



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Ciencias Sociosanitarias.

ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE ALCOHOLICOS QUE
INICIAN TRATAMIENTO: COMPARACIÓN DE SUS
CARACTERÍSTICAS, CREENCIAS, ACTITUDES Y
NORMAS CULTURALES EN RELACION A LA BEBIDA
CON LAS DE UNA MUESTRA DE POBLACION GENERAL.

Autor: Félix Luis Reina Galán

Director: Enrique Najera Morrondo

16 de Junio de 1989

68
UNIVERSIDAD DE SEVILLA
SECRETARIA GENERAL

Queda registrada esta Tesis Doctoral
al folio 192 número 52 del libro
correspondiente.

Sevilla,

02 MAYO 1989

El Jefe del Negociado de Tesis,

Pleuca de Offite

40
R/66

ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE ALCOHOLICOS QUE INICIAN
TRATAMIENTO: COMPARACION DE SUS CARACTERISTICAS,
CREENCIAS, ACIITUDES Y NORMAS CULTURALES EN RELACION A
LA BEBIDA CON LAS DE UNA MUESTRA DE POBLACION GENERAL



UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Depositado en el DPTO de CIENCIAS SOCIO-SANITARIAS
de la FACULTAD de MEDICINA
de esta Universidad desde el día 9 de MAYO
hasta el día

hasta el día 9 de Mayo de 1989

EL DIRECTOR DEL DPTO

P.A.

[Handwritten signature]



CONFORMIDAD DE LA TESIS



Universidad de Sevilla - Facultad de Medicina

a. Sánchez Pizjuán s/n

41013 - SEVILLA

t. 34-(9)54-38 08 67

Cátedra de Medicina Preventiva y Social

Profesor Enrique Nájera

D. ENRIQUE NAJERA MORRONDO, CATEDRATICO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO-SANITARIAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA,

Hago constar que:

D. Félix Luis Reina Galán, ha realizado su Tesis Doctoral con el título "Estudio de una muestra de alcohólicos que inician tratamiento. Comparación de sus características, creencias, actitudes y normas culturales en relación a la bebida, con las de una muestra de población general", en la Cátedra de Medicina Preventiva y Social bajo mi dirección.

Y para que conste a efectos oportunos firmo la presente en Sevilla a 21 de Abril de 1989.



DEDICATORIA

A mi padre político, por ser una
persona formidable con una
fortaleza que jamás había conocido

AGRADECIMIENTOS

Al Prof. Dr. Enrique Nájera Morrondo, por sus valiosas aportaciones y dirección de este trabajo, así como por hacerme descubrir mi interés por la Epidemiología.

Al Prof. Dr. Miguel Gili Miner, por ser la causa de que este estudio se realizara como tesis, así como por sus aportaciones y bibliografía proporcionadas.

Al Prof. Dr. José Giner Ubago, por la inestimable ayuda que he recibido con la lectura de sus trabajos y por la validación, junto al Prof. Dr. Gili, del cuestionario utilizado.

Al Dr. Lacalle, por su colaboración en la introducción de los datos para su procesamiento.

A la Dra. Franco, por su ayuda en la realización de este trabajo.

A los Dres. Aurelio Martínez Zambrano, Antonio Morera Vielsa e Ignacio Pérez Torres, por su colaboración en la realización de este estudio.

A la Dra. Lozano y a Rosa Varela, por su valioso trabajo en el pase de los cuestionarios.

Al Dr. Rafael Fernández Morillo, por su colaboración en la realización de las gráficas utilizadas.

A mi familia y amigos, por soportar pacientemente la realización de este estudio, así como por el estímulo y ayuda recibidos de ellos.

I. INTRODUCCION	11
I.1. ELEMENTOS HISTORICOS	12
I.2. EVOLUCION DEL CONCEPTO DE ALCOHOLISMO	17
I.2.1. Las primeras concepciones sobre el alcoholismo	17
I.2.2. El alcoholismo como enfermedad	27
I.2.3. La abstinencia completa versus el beber controlado	42
I.2.4. El síndrome de dependencia alcohólica	46
I.2.5. El alcoholismo en nuestros días	56
I.3. CONSUMO DE ALCOHOL Y SALUD PUBLICA	63
I.3.1. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol	70
I.3.2. Morbilidad física relacionada con el consumo de alcohol	81
I.3.3. Morbilidad social asociada al consumo de alcohol	84
I.3.4. Costes económicos atribuibles al consumo de alcohol	90
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	97
III. MATERIAL Y METODOS	112
IV. RESULTADOS	119
V. DISCUSION	198

VI. CONCLUSIONES	229
VII. RESUMEN	234
VIII. BIBLIOGRAFIA	240



INTRODUCCION

I.1. Elementos históricos.-

Parece fuera de toda duda que las bebidas alcohólicas han sido conocidas y utilizadas por el hombre desde tiempos inmemoriales. Incluso la propia naturaleza pudo haber puesto a disposición de la Humanidad diversas sustancias líquidas fermentadas a las que el hombre pudiera haber accedido por simple casualidad, verbigracia, una decocción de granos germinados de cebada que hubiérase abandonado al aire libre pudo servir para que, una vez hubiese tenido lugar el proceso de fermentación, un anónimo antepasado nuestro tuviera acceso a una forma burda de cerveza. Esta disposición favorable de la propia naturaleza para proporcionar al ser humano bebidas alcohólicas ha sido sin duda determinante para que la mayor parte de los pueblos hayan descubierto y se hayan embriagado con líquidos fermentados (1).

En una primera apreciación parece ser la miel, a través del producto denominado hidromiel, quien sirvió como fuente en la obtención de una bebida alcohólica (2).

Asimismo la cerveza es conocida desde hace milenios por el hombre, habiendo sido consumida ya por los sumerios. Los babilonios y los egipcios no sólo la tomaron en grandes cantidades, sino que, considerados por otros pueblos como

excelentes cerveceros, aprovecharon su fama para comercializar el producto fuera de sus fronteras. Los griegos, verbi-gracia, apreciaron bastante la cerveza de origen egipcio y serían ellos mismos quienes la darían a conocer por la Europa mediterránea (3).

A pesar de todo, el vino es la bebida alcohólica que mayor profusión tuvo en la Antigüedad (4). Y es difícil señalar a un pueblo como su descubridor, de tal manera que Toussaint-Samat lo atribuye a todo el mundo y a nadie entre el Mar Negro y el Golfo Pérsico (3).

El cultivo de la viña y la producción de vino debieron ir descendiendo desde Asia Menor hasta alcanzar Egipto, cuyos pobladores ya conocían hacia el año 3.000 a. C., y probablemente con anterioridad a esta fecha, la manera de elaborar la preciada bebida (5). El consumo de vino se extendió con facilidad entre los griegos, que incluso llegaron a consagrarle una de sus divinidades, Dionisos (4). El culto frenético de esta deidad se propagó tan rápidamente por Grecia que vino a constituirse en la figura más popular del Panteón (6).

Junto a esta vertiente religiosa, el vino fue también utilizado en la Antigüedad clásica como recurso terapéutico y elemento dietético, según señala Andrés Laguna en referencia a la obra de Dioscórides, aun cuando ya entonces se

tenían muy presentes, y eran señaladas, las alteraciones que esta bebida podía ocasionar en el organismo (7). Asimismo se utilizaba en esta época para mejorar la comunicación y la relación entre las personas, como viene reflejado en la celebración de los "symposia", término que denota una reunión de bebedores. Estos banquetes se desarrollaban en dos tiempos: el primero estaba dedicado al placer gastronómico y el segundo, que tenía una mayor duración, al consumo de vino, cerveza e hidromiel. Estas bebidas ayudaban a la conversación, a filosofar, a escuchar música y a contemplar espectáculos de danza (8).

Del mismo modo que en Grecia, en el Imperio Romano el vino no sólo iba a ser el elemento central de ciertos tipos de culto y a utilizarse como medicina, sino que era fundamental en las reuniones sociales de la nobleza (9).

Por otro lado, tampoco las clases populares se privaron del placer de la bebida en común y para ello disponían de una especie de tabernas -las thermopolia- donde podían beber e incluso realizar una comida rápida (10).

El gusto que los romanos mostraron por el vino trajo como consecuencia que éste les acompañara a los territorios que iban conquistando, estableciéndose así un importante comercio en torno a esta bebida con el fin de hacerla llegar a aquellos ciudadanos que residían en los nuevos enclaves del Imperio (10).

