al grupo pero que no ejercen ninguna autoridad (segunda); y la ausencia de requisitos, excepto el deseo de dejar de beber (tercera). A diferencia de otras organizaciones, no existen criterios de exclusión o rechazo; los miembros son libres de ir y venir. Sin embargo, aunque se ejerce mucha tolerancia, se trata de impedir la asistencia a las juntas en estado de embriaguez.

La cuarta tradición se refiere a la autonomía de la que goza cada grupo, excepto en asuntos que puedan afectar a otros. El grupo se define como dos o más personas que se reúnen cara a cara regularmente, por lo general en un lugar y horario definidos. Cada grupo toma sus propias decisiones y no hay criterios explícitos de territorialidad o jurisdicción, por lo que constantemente se pueden crear nuevos grupos. Esto ha servido tanto como solución de conflictos internos como para el crecimiento de la agrupación.

El objetivo primordial de cada grupo es llevar el mensaje de AA al alcohólico que todavía sufre (quinta). Está prohibida la afiliación del grupo con otras organizaciones externas o de ellas con AA (sexta); una excepción es la relación que tradicionalmente existe con Al-Anon, agrupación para familiares de alcohólicos. Esta tradición también prohíbe a los grupos tener bienes o propiedades materiales e involucrarse en asuntos de dinero o de prestigio, aunque se admite la utilidad de tener alguna propiedad de uso genuino para la agrupación, la cual debe estar perfectamente separada y administrada. En situación similar están los derechos de autor de las publicaciones de AA, cuya venta representa una fuente considerable de recursos, generalmente utilizados en la estructura de servicios (viajes, oficinas, organización de eventos).

También se enfatiza la igualdad entre los miembros de AA, donde todos tienen el mismo estatus y las decisiones se toman según la "conciencia del grupo", lo que impide que se desarrollen jerarquías u oligarquías. Sin embargo, los miembros con más años de sobriedad y con liderazgo suelen ser elegidos para desempeñar funciones en la agrupación.

Cada grupo debe sostenerse a sí mismo con la aportación —siempre voluntaria— de sus miembros (séptima), rechazando las contribuciones externas. Durante las juntas se hace una colecta para pagar la renta del local, los refrescos, el café, las publicaciones o para contribuir a las actividades de las oficinas intergrupales y de los niveles de servicios generales. AA no debe tener un carácter profesional (octava), lo que reitera el carácter gratuito de la ayuda que se ofrece. Sin embargo, puede contratar a miembros y no miembros alcohólicos para trabajos como la edición de las publicaciones o el trabajo de oficina.

La novena tradición sugiere que los comités y representantes del grupo sean mínimos y de carácter rotatorio, y que los encargados de ciertas responsabilidades sean servidores y no autoridades. La décima se refiere a que AA no se mezclará ni opinará en cuestiones o polémicas externas, en especial aquéllas que tengan que ver con la política hacia el alcohol o la religión. Las tradiciones 11 y 12 destacan el uso de la atracción en lugar de la promoción o la propaganda sensacionalista, siempre cuidando el anonimato personal que tiene una gran significación es-

piritual y de protección de la agrupación, pues antepone los principios a las personalidades.

L A E S T R U C T U R A D E S E R V I C I O S * * * * *

A partir de 1951 los delegados de grupos de Estados Unidos y Canadá se reunieron en conferencias anuales donde se desarrolló el manual del tercer legado (servicio), que con el tiempo dio forma a la estructura de AA como organización internacional. En 1959 se fundó la Oficina de Servicios Mundiales de AA en la ciudad de Nueva York y en cada país se integraron estructuras nacionales de servicio. Durante el Consejo de Servicios Generales —de 1954— y la Conferencia de 1955 se definieron las funciones de la oficina de servicios y la creación de órganos para la publicación de textos. A partir de 1966 se determinó que dos terceras partes de los consejeros o "custodios" fueran miembros de AA y los demás no alcohólicos.

En 1962, Bill W. publicó *Doce conceptos para el servicio mundial*, guía para preservar la integridad y el crecimiento del movimiento. Estas consideraciones de organización y de vigilancia se conocen como la "estructura de servicio". Ésta se inicia en el grupo, donde se opina sobre cualquier decisión ("conciencia del grupo"); diversos grupos forman un distrito, ciertos distritos integran un área y varias de éstas componen una región o zona. Cada uno de estos niveles tiene comités y representantes.

El delegado de cada comité de área forma parte de la Conferencia de Servicios Generales que se realiza anualmente y a la que asisten los custodios y los miembros de la Oficina de Servicios Generales. Hay numerosos comités como el de trabajo con las instituciones, el de cooperación con la comunidad profesional, el de información pública o el de publicaciones. Los cargos son rotatorios y tanto en los grupos como en los niveles superiores se realizan diversas actividades como aniversarios, convenciones, juntas de trabajo, etcétera.⁶

A L C O H Ó L I C O S A N Ó N I M O S E N M É X I C O * * *

La presencia de AA en México se remonta a principios de los años cuarenta. Como en otros países, AA comenzó a conocerse aquí a través de quienes viajaban a Estados Unidos o de norteamericanos que visitaban el país. Inicialmente, los grupos duraban poco tiempo; el primero en lograr cierta permanencia fue de habla inglesa y comenzó a reunirse en 1946, en la ciudad de México. Sus miembros eran principalmente norteamericanos que emigraron a México después de la segunda guerra mundial, aunque también incluía a algunos mexicanos que posteriormente trataron de formar grupos de habla hispana.⁷

De los años cuarenta a mediados de los sesenta el crecimiento fue lento, pues algunos creían que los norteamericanos trataban de imponerlo y que iba contra la naturaleza de los mexicanos; estaba bien para sajones pero no para latinos. Además, había problemas con la cuestión religiosa y la carencia de literatura.

Hubo otros esfuerzos para introducir AA en México que trataban de ajustarse a la idiosincrasia mexicana, apartándose del modelo tradicional, como el caso de un médico que organizó, a principios de los años cincuenta, pequeños grupos bajo el nombre de Asociación Mexicana de Alcohólicos en Recuperación (AMAR) que, por cierto, aún trabaja con algunos elementos del programa de AA y criterios de la OMS sobre alcoholismo, incluyendo el psicodrama y otras técnicas. Esa organización, sin embargo, se separó de AA debido a que no seguía fielmente sus principios y tradiciones. Otro intento de corta duración fue el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos Mexicanos, A. C. (CRAMAC), que buscó combinar los principios de AA con los recursos profesionales.¹⁹

Los primeros grupos de AA tenían numerosos problemas para lograr la permanencia, según se describe en una carta enviada a la oficina mundial de Nueva York: confusión y diversidad en cuanto a la interpretación del programa, pocos miembros, falta de comunicación entre los grupos, dificultades económicas e inestabilidad. En 1964 se realizó en la ciudad de México la Segunda Convención de México, Panamá y el Caribe, evento que ayudó a crear una oficina intergrupala que durante los siguientes cinco años fungiría como Oficina de Servicios Generales. Como resultado, el número de grupos y de oficinas intergrupales comenzó a aumentar.

Otro factor importante para el acelerado incremento de grupos fue el "apadrinamiento" (ayuda o apoyo en el lenguaje de AA) que se recibió de los AA de otros países y de la oficina de Nueva York. El crecimiento también se relaciona con la difusión de las publicaciones en español y con la creación de la Oficina de Servicios Generales en 1969, conocida como la Central Mexicana de Servicios Generales de AA, A.C. (CMSGAA; en este texto, CM). De 1974 a 1981 aparecía en promedio un grupo diario y en 1997 se calculó que había 13 grupos por cada 100 mil habitantes en general; según la Encuesta Nacional de Adicciones,²¹ 6.9% de la población adulta urbana de México cumple con criterios de dependencia del alcohol, lo que representa más de cinco millones de personas mayores de 20 años en 1997.

L A A D A P T A C I Ó N D E A A A M É X I C O * * * * *

La adopción y difusión de AA en México parece haberse producido gracias a un proceso de ajuste al contexto cultural de nuestro país. Esta expansión también debe atribuirse a la ausencia de recursos suficientes para la atención del alcoholismo en el campo profesional de la salud. El crecimiento, sin embargo, no hubiese sido tan espectacular si el modelo original no experimentara una "mexicanización". Esta aculturación, sin embargo, también es responsable de acontecimientos posteriores que fragmentaron el movimiento, caso único entre los países estudiados.¹²

Pocos de los grupos AA que trabajan actualmente se crearon antes de los años setenta; la mayoría se fundó después de 1975. Los

lugares de reunión en México son muy diversos dependiendo de su ubicación geográfica y del nivel socioeconómico de sus miembros. Algunos realizan sus juntas en oficinas rentadas, en una iglesia, en el garaje de una casa o en un mercado; otros grupos, llamados "institucionales", sesionan en hospitales o cárceles. Generalmente se anuncian con el logo de AA en la entrada del sitio de reunión y cuentan con grandes fotos enmarcadas de los fundadores del movimiento, lo que no ocurre en otros países. Esto probablemente se debe a que en la cultura mexicana las imágenes juegan un papel simbólico importante, sean religiosas, de líderes o héroes.

Otra característica observada exclusivamente en México son los nombres que identifican a los grupos de alcohólicos anónimos: algunos aluden al local o a la calle donde está su lugar de reunión; San Agustín o Bolívar; otros se refieren al programa o a aspectos espirituales: Un nuevo amanecer, Viviendo sobrio, Fortaleza. En otros países los grupos se distinguen entre sí por un número o por su dirección, pero aquí existe una necesidad expresiva inherente al temperamento y dramatismo de la cultura; a esto, los AA incorporan los aspectos trágicos de la enfermedad y la transformación radical con la que interpretan su recuperación, casi como si fuera una redención.

Las instalaciones pueden ser simples y modestas o bastante cómodas y lujosas, según los recursos de sus miembros. Como parte de la decoración y como recordatorio del programa se exhiben lemas de AA: "Si no asistes a tus juntas, no preguntes por qué recaes", "poco a poco, se va lejos", "sólo por hoy", "primero es lo primero". Destacan también los 12 pasos y la oración de la serenidad: "Señor, concédeme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para cambiar lo que sí puedo y sabiduría para saber la diferencia". En algunos grupos también se encuentra la tabla de la Alcoholemia de Jellinek que grafica los diversos estadios en la evolución de la enfermedad.¹³

En los grupos de nivel socioeconómico más bajo es frecuente la exhibición de refranes, dibujos y pinturas creados por sus miembros con dramáticas y populares representaciones del alcoholismo y el programa de AA, como la representación de un hombre encadenado a una botella gigante y la mano de AA extendiéndose para liberarlo; también hay frases como: "Los perros abren sus ojos a los 15 días; los pendejos nunca" o "Dios, no soy lo que quisiera ser ni soy lo que debiera ser; pero gracias Señor por no ser lo que antes era."

En cada lugar de reunión hay una mesa al frente, donde se sienta el coordinador de la junta y/o el secretario del grupo, y a su lado un sitio especial —la tribuna— destinado para quienes piden "compartir" o para los oradores invitados. Los demás asistentes se sientan enfrente, en una disposición parecida a la de un salón escolar o una iglesia. Este formato puede variar, el

grupo de habla inglesa Union Church; en el Distrito Federal, lo hace en forma de círculo.

L A S D I V I S I O N E S E N A A * * * * *

Una de las características más notables de AA en México es la fragmentación del movimiento. Desde 1975 se han creado diferentes organizaciones que declaran seguir el programa de AA, aunque la única reconocida por la Oficina Mundial de Nueva York es la ya mencionada CM, que tiene los derechos en nuestro país para editar las publicaciones oficiales de AA. La CM, establecida formalmente en 1970, inició sus responsabilidades ayudando a crear grupos en todo el país, propiciando la comunicación entre ellos y publicando textos de AA y su propia revista, *Plenitud*.

Siguiendo el modelo tradicional, los grupos de la CM tienen juntas con una duración de hora y media. La frecuencia de las reuniones varía: 66% de los grupos sostiene entre seis a diez por semana, mientras que otros tienen dos o más diarias, según sus integrantes. Por lo general, las juntas son después de las 19 horas, aunque los sábados también hay reuniones matutinas. Como en Estados Unidos, cuando los miembros de AA "pasan el mensaje" a un alcohólico que aún bebe, generalmente lo llevan a algún servicio de salud para que se desintoxique; cuando mejora lo llevan a un grupo a que comience su recuperación.

En 1975 —cuando en México había aproximadamente mil grupos— en un grupo tradicional surgió la iniciativa de tener más juntas y de dar albergue a alcohólicos seriamente afectados que no tenían a dónde ir. Así surgió el Movimiento 24 Horas de AA que, además de sesionar continuamente —cada dos horas—, se caracteriza por contar con un "anexo". Éste consiste en un área separada dentro de las mismas instalaciones donde pueden vivir los alcohólicos que así lo requieran —hombres y mujeres— durante varios meses. En cuanto les es posible, ayudan en la limpieza del lugar y se dividen en cuatro turnos de seis horas para mantener el grupo continuamente abierto.

Al poco tiempo de iniciar esas prácticas, los grupos 24 Horas se separaron de la CM, por no seguir los principios de AA, entre ellos el de no anunciarse en radio y televisión. Para 1977 ya había tres grupos más de este tipo y en 1995 24 Horas afirmaba contar con 150 grupos en todo el país. Otra innovación de este movimiento fue la creación, en 1976, de "granjas de rehabilitación"; actualmente tienen 8, donde alrededor de 40 internos varones viven por aproximadamente un año. Los grupos son autónomos, pero las granjas están subsidiadas básicamente por los primeros.

El Movimiento 24 Horas de AA también es conocido como Grupos Condesa, pues en esa zona de la ciudad de México se encuentra su oficina y grupo principal. No tienen una compleja estructura de servicios como la CM, excepto un consejo integrado por veteranos en el grupo matriz. Los guías o líderes (que deben tener una sobriedad mínima de dos años) son elegidos por la concien-

cia de cada grupo. Anualmente celebran su congreso con un evento espectacular en la ciudad de México al que acuden miles de miembros. Se asegura que existen grupos similares en Estados Unidos, Ecuador y Guatemala.

El uso de las publicaciones de AA es mucho menor en 24 Horas que, por cierto, cuenta con folletos y libros como *Un mensaje de vida* y *Movimiento de 24 Horas*, escritos por uno de sus fundadores a partir de las historias de sus miembros. En algunos de estos textos predomina el uso de un lenguaje vulgar, que también es bastante utilizado en dichos grupos, pues consideran que tiene un efecto terapéutico; sin embargo, también puede deberse al bajo nivel socioeconómico de muchos de sus integrantes. Mientras en la CM el promedio de miembros por grupo es de 13, en 24 Horas puede haber más de 50, puesto que tienen sesiones constantes diariamente.

Hubo ciertas críticas hacia este movimiento en los medios de comunicación, ya que se denunciaron malos tratos en algunos grupos, sobre todo hacia los recién llegados o los recaídos; también corrieron rumores sobre abusos físicos y violencia en los anexos y granjas, aunque recientemente la agrupación ha hecho esfuerzos por corregir esas anomalías. El "apadrinamiento" es una de las relaciones más importantes que se establecen entre dos miembros de AA. El "padrino" o "madrina" es alguien con experiencia en el programa y suficiente tiempo de sobriedad que guía al recién llegado, estableciéndose un vínculo de confianza absoluta; el "padrino" ayuda en todo momento a su "ahijado" en la práctica del programa.

En la CM 9% de los miembros son mujeres, en tanto que en 24 Horas la proporción es de 12%. En ambas agrupaciones se ha registrado una mayor afluencia de mujeres en los últimos años y algunos grupos tienen juntas especiales para ellas. Las mujeres AA entrevistadas señalan que cuando bebían sentían un aislamiento más fuerte que los hombres, pues el alcoholismo en el sexo femenino representa un mayor estigma para la sociedad. El machismo, la soledad y la carencia emocional son algunas de las razones por las que se establecen relaciones amorosas entre las recién llegadas y los AA que las "apadrinan". Las diferencias en cuanto al género también son evidentes en Al-Anon: los familiares de alcohólicos varones están sobrerrepresentados mientras que las mujeres alcohólicas con menor frecuencia tienen parejas o familiares que deseen incorporarse a su proceso de recuperación.¹⁴

En los grupos tradicionales de la CM 28% de los miembros son menores de 30 años; en la otra organización, la proporción de jóvenes es mayor (37%). En los grupos 24 Horas predominan los individuos de clase social baja y media baja, mientras las clases medias y altas tienden a estar más representadas en los grupos tradicionales. Los miembros con poco tiempo en el pro-

grama de recuperación asisten a las juntas con más frecuencia que los veteranos.

El uso de otras drogas además del alcohol es más elevado entre los AA que en la población en general.¹⁵ Las principales drogas mencionadas por los miembros de AA son marihuana (26.6%), tranquilizantes fuera de uso médico (21%) y cocaína (7%). Al parecer, el uso de estas otras drogas provoca que a los grupos llegue gente cada vez más joven. Los AA refieren que "ya casi no se encuentran alcohólicos puros en la agrupación, como los de antes". La mayoría de los miembros entrevistados llegaron por primera vez a AA gracias a que algún miembro le "pasó el mensaje"; sólo en 5% de los casos fue algún profesional de la salud quien recomendó la asistencia. El resto fue por algún amigo o familiar; un sacerdote o por anuncios de la agrupación.

En 1979, 24 Horas Condesa (24HC) sufrió, a su vez, una fragmentación. Esto se debió, según algunos miembros, a un choque de actitudes y a la falta de acuerdo entre los líderes sobre la práctica del programa (castigos físicos para "corregir", recoger alcohólicos en las calles). La nueva organización se conoce como 24 Horas de AA y Terapia Intensiva, A.C. (24HTI) y en la actualidad está integrada por aproximadamente 360 grupos, con 325 anexos de los cuales seis son granjas de recuperación. La diferencia principal respecto a 24HC reside en que cuentan con una estructura de servicios más elaborada —aunque distinta a la de CM—, que incluye 21 oficinas intergrupales con delegados en la oficina central y diversos niveles de representación.

También celebran congresos nacionales cada año y, siguiendo el ejemplo de 24HC, lo hacen con espectáculos artísticos y musicales a los que invitan a profesionales y líderes religiosos. Además, publican folletos y utilizan la literatura de AA, que adquieren en la CM con la que, al parecer, mantienen buenas relaciones, a diferencia de 24HC. Ambos grupos de 24 Horas tienen grupos de jóvenes y colaboran con grupos Al-Anon integrados por familiares de sus miembros. 24HTI tiene tres grupos afiliados en Guatemala.

En 1985 tuvo lugar otra fragmentación que tal vez representa el reto más serio para el legado de la unidad. La nueva agrupación se creó con miembros de los grupos tradicionales de hora y media de AA, debido a desacuerdos con la CM, pues según algunos, los principios de AA no se respetaban, ya que había falta de comunicación y concentración de poder en los servidores de la OSE. Desde finales de los setenta se hizo evidente que los servidores y representantes de los grupos no estaban suficientemente preparados en el servicio y eran fácilmente manipulados por integrantes de la CM, lo que redundó en que muchos nuevos grupos de AA cerraran por falta de experiencia y guía; también hubo dudas sobre el manejo del dinero y la designación de custodios y delegados.

La ruptura tuvo lugar durante la Conferencia Nacional de 1985, cuando los descontentos decidieron formar otra agrupación, Sección México de AA (SMAA), para "volver a los principios fundamentales de AA", según sus fundadores. Aunque la cuestión financiera se investigó sin encontrar ningún manejo erróneo por parte de la CM, las desavenencias eran muy grandes y se formó una nueva estructura de servicios. Algunos integrantes veteranos sentían que se les relegaba y no se les tomaba en cuenta en la toma de decisiones; el nuevo movimiento atrajo a varios de ellos, incluso al primer mexicano delegado a la Asamblea Mundial de 1969.

La SMAA mantiene el programa tradicional de AA, juntas de hora y media y el uso de la misma literatura, constituyendo, en realidad, una estructura paralela a la de CM. Sin embargo, sus líderes señalan que tratan de mejorar la preparación de los servidores, basándose en los principios originales de AA. Aunque algunos reconocen que las prácticas incorrectas de la CM se han corregido, no desean unirse nuevamente. Cuando la nueva organización intentó imprimir la literatura de AA hubo fricciones con la CM, la cual tiene ese derecho, lo que le representa una importante fuente de ingresos en AA. Por su parte, la CM atribuye la escisión a "problemas de ego, dinero y poder de ambos lados, que son muy dañinos para la fraternidad de AA".

Actualmente, SMAA tiene afiliados a 1 200 grupos, aunque en realidad, al visitar los grupos de hora y media se encontró que muchos de sus miembros no saben si pertenecen a una u otra de las estructuras de servicio. También hay un número desconocido de grupos tradicionales que no están registrados en ninguna estructura y que no participan en actividades de otros niveles; estos grupos están integrados, en general, por individuos de las clases sociales más altas en México.

CONCLUSIONES * * * * *

La literatura científica sobre AA es muy extensa y las interpretaciones han sido diversas, desde las filosóficas hasta las que lo analizan como modalidad de tratamiento.¹⁶ Otros, en cambio, han concebido a AA casi como una religión,¹⁷ mientras que numerosos estudios lo sitúan entre los movimientos de autoayuda, aunque AA prefiere el término "fraternidad".¹⁸

Las divisiones del movimiento no parecen representar, hasta hoy, un debilitamiento de su presencia en México. Las razones de estas fragmentaciones son complejas; en parte se deben a las dinámicas psicosociales de nuestra cultura. Pueden, por tanto, interpretarse como un reflejo de lo que sucede en la sociedad mexicana en general: desintegración y fragmentación, fuertes diferencias étnicas, económicas y sociales, conflictiva relación con el poder y dificultades para una armónica organización. Tales divisiones coinciden con la creciente tendencia a confrontar el exceso de autoridad, con una búsqueda de nuevos tipos de liderazgo.

La gran expansión de AA en nuestro medio puede explicarse, por un lado, a que se trata de un servicio vitalicio, voluntario y gratuito y, por el otro, a la falta de suficientes respuestas del sector salud frente al problema del alcoholismo, especialmente en lo que concierne a servicios residenciales, para lo que el movimiento de 24 Horas ofrece una alternativa no profesional.

Sin embargo, también se presentan características individuales y sociales que parecen relacionarse con la capacidad de afiliación: prevalencia de un *locus* de control externo, autoritarismo, extroversión, inclinación a la vergüenza, gran necesidad de afiliación y de dependencia, desinhibición y simplicidad cognitiva.¹⁹

La pertenencia a AA es independiente a la posición que se ocupa en la estructura social, sin embargo, en México se observa que esta posición también se expresa en ciertas conductas al interior de la agrupación. Mientras los miembros de las clases más aventajadas acuden a AA por el programa de recuperación personal y su ámbito de acción es el grupo exclusivamente, entre los grupos de menor nivel socioeconómico sus integrantes participan activamente en la estructura de servicio, pues quizá en este ámbito pueden ganar el prestigio y el poder que se les ha negado fuera de la agrupación, más aún por ser alcohólicos.

Las ventajas de pertenecer a AA no sólo consisten en controlar un padecimiento que amenaza la vida: sus miembros crean una red de apoyo constante, se ayudan para conseguir trabajo y llevan a cabo todo tipo de transacciones prácticas. La recuperación es emocional y material, se provee un ámbito de pertenencia, de relaciones simétricas y permanentes, lo que ningún recurso profesional puede proporcionar.

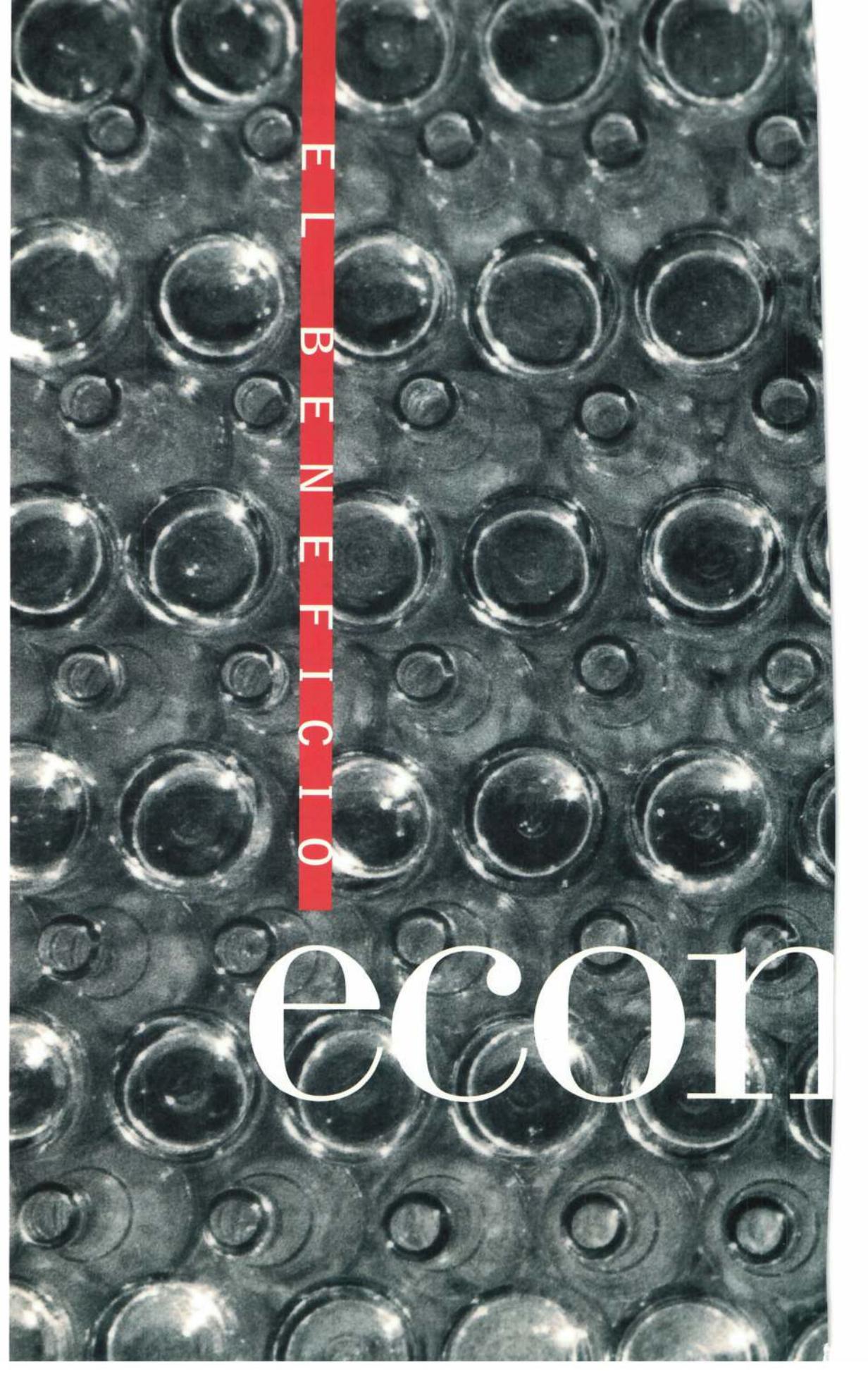
La relación entre AA y los profesionales de la salud no ha sido fácil: numerosos prejuicios de ambos lados han persistido, aunque se han atenuado paulatinamente. Los alcohólicos han denunciado el rechazo del medio médico, la sobremedicación — que a veces promueve otras adicciones —, el autoritarismo y la indiferencia de los profesionales. Entre éstos, especialmente entre los médicos, aún persiste la idea de que los alcohólicos son casos que ponen a prueba su tolerancia, que los AA son grupos de fanáticos -- casi sectas -- y que el programa carece de fundamentación científica. El hecho de que su ayuda se brinde sin participación profesional les causa recelo y suspicacia.

En general, existen pocos estudios que evalúen la eficacia de las diversas modalidades terapéuticas para el alcoholismo. No hay suficiente evidencia para saber si AA alcanza más o menos éxitos que otros recursos de atención. Lo que es indudable, dado su crecimiento en grupos y miembros, es que ha logrado impactar a muchos individuos que presentaban problemas con su forma de beber. Es necesario seguir coadyuvando a una mejor cooperación entre ambos campos, ya que no son excluyentes. Un área importante es la de los padecimientos físicos y mentales que

sufrer muchos individuos, como consecuencia o de manera concurrente a su alcoholismo. Aunque los profesionales no pueden —como lo hace AA— ofrecer el sostén terapéutico que representa la identificación con otros, ni sostener el contrato de tratamiento de por vida, sí pueden ayudar en el alivio de las condiciones médicas y psicológicas que presentan muchos alcohólicos.

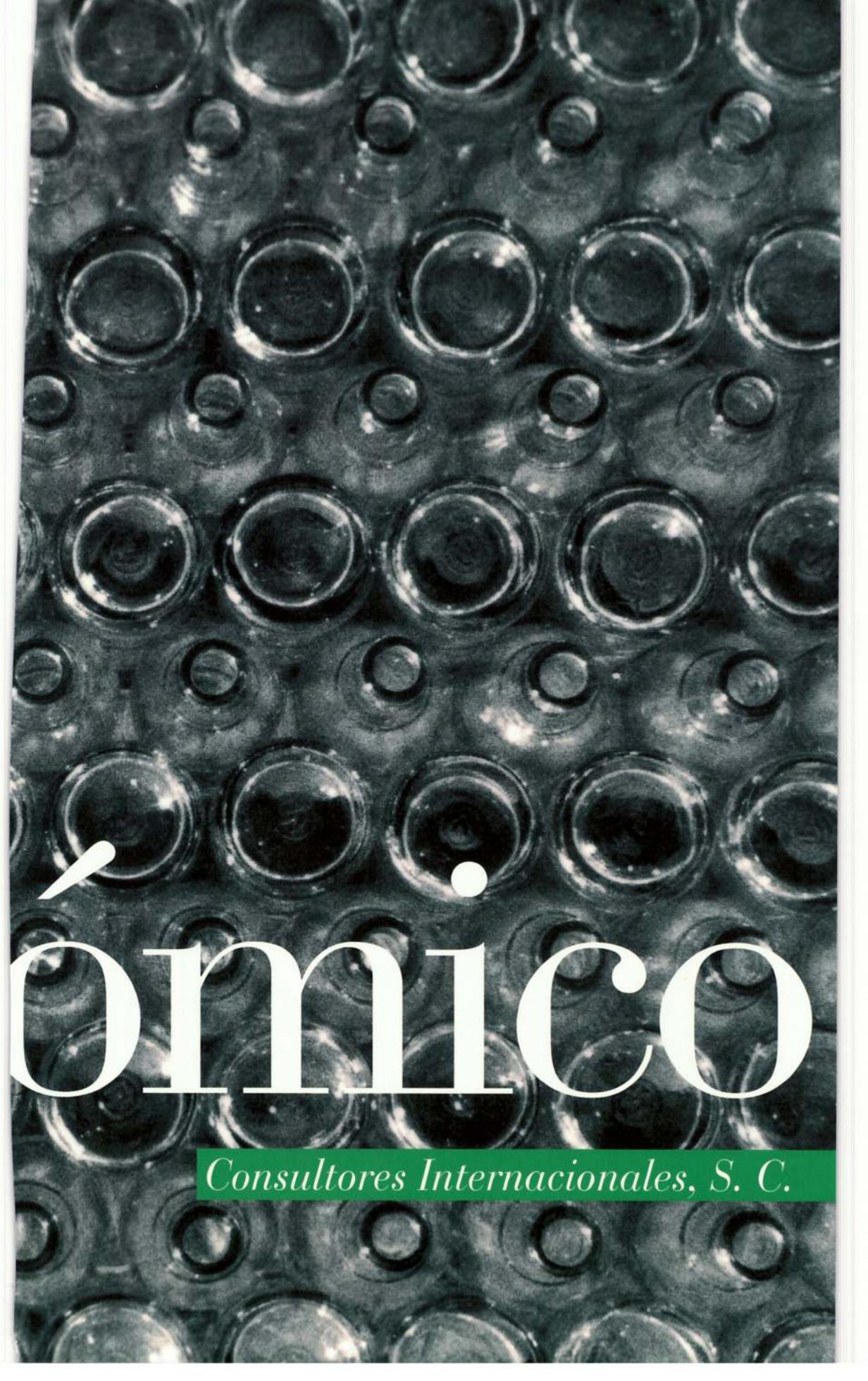
N O T A S

- 1 *** Los datos presentados en este trabajo fueron obtenidos en la investigación denominada "International Collaborative Study en Alcoholics Anonymous", realizada en ocho países, bajo la coordinación del doctor Klaus Mäkela de la Finnish Foundation for Alcohol Studies y con los auspicios de la Organización Mundial de la Salud. En México, el estudio fue realizado por la autora en el Instituto Mexicano de Psiquiatría, con el apoyo financiero de FISAC y CONACYT.
- 2 *** Información proporcionada por la Central Mexicana de Servicios Generales de AA, A.C.
- 3 *** *Alcohólicos Anónimos*, impreso y distribuido por la Central Mexicana de Servicios Generales de AA (CMSGAA), 1990.
- 4 *** *AA llega a su mayoría de edad*, impreso y distribuido por la CMSGAA, 1967.
- 5 *** Peterson, J. H., "The international origins of Alcoholics Anonymous", en *Contemporary Drug Problems*, núm. 19, vol. 1, 1992, pp. 53-74.
- 6 *** Kurtz, E., "Why AA works: The intellectual significance of Alcoholics Anonymous", en *Journal of Studies on Alcohol*, núm. 43, vol. 1, 1982, pp. 38-80.
- 7 *** *12+12: Twelve steps and twelve traditions*, Nueva York, Alcoholics Anonymous World Services, 1953.
- 8 *** *El manual de Servicios de AA*, impreso y distribuido por la CMSGAA, 1962.
- 9 *** Ramírez Bautista, M., *Comunidad sin fronteras. Casos reales sobre el drama y rehabilitación de alcohólicos*, México, Diana, 1987.
- 10 *** *Idem*.
- 11 *** *Encuesta Nacional de Adicciones*, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, 1993.
- 12 *** Mäkela, K., et al., *Alcoholics Anonymous as a Mutual-Help Movement. A study in Eight Societies*, The University of Wisconsin Press, 1996.
- 13 *** Jellinek, E. M., "Phases of alcohol addiction", en *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, núm. 13, 1952, pp. 673-684.
- 14 *** Rosovsky, H., et al., "Al-Anon groups in México", en *Contemporary Drug Problems*, núm. 19, vol. 4, 1992, pp. 587-603.
- 15 *** *Encuesta Nacional...*, *op. cit.*
- 16 *** Glaser, F. B., et al., en "Does AA really work?", en *British Journal of Addiction*, núm. 77, vol. 2, 1982, pp. 123-129; y Robinson, D., en "Talking out of alcoholism: The self-help process", en *Alcoholism*, núm. 18, vol. 2, 1979, pp. 167-172.
- 17 *** Bufe, C., *Cult or cure?*, San Francisco, Sharp Press, 1991; Galanter, M., en "Cults and Zealous self-help Movements: A Psychiatric Perspective", en *American Journal of Psychiatry*, núm. 147, vol. 5, 1990, pp. 543-551; Gartner, A., et al., *Self-help in the Human Services*, San Francisco, Jossey-Bass, 1977; Rudy, D. R., et al., "Is Alcoholics Anonymous a Religious Organization? Meditations on marginality" en *Sociological Analysis*, núm. 50, vol. 1, 1989, pp. 41-51; y Thune, C., "Alcoholism and the Archetypal past", en *Journal of Studies on Alcohol*, núm. 38, 1977, pp. 75-86.
- 18 *** Gartner, A. y F. Riessman, *Self-help in the Human Services*. San Francisco, Jossey-Bass, 1977; Katz, A. y E. Bender, *Self-help Groups in Western Society*, en *The Journal of Applied Behavioral Science*, núm. 2, 1976, pp. 265-282.
- 19 *** Osborne, A. C., et al., "Characteristics of Affiliates of Alcoholics Anonymous", en *Journal of Studies on Alcohol*, núm. 42, vol. 7, 1981, pp. 661-675; y Kurtz, E., *op. cit.*



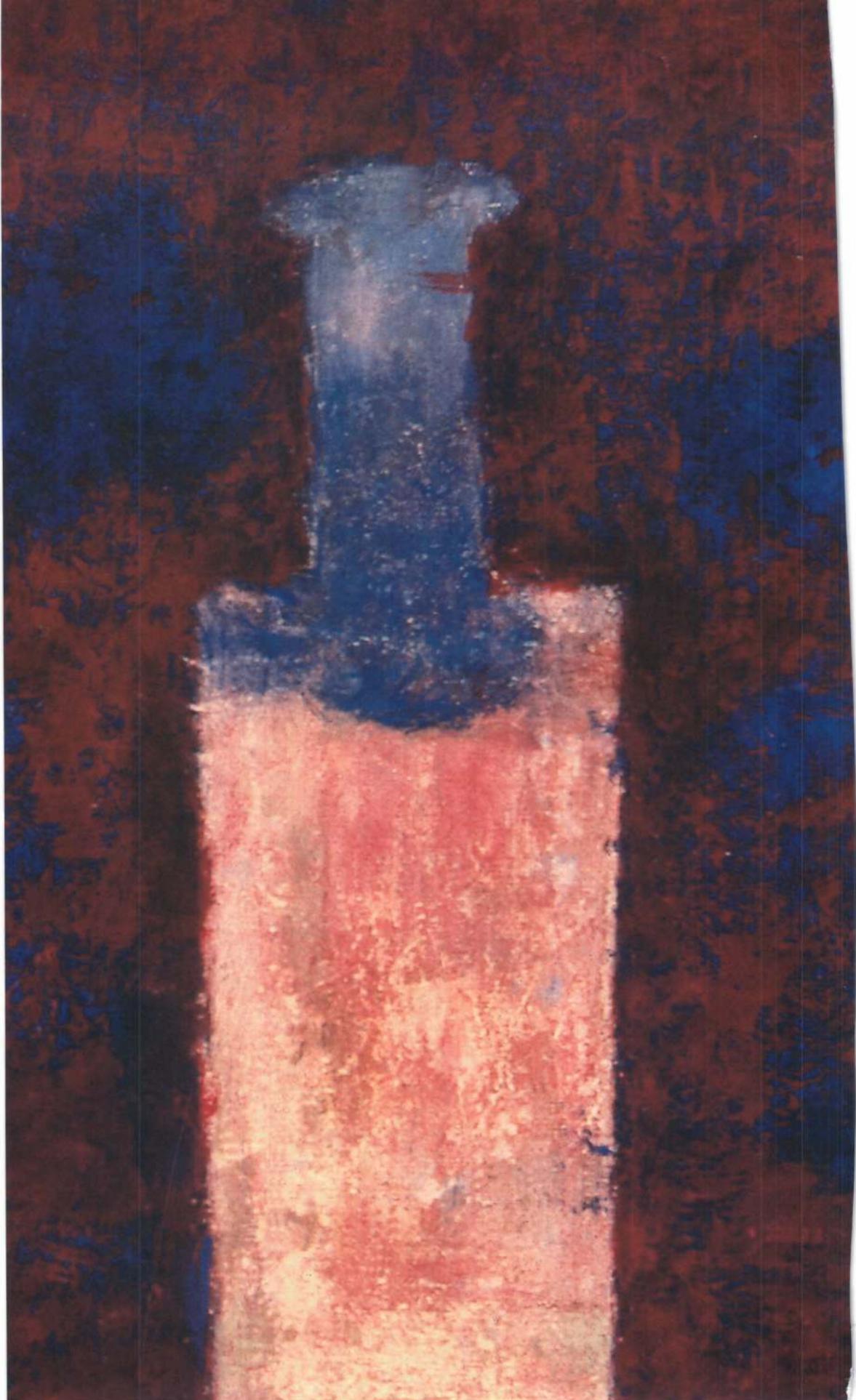
E
L
B
E
N
E
F
I
C
I
O

econom



Ómico

Consultores Internacionales, S. C.



C

uando se estudia el mercado de las bebidas alcohólicas, usualmente se le asigna un peso preponderante al consumo y a los fenómenos sociales que conforman su entorno; esto ha restado importancia a otras fases del circuito económico, que generan parte de su beneficio a la sociedad.

Es por ello que nos hemos dado a la tarea de ofrecer una visión macroeconómica del mercado de este campo, poniendo el acento en su aportación a la riqueza nacional y en su papel como parte de la *cadena del valor*, en la que se reflejan las múltiples interrelaciones sectoriales encabezadas por la industria.

Cuatro grupos principales conforman el mercado: los destilados de caña, de uva y de agave, y las bebidas fermentadas. Son representativos de cada grupo el ron y el aguardiente; el brandy; el tequila y el mezcal; y la cerveza respectivamente. Su producción, comercio y consumo es lo que, en lo sucesivo, llamaremos el mercado de bebidas alcohólicas. Alrededor de éste tiene lugar una urdimbre de actividades económicas integrada por distintos bienes y servicios, que dan lugar al concepto de cadena productiva. Para ilustrar lo anterior, es pertinente separar la producción de estas bebidas en dos grupos: las destiladas y las fermentadas. Esta distinción obedece a un sistema internacional de identificación de las actividades productivas que busca diferenciar el grado de integración del conjunto de las actividades económicas, así como las relaciones de abasto y uso de bienes y servicios en la producción interna.

De acuerdo con esta división, la cadena productiva de las bebidas destiladas está relacionada con más de la mitad de las ramas económicas que se contabilizan en México; las estadísticas de 1985¹ muestran que la participación más notable se da en las actividades agrícolas pues la provisión de productos primarios constituye casi la tercera parte del total de los insumos (30%). La producción de azúcar aporta 18% de los suministros, la rama se provee a sí misma de 14.3% de bienes intermedios, el comercio participa con 14%; los productos de vidrio con 8.5%; los servicios profesionales con 4.5%; las imprentas y editoriales con 3%, mientras que el resto está pulverizado entre 28 ramas de actividad económica.

PÁGINAS 234-235:

Anónimo.

Botellas en vasos.

Ca. 1955. Monterrey,
Nuevo León.

© SINAFO-Fototeca

Nacional del INAH.

Fondo Casasola.

Reproducción

autorizada por el

Instituto Nacional de

Antropología e Historia.

PÁGINA ANTERIOR:

Rufino Tamayo.

Bodegón con frutero.

1976. Óleo sobre tela.

91 x 130 cm. Detalle.

Colección Rómulo

Betancourt, Caracas.

La elaboración de cerveza y malta representaba, en el mismo año, una cadena productiva igualmente extensa pero de mayor importancia económica. El impacto más relevante se dio en la producción de cebada maltera que contribuía con 17% del valor de los insumos requeridos; la industria básica del hierro y acero proveía 7.5%; papel y cartón 7%; vidrio y productos de vidrio casi 6%; el comercio en general 16%; transporte 8.6% y los servicios profesionales 6.6%.

Las cifras anteriores corresponden a 1985, por lo que no reflejan la apertura económica que se inició con el GATT (1986) y se profundizó con el Tratado de Libre Comercio de América del Norte en 1994. Estudios recientes³ muestran que uno de los cambios más notables en la producción de bebidas alcohólicas estriba en una incorporación moderada de las importaciones, las cuales no han logrado desplazar la integración doméstica de modo significativo, ya que, si bien en 1985 los insumos importados constituían 1%, para 1993 no excedían 4%. Otro aspecto que debe destacarse es que tanto en la producción de bebidas destiladas y fermentadas, el grado de integración continúa siendo sustentado en el potencial productivo mexicano. El cambio más importante se ha dado en la participación de la agricultura: si en 1985 contribuía con 24%, ahora se calcula que lo hace con 15%. Tal disminución se explica por la reducción de los precios internacionales de los insumos primarios, así como por la pérdida relativa del valor de las actividades agrícolas e industriales respecto a las comerciales y de servicios (véase figura 1).

Hasta aquí hemos descrito los eslabones productivos del mercado de bebidas alcohólicas o lo que se conoce como su integración "hacia atrás"; ahora, si pensamos en los productos finales, la influencia económica se extiende ampliamente hacia el comercio al mayoreo y menudeo y hacia los servicios directamente relacionados con su venta. Entre ellos podemos citar a centros nocturnos, restaurantes, bares, cantinas y otros servicios relacionados con el esparcimiento. Este conjunto de actividades involucran de manera sustancial al transporte, las comunicaciones, la publicidad, las imprentas y las editoriales.