Esta presencia del alcohol en la vida cotidiana de los habitantes de Europa se hizo todavía más intensa a lo largo de las centurias que siguieron a la invasión del Imperio Romano de Occidente por los pueblos bárbaros. Dhondi señala como un factor importante de la vida del hombre medieval el hecho de que se bebía gustosamente y mucho en toda Europa (11). La afición de los pueblos germanos por las bebidas alcohólicas facilitó también la expansión y consolidación de éstas en el Occidente medieval, ya que aquéllos atribuían al estado ebrio el valor de una verdadera revelación que afloraba del mundo sobrenatural (12).

El descubrimiento del alcohol destilado fue otro hecho importante en la difusión de las bebidas alcohólicas. Su hallazgo parece haber tenido lugar en el periodo alejandrino y haber llegado al continente europeo de la mano de los árabes en el siglo XII (13).

La invención y difusión de numerosos licores como el whisky, cuya paternidad se disputan los monjes irlandeses y escoceses; el chartreuse, obra de los frailes del monasterio de Grande-Chartreuse, y el kirsch, una aportación de los benedictinos de Fontgombault, también contribuyeron a la consolidación de las bebidas alcohólicas como las sustancias psicoactivas de uso más habitual y extendido en Occidente (14).

A pesar de este amplio consumo y del sempiterno reconocimiento por médicos y filósofos (desde Platón a Montesquieu, Benjamín Rusch, Sutton, Trotter, Huss, etc.) de que el abuso de bebidas alcohólicas podía ocasionar enfermedades y hasta incluso la muerte, podemos afirmar que los clásicos sólo se referían a los episodios de embriaguez cuando trataban a los problemas de bebida (15).

Realmente hasta finales del siglo XVIII e inicios de la revolución industrial a comienzos del XIX, y debido a los grandes cambios sociológicos y demográficos, no se produce la variación real de las estructuras de consumo que originará los problemas actuales (16).

I.2. Evolución del concepto de alcoholismo.-

I.2.1. Las primeras concepciones sobre el alcoholismo.-

Una revisión de la literatura sobre el alcoholismo revela que el problema de los límites exactos a los que hace referencia este término ha sido constante a lo largo de toda la Historia. En numerosas publicaciones, especialmente aquellas relacionadas con la etiología, los alcohólicos se incluyen sin que se advierta en la misma categoría que otros tipos de bebedores.

El concepto de alcoholismo ha pasado por tres fases históricas importantes. A principios del siglo XIX se formuló el concepto de dipsomanía, que incluía a todas las formas patológicas de ingestión de alcohol. A mitad de este mismo siglo surgió el término de alcoholismo crónico para caracterizar las consecuencias en el organismo del exceso de bebida y, finalmente, en los albores de esta centuria brota la idea de adicción al alcohol, añadiéndose este último concepto a los dos anteriores.

A este respecto, Marconi señala que el resultado ha consistido en una superposición parcial en el tiempo de estos tres conceptos, creando una cierta confusión terminológica que se trató de superar con el concepto de alcoholismo como integrador de todas las formas patológicas de con-

sumo de alcohol (17).

Quizás pueda resultar interesante antes de seguir adelante el realizar algunos apuntes históricos de las aportaciones que fueron surgiendo en el tiempo alrededor de los conceptos manejados hasta ahora y antes de que se comenzase a hablar de alcoholismo.

Dipsomanía. El primero que relacionó la ingesta de alcohol con una enfermedad fue el inglés Thomas Trotter (18), que en 1804 escribía lo siguiente: "En lenguaje médico considero la embriaguez hablando estrictamente una enfermedad producida por una causa remota y que da lugar a acciones y movimientos en el cuerpo vivo que producen un desorden de las funciones de la salud". Hacemos hincapié en que es ésta la primera vez que se considera como enfermedad lo que en la actualidad denominamos tendencia compulsiva hacia la bebida.

En 1817 Salvatori (19), un médico italiano que trabajaba en Moscú, escribe un libro en el que introduce el concepto de oinomanía para referirse a un término patológico que recoge los tres tipos más frecuentes de embriagueces continua, remitente e intermitente.

Dos años más tarde, el médico alemán Bruhl-Cramer (20), afincado asimismo en Moscú, propone llamar a esta afección dipsomanía, considerando que la sintomatología de esta enfermedad tiene un desarrollo regular como otras afecciones,

aunque la compulsión hacia las bebidas alcohólicas se desarrolla únicamente en individuos que regularmente y durante un cierto tiempo han realizado excesos con el alcohol: "La ingestión de brandy es la causa más próxima de la enfermedad y ésta a su vez lleva de nuevo al consumo de brandy". De hecho, el concepto de este autor incluía todas las formas de alcoholismo, como se deduce de la división que hace de la afección en formas constantes temporales y mixtas, incluyendo dentro de las temporales tres tipos distintos:

- a) Manía fluctuante hacia la bebida.
- b) Manía intermitente hacia la bebida.
- c) Manía periódica hacia la bebida.

La idea de Cramer afirmaba también que el exceso alcohólico iba siempre precedido por un estado depresivo acompañado de ansiedad e irritabilidad. Concebía, sin embargo, que en los pacientes cuyos excesos eran sólo periódicos esta depresión prodromal duraba más que en aquellos que estaban habituados a beber regularmente.

Esta afirmación del autor hizo que a lo largo de casi todo el siglo XIX sólo se considerara como dipsomanía en sentido estricto a los excesos alcohólicos periódicos que iban precedidos de un episodio depresivo clínicamente manifiesto.

En 1838, Esquirol (21) consideró la dipsomanía como una

monomanía a la embriaguez, definiéndola como una enfermedad mental cuyo principal carácter es una tendencia irresistible hacia las bebidas fermentadas. Señalaba claramente el cuadro depresivo que precede a la afección y el desarrollo de la sed irresistible al alcohol: "Desde la aparición de la enfermedad mental, la moral del paciente se va debilitando, se queda sin energía, incapaz de pensar y de actuar, invadido por el cansancio y la tristeza. El deseo de beber es instintivo, imperioso, y persiste durante todo el paroxismo, después del cual el convaleciente recupera la sobriedad de nuevo y reanuda todos los hábitos de una vida moderada".

Fue Griesinger, citado por Gaupp (22), quien en 1845 estableció la dipsomanía como un síntoma de una psicosis endógena. Al principio la asignó a la psicosis circular o periódica y más tarde se inclinó por incluirla dentro de los trastornos epilépticos. Esta última posición fue mantenida por gran parte de la escuela alemana, representada por Westphal, Wernicke y Kraepelin, mientras que la escuela francesa, con Morel, Magnan y Legrain, se inclinaba por la psicosis circular con afección subyacente.

En 1893, Magnan (23) introduce la tesis que concibe el carácter hereditario de la dipsomanía.

En 1901, Gaupp (22) publica el estudio más completo sobre dipsomanía, basado en doscientas veinticuatro referencias bibliográficas y en un estudio de veinticinco pacien-

tes, definiendo el síndrome de acuerdo a los postulados de la escuela germánica: "La dipsomanía o alcoholismo periódico se caracteriza por ataques en los que, después de un periodo de cambio en el estado de ánimo, aparece un deseo irresistible de alcohol, seguido por excesos alcohólicos unidos a un oscurecimiento de la conciencia hasta después de unas cuantas horas o días y raramente semanas, en que el ataque termina espontáneamente. Las depresiones periódicas que aparecen sin causa visible y que representan el más importante síntoma de la dipsomanía son de origen epiléptico", considerando el trastorno de la conciencia como la característica fundamental del ataque.

En 1919, Wingfield (24) señalaba el carácter espontáneo de la sed irresistible hacia el alcohol en la dipsomanía real, en la cual aquélla aparece sin una ingestión necesaria previa de alcohol, mientras que en la pseudodipsomanía la sed irresistible está ausente a no ser que se ingiera previamente el alcohol.

Más tarde, en 1936, Pisk (25) informa sobre siete casos de dipsomanía en la mujer, relacionando la aparición de los ataques con la menstruación y el embarazo, hechos que ya habían sido señalados por Esquirol y Magnan.

Peserico (26), en el mismo año, señaló que la sed es tan importante en el ataque como la depresión previa, y

definió la dipsomanía como una sensación patológica de sed que aparece periódicamente y en forma de ataques.

Bowman y Jellinek (27) señalan en 1941 que, aunque el carácter maniaco-depresivo y epiléptico de muchos dipsómanos es obvio, no es suficiente para explicar la dipsomanía.

En 1946, Charlin, Gardien y Marthy (28) señalan que la dipsomanía se debe a una alteración de los centros vegetativos del hipotálamo y no a una reacción psicológica a un estado depresivo.

Marconi (17) defiende en 1949 que la dipsomanía se incorpore al concepto general de alcoholismo, al ser una ingestión patológica de alcohol con dependencia física primaria hacia esta sustancia, que se manifiesta sin una ingestión reciente previa de alcohol.