GENERACIÓN DE VALOR AGREGADO

Para calcular la aportación de esta industria a la riqueza nacional, debemos medir su impacto en la generación de valor agregado — la derrama de sueldos y salarios, ganancias, depreciación de maquinaria y equipo — y en los impuestos que se contabilizan por la elaboración de bebidas alcohólicas. Ambos conceptos están agrupados en el Producto Interno Bruto (PIB), el parámetro que estima la relevancia de las diversas actividades económicas. En este sentido, de cada cien pesos que se generan en México, uno lo aporta la industria de bebidas alcohólicas; esta cifra aumenta a cuatro de cada cien pesos si se compara con el sector manufacturero, que está entre los de mayor dina-

mismo en la economía mexicana. Si el análisis se limita al sector que produce alimentos, bebidas y tabaco, la participación es aún mayor, ya que uno de cada seis pesos (16%) es aportado por la elaboración de bebidas alcohólicas y cerveza. Como puede constatarse, este sector se diluye si se compara con el conjunto global de la economía, pero destaca dentro de los sectores que guían el crecimiento de ésta.

Una breve retrospectiva de la producción de bebidas alcohólicas da cuenta de que su dinamismo ha sido mayor al de la economía mexicana en su conjunto, situación propiciada principalmente por un ascenso constante del valor de la producción de la industria cervecera. Así, durante la década de los noventa hubo tasas medias de crecimiento de 4%, cifra superior a la observada en otras ramas estratégicas.

Hasta 1992, la industria en general registró un ascenso que se vio limitado por la caída real en el PIB de las bebidas alcohólicas, la cual, a su vez, ha sido contrarrestada por el aumento constante del sector cervecero. El crecimiento promedio anual de la industria de bebidas alcohólicas había sido hasta entonces de 8%; la posterior disminución del valor agregado de estos productos se debió al considerable aumento de las importaciones, al incremento de la competencia desleal por parte de las bebidas de dudosa procedencia³ y, principalmente, por la detonación de la crisis financiera en el invierno de 1994.

La producción de los destilados de uva y caña de azúcar fue el área más afectada, aunque el auge de las bebidas derivadas del agave ayudó a contener la reducción del valor generado por la industria. Por otro lado, el volumen producido —principalmente de destilados de caña— también se redujo entre 1994 y 1996.

En la industria de las bebidas alcohólicas destiladas, las derivadas de uva son líderes, seguidas por los rones y aguardientes de caña, aunque debe destacarse el ascenso reciente de las bebidas que se producen con agave (véase figura 2).

En el PIB de las bebidas alcohólicas, el peso más importante recae en la producción de cerveza, que aporta en promedio 70% del valor agregado; los vinos y aguardientes de uva (encabezados por el brandy) contribuyen con 12%; el ron y otros aguardientes de caña aportan 11%; los destilados de agave participan con 3% y el resto lo constituyen otras bebidas como la sidra, el pulque y distintos destilados.

Las entidades que perciben mayores beneficios del valor agregado en la actividad son el Distrito Federal, que genera más de la quinta parte del producto nacional (22%); el Estado de México, que tiene una participación semejante (20.7%); Jalisco (17.2%); Nuevo León (8.7%); Veracruz (7.6%); Baja California (5%); Oaxaca (4%); y Puebla (3.4%). Así se define el mapa de las bebidas alcohólicas, cuya importancia estriba en los efectos directos generados por la producción, así como en la de-

rrama económica y los beneficios regionales que ocurren cuando se invierten o consumen los ingresos percibidos. Por otra parte, hay que hacer notar que estas industrias están concentradas regionalmente, de acuerdo con la vocación productiva de algunas zonas agroclimáticas. Tal es el caso de la cebada maltera en los valles altos de la región central del país; del agave mezcalero en Oaxaca; del agave tequilero en Jalisco, de la caña de azúcar en Jalisco, Sinaloa y Veracruz; y de la uva en Baja California y Sonora.

A los estados productores la actividad les reporta, en promedio, 20% de su PIB estatal en el ramo de alimentos, bebidas y tabaco; esto implica que de no existir la producción de bebidas alcohólicas estas entidades dejarían de percibir uno de cada cinco pesos generados en ese ramo y se cancelarían las aportaciones de los sectores económicos directamente vinculados al proceso, como la producción agrícola, el transporte, la distribución, la publicidad, el comercio y la fabricación de empaques, vidrio, aluminio y cartón.

En el caso del comercio, su relación con la venta de bebidas de contenido alcohólico se da a través de dos vías: al mayoreo y al menudeo que, en conjunto, venden cuatro de cada cien pesos que se intercambian en el país. El comercio al mayoreo se desarrolla en torno a los grandes consumidores como hoteles, restaurantes, bares, cantinas y otros que emplean las bebidas como parte de servicios más amplios. Estos canales producen 79% del valor agregado del comercio de cerveza, vinos y licores; en las transacciones de gran volumen, seis de cada diez pesos vendidos corresponden a la venta de cerveza.

A su vez, el mercado al menudeo se orienta hacia el consumidor final; en esta categoría existe un equilibrio entre las ventas de bebidas alcohólicas y cerveza. No obstante que aquí se concentra la mayoría de las unidades económicas dedicadas a esta actividad, su aportación al valor agregado no excede 1%. Al sumar ambos comercios, las cuentas nacionales indican que la intermediación constituye un valor agregado de 73% del total.

En el espectro económico de los productos espirituosos, están los servicios directamente relacionados con ellos: restaurantes, fondas, cabarets, centros nocturnos, cantinas, bares, cervecerías y pulquerías. También están los servicios de publicidad, mercadotecnia y alquiler de salones de fiesta. La relevancia de este segmento de mercado consiste en que, por cada peso generado de valor agregado en la industria, se generan 53 centavos en servicios. Si bien algunas de las actividades citadas pueden prescindir de las bebidas alcohólicas, el indicador mostrado es una aproximación a la capacidad de expansión económica que la industria ofrece a su entorno.

Visto en conjunto, el bloque de actividades económicas formales que reflejan una interdependencia con las bebidas de contenido al-

cohólico contribuye a la economía nacional en aproximadamente 2.2% del PIB. Cabe precisar que para esta estimación no se toman en cuenta las actividades de la economía informal, tales como la producción y venta de bebidas de dudosa procedencia. Si queremos tener una visión de lo que esta cadena de actividades representa nacionalmente basta señalar que la minería aporta en promedio 2% del PIB, cifra similar a la de la industria automotriz terminal.

O C U P A C I Ó N Y E M P L E O * * * * *

La trascendencia de este cálculo se extiende a otras variables significativas para el tejido social, pues se traducen en unidades de trabajo y en generación de empleos directos e indirectos. Esta intrincada red de actividades posee indicadores confiables en producción, comercio y servicios conexos; sin embargo, respecto a las unidades productivas agrícolas no se cuenta con datos específicos, ya que la magnitud de algunos cultivos puede variar según las condiciones climáticas o de mercado.

En la industria manufacturera el Censo Industrial de 1994 reportaba la existencia en el país de 482 unidades destinadas a la producción de destilados y bebidas fermentadas, incluyendo tanto unidades industriales de gran tamaño como pequeñas empresas. La mayoría se concentraba en la fabricación de destilados de agave (37%), con un empleo promedio de 15 personas por unidad productiva; en segundo término se ubicaba la producción familiar de pulque en 118 unidades (24.5%), que empleaba a no más de dos personas en cada caso. La producción de destilados de caña concentró 14.3% de las unidades censadas en pequeñas empresas con un empleo medio de 21 trabajadores; le seguía la producción de otras bebidas destiladas, donde 46 empresas conformaban 9.5% del total y empleaban en promedio a 16 personas.

Análogamente a lo que sucede en otros sectores manufactureros, la concentración del empleo se observa en las empresas de mayor tamaño. Así, 19 empresas de destilados de uva ofrecen empleo a 1 408 personas; es decir, una ocupación media de 75 empleados por unidad. Otro caso es el de las empresas de bebidas fermentadas de uva donde la ocupación promedio es de 30 personas. Finalmente, la generación de empleo más importante la representa la industria cervecera, donde 19 grandes unidades industriales emplean a más de 21 mil personas, cada una ofrece empleo a más de mil individuos.

En conjunto, la producción de estas bebidas ofrece cuatro de cada cien empleos en el sector industrial de alimentos y uno de cada cien del total de las manufacturas. De acuerdo con datos más recientes,⁴ esta industria provee de empleo a cerca de 30 mil personas.

Indirectamente se estima que otras ramas relacionadas con la elaboración de bebidas ofrecen aproximadamente 4 700 empleos; de ellos, las imprentas, las editoriales y la elaboración de em-

paques de cartón y papel ocuparían a cerca de cuatro mil personas y el resto se dedicaría a elaborar envases de vidrio.

El empleo en el comercio es sustancialmente mayor; por cada empleo que aporta la industria, el comercio genera tres. Las personas empleadas en este rubro suman casi 90 mil; 75% de ellas se ocupan en la venta al mayoreo y menudeo de cerveza; el resto se dedica al comercio de vinos y licores.

Los servicios relacionados (aunque no totalmente) con la venta, promoción y publicidad de bebidas alcohólicas generan más de 106 mil empleos. La mayoría se concentra en las cantinas y los bares que agrupan a 36%; los servicios de publicidad ofrecen empleo a 28% y los cabarets y centros nocturnos cubren 12%, proporción similar a la del rubro de mercadotecnia.

En lo que compete a las actividades agrícolas, las cifras aumentan si se toma en cuenta que al menos cien mil jornaleros se dedican al cultivo de la cebada maltera para proveer a la industria cervecera; por su parte, los productores de caña y azúcar asociados a la fabricación de bebidas alcohólicas⁶ emplean a 75 mil personas. Finalmente, los empleos rurales derivados del agave se estiman en diez mil.⁶

Como se puede apreciar, los eslabones productivos de esta industria son altamente significativos en lo que a empleos se refiere; el total de esta cadena suma 415 700 empleos entre directos e indirectos, industriales y no industriales. Por cada empleo directo creado por la industria se generan otros 14 indirectos; todo el conjunto participa con 1.15% de la población económicamente activa, la cual se estima en aproximadamente 36 millones de mexicanos.

REMUNERACIONES AL PERSONAL OCUPADO

Directamente asociada a la generación de empleos está la remuneración de las personas ocupadas en el proceso productivo. En este sentido, la derrama de ingresos de esta industria equivale a 1.8% del total del sector manufacturero, es la décima parte de lo que perciben los productores nacionales de alimentos, bebidas y tabaco. El ingreso promedio de quienes laboran en la industria de bebidas alcohólicas está definido por la participación mayoritaria de los trabajadores de la cerveza y la malta, cuya derrama económica cubre tres cuartas partes del total; el nivel de sus remuneraciones es de los mejores del sector manufacturero ya que duplica los ingresos medios de toda la industria.

Por su parte, los trabajadores de la industria de destilados de uva tienen un ingreso per cápita equivalente al doble del que reciben los trabajadores cerveceros; es decir, su remuneración es cuatro veces mayor que la del común de la industria. Esto se reproduce en menor medida en las empresas de ron y aguardientes de caña, pues el ingreso promedio de sus empleados es 30% superior al de los cerveceros.

En el comercio, los niveles de ingreso son relativamente pequeños, sobre todo en las ventas de menudeo. Entre otras razones está la calificación de la fuerza laboral, que usualmente no es especializada. Lo mismo sucede en los servicios, donde la concentración de las remuneraciones se da en las empresas de publicidad, en cantinas y en bares.

El trabajo rural asociado al mercado de bebidas alcohólicas es estacional en algunos cultivos y sólo es permanente en el agave y en algunas regiones agrícolas de riego; se estima que el monto de los salarios agrícolas equivale a menos de la tercera parte de lo que la industria genera.

El conjunto de las remuneraciones de este *cluster* sectorial representaba 0.9% de las que se contabilizaban en todo el país en 1993. Comparativamente, esta masa de ingresos era equivalente a la suma que se pagó por el tercer banco más importante del país durante su proceso de privatización.⁷ Esta estimación se apega a lo observado en la economía formal y no toma en cuenta otros aspectos marginales. Esta cadena de actividades, con efectos multiplicadores sobre el empleo y las remuneraciones, ofrece una alternativa de ocupación y de preservación de puestos de trabajo que difiere cualitativamente del común de la industria por su alto contenido de insumos nacionales. En tanto existen eslabones relacionados de manera intensiva con la producción y el empleo en actividades primarias, en la industria y en los servicios, se puede considerar que la producción de bebidas alcohólicas aportará más a la ocupación que otros sectores más dinámicos, pero cuyos procesos de modernización disminuyen cada vez más la participación del trabajo humano y los hacen más dependientes de la informática, las telecomunicaciones y la automatización.

PRECIOS Y HÁBITOS DE CONSUMO * * * * *

El mercado de las bebidas alcohólicas ha enfrentado la recesión económica con precios que se mantienen por abajo de la inflación. Mientras que en los años noventa la economía nacional tuvo una inflación anual de 21% en promedio y la industria de alimentos de 21.5%, las bebidas alcohólicas aumentaron sus precios en 19.5% en el mismo lapso. Aun en épocas de severos repuntes inflacionarios, como en 1995, sus precios se mantuvieron bajos en general, con excepción de 1994 y 1997, años en que se corrigieron a la alza.

El comportamiento de los precios de los productos más importantes de este mercado no es uniforme. La cerveza ha mostrado un menor dinamismo en lo que va de los años noventa, con un aumento anual de 18%; los aguardientes de uva actualizaron sus precios en 19.4% cada año; y los rones y aguardientes de caña aumentaron en 21.6%. El tequila ha tenido el mayor incremento; en los últimos ocho años ha aumentado anualmente 24.3% en promedio. Esto último se debe a un aumento de la de-

manda nacional e internacional; en 1993 su precio se colocó en un nivel superior al resto de las bebidas de contenido alcohólico, situación que se repitió en 1996 y se prevé que así continúe, sobre todo a partir de que se obtuvo la denominación de origen que limita la competencia de productos similares.

Aunque la inflación de la industria parezca poco significativa, reviste una importancia vital para la estructura económica que gira en torno a ella. La política de precios se ha caracterizado por la alta competencia en el mercado, los incrementos en la productividad y una estrategia exportadora, más que la tendencia a sustituir bienes nacionales por importaciones de bajo costo (a pesar de que la paridad cambiaria permite comprar importaciones a precios relativamente menores). El dinamismo de las exportaciones cerveceras en la década de los noventa ha compensado las reducciones en el mercado interno y ha sido la plataforma para expandir la capacidad productiva nacional. Si bien es cierto que el componente que se importa ha aumentado, principalmente en lo que a insumos se refiere, no se ha desplazado la capacidad productiva hacia otros países y la globalización no ha trastocado sustancialmente la forma de producir, comercializar y consumir las bebidas alcohólicas en México.

Lo que determina la inflación nacional del sector es el precio de la cerveza, ya que por cada peso gastado en este mercado, 64 centavos corresponden a su consumo y los 34 restantes corresponden a otras bebidas. En cuanto al volumen, también predomina la producción cervecera, ya que por cada litro de otros productos se producen 17 litros de cerveza. Estas cifras son un claro indicio de cómo se consumen las bebidas de contenido alcohólico en México, lo cual se ilustra en la figura 3.

El consumo de bebidas tanto en el hogar como fuera de él resulta difícil de calcular, pues la mayor parte de estos gastos no se programan en la canasta de consumo familiar que normalmente adquieren las amas de casa. De acuerdo con la información oficial,⁸ si se considerara la compra habitual como indicador, se tendría que 62% de las familias destina sólo uno de cada 100 pesos del rubro de alimentación al gasto en bebidas alcohólicas.

Por lo que toca al consumo fuera del hogar el cálculo también se dificulta, pues el gasto está incluido en el consumo de alimentos que, en suma, representa 16% de los gastos totales en alimentación. No obstante, se estima que el consumo de bebidas alcohólicas ocurre principalmente en los hogares, lo que se acenúa durante las caídas del poder adquisitivo. Si bien los montos del consumo no se pueden precisar, sí se puede afirmar que a partir de 1995 la proporción del gasto en estas bebidas respecto al ingreso familiar se ha incrementado, sobre todo entre los estratos socioeconómicos más bajos.

Esta cifra cambia cuando se separan los niveles de ingreso de las familias; 20% de la población de menores ingresos consume pre-

ferentemente bebidas alcohólicas diferentes de la cerveza y ésta se fomenta a medida que aumentan los ingresos.

Ahora bien, del total que se gasta en bebidas alcohólicas, 53% lo realiza la tercera parte más rica de la población, que emplea hasta 3.1% de su presupuesto; esto se magnifica si se considera que hasta 80% de esa cifra se gasta en comidas, cenas y desayunos fuera del hogar, en ese orden de importancia. En este sector poblacional los aumentos de precios no modifican el consumo de forma determinante.

GENERACIÓN DE DIVISAS * * * * *

Una aportación de esta industria a la economía mexicana es su generación de divisas. En este sentido, las principales exportaciones son las de tequila, aguardiente y cerveza. Esta última se exporta por un monto próximo a los 400 millones de dólares, mientras que la exportación de tequila y aguardiente genera alrededor de 200 millones de dólares al año. En contraste, las importaciones de bebidas se concentran en los licores y aguardientes de caña y de uva así como en vinos espumosos, tintos y blancos; que en conjunto suman aproximadamente cien millones de dólares. El saldo de la balanza comercial en cerveza, vinos y licores resulta en una aportación neta de divisas cercana a los 500 millones de dólares anuales. A principios de los noventa, las importaciones tuvieron un crecimiento significativo, en 1992 se duplicó el valor de 1990 y se mantuvo inalterado hasta 1994, cuando la devaluación produjo una dramática reducción de la que no ha habido un restablecimiento (véase figura 4).

GENERACIÓN DE IMPUESTOS * * * * *

Entre las contribuciones de la industria de bebidas alcohólicas a la hacienda pública destaca el Impuesto Especial Sobre la Producción de Alcohol y Cerveza; en este segmento la recaudación tiene un impacto elevado en los ingresos públicos, ya que representa de 7 a 10% de lo captado por el Impuesto al Valor Agregado (IVA), en los años noventa. En 1996 los impuestos generados por la producción formal de estas bebidas ascendieron a más de cinco mil millones de pesos; cifra que no representa la totalidad de los ingresos de la gran cadena del mercado, ya que no se incluyen en este análisis los impuestos al comercio exterior, sobre la renta, al trabajo, a los activos ni al consumo de los productos, por no disponerse de ellos en forma desagregada.

No obstante, los impuestos a esta industria se ubican entre las fuentes de ingreso más importantes del gobierno federal, pues representan aproximadamente la cuarta parte de los impuestos a la explotación de productos petrolíferos y son mayores a los impuestos que se aplican a la producción y tenencia de autos.

Los impuestos a la producción y al consumo de cerveza incrementan en alrededor de 40% los precios al mayoreo (intermedios) y en el precio final (al consumidor) representan aproximadamente la quinta parte del total. En otras palabras, uno de

FIGURA 1 CADENA PRODUCTIVA DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS, 1993

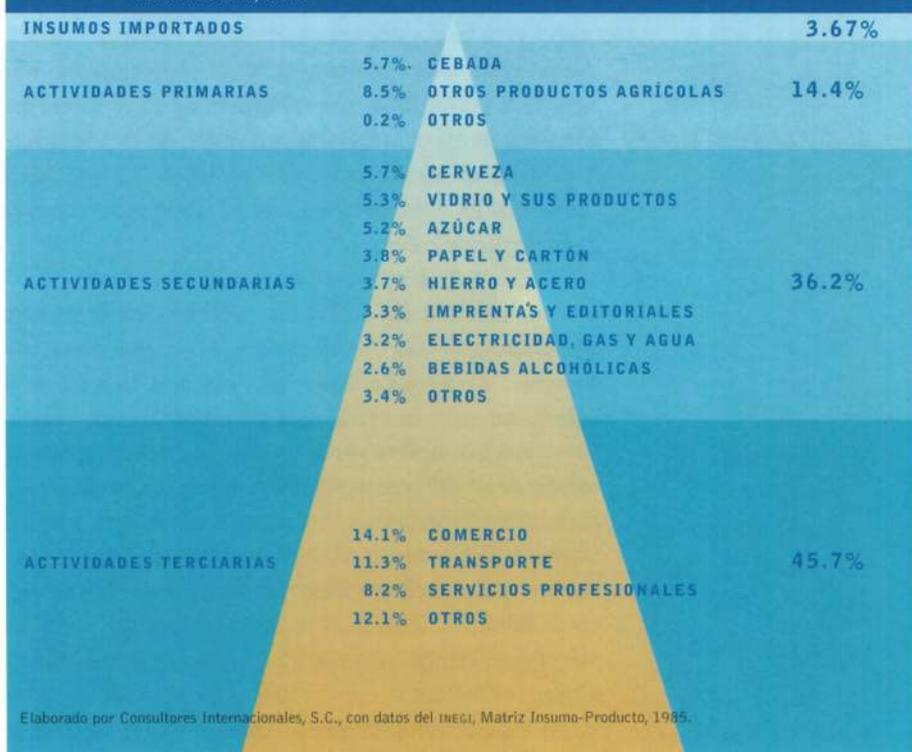


FIGURA 2 VALOR DE LA PRODUCCIÓN DE LAS BEBIDAS DESTILADAS, 1994-1997 (MILES DE PESOS DE 1994)