Alcoholismo crónico. En 1849, Magnus Huss (29) publicaba su obra "Alcoholismo crónico o la enfermedad alcohólica crónica", que ha pasado a ser un clásico de la literatura psiquiátrica. En este libro exponía las observaciones de los efectos del beber excesivo en sus pacientes.

Huss circunscribía el concepto de la enfermedad a las alteraciones del sistema nervioso que, sin manifestarse con lesiones anatómicas, aparecen en las personas que han ingerido cantidades excesivas de alcohol durante un largo perio-

do de tiempo. Huss excluía explícitamente del término creado las lesiones producidas en otros órganos distintos al sistema nervioso.

Jellinek (30), comentando con posterioridad este libro, refería que Huss no identificaba los síntomas mentales o nerviosos del síndrome de alcoholismo crónico, formando un grupo de enfermedades por sí mismo, debido a la parca experiencia psiquiátrica de este autor y señalaba como, después de identificar el alcoholismo con perturbaciones nerviosas y mentales, Huss se concentraba en sus historias clínicas, que principalmente se relacionaban con desórdenes digestivos, pulmonares y renales.

Krafft-Ebbing (31) definía en 1897 el alcoholismo crónico como el conjunto de perturbaciones en las funciones físicas y psíquicas producidas por el abuso habitual de alcohol.

Bowman y Jellinek (27) hacen una revisión en 1941 de las definiciones publicadas sobre el alcoholismo crónico y encuentran que la mayoría coincide con el concepto de Krafft-Ebbing.

Este autor nos habla también de un debilitamiento de la voluntad que se manifiesta en el paciente como una incapacidad para renunciar a su mal hábito, acercándose de esta

manera a lo que más tarde habría de ser definido como adicción alcohólica, aunque en estos momentos no se separaba del deterioro intelectual y aparentemente se considera como un efecto muy tardío del abuso del alcohol y no como una causa de la bebida excesiva.

No obstante, muchos autores ya habían descrito anteriormente la pérdida de la voluntad producida por el abuso del alcohol. En 1862, Marce ya había afirmado que en la dipsomanía crónica se presenta un comienzo de debilidad intelectual que convierte a los pacientes en incapaces de cualquier esfuerzo de voluntad.

Schule (32) en 1888, refiriéndose a los alcohólicos crónicos, expresaba que la voluntad estaba seriamente afectada y el paciente era incapaz de hacer un esfuerzo enérgico para salir del estado en que se encuentra, aunque se dé cuenta del horror de su situación.

Sin embargo, no todos los autores coincidían en considerar la sed irresistible hacia el alcohol como un síntoma más de la ingestión excesiva del mismo. Bucknill y Tuke (33), verbigracia, comentaban en 1874 la confusión creada muchas veces por no distinguir claramente entre la sed irresistible de alcohol y los problemas mentales que resultan de la ingestión excesiva de bebida.

La necesidad física del alcohol fue asignada a la

dipsomanía, pero después de 1845 fue considerada como síntoma de una psicosis endógena hereditaria. Bucknill y Tuke (33) declararon la existencia de una dipsomanía adquirida no hereditaria en la que el alcohólico crónico se volvía dipsomaniaco y que lo difícil era establecer si la dipsomanía era adquirida o hereditaria.

A pesar de estas discrepancias, todos los autores admitían que en el alcoholismo crónico se producía una dependencia física que debilitaba la voluntad del paciente, impidiéndole abandonar el alcohol. No obstante, el concepto de adicción alcohólica, con el que están emparentadas estas ideas, no aparecería hasta comienzos de nuestro siglo.

Adicción al alcohol. El concepto de adicción al alcohol tiene un origen menos nítido que los de dipsomanía y alcoholismo crónico. En 1901, Kurz y Kraepelin (34) utilizan el término de adicción al alcohol para referirse a aquellas personas que no son lo suficientemente fuertes para abandonar el alcohol, incluso cuando la bebida les causa serios daños económicos, sociales y somáticos, afirmando que en la definición de la adicción alcohólica debe enfatizarse en la pérdida de la voluntad.

Cimbal (35) afirma en 1926 que lo que define este desorden no es el hábito de usar bebidas alcohólicas sino la sed irresistible hacia la intoxicación, poniendo el acento

en la dependencia física.

Fue Ernst (36) en 1933 el primero en distinguir entre el alcoholismo crónico y la adicción al alcohol. Los adictos serían aquellos que no pueden dejar de beber, y alcohólicos, los que sufren daño por el consumo crónico de alcohol.

Este mismo autor establece distintos tipos de dependencia física, diferenciando entre la sed irresistible que existe antes de consumir alcohol (dependencia física primaria) y la que se desarrolla después de un cierto tiempo de bebida (dependencia secundaria). La dependencia física primaria sería característica de los psicópatas, y la secundaria, de los sujetos que habrían caído en un abuso de su bebida social.

Jellinek ha sido el autor que más ha desarrollado el concepto de adicción. En 1941, junto a Bowman (27), escribió que el alcoholismo crónico y la adicción deben ser distinguidos en cuanto a fines teóricos. Esta última puede ser definida como un deseo incontrolable de alcohol. El alcoholismo crónico puede existir con o sin adicción, y que ésta puede hacerlo sin alcoholismo crónico y que no todo bebedor anormal es un adicto, sino que es un adicto secundario potencial.

Por otra parte, estos autores distinguían también entre el adicto primario, en el que el deseo sirve al propósito de

un ajuste social artificial, y el secundario, en el que el propósito es contrarrestar los efectos físicos de un ataque anterior. Esta última distinción sería, más tarde, abandonada por Jellinek.

1.2.2. El alcoholismo como enfermedad.-

Los orígenes de la teoría de la enfermedad del alcoholismo se sitúan popularmente con el movimiento del tratamiento del mismo que siguió a la derogación de la Prohibición en los Estados Unidos (37).

Levine deja muy claro que la comprensión moderna del alcoholismo como una enfermedad fue anticipada a finales del siglo XVIII y principios del XIX (38).

Los movimientos de templanza iniciados en Washington a comienzos de 1840, descritos por Maxwell (39), y los que tuvieron lugar en la época victoriana en Inglaterra, a su vez descritos por Harrison (40), tenían una estructura similar a la de los Alcohólicos Anónimos en la actualidad, pero existe una diferencia esencial, puesto que para los movimientos de templanza la adicción tenía su origen en la bebida por sí misma, y en la concepción de los Alcohólicos Anónimos se localiza en la persona individual.

El descubrimiento del alcoholismo como una enfermedad se debe principalmente al movimiento de Alcohólicos Anónimos y más a consideraciones prácticas que a teóricas (41).

La promulgación del concepto de alcoholismo ha sido causada esencialmente como un medio de obtener un mejor trato para el alcohólico más que como una consecuencia lógica de trabajos científicos. Era una forma de ayudarles a ser absueltos de sus responsabilidades legales.

Se esperaba que, a cambio de estas ventajas que les proporcionaba el ser considerados como enfermos, ellos colaboraran con el tratamiento (42).

La formulación de la enfermedad también pretendía mejorar la imagen pública del alcohólico, asociada a la embriaguez ante la sociedad (41).

El modelo de enfermedad propuesto por Alcohólicos Anónimos comienza con la afirmación de que existe una diferencia cualitativa entre el alcohólico y los demás tipos de bebedores (43). Distinguen el alcohólico del bebedor moderado y del bebedor excesivo que, aunque pueda tener trastornos físicos y mentales a causa de su bebida, puede dejarlo si tiene un motivo lo suficientemente fuerte. La bebida del alcohólico va más allá de las circunstancias ambientales. Un alcohólico es aquel que no puede controlar su bebida.

Otra idea importante en el concepto de alcoholismo es que el alcohólico posee una vulnerabilidad especial y ésta se encuentra presente antes de la ingesta del alcohol. En un principio pensaron que se trataba de una deficiencia innata constitucional y lo confirmaban con el hecho de que el alcoholismo solía extenderse dentro de las familias. Llegaban a describirla como una alergia al alcohol.

En tiempos más próximos y debido a las críticas de los profesionales de la Medicina, el concepto de alergia se ha hecho menos popular e incluso algunos rechazan la idea de una predisposición heredada de cualquier tipo.

Quizás el elemento más esencial del modelo es el de la noción de irreversibilidad. En todas las publicaciones de Alcohólicos Anónimos se hace constar que el alcoholismo es una enfermedad progresiva que puede ser detenida por la abstinencia total, pero que no puede ser curada.

El cuarto elemento del concepto de enfermedad de los Alcohólicos Anónimos se refiere al comportamiento consecuente a la vulnerabilidad preexistente y permanente al alcohol.

Los alcohólicos poseen un síntoma común: no pueden empezar a beber sin desarrollar una compulsión hacia la bebida sin reparar en las consecuencias.

Jellinek (44) delimita en 1952 los síntomas de la enfermedad y describe el proceso patológico basándose en un cuestionario efectuado a un numeroso grupo de alcohólicos anónimos.

Quizás el sesgo de la muestra hizo que se limitara a la descripción de una sola forma clínica de alcoholismo, considerando el eje de la sintomatología del adicto al alcohol la pérdida de control ante la bebida que denomina incapacidad para dejar de beber. Más tarde amplió su material con dos mil historias clínicas de pacientes alcohólicos y, asimismo, su definición del concepto de adicción al alcohol a otra más general de alcoholismo, una forma del cual puede ser la adicción al alcohol. Distinguía dos categorías de alcohólicos: los adictos al alcohol y el bebedor excesivo sintomático habitual, que sería un alcohólico no adicto (45).

La inclusión de los bebedores excesivos simples, que no presentan dependencia física, dentro del concepto de la enfermedad creaba algunos problemas conceptuales que Jellinek intentó solucionar a través de la siguiente formulación: hablando estrictamente, la concepción de la enfermedad se asocia sólo a los adictos al alcohol y no a los bebedores excesivos sintomáticos o habituales y no se aplica a la bebida excesiva, sino exclusivamente a la pérdida de control que ocurre solamente en un grupo de alcohólicos y, dentro de éstos, después de muchos años de bebida excesiva.

No hay intención alguna de negar que el alcohólico no adicto es una persona enferma, pero su debilidad no consiste en la bebida excesiva, sino más bien en las dificultades sociológicas de las cuales la intoxicación alcohólica le proporciona una evasión temporal.

Para Jellinek, la pérdida de control es una condición del enfermo "per se". El hecho de que los no adictos puedan beber durante treinta o cuarenta años sin desarrollar una pérdida de control indica que en el grupo de los adictos debe darse un proceso superpuesto, aunque no fue capaz de definir con seguridad si este proceso tenía un origen físico o psicopatológico.

Tampoco fue capaz de confirmar si la pérdida de control se debía a un factor predisponente desconocido (factor x) o a alguno adquirido en el curso del beber excesivo.

La diferencia entre los bebedores excesivos que desarrollan pérdida de control y los que no podría deberse simplemente a una diversidad en los hábitos nutritivos adquiridos.

Esta extensión del concepto de alcoholismo más allá del hecho etiológico de la dependencia física estaba influida por la definición dada en 1951 por el Subcomité de Alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud (46):

"El término general de alcoholismo significa cualquier forma de bebida que, en su extensión, va más allá del uso habitual y tradicional de la dieta o de la adecuación ordinaria a las costumbres sociales de la comunidad correspondiente, independientemente de los factores etiológicos que conducen a dicho comportamiento y también del grado en el cual dichos factores etiológicos dependen de influencias hereditarias constitutivas o psicopatológicas adquiridas y metabólicas".

En 1955, otro comité de la Organización Mundial de la Salud resalta la importancia de los factores etiológicos en el concepto de alcoholismo, estableciendo que los únicos conceptos para distinguir el alcoholismo real son la "sed irresistible", los síntomas de abstinencia, el fenómeno de la incontinencia y las amnesias alcohólicas (blackouts) (47). Este mismo comité reconoce que existen ciertas formas de consumo excesivo de alcohol que, por definición, no pueden considerarse incluidas en el concepto de alcoholismo, pero que es posible que acarreen graves consecuencias y representan, en algunos países, los problemas más serios que origina el alcohol.

Este grupo de expertos señala que la expresión "sed irresistible" se emplea para explicar los abusos de la bebida originados por:

- Una necesidad psicológica.
- La necesidad física de aliviar los síntomas de

abstinencia.

- La necesidad física resultante de ciertos estados fisiopatológicos que afectan al metabolismo, a las funciones endocrinas, etc. y que pueden existir en estado latente antes de que el individuo inicie su vida de bebedor o manifestarse con posterioridad.

La naturaleza y la intensidad de los síntomas de abstinencia varían de un individuo a otro, pero al parecer dependen del grado de intoxicación y del tiempo que éste haya durado antes de interrumpirse o reducirse el consumo de alcohol.

El grupo distingue entre la "incapacidad para abandonar la bebida" y la "incontinencia". La primera es el resultado de una presión que incita al individuo a beber sin reparar en las consecuencias y que debe considerarse como una manifestación de impulsos primitivos o de dependencia física del alcohol. La incontinencia, en cambio, indica un fallo en las presiones antagónicas que actúan a modo de freno.

Los llamados "bebedores de fin de semana" pueden presentar síntomas de incontinencia y, por tanto, deben considerarse alcohólicos, aun cuando sus excesos semanales no se presenten más que cuatro o cinco veces al año.

Con respecto a las amnesias alcohólicas, el grupo no



llega a ponerse de acuerdo al observar que su aparición difiere mucho de unos países a otros, presentándose como síntoma de comienzo en los anglosajones y siendo, en cambio, muy tardío en los mediterráneos, donde se consume preferentemente vino y cerveza, por lo que se limitan, por tanto, a aconsejar que se estudie con mayor profundidad este fenómeno.

Jellinek (45) escribe en 1960: "Entendemos por alcoholismo todo uso de bebidas alcohólicas que acarree un perjuicio para el individuo, la sociedad o para ambos".

Esta definición tan amplia fue delimitada al distinguir cinco especies de alcoholismo que denomina con las primeras letras del alfabeto griego:

Alcoholismo alfa.- Representa una dependencia psicológica continua para el efecto del alcohol con objeto de neutralizar el dolor corporal o emocional producido por una enfermedad subyacente. El bebedor, aun cuando suele contravenir las normas sociales, no está sujeto a la pérdida de control ni tiene incapacidad para abstenerse ni hay signos de proceso progresivo ni disturbios debidos a la suspensión del alcohol. Puede transformarse en alcoholismo gamma.

Alcoholismo beta.- Comprende las complicaciones alcohólicas, como polineuropatía, gastritis, cirrosis hepática y otras, sin que exista dependencia física o psicológi-

ca para el alcohol. Se debe a las costumbres de ciertos grupos sociales junto a hábitos alimentarios deficientes.

Alcoholismo gamma.- Comprende la adquisición de una tolerancia tisular progresiva, la adaptación del metabolismo celular, la dependencia física registrada en forma de signos de abstinencia y la falta de control.

Alcoholismo delta.- Es igual al anterior, pero en él no existe pérdida de control. En su lugar aparece una incapacidad de abstenerse del consumo de bebidas alcohólicas.

Alcoholismo epsilon.- Se caracteriza por embriagueces periódicas con largos periodos de abstinencia. Jellinek no es capaz de precisar si constituye una enfermedad en sí o no es más que el síntoma de una enfermedad subyacente.

Jellinek sólo considera como enfermedad alcohólica las especies gamma y delta.

Marconi (17) señala en 1959 la dependencia física como la condición indispensable para la existencia de alcoholismo que define de la siguiente forma:

"Enfermedad crónica caracterizada por una perturbación fundamental del Sistema nervioso central, que se manifiesta

en un grupo de síntomas orgánicos y de signos que dan un carácter imperioso al deseo concomitante de beber alcohol. En el nivel de comportamiento, la enfermedad se manifiesta por un estado primario o secundario de dependencia física de la droga. La sintomatología desaparece temporalmente después del consumo de alcohol".

Para este autor, la dependencia física primaria es la que aparece periódicamente en el curso de un largo periodo (meses o años) de abstinencia de bebidas alcohólicas o de su ingestión moderada. Esta modalidad de dependencia física nunca aparece sin haber estado precedida y acompañada de una perturbación psiquiátrica de tipo psicótico, generalmente, un estado depresivo. Este caso correspondería al alcoholismo remitente o dipsomanía de los autores clásicos, alcoholismo que se desarrolla paralelamente con otra enfermedad, como la psicosis en este caso. El rasgo más característico de este tipo de alcoholismo es la desaparición de los síntomas que inducen la dependencia una vez que el episodio patológico ha finalizado. Esta es la única forma de enfermedad en la que es posible para el alcohólico beber libre de dependencia física del alcohol durante largos periodos de tiempo.