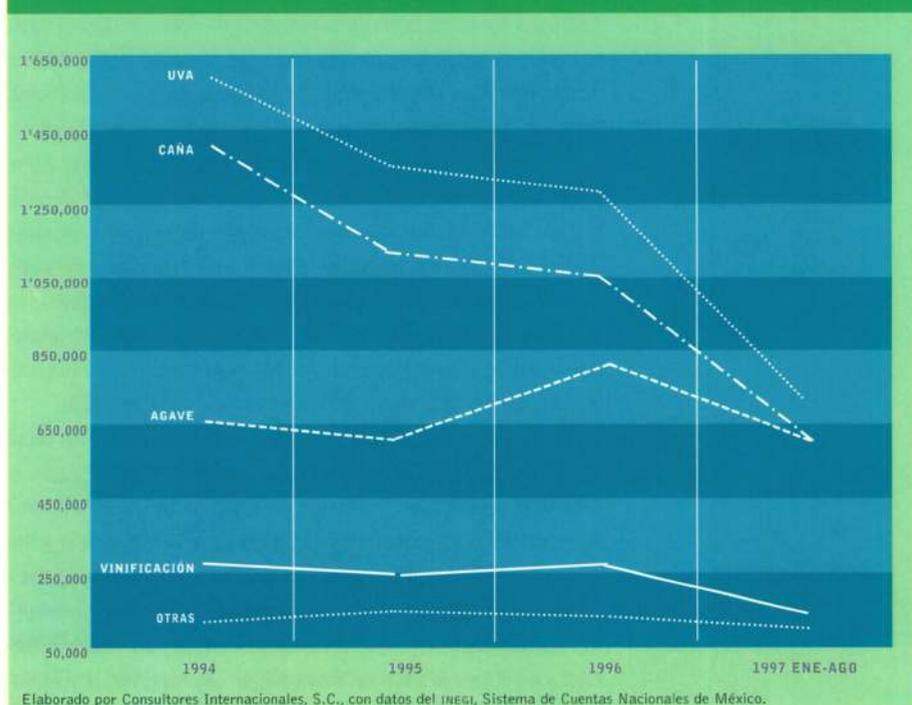
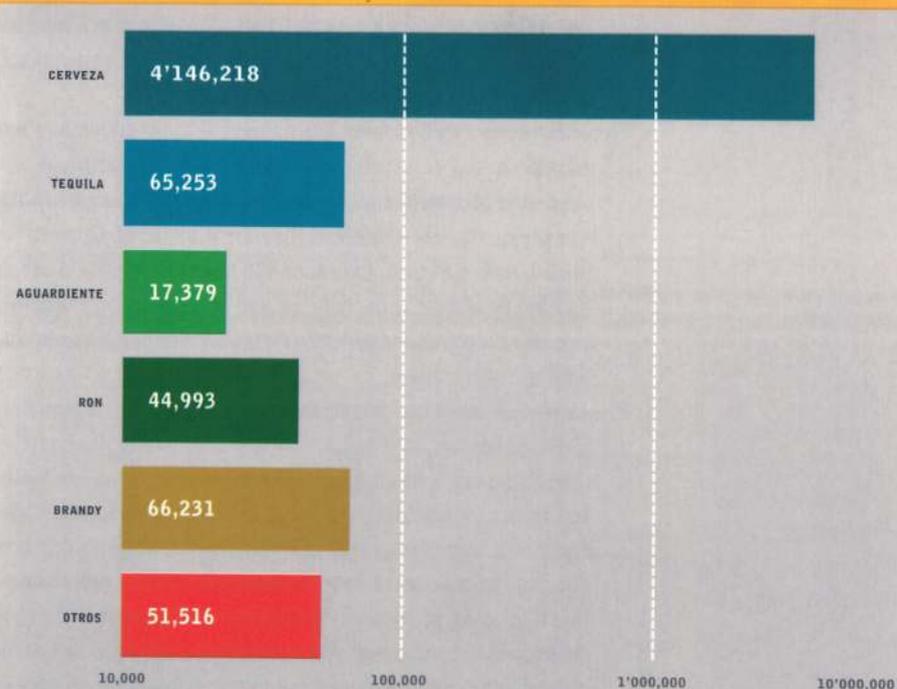
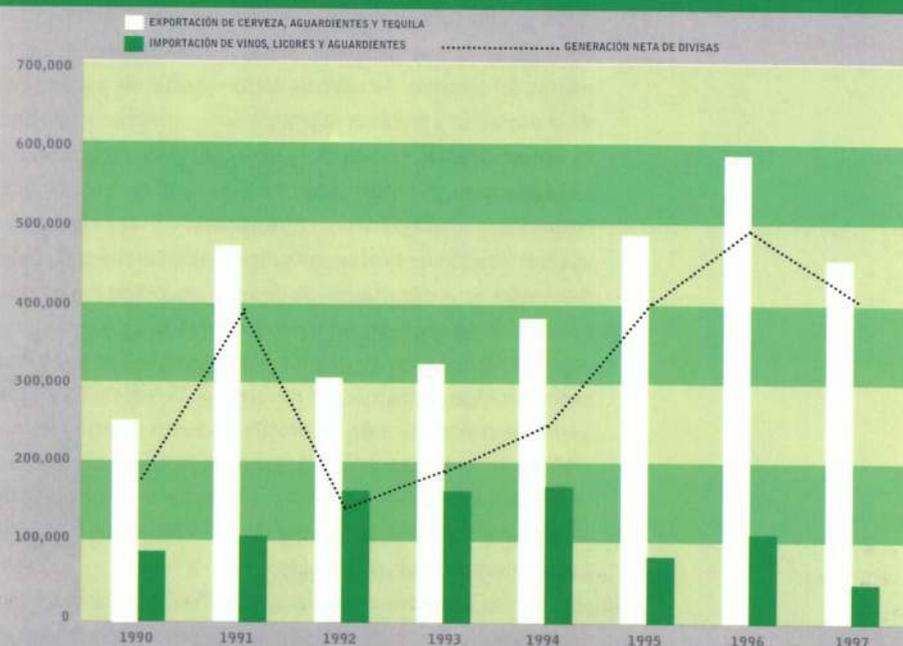


FIGURA 3 VOLUMEN DE PRODUCCIÓN DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, 1994-1997 (MILES DE LITROS PROMEDIO DEL PERIODO)



Elaborado por Consultores Internacionales, S.C., con datos del INEGI, Encuesta Industrial Mensual, varios años.

FIGURA 4 GENERACIÓN DE DIVISAS DEL MERCADO DE BEBIDAS ESPIRITOSAS (MILES DE DÓLARES)



NOTA: 1997 incluye datos acumulados hasta octubre.

Elaborado por Consultores Internacionales, S.C., con datos del Banco de México. Indicadores del Sector Externo.

cada cinco tragos de cerveza se ofrece a la salud de las finanzas públicas. Los cambios originados por la política fiscal de 1998 representan una fuente de tributación adicional importante, sin embargo, no son una razón suficiente para el aumento acelerado de los precios finales de este producto.

En el caso de los aguardientes, a pesar de que la contribución fiscal equivale a 84% de su valor antes de impuestos y constituye 35% del precio promedio al consumidor, las modificaciones tributarias propuestas por el gobierno podrían explicar el avance de los precios finales en 10%. Este aumento podría deberse a la actualización de otros costos de la cadena de producción y distribución de las bebidas; aunque también puede explicarse por las ganancias especulativas.

El aumento de las tasas impositivas ha pretendido restringir el consumo no responsable de las bebidas alcohólicas. Aunque esta medida ha dado resultados positivos en algunos países industrializados, su aplicación en México dista de obtener resultados eficientes. Son diversas las razones: la existencia de una producción ilícita originada por la pérdida de control gubernamental en la venta del alcohol, la falta de desnaturalización del alcohol para uso industrial, el escaso control de la producción de aguardientes regionales y el uso indiscriminado de envases de vidrio reciclados.

E P Í L O G O

Es evidente que la producción de bebidas alcohólicas ocupa un papel relevante como impulsora de otras actividades que contribuyen al crecimiento y desarrollo económico; destacan, entre otras, la aportación creciente de valor agregado, la generación de empleos, la aportación de divisas y la estabilidad de las finanzas del gobierno. Su radio de acción se extiende a gran parte de la economía y preserva su vínculo con actividades hasta ahora distanciadas del común de la industria, como la agricultura. El mercado en su conjunto aporta riqueza al país en sus diferentes fases de integración y representa un eje importante para la consolidación de la economía mexicana en el mercado mundial mediante la exportación de cerveza, aguardientes y tequila.

En este ámbito no se puede hablar de los sectores altamente competitivos sin apreciar los efectos multiplicadores de la riqueza económica que se derivan del mercado de bebidas alcohólicas. La visión panorámica de los efectos positivos de esta integración puede ser la base de nuevas líneas de investigación que hasta ahora sólo se han enunciado y pueden servir como punto de partida para identificar la importancia económica y las virtudes de estas ramas de actividad.

No obstante su importancia, la industria enfrenta situaciones que, en perspectiva, tienden a desalentar la producción formal en todo el país. Por una parte, se prevé que la creciente sustitución del azúcar por productos de alta fructuosa en el mercado

mundial pudiese incrementar la oferta de productos derivados de la caña de azúcar, principalmente alcohol etílico. En este sentido, es previsible el aumento de la producción de bebidas de dudosa procedencia y de baja calidad que actualmente compiten con los rones y los aguardientes de caña; de confirmarse esta tendencia se requerirían aún más esfuerzos para contener la demanda de estos bienes, en favor de la preservación de la salud pública y el sostenimiento de industrias formales que garanticen un beneficio económico perdurable.



N O T A S

- 1 *** Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Matriz de Insumo-Producto*, 1985.
- 2 *** Véase gráfica de Ten Kate, Adrián, *et al.*, *Matriz de Insumo-Producto*, 1993.
- 3 *** Término que define las bebidas que no cuentan con los requisitos legales y sanitarios para su venta y consumo, destacan las adulteraciones, falsificaciones, bebidas tradicionales y otras cuyo contenido no es confiable. Normalmente compiten con los rones y aguardientes de caña y se distinguen por su bajo precio y uso de envases reciclados.
- 4 *** *Informe Mensual de Población Derechohabiente*, Instituto Mexicano del Seguro Social, tercer bimestre de 1997.
- 5 *** En el caso de la caña de azúcar, 45% tiene como destino el consumo familiar, del 55% restante la mitad es consumida por la industria refresquera, de pan y pasteles; el resto se destina a la elaboración de alcohol etílico y bebidas destiladas. Véase Grupo Financiero Bancomer (GFB), "La industria mexicana del azúcar: una nueva competencia", en *Informe económico*, México, octubre de 1997, pp. 43-55.
- 6 *** Consejo Regulador del Tequila, primer padrón de 1997.
- 7 *** Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Desincorporación de entidades paraestatales*, México, FCE, p. 238.
- 8 *** INEGI, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*, 1994.

José Antonio Hernández
Vargas.
Manantial. 1997.
Acrílico sobre tela.
101.5 x 184.5 cm.
Colección del autor.

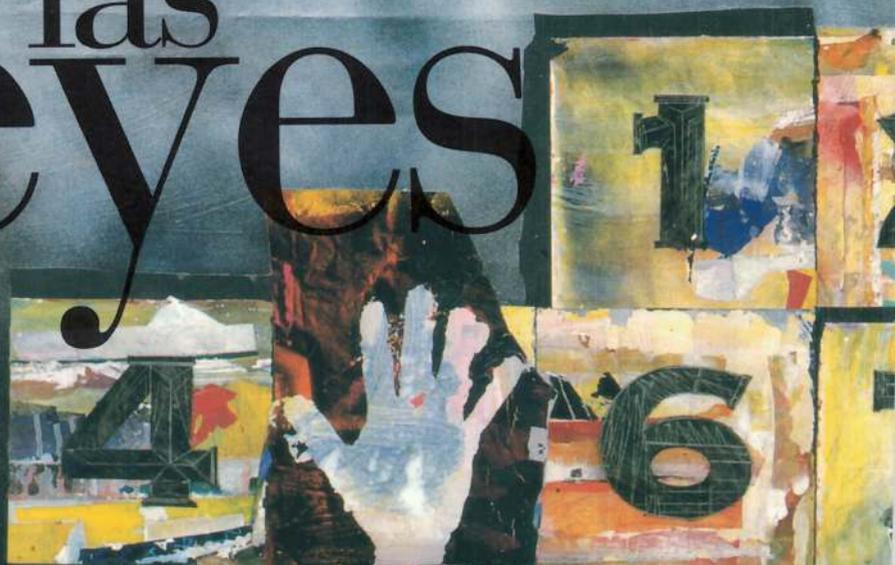
A B C

H I J

N O P

U V W

las
leyes



D E F G

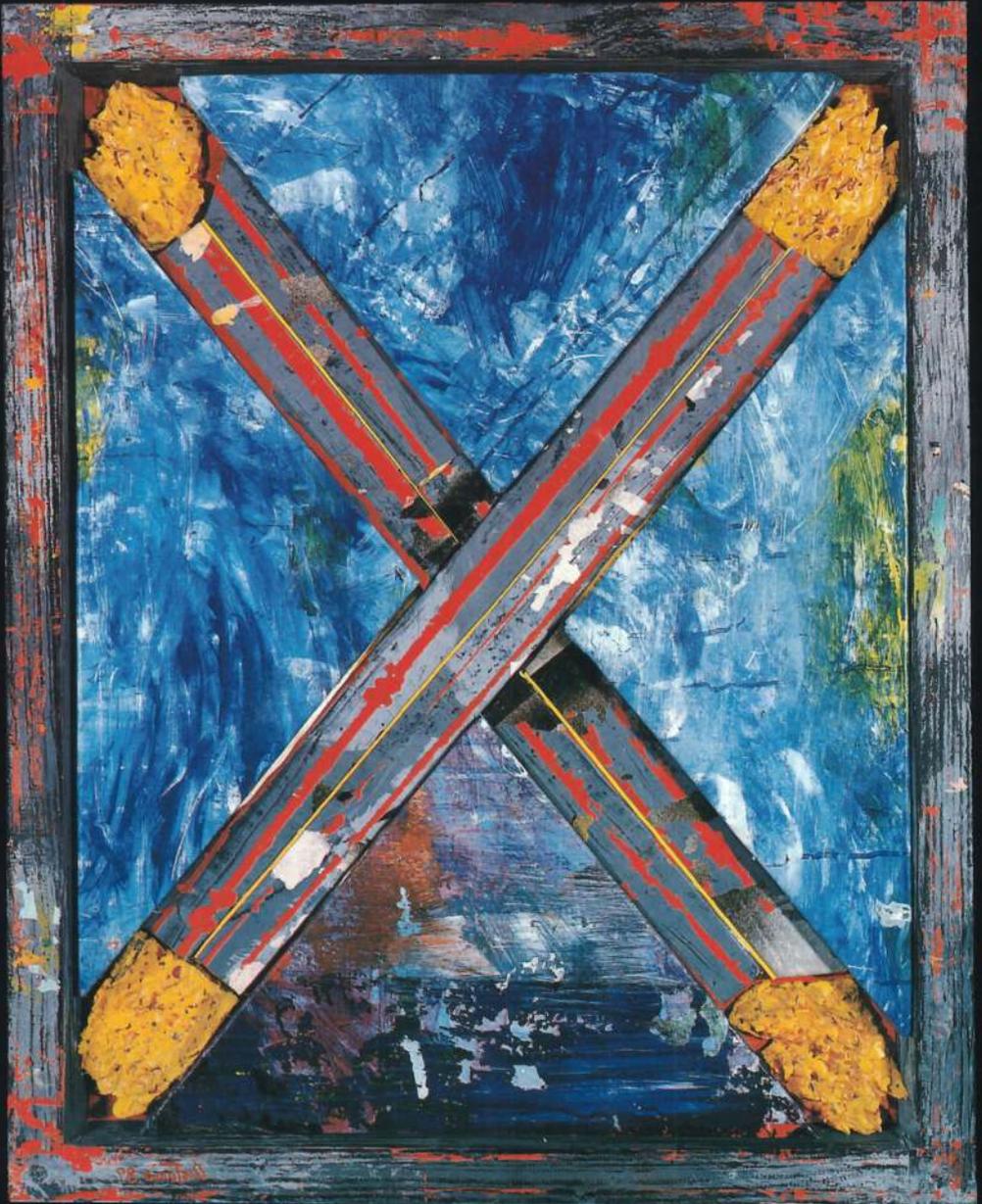
K L M N

Q R S T

X Y Z

Gonzalo Moctezuma Barragán

BBO



E

n México, la década de los ochenta se caracterizó por el activismo del gobierno y las legislaturas en materia de Derecho sanitario, no así en la doctrina del Derecho en general. Como señaló José Francisco Ruiz Massieu, "va más rápido el gobierno, va más rápido el Estado, que el científico, que la academia; se hace más rápido que lo que se piensa".¹ El esfuerzo que aquí presentamos atiende a este ánimo al privilegiar la reflexión del papel que le toca a la norma jurídica, ante uno de los problemas de salud pública más dramáticos en nuestro país: el alcoholismo y el abuso en el consumo de bebidas embriagantes.

No es común que los abogados se aventuren a escudriñar en el campo de la salud pública; sin embargo, con la convicción de que los humanistas estamos obligados a reflexionar acerca de los problemas de salud pública, presentamos los resultados de una investigación que trata de comprobar la discordancia que existe entre la legislación vigente y la vaguedad conceptual en torno al consumo de bebidas alcohólicas. La propuesta estriba en la necesidad de abordar el problema de manera integral, para reflejar en la legislación las convicciones sociales y la forma de llevarlas a la práctica.

El Derecho es prácticamente tan antiguo como la civilización misma y su contenido varía en cada comunidad de acuerdo con su conformación étnica, credo, ubicación geográfica, situación económica, historia, entre otros elementos. A estas diferencias y al hecho de ser un producto humano, obedece que sea también perfectible.

LA NORMATIVIDAD EN SALUD PÚBLICA * *

Las leyes se emiten para responder a necesidades concretas; cada materia requiere la expedición de un *corpus iure* específico, con la única limitante de que su contenido sea congruente con la Constitución. Éste ha sido el caso del derecho a la salud; a los derechos sociales inicialmente consignados en la Carta Magna se han incorporado paulatinamente nuevas garantías como la protección de la salud, consignada en el artículo cuarto.

Este derecho se menciona por primera vez en un decreto publicado el 18 de marzo de 1980. Tres años después se emitieron otros

PÁGINA ANTERIOR:

José Antonio Hernández

Vargas.

Alfabeto. 1997.

Acrílico sobre tela.

141.5 x 184.5 cm.

Colección particular.

PÁGINAS 250 Y 251:

José Antonio Hernández

Vargas.

Los hechos del relámpago. 1989.

Técnica mixta sobre madera. 100 x 79 cm.

Colección particular.

dos decretos con adiciones al artículo cuarto. Uno de ellos establece el derecho a la vivienda digna y decorosa, el otro señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá el acceso a los servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 73 constitucional.

A partir de que el Estado dispuso de medios públicos para la atención de enfermedades y accidentes, ha sido necesario establecer disposiciones orgánicas y reglamentarias. En este sentido, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal indica que compete a la Secretaría de Salud (SSA) estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales, y contra la mendicidad (art. 39, fr. XVI).

Por otra parte, la función de la Ley General de Salud, reglamentaria del párrafo cuarto del artículo cuarto constitucional, consiste en definir las bases y modalidades de acceso a los servicios de salud; establecer la separación de competencias entre la Federación y los estados, así como definir los rubros específicos de la salubridad general.

Las materias de salubridad se subdividen en: prestación de servicios médicos, de asistencia social y de salud pública. La atención médica comprende los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación; la asistencia social se refiere a la atención especializada a grupos vulnerables.

Toda vez que la ley no distingue lo que debe entenderse por salud pública, en ella podrían incluirse los programas contra las adicciones; la prevención y el control de enfermedades y de accidentes; la investigación, la información y la promoción de la salud; la salud mental; el control sanitario de productos y servicios, su importación y exportación; el control sanitario de la publicidad; las autorizaciones y certificados, así como la vigilancia sanitaria.

LA REGULACIÓN DEL ALCOHOL COMO PRODUCTO DE CONSUMO

Corresponde a la Secretaría de Salud el control sanitario del proceso, importación y exportación de las bebidas alcohólicas, entre otros productos (arts. 3 y 13), mediante acciones de orientación, educación, muestreo, verificación y, en su caso, debe aplicar las medidas de seguridad y las sanciones que ejerce, con la participación de los productores, comercializadores y consumidores (art. 194). El proceso de las bebidas alcohólicas incluye su obtención, elaboración, fabricación, preparación, conservación, mezclado, acondicionamiento, envasado, manipulación, transporte, distribución, almacenamiento y expendio o suministro al público (art. 197).

Los establecimientos que realizan cualquiera de estas actividades pueden funcionar con tan sólo presentar un aviso ante la Secretaría de Salud (art. 200 bis). La única regulación del control

sanitario en cuanto a las bebidas alcohólicas está englobada en tres artículos de la Ley General de Salud (217, 218 y 220), toda vez que el proceso y las especificaciones de estos productos se sujetan a las normas oficiales mexicanas que emita la SSA (art. 195). Hasta 1998, esta Secretaría ha emitido cuatro normas oficiales y la de Comercio y Fomento Industrial otras tres, de acuerdo con los parámetros que establece la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Por otro lado, la legislación sanitaria en torno al proceso de bebidas alcohólicas se modificó en mayo de 1997 y quedó de la siguiente manera: se consideran bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen;⁴ cualquier bebida alcohólica que exceda este límite no podrá comercializarse.

Además, el envase de toda bebida alcohólica debe ostentar la leyenda "el abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud". Podría establecerse otras leyendas precautorias, condicionadas por un acuerdo de la SSA que se publique en el Diario Oficial de la Federación; esto, sin embargo, no ha sucedido hasta ahora. Por otro lado, en ningún caso y de ninguna manera se podrán expender o suministrar bebidas alcohólicas a menores de edad (en vigor desde 1987).

Para la importación de bebidas alcohólicas que cumplan con los requisitos sanitarios, basta presentar un aviso a la SSA con los principales elementos de la operación (art. 286), dado que no se exige un permiso previo de esta dependencia.

CONTROL SANITARIO DE LA PUBLICIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Toda la publicidad de bebidas alcohólicas, entre otros productos, así como la promoción de su uso, venta o consumo en forma directa o indirecta será autorizado por la SSA, según establece el Título Decimotercero de la ley. Dicha publicidad debe observar, además de otros requisitos, que la información se limite a las características de calidad y a las técnicas de elaboración de los productos. El mensaje también deberá contener claramente, en forma visual o auditiva, según el medio empleado, las leyendas reglamentarias. Este requisito podrá dispensarse cuando el mensaje promueva la moderación en el consumo —y advierta sobre los daños a la salud ocasionados por el abuso— en igualdad de circunstancias, calidad, impacto y duración.

DELITO ESPECIAL DE ADULTERACIÓN

Quien permita o participe en la adulteración, contaminación o alteración de bebidas alcohólicas, así como de alimentos, bebidas no alcohólicas, medicamentos o cualquier otra sustancia de uso o consumo humano que ponga en peligro la salud, merecerá, conforme a la Ley General de Salud, de uno a nueve años de prisión y multa equivalente de cien a mil días de salario mínimo (art. 464).

EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

La ley de la materia otorga el carácter de salubridad general a la organización, el control y la vigilancia del fomento de la salud mental, a la educación para la salud y al Programa contra el Alcoholismo. Como autoridades sanitarias para ejercer estas atribuciones se señala al presidente de la República, al Consejo de Salubridad General, a la SSA y a los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo al Distrito Federal.³

Como parte de la atención a las enfermedades mentales, esta ley contempla la rehabilitación de los alcohólicos y de esta prevención de esta enfermedad un carácter prioritario. Dicha tarea la realiza fundamentalmente el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), que promueve y apoya los trabajos de los sectores público, social y privado en favor de la prevención y el combate de los problemas de salud pública que causan las adicciones. Este organismo propone y evalúa el Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, cuyos objetivos están descritos en la propia ley (arts. 184 bis y 185).