La dependencia física secundaria aparece sólo después de ingerir alcohol unos minutos u horas antes. Se presenta bajo dos formas principales: la primera consiste en la incapacidad para dejar de beber minutos después de consumir alcohol, y la segunda, como una imposibilidad para abstener-

se inducida por la aparición de síntomas de abstinencia horas después de tomar una cierta cantidad de alcohol.

En el primer caso, el sujeto incapaz de parar de beber debe consumir grandes cantidades de alcohol (generalmente, más de un litro y medio de vino o su equivalente en alcohol) para aliviar su dependencia física, alcanzando en todos los casos el estado de embriaguez.

Por otra parte, es característico de los síntomas de abstinencia que subyacen en la incapacidad de abstenerse el que se produzca total alivio con una pequeña cantidad de alcohol (un cuarto de litro de vino o su equivalente en alcohol) sin que el individuo necesite perentoriamente embriagarse.

Estas dos modalidades de dependencia física determinan las dos restantes formas clínicas de alcoholismo. La incapacidad de parar caracteriza la forma denominada "alcoholismo intermitente", mientras que la de abstenerse lo hace para el "alcoholismo continuo", también llamado inveterado.

En ambas formas de afección, una vez que la perturbación funcional del sistema nervioso central, peculiar de la enfermedad, se establece, persiste crónicamente y sin periodicidad, incluso si el individuo se abstiene de alcohol durante muchos años la reanudación de la bebida volverá a

encender los síntomas indicativos de la dependencia física.

El problema patológico en estos casos no aparece ni periódicamente ni en la ausencia de bebida, como ocurre en la forma clínica descrita previamente como "alcoholismo remitente".

Keller (48) fue el primero que intentó formular una definición adaptada a las necesidades de la Epidemiología. Para él existen dos grandes áreas de problemas conectados con el uso de bebidas alcohólicas:

- Comportamientos desviados relacionados con la bebida en los que se incluyen la embriaguez, la conducción de vehículos tras el consumo, etc.

- Alcoholismo como una enfermedad.

Keller considera que las definiciones médicas de su época sobre el alcoholismo eran muy poco operativas para permitir trabajar en Salud Pública y así poder llevar a cabo estudios de campo.

La pérdida de control considerada por Jellinek como patognomónica de la enfermedad era por sí misma poco mesurable fuera de la clínica con una anamnesis rigurosa. Tampoco existían pruebas objetivas con las que poder llegar al diagnóstico. Este autor necesita disponer de un conjunto de conductas o signos que puedan ser reconocidos con métodos relativamente superficiales que, a su vez, sirvan para iden-

tificar al alcohólico. Sus investigaciones le sugieren dos elementos para una definición operacional:

a) La bebida.- Descrita en términos de cronicidad o repetitividad unido a la característica de la indeseabilidad. Deben medirse, al menos, cantidad, frecuencia, patrón y circunstancias.

b) Efectos nocivos de la bebida sobre el bebedor.

Para Keller, estos elementos permiten en ausencia de un diagnóstico individual inferir de una manera razonable la existencia de una pérdida de control sobre la bebida y, por tanto, enfermedad.

Son importantes las puntualizaciones que realiza sobre los efectos nocivos de la bebida al señalar que deben:

- Afectar al bebedor mismo.
- Derivarse directamente de la bebida y no sólo coincidir con ella.
- Ser tan importantes como para que el individuo que los padece debiera dejar la bebida si no fuera alcohólico (es la forma de este autor de presentar la pérdida de control como entidad importante dentro de la enfermedad).

Keller concluye en dos definiciones operativas, aunque

reconoce que la segunda tiene más ventajas y menos inconvenientes que la primera:

A) "La ingestión implicativa y repetida de bebidas alcohólicas, de modo que cause daño a la salud o a su funcionamiento social o económico, constituye el alcoholismo una enfermedad crónica".

B) "El alcoholismo es una enfermedad crónica que se manifiesta por una bebida implicativa repetida que cause daño a la salud del bebedor o a su funcionamiento económico y/o social".

Perrin (49), aun cuando reconoce la imprecisión del término "alcoholismo" que permite las más contradictorias afirmaciones (desde los que llegarían a admitir que todo consumidor habitual de alcohol es un alcohólico al menos en potencia, hasta aquéllos para los que no existen, puesto que consideran que en todos ellos se encuentra siempre otro elemento como origen de su situación patológica), considera que debe ser preservado.

Se apoya en la idea de que la única posición sólida es considerarlo como una enfermedad y que sólo el hecho de poseer un consumo elevado de alcohol, aun cuando sea habitual, no es suficiente para caracterizar el alcoholismo.

Perrin considera que el término debe englobar a todas

las consecuencias patológicas de la ingestión de alcohol en dosis demasiado elevadas y, por consiguiente, incluir la embriaguez "que quizás sea el único alcoholismo auténtico por ser la consecuencia de la acción específica de la sustancia sobre el sistema nervioso central", y no sólo la patológica, incluyendo asimismo las alteraciones menores objetivadas por las pruebas psicotécnicas.

También afirma que el término alcoholismo, incluso limitado a las consecuencias mórbidas de la ingestión de alcohol, cubre un número enorme de situaciones diversas y, por tanto, no debe constituir un diagnóstico, ya que no permite deducir el tratamiento adecuado, de lo que se colige que el alcohólico ha de ser clasificado dentro de un pequeño número de categorías o de síndromes individualizados por algunos caracteres generales, proponiendo una clasificación parecida a la que Bowman y Jellinek realizaron en 1942.

La influencia de los factores socioculturales en la manifestación del alcoholismo fue expuesta asimismo por este mismo autor, que señalaba cómo en los Estados Unidos de América se consideraba como signo de alcoholismo avanzado el beber por la mañana, mientras que en ciertas regiones de Europa este hecho podía ser absolutamente normal.

I.2.3. La abstinencia completa versus el beber

controlado.-

Entre 1960 y 1976 el concepto de alcoholismo como enfermedad se convirtió en una especie de testaferrero cuando los investigadores conductuales y los sociólogos plantearon serias cuestiones en relación con las teorías del alcoholismo fundadas en la Biología.

Ya en 1962, Davies (50) presentó un estudio de siete antiguos alcohólicos que habían logrado volver a la bebida "normal", poniendo en tela de juicio la naturaleza progresiva asignada por Jellinek al alcoholismo gamma.

De una forma parecida, la idea de que cualquier toma de alcohol inicia una "reacción en cadena" y conduce a la pérdida de control de la conducta de bebida constituye uno de los constructos operacionales más débiles del concepto de alcoholismo como enfermedad propuesto por Jellinek en 1960.

Merry (51) llevó a cabo un sencillo experimento con nueve sujetos alcohólicos a los que dio bien una bebida con vodka, bien un placebo, en días alternos. Los sujetos no sabían que en el experimento recibían alcohol. El resultado fue que no encontró diferencia en el deseo de beber después de que los sujetos consumieran la bebida alcohólica (en comparación con el placebo), lo que sugiere decididamente la inexistencia de trastornos bioquímicos provocados por el alcohol que conduzcan a la "pérdida de control" y al "ansia"

por la bebida.

En la misma época en que Merry presentaba su trabajo, Mendelson (52) y Mello (53) también publicaron los resultados de sus estudios sobre la conducta de alcohólicos crónicos. Entre el elevado número de conclusiones biológicas y conductuales, descubrieron que la conducta de bebida de los adictos al alcohol no seguía el modelo de pérdida de control, y que los alcohólicos no bebían para evitar los síntomas de abstinencia. Por el contrario, cuanto más bebían peor se encontraban.

El paradigma general de Mendelson y Mello fue seguido hasta cierto punto por Nathan y colaboradores (54), así como por Cohen y colaboradores (55). Este último descubrió que la conducta de bebida de los sujetos alcohólicos podía ser controlada por sus consecuencias en el laboratorio. Por tanto, concluyeron que la conducta de bebida era simplemente como cualquier otra conducta operante, sin requerir otras explicaciones, ni biológicas ni mentales.

A mediados de la década de los setenta, los Sobell informaron de sus intentos para modelar una respuesta de bebida moderada en pacientes dependientes del alcohol (56).

Al mismo tiempo, el informe inicial RAND (57) y los resultados de algunos estudios longitudinales de las prácti-

cas de bebida (58) indicaban que no era inevitable la recaída en la dependencia de la bebida de los adictos al alcohol que volvían a beber después del tratamiento.

Ludwig y Stark (59), siguiendo el enfoque teórico basado en los principios del condicionamiento pavloviano y en los trabajos de Wikler en relación con la adicción a los opiáceos (60), estudiaron el ansia y la respuesta del alcohólico a la primera bebida ingerida después de un periodo de abstinencia y encontraron que no todos los alcohólicos experimentaban "ansia".