La ejecución de este programa corresponde a los gobiernos estatales (arts. 3º, fr. XIX y 13 apartado b, fr. I); la ley también dispone que éstos, la Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General deben coordinarse para prevenir y tratar el alcoholismo, para rehabilitar a los alcohólicos y en para orientar sobre los efectos del alcohol en la salud y en las relaciones sociales, especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos. También establece que deben fomentarse las actividades cívicas, deportivas y culturales para que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo, especialmente en zonas rurales y en los grupos considerados de alto riesgo.

Algunas de las actividades más frecuentes del programa son: la orientación a familias con miembros que padecen problemas relacionados con el alcoholismo; terapias individuales o de grupo; estudios completos de pruebas psicológicas y el seguimiento de casos.⁴

La ley dispone que se investiguen las causas del alcoholismo y se propongan acciones para controlar los efectos que en ello tiene la publicidad, los hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población, así como los efectos del abuso en los ámbitos familiar, social, deportivo, artístico, laboral y educativo (art. 186).

En el marco del Sistema Nacional de Salud, la SSA coordinará estas acciones mediante acuerdos entre la Federación y los estados (art. 187). Como regulación complementaria y derivada de la Ley General de Salud, están el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Publicidad, que pormenoriza las especificaciones técnicas que deben observar los mensajes publicitarios y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Estable-

cimientos, Productos y Servicios, en el que se fijan características sanitarias para las bebidas alcohólicas que, en términos de la ley, están sujetas a las normas oficiales mexicanas.

ANÁLISIS DEL MARCO JURÍDICO DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS * * * * *

La inexistencia de un ordenamiento específico con relación a los diversos aspectos que rodean a las bebidas alcohólicas, nos ha llevado a buscar y sistematizar las normas vigentes en la legislación federal y así poder valorar dicho marco jurídico. El presente análisis comenta estas disposiciones de acuerdo con los siguientes criterios: constitucional, administrativo, laboral y penal.

C O N S T I T U C I O N A L * * * * *

La Constitución mexicana estableció como un supuesto para suspender los derechos ciudadanos, a la vagancia o la ebriedad consuetudinaria. Sin embargo, no se encontró disposición alguna que regule la forma de declarar la ebriedad consuetudinaria; de hecho, no existe definición ni criterio que permita interpretar el correcto sentido del término. Un antecedente puede ser el Código Penal de 1931, el cual tipificaba las conductas punibles de los vagos y malvivientes y tomaba en cuenta el alcoholismo para calificar el modo honesto de vivir. Este capítulo fue derogado el 30 de diciembre de 1991.

Además, el Congreso de la Unión, facultado por el artículo 73, fracción XVI de la Constitución para legislar sobre la salubridad general de la República, puede revisar las medidas de la campaña contra el alcoholismo en los casos que le competan. No obstante, hasta ahora no se ha hecho uso de esta atribución.

En el título relativo a los estados de la Federación y al Distrito Federal, el artículo 117 determina la obligación de los poderes legislativos, federal y estatal, para dictar leyes que combatan el alcoholismo; dicha disposición que causó intensos debates en el Constituyente de Querétaro,⁵ a pesar de ser congruente con los artículos 13, apartado b, fracción I en relación con el artículo 3 de la Ley General de Salud y con las leyes de salud de las entidades federativas.

Por otra parte, la Ley de Amparo, reglamentaria de los artículos 103 y 107 constitucionales, establece la suspensión del acto de autoridad reclamado cuando se cause perjuicio al interés social o se contravengan disposiciones de orden público. Esto ocurriría cuando, de concederse la suspensión, se impida ejecutar la Campaña contra el Alcoholismo (art. 124). En un caso así, la campaña no podrá suspenderse en tanto se resuelva el juicio de garantías.

A D M I N I S T R A T I V O * * * * *

Al revisar las numerosas leyes administrativas, encontramos que sólo se hace referencia al tema en disposiciones relacionadas primordialmente con el transporte. La Ley de Aviación Civil, por ejemplo, indica que las aeronaves civiles no podrán ser abordadas por personas en estado de ebriedad, y prevé la revocación

de la licencia al comandante que la tripule en esa condición, o que permita que un miembro de la tripulación lo haga, siendo éstos también acreedores a la sanción (arts. 23 y 90).

Por otro lado, la Secretaría de Comunicaciones y Transportes está facultada para aplicar la Ley de Caminos, Puentes y Autotransporte Federal, que señala como infracción conducir en estado de ebriedad, con multa de 100 a 200 salarios mínimos y la suspensión de la licencia para conducir durante un año; en caso de reincidencia se cancela la licencia (art. 74, fr. IV). Según la Ley Reglamentaria del Servicio Ferroviario, la misma dependencia sancionará a quien tripule en estado de ebriedad con multa de 200 a mil salarios mínimos y la suspensión de la licencia por un año; por la segunda infracción se cancelará la licencia, y al concesionario del servicio de transporte se aplicará una multa de 500 a dos mil salarios mínimos (art. 59, fr. V).

A su vez, la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República establece, en sus artículos 22, 23 y 24, que para ingresar y permanecer como agente del Ministerio Público de la Federación, agente de la Policía Judicial Federal o perito del servicio civil de carrera, éstos no deben padecer problemas de alcoholismo. Resulta complicado acreditar esta condición pues, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), este término se usa con significados muy diversos: consumo crónico o periódico (pero excesivo), episodios frecuentes de intoxicación y uso del alcohol a pesar de sus consecuencias adversas. La OMS ha propuesto una definición más delimitada, la del alcoholismo como una enfermedad marcada por la pérdida de control al beber excesivamente, cuya causa es una anomalía biológica preexistente que tiene un previsible curso progresivo.⁶

L A B O R A L

El trabajador debe laborar en condiciones normales pues de hacerlo en estado de ebriedad disminuye su capacidad física y mental y con ello hace inminente el peligro de un accidente en perjuicio suyo, de sus compañeros o de las instalaciones. De ahí que la Ley Federal del Trabajo establezca diversas disposiciones en torno al consumo del alcohol en el medio laboral.

En términos del artículo 47 (fr. XIII) es causa de rescisión de la relación de trabajo sin responsabilidad para el patrón, cuando el trabajador se presente en estado de embriaguez; sin embargo, en la Ley Federal para los Trabajadores al Servicio del Estado esto ocurre sólo cuando la situación se da reiteradamente (art. 46, fr. V, inc. G). Llama la atención que se otorgue un tratamiento distinto a los servidores públicos. También es motivo de despido que el trabajador se embriague en el centro laboral, pero esto sólo procede cuando se comprueba la ebriedad, es decir, cuando el alcohol menoscaba transitoriamente la razón. Lo que implica que el aliento alcohólico no es suficiente prueba

para determinar el estado de ebriedad; lo único que demostraría sería la ingestión de bebidas etílicas, lo que no constituye una causa de rescisión.⁷

De hecho, tampoco en el caso del trabajador alcohólico procede la rescisión de contrato, pues se trata de una enfermedad dictaminada médicamente y es necesario atenderlo para reintegrarlo a la vida útil. Si la enfermedad no es consecuencia o motivo del trabajo, procede la suspensión (art. 42, fr. 11); en cambio, si se trata de una enfermedad derivada del trabajo, el patrón deberá responder en los términos de un riesgo laboral (art. 475).

La doctrina laboral ha aceptado que para probar el estado de ebriedad no es indispensable el dictamen técnico de un médico, y que a falta de éste es aceptable la prueba testimonial, pues los síntomas de la intoxicación alcohólica pueden identificarse por medio de los sentidos: lenguaje desarticulado, torpeza de reflejos y movimientos, y fuerte aliento alcohólico. No es la cantidad, la graduación o el tipo de bebida lo que importa para configurar la causal de despido, lo verdaderamente relevante es la afectación que ocasiona el consumo en la persona del trabajador.⁸

La Ley Federal del Trabajo considera diversas disposiciones inhibitorias: se prohíbe el establecimiento de expendios de bebidas embriagantes en los centros de trabajo, y cuando éstos se localicen fuera de una población el impedimento se extiende a un radio de cuatro kilómetros. Para efectos de esta ley se consideran bebidas embriagantes aquellas cuyo contenido alcohólico exceda 5% de su volumen (art. 116), mientras que para la Ley General de Salud lo son las que excedan 2%. Esto obedece a que la legislación laboral es anterior por lo que, en tanto no se realice la reforma correspondiente, sólo el consumo de las bebidas con un contenido alcohólico superior a 5% traerá consecuencias jurídicas al trabajador.

Los expendios de bebidas embriagantes de consumo inmediato tienen prohibido emplear a menores de 16 años (art. 175, fr. 1, inc. a), aunque este precepto que en principio permitiría trabajar a jóvenes de 16 y 17 años, no tiene aplicación material pues se prohíbe textualmente en el Código Penal.

En materia de transporte marítimo, ferroviario, carretero y aéreo existen restricciones diferenciadas; por ejemplo, en embarcaciones marítimas se proscribe expender a bordo bebidas embriagantes a los trabajadores sin permiso del capitán, así como que éstos las introduzcan a los buques (art. 206). A los ferrocarrileros les está impedido, en todo momento, el consumo de bebidas embriagantes, al igual que a los marinos su tráfico (art. 254, fr. 1). Los autotransportistas como los ferrocarrileros no pueden beber durante la prestación del servicio, ni en las 12 horas previas (art. 261, fr. 1). En el caso de las tripulaciones aeronáuticas la abstinencia se amplía a las 24 horas anteriores (art. 242, fr. 1).

Por último, en el caso de los trabajadores del campo, la ley claramente prohíbe a los patrones permitir la entrada a todo vendedor de bebidas embriagantes a los centros de trabajo (art. 284, fr. 1).

P E N A L

Un tema de especial preocupación para el derecho penal es el de la ebriedad, que aparece en nuestra legislación desde el código de 1871. En él se consideraba que la embriaguez completa, que priva enteramente la razón, si no es habitual ni el acusado ha cometido antes una infracción punible estando ebrio, era excluyente de responsabilidad criminal por carecer de inteligencia y libertad. Sin embargo, el imputado no quedaba libre de la pena por embriaguez ni de la responsabilidad civil que pudiese corresponderle. La embriaguez "incompleta y accidental" se consideraba atenuante, en tanto que a la "habitual" se tipificaba como delito especial si se realizaba con escándalo y el ebrio hubiese cometido previamente algún delito grave. El código regulaba también la "notoria" embriaguez en lugar público y el alcoholismo crónico.

El código de 1929 que seguía la escuela positiva, —corriente que sostiene que la conducta humana está determinada por factores físicos o sociales que lo inducen a delinquir— incluyó disposiciones de responsabilidad social al aplicar medidas de seguridad o de internación a quienes fuesen calificados como semienfermos mentales o enfermos de psicosis anormal completa, respectivamente. Este código rechazó también la responsabilidad limitada al considerar a todos los actores de un delito como responsables legalmente, cualquiera que fuese su condición física y mental.

El actual Código Penal para el Distrito Federal en materia del fuero común, y para toda la República en materia del fuero federal, está influido por la corriente de responsabilidad social: suprime la exculpante de ebriedad incompleta y la limita al caso de intoxicación accidental e involuntaria al haber inconciencia en el momento de la infracción. Esta codificación alienta una mayor participación de los jueces al valorar como atenuante o agravante el consumo crónico o accidental de bebidas alcohólicas.

En materia de sanciones destaca la necesidad de rehabilitar a los transgresores peligrosos, con lo que se da mayor peso a las medidas de carácter social sobre aquellas de carácter represivo. Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido los siguientes criterios jurisprudenciales:

La inconciencia producida por la ebriedad no excluye la responsabilidad del acusado si éste llegó a tal estado por la voluntaria ingestión de bebidas embriagantes.⁹ Cuando en un juicio penal el acusado confiesa haber consumido voluntariamente bebidas que lo indujeron a la ebriedad y en esas condiciones comete un

ilícito, no es factible considerar que no tuvo la intención de cometer daño alguno.¹⁰

La embriaguez voluntaria y no accidental del delincuente no es circunstancia atenuante para la individualización de la pena, en virtud de la peligrosidad que la ebriedad implica para la seguridad social.¹¹

En la reforma de 1994 al Código Penal se efectuaron modificaciones relevantes, como la relativa al artículo 8º, en la que el legislador con mayor técnica jurídica precisa la conducta del agente activo del ilícito en acciones u omisiones realizadas de manera dolosa o culposa, eliminando la sutileza entre conductas u omisiones intencionales o de imprudencia y preterintencionales.

Cuando se causen lesiones en un accidente de tránsito sólo se procederá a petición del ofendido o de sus legítimos representantes siempre que el conductor no se hubiese encontrado en estado de ebriedad (art. 62, 2do. párrafo). Así, se protege a la sociedad de quienes actúan irresponsablemente al consumir bebidas alcohólicas. Respecto a la ebriedad, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ofrece las siguientes consideraciones:

Independientemente de los otros factores imprudenciales que puedan concurrir, quien conduce en estado de ebriedad un vehículo de motor debe responder penalmente a título culposo por los daños que ocasione a las personas o a las cosas.¹² El hecho de manejar en estado de ebriedad indica ya que el acusado obró imprudentemente.¹³

En virtud de que esta disposición no distingue entre los posibles grados de embriaguez y que tampoco los jueces están capacitados para hacerlo, puede aplicarse el siguiente criterio:¹⁴ la intoxicación alcohólica aguda se caracteriza por excitación, parálisis psíquica, lentitud en la asociación de ideas, distracción, insuficiencia en las percepciones y debilitamiento del juicio. Así se determina cualquier grado de la embriaguez, sin confundirla con el simple aliento alcohólico que, desde luego, podrá ser un síntoma.

Por otra parte, entre las condiciones para otorgar la libertad preparatoria o la condena condicional, el código exige al condenado o sentenciado abstenerse del abuso de bebidas embriagantes (arts. 84, fr. II, inc. c, y 90, fr. II, inc. d). A quien en estado de ebriedad cometa alguna infracción de tránsito, independientemente de la sanción que le corresponda si causa daño a las personas o a las cosas, se le aplicará la pena de hasta seis meses de prisión, multa hasta de cien pesos y suspensión o pérdida del derecho a usar la licencia para conducir (art. 171, fr. II del Código Penal).

Entre los delitos contra la moral pública y las buenas costumbres, está el de propiciar la corrupción de un menor de 16 años o de quien no tenga capacidad para comprender el significado del hecho, induciéndolo a la práctica de la ebriedad, entre otros...

(art. 201 del Código Penal); esto se castiga con tres a ocho años de prisión y de 50 a 200 días de salario mínimo. Si la corrupción se reitera y la víctima adquiere la adicción en consecuencia, el delito se califica como grave y no procede el beneficio de la libertad provisional y la penalidad aumenta de cinco a diez años de prisión y de 100 a 400 días de multa.

Este precepto pretende tutelar la salud mental y física de los menores, por lo que se ha reducido la edad máxima de la víctima de 18 a 16 años. Al parecer, esta medida desprotege a los jóvenes de 16 y 17 años que no tienen autorización legal para adquirir y consumir bebidas alcohólicas, pero sí se espera que tengan el criterio suficiente para abstenerse y no dejarse corromper.

El código prohíbe también emplear a menores de 18 años en las cantinas, en las tabernas y en los "centros de vicio"; a quien lo haga se le sancionara de tres días a un año en prisión, multa de 25 a 500 pesos y el cierre definitivo del establecimiento en caso de reincidencia.

La disposición considera como empleado al menor que preste sus servicios a cambio de un salario, una comisión de cualquier índole, comida o cualquier otro estipendio, y aún en el caso de que lo haga gratuitamente. El tipo penal sanciona a los padres o tutores que acepten en esas condiciones el empleo de los menores bajo su tutela (art. 202).

El Código Penal establece en su artículo 321 bis que no se procederá contra quien culposamente provoque lesiones u homicidio en agravio de un ascendiente o descendiente consanguíneo en línea recta, hermano, cónyuge, concubino, adoptante o adoptado, salvo que el autor del delito se encuentre bajo el efecto de bebidas embriagantes,

Esta adición beneficia en primer término a quien haya cometido delitos culposos y, en segundo, protege la unidad familiar; al prevenir querellas entre personas vinculadas por lazos de carácter sanguíneo o legal. Sin embargo, existe una excepción, si el autor se encuentra en estado de ebriedad si podrá ocurrir la intervención ministerial en la investigación de los hechos y, de proceder, la consignación ante los tribunales competentes.

El Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal prevé como causal de divorcio el hábito de embriaguez (art. 267 fr. xv) cuando éste amenaza con causar la ruina de la familia o constituye un continuo motivo de desavenencia conyugal. Para celebrar el contrato matrimonial es un impedimento padecer adicción a sustancias tóxicas como el alcohol (art. 156, fr. ix), siempre que tal adicción impida gobernarse y obligarse por sí mismos o manifestar su voluntad por algún medio (art. 450, fr. i). Si se considera que la Corte exige que las causales de divorcio sean probadas plenamente por ser la institución del matrimonio de orden público,¹⁵ resulta muy complejo probar el estado habitual de

embriaguez, pues pareciera que para la judicatura la testimonial es el único medio de prueba idóneo.

No merece valor probatorio el dictamen médico que determina el estado de ebriedad del reo, si aparece en un formato preconstituido que el perito se limitó a llenar sin razonar las técnicas aplicadas para obtener dicha conclusión. Para que tal documento pueda ilustrar al juzgador debe evidenciar que los peritos en la materia practicaron todas las operaciones y experimentos que su ciencia o arte les sugiere, expresando los hechos o circunstancias que sustentan su opinión.¹⁶

La prueba testimonial es apta para probar el estado de ebriedad, y no es indispensable la pericial, en razón de que dicho estado es evidente bajo la simple apreciación de los sentidos.¹⁷

Las decisiones judiciales se han actualizado para otorgar la suficiente garantía de seguridad jurídica al gobernado, desafortunadamente, en un determinado proceso judicial, estas tesis podrían no tomarse en cuenta; más aún, habrá casos en los que las circunstancias hagan imposible la participación de peritos y se recurra exclusivamente a la prueba testimonial.

Por su parte, el Código Federal de Procedimientos Penales, que también se ha actualizado en los últimos años, establece que no se gozará del beneficio de libertad bajo caución tratándose de delitos de tránsito de vehículos, si el inculcado se encuentra en estado de ebriedad (art. 135, 2º párrafo). También señala que procederá el sobreseimiento de los procesos por delitos culposos que sólo produzcan daño en propiedad ajena y/o lesiones, si se cubre la reparación del daño causado a la víctima u ofendido y el inculcado no hubiera actuado en estado de ebriedad (art. 138, 2º párrafo).

CONSIDERACIONES FINALES * * * * *

Al inicio de este trabajo planteamos la hipótesis de que en la legislación vigente existe discordancia y vaguedad conceptual. Con el propósito de ilustrar lo anterior hemos reunido algunas disposiciones que representan fehacientemente esta inconsistencia legislativa:

Denominación del producto de consumo. La Constitución le llama bebida embriagante, al igual que el Código Penal y el Código Federal de Instituciones y Procedimientos Electorales; por su parte, el Código de Justicia Militar emplea el término de sustancia embriagante. La Ley General de Salud la denomina y la define como bebida alcohólica, concepto que recoge la Ley Federal del Trabajo, aunque también usa el término de bebida embriagante que, por cierto, contradice a la Ley General de Salud.

Sujeto que lo consume. En contadas ocasiones la legislación califica a la persona que consume bebidas alcohólicas; el Código de Justicia Militar le nombra ebrio, mientras que la Ley General de Salud y la del Sistema Nacional de Asistencia Social lo lla-

man persona alcohólica. El marco jurídico no proporciona elementos para diferenciar entre quien abusa en el consumo del alcohol y aquél considerado como alcohólico. En el primer caso, la legislación se concreta a calificar el abuso en el consumo en relación con determinados actos u omisiones; en el segundo, lo considera enfermo mental con derecho a la asistencia social. Si bien es cierto que nuestra legislación emplea apropiadamente el vocablo alcohólico, no es el caso de ebrio, para el que no existe definición precisa.

Condición de quien lo consume. La Constitución se refiere de dos maneras distintas a lo que parece ser el mismo concepto patológico: alcoholismo y ebriedad consuetudinaria. El Código Penal, así como las leyes orgánicas de la Administración Pública Federal y de la Procuraduría General de la República, también utilizan el término alcoholismo, en concordancia con la Ley General de Salud.

Cuando se trata de abuso en el consumo de bebidas alcohólicas encontramos una amplia nomenclatura: ebriedad, estado de ebriedad, práctica de la ebriedad, embriaguez, estado de embriaguez, abuso de bebidas alcohólicas. De acuerdo con la Ley de Salud este último término se considera más aceptable, aun cuando no se proporcionan sus parámetros. *El Tesoro del Instituto Mexicano de Psiquiatría* define el abuso como el consumo único o reiterado de una sustancia, en cantidad suficiente para producir intoxicación.

Mayor dificultad presentan las denominaciones empleadas en los Códigos Civil y Penal, antes mencionados: hábitos de la embriaguez y hábitos del alcoholismo, respectivamente. La primera se menciona entre las causales de divorcio y la segunda como agravante al delito de corrupción de menores. El problema consiste en diferenciar fehacientemente entre una persona afectada por la enfermedad del alcoholismo y otra que abuse en el consumo de bebidas alcohólicas; ni el legislador ni los órganos jurisdiccionales han interpretado estos supuestos.

Es evidente la necesidad de generar un movimiento legislativo orientado a reconceptualizar y replantear el tema del uso y abuso de bebidas alcohólicas, para lo cual sugerimos se adopte como eje rector el de la salud pública y a partir de definiciones científico-humanistas, se revise nuestro marco jurídico, sin menoscabo de los valores tutelados en las diferentes materias del Derecho.

Un instrumento clave para vincular las disciplinas de la salud pública y del Derecho es la incipiente doctrina en torno al derecho a la protección de la salud, así como la conceptualización misma del derecho de la salud, que se ha convertido en una de las principales ramas del derecho social; éste protege jurídicamente a los económicamente débiles, con el objetivo general de lograr un equilibrio efectivo entre los diversos grupos o clases sociales.

José Antonio Hernández

Vargas.