De esta manera, a mediados de los setenta parecía que todos los elementos importantes del concepto de alcoholismo como enfermedad fallaban de algún modo.

El ansia y la pérdida de control no parecían tener ninguna base bioquímica. Los estudios de la conducta de bebida de los sujetos alcohólicos en el laboratorio indicaban que aquella podía ser modificada por las circunstancias ambientales y que éstos no parecían beber para evitar el síndrome de abstinencia.

Finalmente, los datos no se ajustaban a la idea de que el alcoholismo gamma fuese progresivo y que estos pacientes recaerían en su estilo adictivo de bebida si volvían a consumir alcohol.

Los científicos conductuales y sociales se veían a sí mismos en este breve periodo como la vanguardia del pensamiento científico progresivo en comparación con la ortodoxia biomédica de la ideología de enfermedad y con la filosofía de Alcohólicos Anónimos.

En 1977, Funderburk y Allen (61) revisaron la bibliografía de investigación conductual en el terreno del alcoholismo, criticando la postura de los investigadores anteriores, centradas en las propiedades reforzadoras del alcohol, porque utilizaban una metodología operante inadecuada. Cuando ellos emplearon una tarea operante de razón progresiva encontraron que la disposición para beber es muy elevada durante el síndrome agudo de abstinencia y decrece al aumentar el periodo de abstinencia.

Estos mismos autores también encontraron que el consumo de alcohol incrementa de por sí la predisposición para beber, aun cuando hayan sido consumidas dosis elevadas.

En 1982, Pendery, Maltzman y West vuelven a revisar la evidencia que sirve de base en el amplio informe de Sobell y Sobell, y encuentran que la mayoría de los sujetos entrenados para controlar su ingesta fracasaron desde el inicio del tratamiento. La mayoría tuvieron que ser hospitalizados para tratar su alcoholismo un año después de haber sido dados de alta del citado proyecto de investigación. En un seguimiento

de diez años, mostraron que de los veinte sujetos que emprendieron el experimento sólo uno, que aparentemente no había padecido ningún tipo de sintomatología del síndrome de abstinencia, mantenía un modelo de beber controlado (62).

Como resultado de estos y otros estudios, los terapeutas conductuales comenzaron a abandonar los intentos para suscitar una respuesta de bebida moderada en los dependientes del alcohol y el clima general se fue haciendo más receptivo a los estudios de diseño bioconductual y a la investigación clínica de la respuesta según los cuales los pacientes alcohólicos se distinguían a partir de la severidad de la dependencia (63,64).

1.2.4. El síndrome de dependencia alcohólica.-

El origen del concepto de síndrome de dependencia alcohólica lo encontramos en el Hospital de Maudsley. Al principio de los años sesenta se dieron las condiciones en este centro que hicieron posible la descripción del cuadro. En esta institución se promovía el trabajo conjunto de psicólogos y psiquiatras, y se aplicaban tratamientos conductuales influidos por los conceptos de Gelder y Wikler (65,66).

Junto a la aplicación de las teorías del aprendizaje existía otro factor importante que contribuyó a la génesis del síndrome de dependencia alcohólica y que consistía en la

gran experiencia y preparación clínica de los profesionales de este hospital. Al mismo tiempo se desarrollaban diferentes trabajos sobre el tratamiento de alcohólicos que conllevaban el estudio intensivo y el seguimiento de ciento ochenta pacientes alcohólicos (67,68).

En el año 1971, Edwards (69) escribe que cualquiera que sea la potencia euforizante del alcohol como reforzador del comportamiento de búsqueda del mismo su propiedad de refuerzo aparecerá mucho más potente cuando no tiene sólo un efecto psicotrópico primario, sino la facultad secundaria de aliviar los efectos de la retirada.

Los síntomas de retirada no son la esencia de la dependencia, sino que proporcionan un mecanismo que permite, a su vez, la construcción de otro mecanismo operante mayor que el producido por la euforia primaria.

La dependencia, por tanto, no consiste en un fenómeno que siga la regla del todo o nada, sino que debe medirse en su gravedad por la fuerza del proceso de condicionamiento.

Sobre la base de esta formulación se diseñó una escala muy simple de cinco puntos para medir la intensidad de la dependencia, encontrándose que poseía una cierta validez predictiva (70).

En 1976, Edwards y Gross realizan una descripción provisional del síndrome de dependencia alcohólica (71), que va desarrollándose con más detalle en otros trabajos (72,73).

La formulación biaxial del síndrome fue propuesta por un grupo científico de la Organización Mundial de la Salud (74), con aportación inglesa e internacional, y tratando de hallar un punto de encuentro entre todos.

Así, el síndrome de dependencia alcohólica se compone de siete elementos esenciales que lo identifican:

- Reducción del repertorio de bebida.
- Prominencia de la conducta de búsqueda de bebida.
- Incremento de la tolerancia.
- Síntomas de abstinencia reiterados.
- Reducción de la latencia de los síntomas de abstinencia.
- Conciencia subjetiva de la compulsión a beber.
- Restauración tras la abstinencia.

Edwards especula con la idea de que el síndrome incluye tanto procesos biológicos como de aprendizaje. La rápida restauración de la tolerancia y de los síntomas de abstinencia cuando los sujetos afectos vuelven a beber sugiere la existencia de procesos biológicos, mientras que el hecho de que la bebida elimine el síndrome de abstinencia y el deseo irrefrenable como respuesta a claves internas o externas

parece concordar mejor con un proceso de aprendizaje (72,73).

Según este constructo, el desarrollo de los trastornos psicológicos y sociales relacionados con el alcohol puede ser influido por la psicopatología individual o por las normas culturales relativas al consumo de aquél, así como por la severidad de la dependencia.

Los elementos centrales del síndrome de dependencia se encontrarán en todas las culturas, mientras que la aparición de los problemas relacionados con el alcohol puede variar considerablemente entre diferentes culturas (72).

Al comparar el síndrome de dependencia alcohólica con el concepto de enfermedad de Jellinek, asombra la continuidad de ciertos temas (tolerancia, síntomas de abstinencia, disminución o pérdida de control, evitación de los síntomas de abstinencia) y la común sensibilidad hacia las diferencias culturales e individuales que pueden modelar la forma de presentarse la dependencia o el trastorno.

No obstante, el síndrome de dependencia alcohólica se distingue del concepto de Jellinek en las siguientes cuestiones:

- El síndrome sólo constituye una de las muchas incapa-

tidades relativas al alcohol que pueden afectar a un sujeto.

- Los indicadores clínicos de la dependencia son distintos a los propuestos por Jellinek para el alcoholismo.

- El síndrome de dependencia alcohólica no se considera como un fenómeno de "todo o nada", sino que puede darse en distintos grados de gravedad.

Las diferencias esenciales con el concepto del DSM III se basan fundamentalmente en que éste exige el deterioro ocupacional o social, además del síndrome de abstinencia o de la tolerancia.

Desde el principio se hicieron serias críticas a este concepto, como la de Shaw (75), que afirmaba que el síndrome de dependencia fue propuesto como una formulación que reemplazara el concepto tan desacreditado del alcoholismo como enfermedad, reintroduciéndolo disimuladamente. Para Shaw no se trataba más que de crear un concepto sustituto del alcoholismo como enfermedad que superara las numerosas críticas existentes y que, al mismo tiempo, retuviera sus principales presunciones e implicaciones.

Este autor vio en la formulación del síndrome un instrumento diseñado para mantener la hegemonía médica y con el propósito de discriminar a los profesionales no médicos por su incapacidad para reconocer y comprender los efectos del alcohol.

Diez años más tarde, Edwards, tratando de hacer una recapitulación de los postulados esenciales del síndrome de dependencia alcohólica, establece los siguientes:

- El síndrome puede reconocerse por la aparición de ciertos elementos. No todos los elementos han de estar siempre presentes o hacerlo en el mismo grado, pero con intensidad creciente el síndrome tiende a mostrar una mayor coherencia.

- El síndrome no es todo o nada, sino que aparece con una intensidad gradual.

- Su presentación estará conformada por la influencia patoplástica de la personalidad y la cultura.

- Se introduce un concepto biaxial, constituyendo el síndrome de dependencia un eje y los problemas relacionados con el alcohol, otro.

Debe observarse que en las formulaciones de Edwards no se hace presunción alguna de si el síndrome es reversible o irreversible ni tampoco acerca de la etiología, aunque en la primera descripción del síndrome Edwards y Gross sugirieron que las explicaciones del aprendizaje podrían ser importantes, aunque fue una formulación empírica.

En uno de sus últimos trabajos, Edwards (73) plantea que una idea sirve a su tiempo cuando nos hace salir de un círculo vicioso de viejas ideas, conduce al debate y actúa

como catalizadora para la investigación. El síndrome de dependencia alcohólica cumple estos requisitos y ha servido, además, para atraer a investigadores brillantes a este campo.

Son numerosos los estudios que se han derivado tras la propuesta de Edwards.

El intento de construcción de instrumentos que puedan medir el síndrome y la verificación de la exactitud de los mismos ha sido relevante, como demuestran los numerosos estudios sobre este tema (76,77,78,79,80,81,82,83,84,85).

Las aplicaciones clínicas de este constructo son asimismo importantes y merecen destacarse, entre otras, la predicción de las recaídas, el apoyo a los estudios sobre la herencia, la individualización del tratamiento, el establecimiento de metas de tratamiento adecuadas y la necesidad de una intervención temprana.

El informe RAND (64) halló que la dependencia alcohólica ocupaba una posición central para la determinación del pronóstico.

En un estudio de seguimiento de 30 años, Vaillant (86) descubrió que los alcohólicos muy dependientes, en una muestra tomada entre el público general, eran incapaces de iniciar la bebida social.

Oxford y cols. hallaron que la importancia de la dependencia alcohólica predecía la abstinencia frente a la bebida controlada dos años después de la primera consulta (87).

Skinner y Allen (82) encontraron que los pacientes alcohólicos con elevados niveles de dependencia difícilmente acudían a la primera cita de tratamiento.

Sin embargo, también estos estudios mostraron que la severidad de la dependencia no era claramente independiente de la de los problemas psicológicos y sociales.

En el estudio de Vaillant se encuentra que los problemas laborales, los médicos y otros trastornos relacionados con el alcohol también predecían los resultados a largo plazo. En el de Skinner se relacionan los mayores niveles de dependencia con mayores consecuencias sociales y más alta cantidad de síntomas psicopatológicos.

Estos últimos hallazgos quizás puedan explicarse porque los autores no siguieron los criterios de Edwards y en sus definiciones de dependencia se incluían algunos trastornos relacionados con el alcohol.

La presentación del síndrome de dependencia alcohólica como un continuum de intensidad gradual más que como uno de

todo o nada puede tener una profunda importancia para el refinamiento de la respuesta clínica a los problemas del alcohol, evitando decisiones indiscriminadas sobre la naturaleza e intensidad del tratamiento (88).

Para los pacientes con dependencia severa, la abstinencia total se considera como lo más apropiado, ellos tienden a escoger la abstinencia como meta de tratamiento (79). En el caso de pacientes con niveles bajos de dependencia se encuentra que la mayoría rechaza la abstinencia y que si se impone esta meta no se abstienen del todo, continúan bebiendo y tienen más dificultades que los que se entrenan en pautas de beber controlado (89).

Los programas para bebedores con problemas de alcohol y nivel de dependencia bajo son muy raros, a pesar de que las personas con estos conflictos son las más numerosas (90,91). Cuando se tratan tienen una tasa de éxitos mucho mayor que los dependientes graves y la mayoría de ellos se benefician de intervenciones breves, poco caras y que alteran mínimamente la vida normal (92).

Por otra parte, al ser el síndrome de dependencia alcohólica un continuum es importante establecer medidas preventivas para evitar que aparezca o, al menos, detectarlo en sus primeros estadios.

No obstante, a pesar de las ventajas derivadas de la

utilización de este concepto son múltiples y distintas las críticas que se le impugnan.

Heather (93), en la introducción de su libro, se plantea la utilidad de llamar síndrome a los elementos propuestos por Edwards y Sánchez Craig (88) y propone cambiarlo por el de "patrones de dependencia al alcohol", pues según ella así se evitarían las interpretaciones no adecuadas del síndrome que evitan enfatizar sobre la prevención y sería más aceptable para un uso multidisciplinar. Esta misma autora señala la limitación clínica que supone una puntuación simple en una escala de síndrome de dependencia alcohólica, pues aunque ayuda a identificar la posición de un individuo en comparación con su grupo de referencia no proporciona información cualitativa alguna.

Los investigadores han tenido también dificultades para operacionalizar los elementos más subjetivos del síndrome, que suelen ser los más importantes para medir grados de dependencia baja.

Robertson (94) critica el síndrome de dependencia alcohólica en base a tres criterios diferentes:

1. El síndrome sólo explica una pequeña cantidad de la variación en el resultado de estudios de grupo y en el caso individual a menudo es irrelevante en el contexto de otros

factores más importantes, sociales, psicológicos y físicos.

2. Las variables comúnmente medidas para afirmar la dependencia pueden deber su poder predictivo a otras hasta ahora no mensuradas que estén altamente correlacionadas con ellas, como pueden ser las creencias sobre el alcoholismo.

3. El uso de la palabra síndrome es antitético a una aproximación del aprendizaje a los problemas del alcohol y el modo en que el síndrome de dependencia alcohólica ha sido descrito y propugnado ha fomentado una visión esencialmente estática y medicalizada de los problemas del alcohol.

Podríamos concluir este apartado señalando que existen algunos estudios en los que se cuestiona la validez del síndrome, pero son muchos los investigadores clínicos que encuentran que el síndrome de dependencia alcohólica expresa lo que se ve en la práctica clínica y lo apoyan en numerosas investigaciones.

1.2.5. El alcoholismo en nuestros días.-

En la revisión que hemos ido realizando del concepto de alcoholismo a lo largo de la Historia, hemos comprobado la dificultad de llegar a un acuerdo internacional por la imprecisión de los límites nosográficos de este concepto.

Todas las aproximaciones oscilan entre dos tendencias, criticables ambas desde diversos ángulos. Por una parte, la ampliación del concepto de alcoholismo a todas las consecuencias derivadas del uso excesivo de alcohol, ya sea de forma aislada o continuada, corre el riesgo de entrañar una generalización donde se mezclan problemas muy diversos entre sí.

La reducción del concepto de alcoholismo a la noción de dependencia, más satisfactoria sobre el plano teórico, incluye la necesidad de una definición precisa y aceptable de todas las dimensiones somáticas, biológicas y psicopatológicas de la dependencia y una delimitación clara de ésta con las incapacidades ligadas al consumo de alcohol.

A partir de los trabajos de Edwards sobre el síndrome de dependencia alcohólica mencionados con anterioridad, suele haber un acuerdo bastante unánime en separar dentro de los problemas asociados al consumo de alcohol dos grandes apartados:

- El síndrome de dependencia alcohólica (alcoholismo).
- Incapacidades ligadas al consumo de alcohol (problemas por abuso de alcohol).

Así lo reconocen las clasificaciones internacionales más utilizadas, la de la Organización Mundial de la Salud

desde su novena revisión ICD-9 y la de la Asociación Psiquiátrica Americana desde su tercera revisión DSM III (95,96).

Para la Organización Mundial de la Salud, el síndrome de dependencia al alcohol se caracteriza por ser "un estado psíquico y generalmente también físico, resultante de la ingestión de alcohol, caracterizado por respuestas de comportamiento y otras, que siempre incluyen la compulsión a beber de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, algunas veces, para evitar el malestar de la abstinencia; puede haber tolerancia, aunque ésta podría no estar presente. Deben excluirse las complicaciones orgánicas del alcohol, tales como: cirrosis hepática, epilepsia, gastritis, embriaguez, Síndrome Alcohólico Fetal y psicosis alcohólica".

Para el DSM III, el síntoma esencial del abuso del alcohol es un patrón de uso patológico del mismo de un mes como mínimo que provoca deterioro de la actividad laboral y social.

La dependencia del alcohol, a la que también denomina alcoholismo, tendría como síntomas esenciales la existencia de una estructura patológica de uso del mismo o deterioro de la actividad laboral o social debido a él, y la presencia de tolerancia o abstinencia.

Las diferencia principal entre ambos conceptos del síndrome de dependencia alcohólica estriba en que el DSM III exige el deterioro ocupacional o social además del síndrome de abstinencia o la tolerancia.

No obstante, a pesar de los avances alcanzados aún siguen existiendo grandes discrepancias y no se ha llegado todavía a establecer un criterio normalizado. Los problemas básicos continúan siendo la delimitación del concepto de dependencia y el establecimiento de indicadores de ésta que sean aceptados por todos.

En la actualidad, la comisión para los desórdenes derivados del uso de sustancias de la Asociación Americana de Psiquiatría está revisando el concepto de dependencia del SDM III y, por otro lado, el Grupo Estratégico de Diagnóstico y Clasificación de Problemas Relacionados con el Alcohol y con las Drogas de la Organización Mundial de la Salud lo hace con su definición de dependencia alcohólica de cara a la edición del ICD 10 (97).