Alfabeto. 1997.

Acrílico sobre tela.

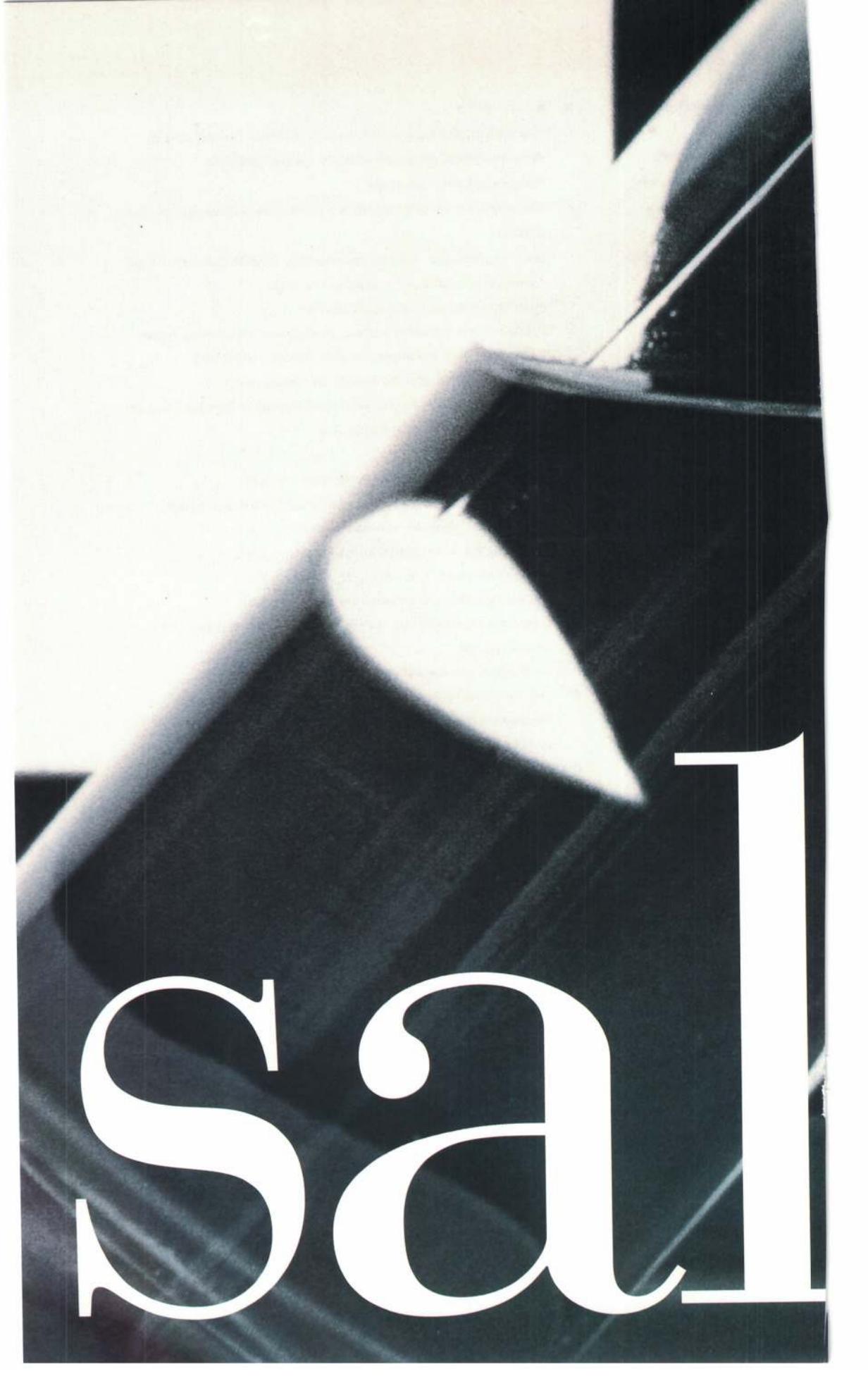
141.5 x 184.5 cm.

Detalle.

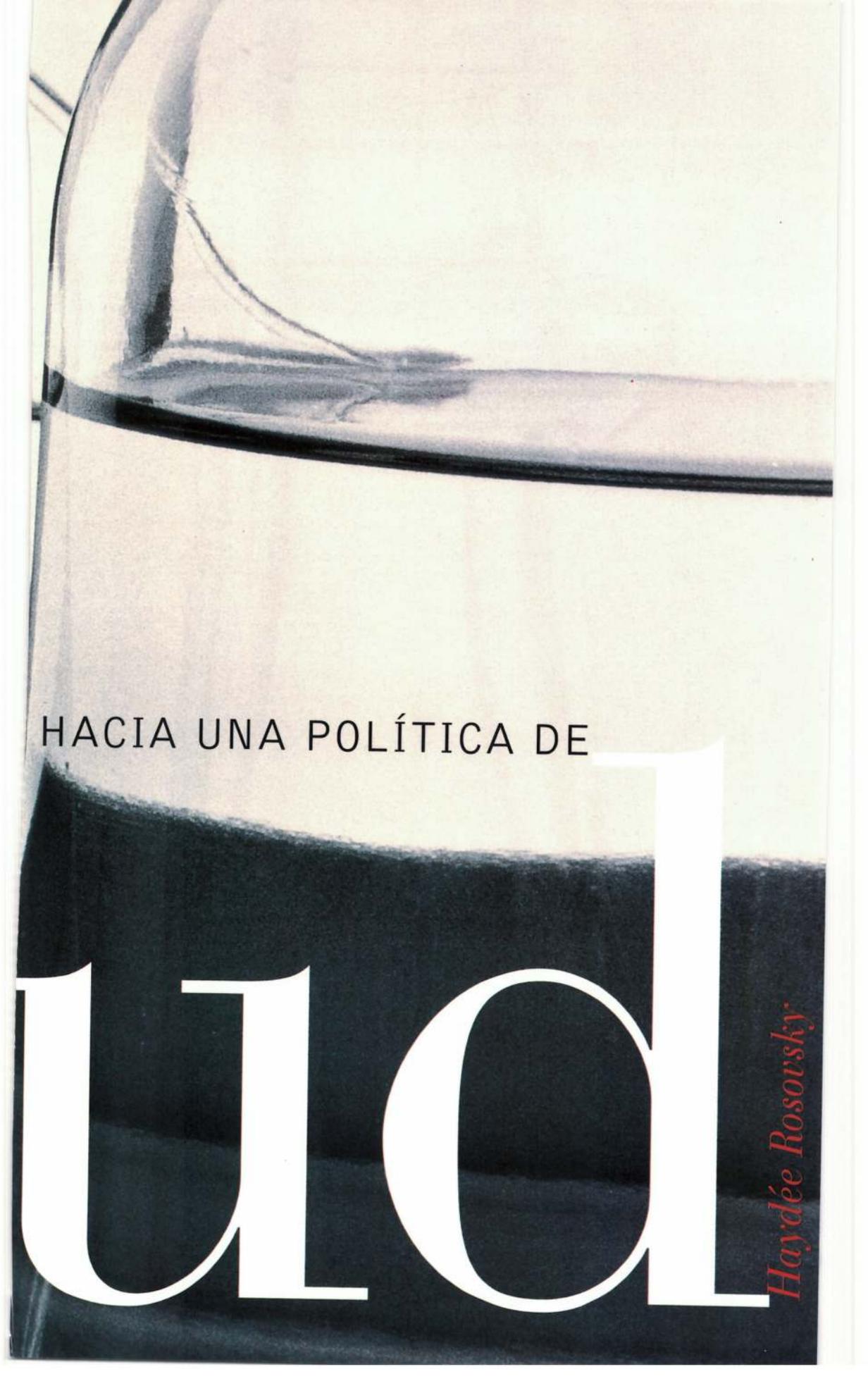
Colección particular.

N O T A S

- 1 *** Ruiz Massieu, José Francisco, *Memorias del Congreso Panamericano de Derecho Sanitario*, México, Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud. 1989.
- 2 *** Este criterio y el siguiente datan de la publicación del Reglamento específico de 1988.
- 3 *** Moctezuma Barragán, Gonzalo, *Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas*, El Manual Moderno, México, 1994, p. 88.
- 4 *** Moctezuma Barragán, Gonzalo, *op. cit.*, p. 90.
- 5 *** Instituto de Investigaciones Jurídicas, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, comentada*, t. II, UNAM, México, 1997, p. 1195.
- 6 *** WHO, *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, Génova, 1994, p. 7.
- 7 *** Dávalos Morales, José, *Tópicos laborales. El Estado de Ebriedad. Causa de Despido del Trabajo*, Porrúa, México, 1998, p. 179.
- 8 *** *Idem*.
- 9 *** Primera Sala, tesis 770, apéndice 1988, parte II, p. 1273.
- 10 *** Tesis xx.J/67, *Gaceta*, núm. 80, p. 105; véase ejecutoria en el *Semanario Judicial de la Federación*, t. XIV-agosto, p. 395.
- 11 *** Primera Sala, tesis 771, apéndice 1988, 2a. parte, p. 1276.
- 12 *** Primera Sala, tesis 125, apéndice 1975, 2a. parte, p. 264.
- 13 *** Primera Sala, tesis 126, apéndice 1975, 2a. parte, p. 265.
- 14 *** Contenido en la ejecutoria de la Primera Sala de la Suprema Corte, toca 3088/1953, p. 290.
- 15 *** Tercera Sala, tesis 686, apéndice 1988, 2a. parte, p. 1147.
- 16 *** Segundo Tribunal Colegiado del Decimocuarto Circuito, XIV, 2º J/9, *Semanario Judicial de la Federación*, 9a. época, t. v, mayo de 1997, pp. 539 y 540.
- 17 *** *Jurisprudencia* 60, sexta época, p. 62, sección primera, vol. 4a. sala, apéndice de jurisprudencia 1917-1965.



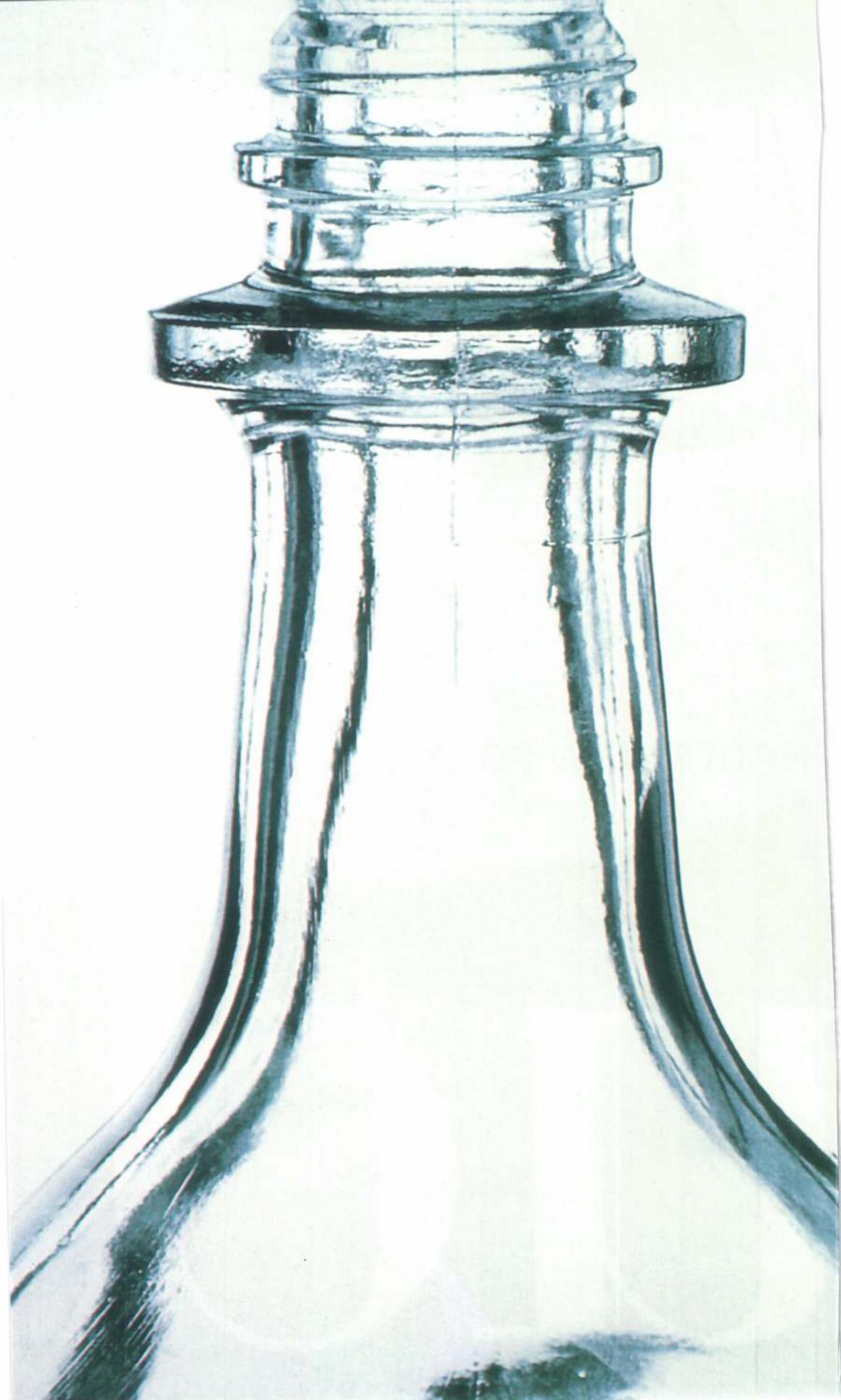
sal

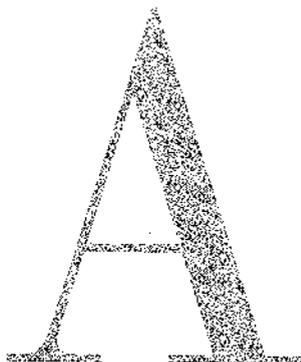


HACIA UNA POLÍTICA DE

UOL

Haydée Rosovsky





través del tiempo, casi todas las sociedades han desarrollado respuestas formales e informales al consumo de alcohol, especialmente al que se da de manera excesiva. Las respuestas o controles formales provienen por lo general de los gobiernos y se definen como políticas hacia el alcohol. Estas respuestas incluyen diversas declaraciones oficiales o líneas de acción sostenidas por leyes y reglamentos que pretenden normar o regular diferentes aspectos de las bebidas alcohólicas.

Las políticas oficiales no siempre surgen a propósito de la salud, sino también con miras al desarrollo industrial y comercial de un país. Respecto al alcohol existen medidas económicas y de salud cuyos objetivos e impacto con frecuencia se oponen. En los países en vías de desarrollo —o "economías emergentes"— se tiende a dar prioridad a la producción industrial y al comercio exterior por encima de los intereses de salud pública.

En el ámbito que nos ocupa pueden presentarse dos extremos: la prohibición o la ausencia de cualquier medida de control. Entre ambos extremos, sin embargo, existen modalidades desarrolladas en distintos momentos y sociedades: el racionamiento, los monopolios del Estado, la aplicación de impuestos especiales, los controles legales de los establecimientos expendedores, las limitaciones de horarios de venta y de la edad mínima legal para consumir. Otras medidas se dirigen a desarrollar campañas de información en los medios de comunicación, de educación escolar, y el fomentar cambios de actitudes y conductas. También se han impuesto restricciones para la publicidad y la inclusión de leyendas precautorias en envases y mensajes promocionales. Otras intervenciones pretenden controlar situaciones específicas como el consumo de alcohol y la seguridad vial o el ámbito laboral.

Estas políticas se desarrollan en determinados contextos socioeconómicos, como resultado de tradiciones culturales e históricas pero también por influencias internacionales. Entre los factores que influyen en ellas están el clima social imperante o la importancia relativa que la sociedad otorga a ese problema en comparación con otros. Su desarrollo y aplicación, por tanto, están vinculados con otras políticas en una sociedad. En algunos países se da una relación positiva entre lo que la mayoría de la po-

PÁGINAS 266 A LA 269:

José Martínez Vera.

Sin título.

De la serie *Agua*.

blación siente hacia algún asunto y las políticas resultantes; en otros casos la población en general no tiene posiciones establecidas sobre ciertos temas, y los creadores de políticas las formulan sin tomar demasiado en cuenta a la opinión pública. En los países escandinavos, por ejemplo, la religión y su fuerte tradición temperante hicieron del alcohol un tema muy politizado; el tema del control es un asunto social y político de gran importancia desde hace tiempo, en muchos otros países, en cambio, el tema del alcohol ha perdido peso tanto en la opinión pública como en el ámbito gubernamental, ante la emergencia del problema de las drogas ilícitas y sus implicaciones nacional e internacional.

Si las políticas concuerdan con lo que siente la mayoría de la población hacia un asunto, tendrán mayor posibilidad de ser aplicadas correctamente y tener un impacto. No importa qué tan bien intencionada sea una política, su efecto estará condicionado por su congruencia con el resto de las políticas, por su efectiva aplicación y evaluación, y por el soporte que tenga en la población, en sus creencias, costumbres y tradiciones.

Sin duda, muchos factores culturales, económicos y sociales vinculados con el consumo de alcohol y los problemas asociados, están fuera del control gubernamental. Sin embargo, los gobiernos tienen la responsabilidad de reducir los problemas de salud y sociales que aquejan a la población y que representan pérdidas humanas, disminución de la calidad de vida y costos importantes para la sociedad en su conjunto. A diferencia de otros problemas de salud pública (como las enfermedades infecto-contagiosas), el alcohol —como agente— puede proporcionar placer y tiene un valor positivo en la vida social de la mayoría de quienes beben. De hecho, recientes evidencias epidemiológicas reportan una reducción del riesgo de enfermedad coronaria asociada a un consumo leve de alcohol.²

No obstante, el beber alcohol también se asocia a experiencias no placenteras y a daños importantes reportados en un numerosos estudios: enfermedades hepáticas y neurológicas, accidentes causados por conductores intoxicados, pérdida del empleo y violencia doméstica, entre muchos otros problemas. Las políticas de salud hacia el alcohol se enfrentan, por tanto, a diversas interrogantes: ¿Qué tipo de consumo de alcohol causa daños y a quién? ¿Cómo se puede discriminar entre un consumo dañino y uno que no lo es? ¿Cuándo el consumo de alcohol es causa necesaria, pero no suficiente, de algún problema? ¿Cómo evitar o prevenir el consumo asociado a daños o problemas específicos? ¿Qué acciones deben desarrollarse que no afecten los intereses legítimos de la mayoría que bebe sin problemas?

En la actualidad, la mayoría de los países tienen políticas bastante confusas hacia el alcohol, con medidas aisladas cuyo impacto en ocasiones es más negativo que benéfico; con una aplicación errática, sin una evaluación de sus efectos. La evidencia cientí-

fica generalmente no es el sustento de las políticas, y con frecuencia se aplican medidas que tienen impactos positivos en ciertas sociedades pero no en otras.

PARADIGMAS Y POLÍTICAS HACIA EL ALCOHOL * * * * *

A fines del siglo XIX y comienzos del XX persistían en el mundo occidental los enfoques moralistas hacia el alcoholismo y el consumo excesivo de alcohol. Los fuertes movimientos de temperancia en los países anglosajones veían en las bebidas alcohólicas un instrumento del demonio, y a los alcohólicos como seres moralmente débiles; la "ley seca" implantada en Estados Unidos respondía a esta línea de pensamiento. Ya en pleno siglo XX se difundió la concepción del alcoholismo como enfermedad y el foco de atención fueron los individuos afectados y no las bebidas embriagantes, como sostiene el movimiento de Alcohólicos Anónimos y el modelo médico de enfermedad del alcoholismo. Bajo esta perspectiva, las principales tareas de salud pública serían las de identificar oportunamente a los alcohólicos, tratar sus complicaciones médicas y psiquiátricas, y brindarles atención para lograr su abstinencia y recuperación.²

Pero a mediados de siglo, el matemático francés Sully Ledermann difundió su modelo de "la distribución del consumo de alcohol", basada en estudios sobre las tendencias y variaciones entre el consumo per cápita de alcohol y la mortalidad en la población francesa. Esta teoría afirma que existe una considerable regularidad en la forma en que los consumidores se distribuyen en un continuo a lo largo de la escala de consumo, presentándose como una curva de probabilidad unimodal logarítmica normal. Por lo tanto, no habría dos poblaciones de bebedores — los normales y los patológicos—, sino que el consumo de la población se da en un continuo donde algunos son abstemios, muchos consumen niveles moderados de alcohol y una minoría bebe en cantidades muy altas con graves riesgos para la salud.³

Este modelo asumía que existe una relación constante entre el consumo per cápita global de una población y la prevalencia de consumidores fuertes; por lo tanto, la proporción de estos bebedores varía con el promedio de la distribución. Para la salud pública, esta teoría permitía inferir que, al disminuir el consumo global se reduciría la proporción de bebedores fuertes, que son quienes presentan más problemas crónicos con el alcohol. Otros estudios parecen confirmar esta teoría, como los trabajos sobre la drástica disminución de la mortalidad por cirrosis hepática durante la prohibición en Estados Unidos.⁴

Sin embargo, las bases teóricas y la validez empírica de la teoría de Ledermann han sido muy cuestionadas y en la actualidad se cree que las distribuciones empíricas no siguen modelos matemáticos tan bien definidos. La composición de la población según el grado y forma de su consumo tiene una importancia decisiva en la prevalencia de un determinado problema, ya que poblaciones con

el mismo consumo per cápita pueden tener prevalencias muy distintas de problemas.⁵ A pesar de ello, esta teoría hizo que en muchos países las políticas hacia el alcohol se dirigieran a reducir el consumo per cápita de toda la población como meta central de la acción preventiva en salud pública, esperando así reducir la tasa de problemas asociados. También contribuyó a debatir el tema de la prevención y ha inspirado numerosos estudios.

En los años setenta se realizaron importantes cambios conceptuales: se sustituyó el término de alcoholismo por el de dependencia al alcohol y se introdujo el concepto de problemas asociados al alcohol, que pretende atender así diversos hechos negativos para la salud y sociales relacionados con el consumo de alcohol, aún sin presentarse los signos y síntomas de la dependencia, lo que también amplía el panorama de la acción preventiva.⁶

Al reconocerse que el consumo per cápita no es el único factor determinante de la tasa de problemas en una sociedad, los seguidores de Ledermann han manifestado que la génesis de los problemas relacionados con el consumo está constituida por factores ambientales:⁷ el patrón de consumo de alcohol es un comportamiento social que se aprende y practica con otros individuos. Esta teoría de "interacción social" sostiene que múltiples factores individuales y ambientales operan en la misma dirección y tienen un efecto multiplicador entre sí, por lo que no se acepta que los alcohólicos estén predeterminados a ser unos consumidores excesivos de manera independiente de su entorno cultural.⁸ Se acepta que aún existiendo relación entre el consumo global de alcohol por una sociedad y la prevalencia de ciertos tipos de problemas, especialmente los crónicos, se requiere incidir en otros aspectos como los patrones de consumo y las reglas culturales de conducta, lo que generalmente es una labor lenta y difícil y que tiene importantes implicaciones para las políticas.

LAS POLÍTICAS EN MÉXICO * * * * *

La Constitución Política Mexicana reconoce la importancia del problema del alcoholismo y la necesidad de combatirlo (art. 117, art. 127). Según lo indica el artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, a la Secretaría de Salud le corresponde "establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra las enfermedades transmisibles, contra las plagas sociales que afecten la salud, contra el alcoholismo y las toxicomanías y otros vicios sociales".

A partir de los años ochenta se dio un gran impulso a la investigación, al profesionalizarse las ciencias de la salud y al crearse instituciones especializadas en colaboración con centros académicos universitarios. El Instituto Mexicano de Psiquiatría, creado a fines de 1979, realiza investigaciones sobre adicciones en las áreas de psiquiatría y salud mental, con estudios epidemiológi-

cos y clínicos que contribuyen al mejor conocimiento de estos problemas y a la formación de recursos humanos de alto nivel.

En 1986 se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), dependiente de la Secretaría de Salud (SSA), cuyos objetivos son promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado encaminadas a prevenir y combatir los problemas de salud pública causados por las adicciones, así como proponer y evaluar los programas nacionales contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, tabaco y otros fármacos (arts. 184 bis al 193 de la Ley General de Salud).

El mismo año se elaboró el primer Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas con la participación de expertos que plantearon objetivos y líneas de acción en materia de salud, educación, legislación e investigación. La versión de 1992 del programa acentuó las acciones de prevención con medidas tendientes a disminuir la disponibilidad de bebidas y su promoción, la educación de la población y la atención en salud, así como continuar con acciones de investigación e información.

La actual Ley General de Salud reconoce al alcoholismo y al abuso de bebidas alcohólicas como un problema de salud pública, y sugiere que se desarrolle un programa nacional para combatir este problema con acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación. Éstas deben basarse en investigaciones sobre las causas del alcoholismo y las medidas para controlarlas, los efectos de la publicidad, los hábitos de consumo en diferentes grupos de población y los efectos en los ámbitos familiar, social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo (arts. 185, 186 y 187).

En el marco del Programa de Reformas del Sector Salud 1995-2000, las adicciones fueron incorporadas como programa prioritario de la SSA. Al crearse la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, el Programa de Prevención y Control de las Adicciones —alcohol, tabaco y otras drogas— quedó a cargo del CONADIC. A partir de 1997 una de sus funciones consiste en apoyar los Servicios Estatales de Salud.

En sus funciones de Consejo, el CONADIC coordina la actualización de los tres programas nacionales 1998-2000, con la participación de los diversos sectores involucrados, para efectuar acciones concretas dentro de las estrategias de normatividad y legislación, información e investigación, prevención y educación, tratamiento y rehabilitación, promoviendo acciones de comunicación social y de capacitación. El principal objetivo es reducir los índices de abuso en el consumo y brindar atención oportuna a los adictos, así como disminuir los problemas de salud pública relacionados con el consumo.

Además de contar con numerosas instituciones públicas y privadas que atienden el problema del alcohol, en México existe un amplio marco legal y normativo aplicable a distintos aspectos de su producción, consumo, promoción, publicidad, comercializa-

ción y venta. Destaca la importancia que se da a evitar que los menores consuman alcohol o se expongan a la promoción de las bebidas. México fue, por cierto, uno de los primeros países en incluir leyendas precautorias en los envases de bebidas (art. 238 de la Ley General de Salud).

En su artículo 194, esta ley establece que son objeto de control sanitario el proceso, la importación y exportación de bebidas alcohólicas. A los gobiernos estatales corresponde ejercer la verificación y control sanitarios de los establecimientos que las expendan o suministren (art. 199).

El Reglamento sobre Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios de la Ley General de Salud, establece sus características y las disposiciones sanitarias para su elaboración, envasado y etiquetado. La Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) ha elaborado 74 Normas Oficiales Mexicanas que determinan las características que deben tener estos productos: límites de alcohol y otras sustancias, presentación, envase y etiquetado.

La Ley General de Salud establece que en ningún caso y de ninguna forma se podrán expender o suministrar bebidas alcohólicas a menores de edad (art. 220). La publicidad y promoción de éstas quedan sujetas a la autorización de la SSA, mientras que la transmisión de mensajes que las publiciten está reglamentada por la Secretaría de Gobernación en la Ley Federal de Radio y Televisión, y en la Ley de la Industria Cinematográfica.

La Ley Federal del Trabajo prohíbe la utilización de menores de 16 años en expendios de bebidas embriagantes de consumo inmediato, y el establecimiento de éstos en los centros laborales (art. 116). También les prohíbe a trabajadores y a patrones acudir al trabajo en estado de ebriedad (arts. 47, 133 y 135), particularmente a los trabajadores de los medios de transporte y carga.

Los impuestos sobre las bebidas alcohólicas representan una importante fuente de ingreso para el gobierno de México. El artículo 73 de la Constitución le confiere al Congreso la facultad para establecer contribuciones especiales sobre el aguamiel y los productos de su fermentación, así como sobre la producción y el consumo de cerveza. La Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) establece lo que deben pagar estas bebidas según su graduación; las que tienen mayor contenido alcohólico pagan tasas más altas.

En 1998 el Congreso de la Unión incrementó los gravámenes a la enajenación o importación de bebidas alcohólicas, con lo que las cervezas y otras bebidas refrescantes de hasta 6°GL de alcohol pagan ahora una tasa de 25%, cuando antes era de 19%. Las bebidas con contenidos de hasta 13.5°GL, cuya tasa anterior era de 21.5% también pagarán 25%. Las bebidas con una graduación entre 13.5° y 20°GL seguirán pagando 30%. Los aguardien-

tes y las bebidas con más de 20°GL y hasta 55°GL pagarán 60%, cuando antes estaban gravados con 44.5%.

La Ley Federal de Derechos de la SHCP establece que estos productos pagarán el doble que otros bienes y servicios por concepto de derechos para su publicidad. El Reglamento sobre Promociones y Ofertas de la SECOFI prohíbe la promoción comercial de las bebidas alcohólicas con excepción de la cerveza, los vinos de mesa y otras bebidas con menos de 12° de alcohol en volumen.

En su modificación de 1997, el Reglamento de Tránsito del Distrito Federal reitera en varios artículos la restricción de conducir en estado de ebriedad la cantidad máxima permitida de alcohol en sangre para circular por las vías públicas es de 0.8 gramos por litro. El Reglamento Gubernativo de Justicia Cívica para el Distrito Federal establece como infracción cívica la ingestión de bebidas alcohólicas en lugares públicos no autorizados. Según el Código Civil, los mayores de edad que no pueden gobernarse o manifestar su voluntad debido a la adicción al alcohol, tienen incapacidad natural y legal (art. 450); el artículo 267 señala que la embriaguez es causal de divorcio.

Todas las restricciones legales mencionadas están sujetas a diversas sanciones en caso de violación, algunas de carácter económico o del cierre del establecimiento donde se comete la infracción; en otros casos, se castiga con la pérdida de la posición laboral o de la libertad.

COMENTARIOS A LAS POLÍTICAS

El consumo de alcohol en México es parte integral de la cultura, de las tradiciones y de la vida social. Mucha gente bebe con moderación sin experimentar problemas, pero una minoría sí los tiene. Según estudios de encuesta, dos terceras partes de la población urbana son bebedores, aunque hay un importante índice de abstinencia, especialmente entre las mujeres. Una cuarta parte de los bebedores se embriaga. Algunos beben con poca frecuencia pero cuando lo hacen llegan a la intoxicación. De los que se embriagan, 7% son menores de edad y 9% de los bebedores adultos tiene criterios de dependencia al alcohol.⁹

La cerveza es la bebida más consumida por ambos sexos, seguida por los destilados; en mucho menor proporción se reporta el consumo de coolers, pulque, vinos de mesa y alcohol de 96°, en ese orden. Hay diferencias importantes de cada género y grupo de edad en su manera de beber, así como en los problemas asociados. Aproximadamente la mitad de los jóvenes de 12 a 18 años reportó consumir alcohol, lo que coincide con los hallazgos en encuestas en la población estudiantil de ese rango de edad.¹⁰ Las actitudes de la población hacia el alcohol son variadas, llegando a ser contradictorias o ambivalentes. En general, el alcohol es visto como parte inherente a la vida social; existe una gran aceptación hacia su consumo e incluso una alta tolerancia hacia su abuso, aunque los excesos son rechazados.

El "beber explosivo" —que llega a la intoxicación— representa un reto para la salud pública, pues está relacionado con problemas agudos como los accidentes y los actos violentos que muchas veces terminan en lesiones y muerte. Otro problema es el de los bebedores excesivos que al beber prolongadamente, generan padecimientos crónicos de salud, psicológicos y sociales. Ejemplo de ello es la cirrosis hepática, que constituye una causa de defunción muy importante en nuestro país; no todos los casos de cirrosis se asocian al alcohol pero una alta proporción sí. Indudablemente, tanto en los problemas agudos como en los crónicos, el alcohol es un factor de riesgo importante, aunque no el único. México tiene uno de los indicadores de consumo per cápita de alcohol más bajos del mundo, aún en comparación con otros países de América Latina: en 1997, 3.6 litros per cápita de alcohol puro fueron consumidos en el total de la población y 5.5 por la población mayor de 15 años. Sin embargo, esta estimación tiene grandes limitaciones, pues se basa en las cifras de venta de las bebidas industrializadas y no incluye bebidas domésticas (pulque, alcohol de 96^o) y otras de origen clandestino. Se estima que si se contara con un registro de estos productos, el consumo per cápita de alcohol se duplicaría.¹¹

Por otro lado, el indicador de consumo per cápita de alcohol no permite conocer las diferencias en el consumo al interior de la población, por grupos de edad y sexo, o su distribución en las regiones del país. De acuerdo con los patrones de consumo mencionados, una pequeña proporción de los bebedores es responsable del consumo de la mayor parte del alcohol circulante. Contrario a la teoría de la distribución del consumo —que postula que a un consumo global bajo corresponderían tasas bajas de problemas—, en México observamos altas tasas de problemas agudos y crónicos asociados al alcohol.

Estas consideraciones sobre cómo bebe la población mexicana y los problemas con los que se vinculan algunos patrones de consumo, debe llevarnos a la reflexión y al análisis de las políticas actuales, con el fin de evaluar si las acciones responden a las necesidades y los cambios necesarios para lograr impactos positivos en la salud pública.

HACIA UNA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA MÁS EFECTIVA • • • • •

Las políticas prevalentes en países desarrollados responden principalmente al paradigma de que el control de la disponibilidad de alcohol resulta en un consumo global menor y en una reducción considerable de los problemas asociados. Sin embargo, se ha reconocido que esta fórmula no responde a los retos de todas las sociedades ni se obtienen siempre los resultados esperados. La Organización Mundial de la Salud recomienda que cada país diseñe las políticas más adecuadas a su realidad sociocultural y económica y propone acciones que inciden tanto en la oferta o disponibilidad de alcohol como en el consumo y los problemas.¹²

Por ejemplo, las medidas que inciden en los impuestos o la publicidad de las bebidas alcohólicas, tienen un mayor peso político y económico que aquéllas que se dirigen a la prevención del abuso o a los problemas; tienen una alta visibilidad para la opinión pública y representan un ejercicio de negociación entre importantes intereses económicos y políticos.

México cuenta con numerosas disposiciones legales, pero en muchos casos su aplicación es insuficiente. El gobierno, por ejemplo, tiene la responsabilidad de controlar la calidad y las características sanitarias de las bebidas alcohólicas para impedir la proliferación de productos que evaden las normas comerciales y fiscales, causando con ello daños importantes a la salud pública y a los sectores industriales y comerciales legítimos. Sin embargo, proliferan las bebidas de dudosa procedencia o "piratas", por lo que se debe reforzar el cumplimiento de la ley, involucrando de manera más activa a los gobiernos estatales y municipales. También se requiere de acciones para concientizar a la población sobre los daños que pueden causar estas bebidas y desalentar su consumo. Se han realizado algunas acciones en este sentido mediante alianzas entre los sectores gubernamentales e industriales afectados, mismas que deben reforzarse.

En algunos países, los elevados impuestos hacen que los precios de las bebidas se incrementen y así se desalienta y disminuye el consumo.²³ Sin embargo, en México esta medida ha demostrado tener efectos negativos, pues orilla a los sectores de menos recursos a consumir bebidas baratas, muchas veces de origen y distribución clandestinos, y carentes de controles sanitarios y fiscales. Además, los precios elevados pueden fomentar el contrabando de bebidas.

El sector comercial también tiene una responsabilidad en los aumentos excesivos de precios y se requiere que sus prácticas no encarezcan en demasía los productos. Al incrementar la recaudación de impuestos, las políticas fiscales generalmente responden a las necesidades del país, sin embargo, no siempre toman en cuenta los impactos que estas medidas pueden tener en términos sociales y de salud, por lo que se requiere de una política más integrada.

Los precios y la accesibilidad de las bebidas deben guardar una relación adecuada con los demás bienes y con los ingresos de la población: su costo no puede ser más bajo que el de los productos de consumo básico; en diversas zonas rurales las bebidas alcohólicas son más accesibles que el agua potable u otros bienes, lo que se vincula con problemas de rezago que se han enfrentado pero que aún no se resuelven totalmente.

Otro caso es la prohibición de venta a menores, que dista mucho de ser cumplida en nuestro país. Sería importante evaluar si es conveniente mantener una disposición que no se puede hacer cumplir, pues esta situación promueve actitudes negativas de desvalorización del marco legal. Los estudios epidemiológicos

permiten saber que el consumo de alcohol es muy común entre los menores de edad; los jóvenes consumen alcohol en diferentes contextos ---centros de reunión, en casa de amigos y en sus propios hogares--- pero el inicio en el consumo frecuentemente se da en el hogar, con la familia.

Los modelos preventivos señalan que el abuso en el consumo de alcohol es menor en culturas donde los jóvenes aprenden a beber con moderación dentro de la familia. Sin embargo, otras sociedades desalientan el consumo e impulsan medidas que prohíben el consumo a los menores de 18 años (o menores de 21 años, como en Estados Unidos). Estas medidas pueden tener efectos negativos al dar una connotación de "fruto prohibido" a las bebidas, favoreciendo la ingestión "explosiva" de alcohol, fuera de la ley y en contextos riesgosos.¹⁴ Algunos especialistas han advertido sobre la posible relación entre tal prohibición y un mayor consumo de drogas ilícitas en Estados Unidos.

En el Programa de Prevención y Control de Adicciones del CONADIC se plantean acciones para las diversas estrategias de salud pública como normatividad, legislación, investigación, información, prevención, educación, tratamiento, rehabilitación y comunicación social. El programa tiene dos vertientes: por un lado, señala las acciones que deben realizar frente a este problema los servicios del sector salud, y por otro, coordina tareas con otros sectores gubernamentales y sociales. En el caso del sector salud, los médicos y otros miembros del equipo de salud pueden incidir en que los bebedores consuman con moderación para disminuir el riesgo de problemas en la salud o su severidad; ellos juegan un papel idóneo para detectar oportunamente el consumo excesivo y la dependencia al alcohol y así canalizar estos casos a servicios especializados de tratamiento. Para ello, se realizan acciones de capacitación al personal de esas instituciones, proporcionando instrumentos que sistematicen la tarea. Asimismo, se busca lograr una mayor integración de las acciones mediante la cooperación con otros programas de la SSA, como los que atienden la salud del niño y el adolescente, la salud reproductiva y la sexualidad, y la promoción de la salud y la vigilancia epidemiológica. En coordinación con otros sectores gubernamentales y sociales, el programa propone, integra y da seguimiento a las acciones que se realizan en el ámbito educativo, laboral, de comunicaciones y transportes, de asociaciones de autoayuda, de la industria y los medios de comunicación.

En México las políticas hacia el alcohol enfrentan varios retos. Se debe trabajar para lograr un mayor equilibrio e integración entre las políticas de salud y las económicas, que frecuentemente están en conflicto. Para ello, es necesario que se reconozca que los problemas agudos y crónicos asociados al consumo excesivo de alcohol no sólo afectan a la salud sino afectan a toda la socie-

dad, representando pérdidas humanas y económicas importantes para el país.

El objetivo fundamental de las medidas políticas sobre alcohol es reducir los problemas que causa su consumo. Se debe analizar si las políticas actuales son suficientes y adecuadas para el logro de este objetivo, si se debe reforzar su aplicación o plantear los cambios necesarios para lograr los impactos buscados.

Para reducir muchos de los problemas asociados con el alcohol es necesario cambiar los patrones de consumo excesivo, sea crónico o agudo, tarea que, aunque muy difícil, no es inalcanzable. Otros problemas requieren de medidas que controlen las bebidas y el medio ambiente en el que se bebe. La educación en un sentido amplio tiene un papel importante al proveer de conocimientos prácticos a la población y promover entre ésta la toma de decisiones positivas sobre el consumo. Esto debe acompañarse con acciones que reduzcan la posibilidad de daños específicos, como el cumplimiento de reglamentos de tránsito y los programas del tipo de "conductor designado" que previenen accidentes viales.

Para lograr el apoyo de la población en estas medidas se deben difundir información en todos los ámbitos sobre la moderación en el consumo, los niveles de alcohol en la sangre y con qué riesgos individuales y sociales se relacionan; en qué contextos y para quiénes el consumo de alcohol es más o menos peligroso y cómo evitarlo; y desalentar medidas en los sitios de venta de alcohol que estimulan el consumo excesivo —la *happy hour*, la barra libre o los concursos de quien bebe más y más rápidamente— que generalmente se dirigen a los jóvenes, entre quienes es necesario promover actividades recreativas alternativas que no incluyan el consumo de alcohol.

Se deben también reforzar las medidas de control de las bebidas no aptas para su consumo mediante la aplicación del marco legal y la educación de la población para que conozcan los riesgos a los que se exponen al consumirlas. También hay que desarrollar más programas de identificación temprana de los bebedores problemáticos, tanto de los que no son dependientes del alcohol y pueden beneficiarse de intervenciones para modificar su patrón de consumo, como de aquellos que requieren de programas de abstinencia y rehabilitación.

Para todo ello, hay que reforzar las acciones de investigación y que sus resultados sean los que sustenten las decisiones políticas, y deben analizarse las experiencias acumuladas. Cada vez se reconoce más que los diversos sectores gubernamentales implicados en tomar estas decisiones requieren de una mayor integración entre sí y con el resto de los sectores de la sociedad. La efectividad de las políticas estará, en mucho, basada en la participación y el consenso que se obtenga.

Rufino Tamayo.

Naturaleza muerta.

1935. Óleo sobre tela.

75,5 x 150 cm.

Colección Lorenzo

Zambrano.

Reproducción

autorizada por la

Fundación Olga y

Rufino Tamayo. A. C.

N O T A S

- 1 ***Serdula, M. K., et al., "Alcohol intake and mortality findings from the NHANES I follow-up study", en *J Stud Alcohol*, núm.56, 1995, pp. 233-239.
- 2 ***Room, R., "Alcohol Control and Public Health", en *Am Rev Pub Health*, núm. 5, 1984, pp 293-317.
- 3 ***Edwards, G., et al, *Alcohol Policy and the Public Good*, Oxford University Press, 1994.
- 4 ***Terris, M., "Epidemiology of Cirrhosis of the Liver: National Mortality Data", en *Am. J Pub Health*, núm. 57, 1967, pp. 2076-208; Schmidt W., y De Lint, J., "Estimating the Prevalence of Alcoholism from Alcohol Consumption and Mortality data", en *q J St Alcohol*, núm. 31, 1970, pp. 57-64.
- 5 ***Skog, O. J., "The Distribution of Alcohol Consumption 30 Years", en *Br J Addiction*, núm. 81, 1986, pp. 743-748.
- 6 ***Edwards, et al., *Alcohol-Related Disabilities*, WHO Offset Publication núm. 32, Ginebra, WHO, 1977; WHO, *Problems Related to Alcohol Consumption*, Reporte Técnico Serie 650, Ginebra, 1980.



Agustín Lazo.

Las copas. 1952.

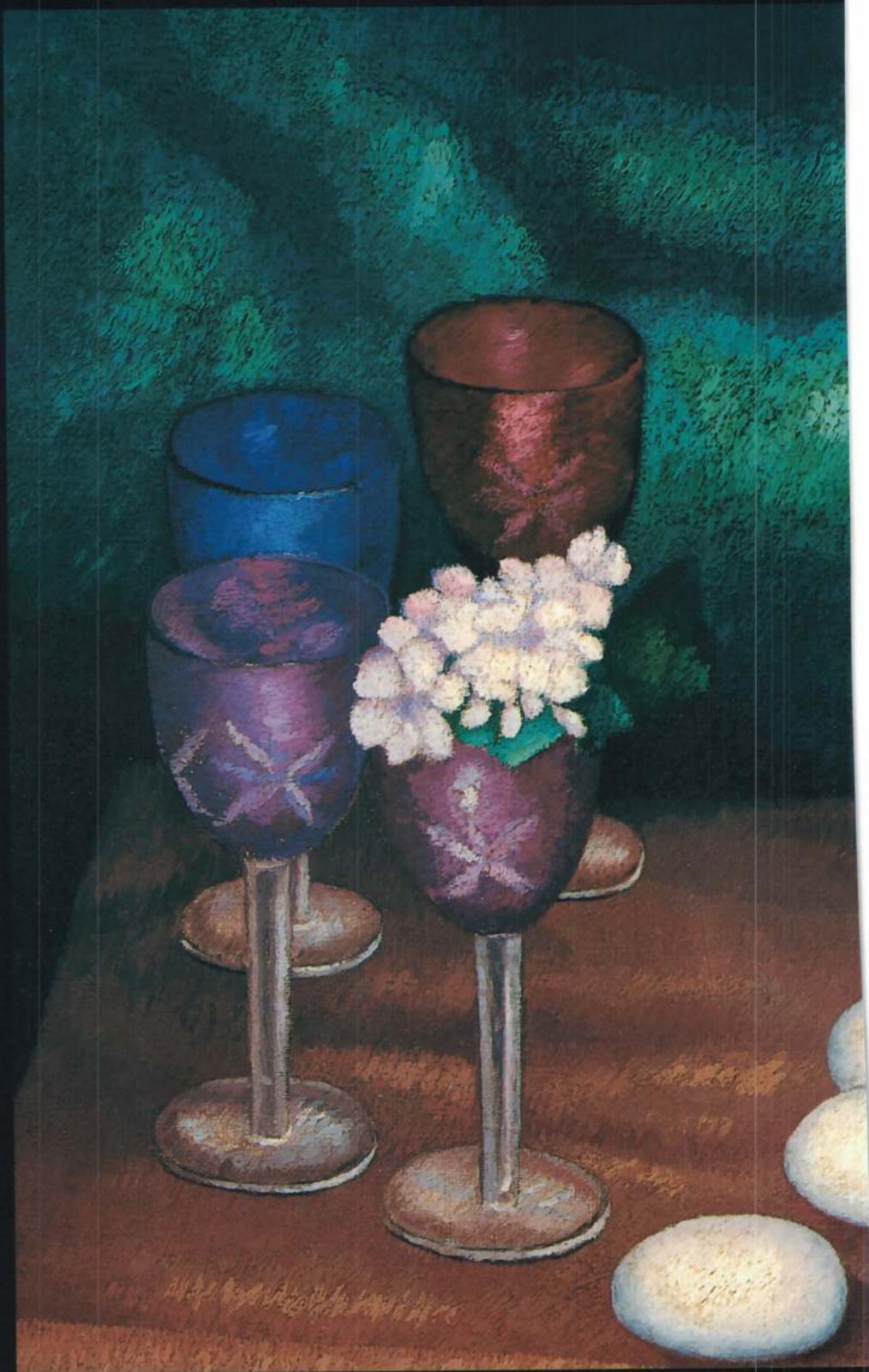
Óleo sobre tela.

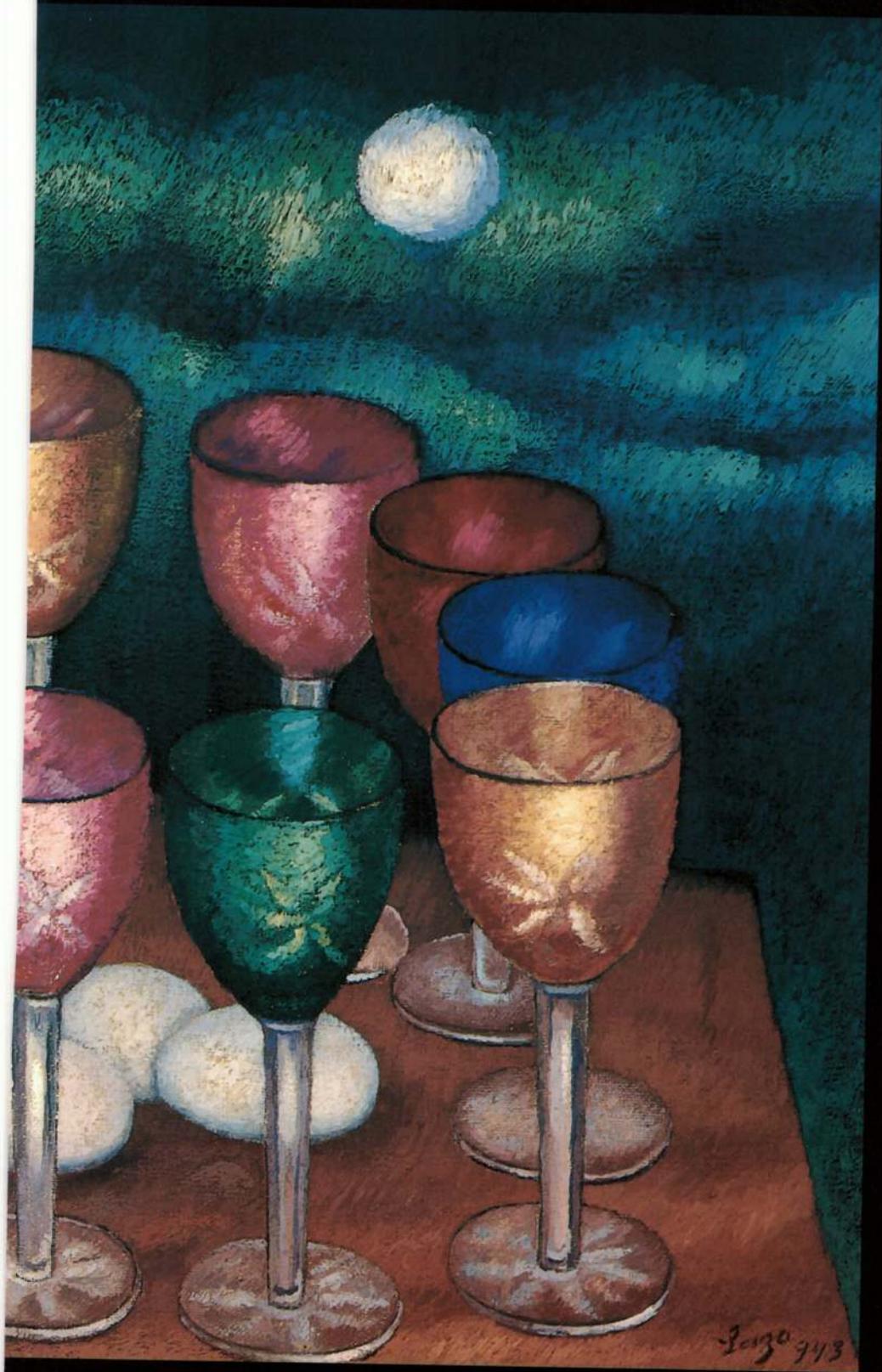
48 x 64 cm.

Colección particular.

- 7 *** Skog, O. J., "The Collectivity of Drinking Cultures: A Theory of the Distribution of Alcohol Consumption", en *Br J Addiction*, núm. 80, 1985, pp 83-99
- 8 *** Skog, O. J., "The Distribution...", *op. cit.*; Edwards, G., et al, *Alcohol Policy...*, *op. cit.*
- 9 *** *Encuesta Nacional de Adicciones*, México, Secretaría de Salud, 1993.
- 10 *** Medina Mora, M. E., et al., "El abuso del alcohol, antecedentes y consecuencias", informe a la Secretaría de Salud y al CONACYT, México, 1997.
- 11 *** Instituto Mexicano de Psiquiatría, Centro de Información en Alcohol, División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, 1998.
- 12 *** WHO, *Problems Related...* *op. cit.*
- 13 *** Makela, K., et al., *Alcohol Society and the State: A Comparative Study of Alcohol Control*, Toronto, Addiction Research Foundation, 1981.
- 14 *** Popham, R. E., Schmidt, W. y De Lint, J., "The effects of Legal Restraints on Drinking", en B. Kissin y H. Begleiter (eds.), *The Biology of Alcoholism*, Nueva York, Plenum Press, 1976.







2030 743

Notas sobre los autores

HÉCTOR AYALA

Doctor en psicología por la Universidad de Kansas y posdoctorado en la Universidad de Austin. Investigador titular en la Facultad de Psicología de la UNAM e investigador nacional nivel II. Autor de diversas publicaciones especializadas.

SIMÓN BRAILOWSKY

(1948-1998). Obtuvo el grado de médico cirujano por la UNAM y un doctorado en ciencias de la vida por la Universidad de París. Fue profesor titular de farmacología en la Facultad de Medicina de la UNAM e investigador visitante en las universidades de Nueva York, California-Davis, Estrasburgo y del Centro Nacional de Investigación Científica de Francia. Fue miembro de la Academia Nacional de Medicina y recibió la beca Guggenheim. Desde 1989 se desempeñó como investigador del Departamento de Neurociencias del Instituto de Fisiología Celular de la UNAM.

CARLOS CAMPILLO

Maestro en Ciencias Médicas por la UNAM. Presidente de la Asociación Mexicana para el Estudio de las Adicciones, A. C.; Coordinador de Proyectos Especiales del Departamento de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Miembro de academias profesionales en México y el extranjero.

CONSULTORES INTERNACIONALES, S. C.

Empresa de consultoría económica integral. Durante 30 años ha participado en unos 500 estudios de gran escala en los sectores público y privado. Es pionera en la investigación futurística en alimentación, salud, vivienda y tendencias demográficas en México.

CARLOS CRUZ

Doctor en investigación biomédica con estudios de posgrado en Canadá. Jefe del Departamento de Genética del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Autor de numerosos artículos especializados.

LAURA DÍAZ LEAL

Socióloga de la educación. Profesora e investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Fundadora del

Centro contra las Adicciones y del diplomado sobre adicciones de la Fundación Ama la Vida.

LETICIA ECHEVERRÍA

Licenciada en psicología por la UNAM. Especialización en la Addiction Research Foundation, en Toronto, Canadá. Participa en la Facultad de Psicología de la UNAM, en la Fundación de Investigaciones Sociales, A. C., y en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

JOSÉ ANTONIO ELIZONDO

Médico psiquiatra y psicoterapeuta especializado en adicciones. Director y fundador del Centro de Atención Integral en Problemas de Adicción.

OCTAVIO GARCÍA

Biólogo por la UNAM. Es profesor de biología molecular en la Facultad de Ciencias de la UNAM y realiza un posgrado en biología experimental. Ha sido becario de la DGPA-UNAM.

CARLOS GÓMEZ PALACIO Y CAMPOS ..

Doctor en investigación de la comunicación por la Universidad de Stanford. Director de la Escuela de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Anáhuac del Norte. Autor de *Comunicación y educación en la era digital: retos y oportunidades*.

HÉCTOR GUTIÉRREZ ÁVILA

Médico cirujano por la UNAM, maestría en salud pública y residencia posdoctoral en la John Hopkins University. Director del Programa de Salud del Adulto y del Anciano (SSA) y catedrático de la UNAM.

DAVID KERSHENOBICH

Médico por la UNAM con doctorado por la Escuela de Medicina de la Universidad de Londres. Dirige el Departamento de Gastroenterología del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán y es vicepresidente de la International Association for the Study of the Liver.

MALAGUÍAS LÓPEZ

Médico cirujano por la UNAM, maestro en salud pública y doctor en filosofía por la Universidad de Yale. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Dirige

el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública.

RAFAEL LOZANO
Médico cirujano por la UNAM y maestro en medicina social por la Universidad Autónoma Metropolitana. Coordina el análisis de necesidades de salud del Centro de Economía y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud.

MA. ELENA MEDINA MORA
Doctora en psicología por la unam, con maestría en la Universidad Iberoamericana. Encabeza la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores y de la Academia Mexicana de Ciencias.

GONZALO MOCTEZUMA BARRAGÁN ...
Licenciado en Derecho por la UNAM. Maestría en la Georgetown University y especialidad en la Universidad Panamericana. Abogado general de la UNAM y autor de numerosas publicaciones sobre Derecho.

JOSÉ NARRO ROBLES
Médico cirujano por la UNAM, con estudios de posgrado en la Universidad de Birmingham. Ha participado activamente como catedrático en la UNAM y como funcionario en distintas instituciones del sector público. Miembro de la Academia Nacional de Medicina.

HUMBERTO NICOLINI
Jefe de la División de Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría, miembro de la Academia Nacional de Medicina, y secretario-tesorero del Colegio Mexicano de Neuropsicofarmacología.

ROSA ISELA ORTIZ DE LUNA
Médico cirujano con especialidad en genética y pediatría. Encabeza el Departamento de Genética del Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

GUSTAVO PASTELÍN HERNÁNDEZ
Médico cirujano. Jefe del Departamento de Farmacología del Instituto Nacional de Cardiología y miembro de la Academia

Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Ciencias.

GUILLERMO ROBLES
Médico por la Universidad Veracruzana con especialidad en la UNAM. Ha hecho investigación en el INSERM de Marsella, Francia y en la Universidad de Yale. Investigador en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán y coordinador de la especialidad de Gastroenterología en la UNAM.

MARTHA ROMERO
Licenciada en psicología, maestra en psicología clínica y doctora en antropología. Investigadora de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales.

HAYDÉE ROSOVSKY
Maestra en salud pública por la UNAM. Secretaria Técnica del Consejo Nacional contra las Adicciones de la Secretaría de Salud y presidenta del Comité de Expertos en Reducción de la Demanda de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos.

FLORENCIA VARGAS
Médico por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, maestra por la McMaster University y doctora por la University of North Carolina. Investigadora del Departamento de Gastroenterología del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán.

RAFAEL VELASCO
Médico cirujano por la UNAM, con especialización en psiquiatría. Preside el Centro de Psiquiatría y Neurofisiología Clínica, A.C. Asesor de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington y ha participado en el panel de expertos en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.

BEATRIZ ZURITA GARZA
Maestra en economía aplicada y doctora en ciencias epidemiológicas por la Universidad de Michigan. Coordina el análisis de políticas de salud del Centro de Economía y Salud de la Fundación Mexicana para la Salud.

Bibliografía complementaria

- Anderson, D. R., "Online Cognitive Processing of television", en Alwit, L. F., et al., *Psychological Processes and Advertising Effects: Theory, Research and Applications*, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Ass. Publishers, 1985.
- Annis, H., et al., "Drinking-Related Assessment Instruments: Cross-Cultural Studies", en *Substance Use & Misuse*, núm. 31, 1996.
- Arria, A. M., y D. H. van Thiel, "The Epidemiology of Alcohol-related Chronic Disease", en *Alcohol Health and Research World*, núm. 16, vol. 3, 1992.
- Batra, R., et al., "How Advertising Works at Contact", en Alwit, L. F., et al., *op. cit.*
- Berkson, J. Limitations of the Application of Four Fold Tables to Hospital Data, en *Biol Bull*, núm. 2, 1949.
- Berruecos L. y Velasco P., *Patrones de ingestión de alcohol en una comunidad indígena de la sierra norte de Puebla, México*, Reportes especiales, CEMESAM, 1977.
- Boston W. F., T. Ehrig y K Li, "Genetic Factors in Alcohol Metabolism and Alcoholism", en *Sem Liv Di*, núm. 13, vol. 2, 1993.
- Campillo C., Calderín G. y Suárez C., *Respuestas de la comunidad ante los problemas del alcohol*, ows, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1981
- Campillo S. C., Díaz M. R. y Romero M., "La prevención del alcoholismo y los problemas relacionados con el alcohol", en *Psiquiatría*, México, núm. 3, 1987.
- Campillo C. et al., "El médico general frente al bebedor problema", en *Salud Mental*, núm. 11, vol. 2, 1988.
- Campillo C. et al., "La frecuencia de los problemas relacionados con el alcohol en la práctica médica general", ponencia presentada en la III Reunión de Investigación y Enseñanza, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1986.
- Murray C. y López A. (eds.), *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Disease, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Boston, The Harvard School of Public Health, 1996.
- Cárdenas J., "Modelos de atención del alcoholismo desde la perspectiva social y comunitaria", en Velasco Fernández R., *Alcoholismo: visión integral*, México, Trillas, 1988.
- Chaudron, C.D., et al., *Theories on Alcoholism*, Toronto, Addiction Research Foundation, 1988.
- DSM-IV, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Masson, 1995.
- Edwards, Griffith, *The Treatment of Drinking Problems*, Grant McIntyre Medical and Scientific, Londres, 1982.
- Edwards, G. y Gross M., "Alcohol Dependence: Provisional Description of a Clinical Syndrome", *BMJ*, núm. 1, 1976.
- Holden C., "Alcoholism and the Medical Cost Crunch", en *Science*, núm. 235, 1987.
- Holder, H. D. y Blöse, J. O., "Alcoholism Treatment and Total Health Care Utilization and Costs", en *Journal of the American Medical Association*, núm. 256, 1986.
- Jones, K. R. y Vischi, T. R., "Impact of Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Treatment on Health Care Utilization: A Review of the Research Literature", en *Medical Care*, núm. 17, 1979.
- Katz, A. y E. Bender, "Self-help groups in Western Society: History and Prospects", en *The Journal of Applied Behavioral Science*, núm. 12, 1976.
- Keys, A., "Wine, Garlic and CHD in Seven Countries", en *Lancet*, núm. 1, 1977.
- Korsien, M. A. y J. S. Wilson, "Alcohol and the Pancreas", en *Alcohol Health and Research World*, núm. 17, vol. 3, 1993.
- Madden, J.S., "Substance Use Disorders", en Berrios, G. y Porter, R. A. (eds.), *History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatry Disorders*, Nueva York, New York University Press, 1995.
- Martínez C., "Alcoholismo en una comunidad indígena", ponencia presentada en la VI Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, Morelia, 1979.
- Mekelo, K. et al, *Alcohol, Society and the State: A Comparative History of Alcohol Control*, Toronto, Addiction Research Foundation, 1981.
- Medina Mora, M. E., "Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición", en Tapia, C. R. (ed.), *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*, México, El Manual Moderno, 1994.
- Mohammed Said, Karim, "Anti-drug Programmes and Policies", ponencia presentada en la XIV World Conference on Health Education, Helsinki, junio de 1991.
- Moore, Stephen, *Sociology*, Chicago, NTC Publishing Group, 1995.
- Moser J., *Prevention of Alcohol-Related Prob-*

- tems: *An International Review of Preventive Measures, Policies and Programs*, Toronto, Addiction Research Foundation, World Health Organization, 1980.
- Natera G., "El método del informante para conocer los hábitos de consumo de alcohol en una zona semirural", en *Enseñanza e Investigación en Psicología*, núm. 7, 1981.
- National Highway Traffic Safety Administration, *Alcohol Involvement in Fatal Traffic Crashes 1986*, reporte técnico DOT HS 807 268, Springfield, 1988.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, *Alcohol World: Health & Research*, núm. 20, 1996.
- Neiseri A. S., Stenarger E. y Bralte, U. B., "Attempted Suicide, Suicidal Intent and Alcohol", en *Crisis*, núm. 14, 1993.
- Nowlis, Helen, *La verdad sobre la droga*, Paris, UNESCO, 1975.
- O'Connor J., "Controlled Drinking: Some Current Theoretical Issues", en *Aust Drug and Alcohol*, núm. 6, 1987.
- Organización Mundial de la Salud, *CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*, 1993.
- Peveler, R. y Fairburn, C., "Eating Disorders in Women who Abuse Alcohol", en *Br. J. Addict*, núm. 85, vol. 12, 1990.
- Popham, R. E., "The Jellinek Alcoholism Estimation Formula and its Application to Canadian data", en *QJ Stud. Alcohol*, núm. 17, 1956.
- Riveros-Rosas H. A., Julián-Sánchez y E. Piña, "Enzymology of Ethanol and Acetaldehyde Metabolism in Mammals", en *Arch of Med Res*, núm. 28, vol. 4, 1997.
- Roman Celis, C., "El vino: Alegría de los dioses y pérdida de los hombres", citado por Elizondo J. A. en Velasco Fernandez R., *Alcoholismo: visión integral*, México, Trillas, 1983. pp 41-42.
- Room, R., "Alcoholism and Alcoholics Anonymous in U. S. Films 1945-1962: The Party Ends for the Wet Generations", en *Journal of Studies on Alcohol*, núm. 50, 1989.
- "Healing Ourselves and our Planet: The Emergence and Nature of a Generalized twelve-step Consciousness", en *Contemporary Drug Problems*, núm. 19, vol. 4, 1992.
- "Alcohol, the Individual and the Society: What History Teaches us", en *Addiction*, núm. 92, suplemento 1, 1997.
- "Alcohol Control and Public Health", en *Annual Review of Public Health*, núm. 5, 1984.
- Ross, H. E., Glaser F.B. y Germanson, T., "The Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Alcohol and Other Drug Problems", en *Arch Gen Psychiatry*, núm. 45, 1988.
- Saunders J., "Treatment of Problem Drinking", en *Current Opinion in Psychiatry*, núm., 4, 1991.
- Schuckit, M. A. et al., "Periods of Abstinence Following the Onset of Alcohol Dependence in 2,233 Men and Women", citado en un reporte de *Addiction*, núm. 10, vol. 92, 10 de octubre de 1997.
- Sobell, L. C. et al., *Cross-Cultural Evaluation of Two Drinking Related Assessment Instruments: Alcohol Timeline Followback and Inventory of Drinking Situations*, versión española en prensa.
- Van Thiel, D. H. et al., "Gastrointestinal and Hepatic Manifestations of Chronic Alcoholism", en *Gastroenterology*, núm. 81, 1981.
- Velasco Fernández, R., "Consumo de Bebidas Alcohólicas...¿desde cuándo?", en Velasco Fernández, R. *op. cit.*
- World Health Organization, *Problems Related to Alcohol Consumption: Report of the WHO Expert Committee*, (WHO Technical Report Series 650), Ginebra, World Health Organization, 1980.
- Zakhari, S., "Alcohol and the Cardiovascular System: Molecular Mechanisms for Beneficial and Harmful Action", en *Alcohol World*, núm. 21, 1997.

Reproducción de obra gráfica

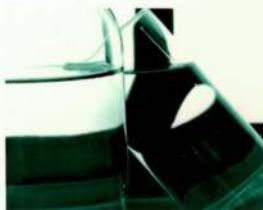
Mirek Switański, págs. 24-25, 26, 252; Gerardo Hellion págs. 40-41, 57, 74, 112-113, 114, 123; Pablo Labastida págs. 40-41, 58-59, 60, 74, 112-114, 123, 132-133, 134, 204-205, 206; Javier Hinojosa, págs. 124-125, 127, 128, 131, 148-149, 163, 217, 282, 283; Jorge Vértiz, págs. 250-251, 265.

Beber de tierra generosa.

Ciencia de las bebidas alcohólicas en México

se terminó de imprimir en diciembre de 1998,
en los talleres de Reproducciones Fotomecánicas, S. A. de C. V.,
el papel utilizado fue Creaprint de 135 gramos de Torras Papel.

La edición consta de 5 000 ejemplares.



Beber es, en una tierra gozosa y generosa como la mexicana, un acto social de notable importancia. Sus repercusiones en la economía, la ley, la salud, la comunicación y la ciencia —con frecuencia inadvertidas por el público en general— son aquí ampliamente abordadas.



9 789686 115130

FISAC

Fundación de Investigaciones Sociales, A.C.