Ambos grupos han avanzado propuestas y, aun cuando la aproximación se va haciendo cada vez mayor como se puede apreciar en la Tabla I-I que confronta los indicadores de dependencia alcohólica según las propuestas para el DSM III-R y la ICD 10, la uniformidad aún no está conseguida (98).

Caetano, tras revisar ambas propuestas, las considera inadecuadas por considerar en este sentido la operativización del síndrome, la terminología muy vaga, la falta de estructura temporal, la falta de criterios relativos a la remisión y las diferencias aún existentes entre las dos clasificaciones (99).

No obstante, a pesar de estas discrepancias en pequeños matices podríamos concluir afirmando que los acuerdos básicos sobre los principales conceptos del alcoholismo son aceptados por la mayoría de los autores aun cuando la terminología continúe siendo bastante confusa.

**TABLA I-1.- CORRESPONDENCIA ENTRE LOS CRITERIOS PROPUESTOS
PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEPENDENCIA
ALCOHOLICA DEL DSM-III-R Y LA ICD-10**

DSM-III-R

ICD-10

1. Compulsión: Sustancia tomada a menudo en mayor cantidad o durante un periodo mayor de lo que el sujeto querría.

2. Tendencia a la readicción: Deseo persistente o uno o más intentos de abandonar o controlar el uso de la sustancia.

3. Compulsión: Emplea gran cantidad de tiempo en actividades conducentes a la obtención de la sustancia, al consumo de la misma y a recobrase de sus efectos.

4. Prominencia: Frecuente intoxicación o síndrome de abstinencia cuando se espera acometer un papel importante en el trabajo, en la escuela o en casa, o bien cuando el uso de la sustancia es físicamente peligroso.

5. Prominencia: A causa del uso de la sustancia se abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas.

6. Prominencia: Uso continuado de la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema persistente o recurrente de tipo social, psicológico o físico, causado o exacerbado por el uso de la sustancia.

1. Despreocupación progresiva de placeres o intereses alternativos en favor del consumo de la sustancia.

2. Uso persistente de la droga a pesar de la evidencia de sus consecuencias abiertamente nocivas.

**TABLA I-1.- CORRESPONDENCIA ENTRE LOS CRITERIOS PROPUESTOS
PARA EL DIAGNOSTICO DE LA DEPENDENCIA
ALCOHOLICA DEL DSM-III-R Y LA ICD-10 (CONT)**

DSM-III-R

ICD-10

7. Tolerancia: Necesidad de importantes incrementos de la cantidad de sustancia (un 50% de incremento, al menos) con el fin de lograr la intoxicación o el efecto deseado, o efectos considerablemente disminuidos al consumir continuamente la misma cantidad de sustancia.

8. Síndrome de abstinencia: Síntomas característicos de abstinencia.

9. Compulsión: El consumo de la sustancia hace desaparecer o evita la aparición del síndrome de abstinencia.

3. Evidencia de la tolerancia, de manera que se precisen dosis progresivamente mayores de la sustancia para lograr los efectos originalmente producidos por dosis más bajas.

4. Estado fisiológico de "síndrome de abstinencia".

5. Uso de la sustancia con intención de eliminar los síntomas de abstinencia, conociendo la eficacia de esa estrategia.

6.- Reducción de la pautas personales de consumo de droga: verbig., la tendencia a tomar bebidas alcohólicas de forma similar en días festivos o de diario, cualesquiera sean las constricciones sociales en relación con la adecuada ingestión de bebidas alcohólicas.

7.- Evidencia de que la recaída en el uso de la droga tras un periodo de abstinencia lleva a una restauración de las demás características del síndrome más rápida que la instauración de las mismas en sujetos no dependientes.

8.- Conciencia subjetiva de capacidad disminuida para controlar la conducta de consumo en relación con su inicio, su final y el nivel de uso.

9.- Fuerte deseo o sentimiento de compulsión para tomar drogas.

I.3. Consumo de alcohol y salud pública.

Tradicionalmente se han venido considerando como problemas derivados del consumo de alcohol a las complicaciones emanadas del alcoholismo, cuyo concepto hemos analizado en el capítulo anterior. Sin embargo, ya en 1955 un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud señalaba que "existían ciertas formas de consumo excesivo de alcohol que, por definición, no podían considerarse incluidas en el concepto de alcoholismo, pero sí acarrear graves consecuencias y que representan en algunos países los problemas más importantes derivados del consumo de alcohol" (47).

Recientemente, los problemas sociales y sanitarios relacionados con el alcohol se han convertido en motivo de creciente preocupación en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo.

En 1979, la trigésimo segunda Asamblea Mundial de la Salud declaró en su resolución WHA 3.240: "Los problemas relacionados con el alcohol, y en particular el consumo excesivo, figuran entre los principales de salud pública del mundo y constituyen graves amenazas para la salud, el bienestar y la vida de la Humanidad".

En mayo de 1982, durante la trigésimo quinta Asamblea Mundial de la Salud se examinaron los problemas relacionados con el alcohol y su consumo, llegándose a la conclusión de

que los que plantea éste afectan a la salud y al desarrollo de individuos y naciones, y que tienen repercusiones sociales, económicas y políticas. Paralelamente a estas declaraciones, la producción y el consumo de bebidas alcohólicas siguen aumentando en todo el orbe. Entre 1965 y 1980, el total de la producción comercial de etanol al 100% creció en cerca del 50% por persona (100).

Por otra parte, parece existir una relación directa entre la cantidad de alcohol disponible en un país y el nivel general de consumo de la población. La asociación entre las tendencias del consumo de alcohol y de los problemas relacionados con éste es lo suficientemente fuerte para justificar que se considere la producción de esta sustancia como una actividad de consecuencias indudables para la salud pública (101,102,103).

Se ha demostrado que los cambios en la disponibilidad de alcohol producen profundas repercusiones en la salud (104).

También existen pruebas que indican que cuanto más alto es el consumo medio de alcohol mayor es la incidencia de algunos de los problemas que se consideran relacionados con aquél, en particular, tasas más elevadas de mortalidad general, cirrosis y carcinoma hepático (105).

Los problemas relacionados con el alcohol afectan no sólo al bebedor, sino también a la familia y a la sociedad en general, y pueden ser, además, la consecuencia de episodios agudos de una gran ingestión de bebidas o de consumo durante un prolongado periodo, pero no necesariamente están ligados a la dependencia al alcohol. De hecho, pueden ser el resultado de la ingestión en momentos inadecuados, como antes de conducir.

En toda población donde el alcohol es socialmente aceptable, existe un porcentaje mucho más alto de bebedores moderados que de grandes consumidores. Ahora bien, están reuniéndose pruebas de que una serie de estados patológicos pueden estar relacionados con el consumo de pequeñas cantidades de alcohol y ser causa de una carga mucho mayor para la comunidad que la resultante del síndrome de dependencia al alcohol (101).

Desconocemos el nivel superior de "seguridad" del consumo diario, ya que en parte éste depende de factores fisiológicos y, en parte, de la vulnerabilidad psicológica y social. Pero existen estudios, como el de la Organización Mundial de la Salud de 1980, en los que se afirma que aparece un incremento de los índices de daño por encima de un nivel de ingestión de 20 gramos de etanol diarios (104).

Por otro lado, el consumo excesivo de alcohol no sólo es peligroso por el riesgo de alcoholismo o por las conse-

cuencias orgánicas de su uso habitual, sino además porque los episodios agudos de ingestión abundante de bebidas alcohólicas pueden acarrear alteraciones de corta duración en las funciones y control del bebedor individual que pueden desembocar en actos violentos, accidentes, trastornos físicos debidos a la exposición a los rigores del clima, etc.

La gama y gravedad de los problemas relacionados con el alcohol varían considerablemente de unos países a otros, así como dentro de estos mismos. Las diferencias entre los tipos de problemas observados guardan relación con el diverso patrimonio cultural y desarrollo sociocultural de cada estado (106).

También se relaciona con la forma de beber, de modo que, verbigracia, cabe esperar que un país que ha incorporado a su vida cotidiana niveles relativamente modestos de consumo diario de vino presente problemas muy distintos que otro donde se consume la misma cantidad de alcohol por semana, pero en general en forma de episodios de ingestión copiosa. No puede suponerse que dentro de un país el comportamiento en materia de bebida sea uniforme para toda la población. A menudo ocurre que una pequeña proporción de bebedores consume una gran parte de alcohol. En Nueva Zelanda, el 11% de la población ingiere más de la mitad de todo el alcohol que se consume. En Escocia, sin embargo, alrededor del 30% de lo ingerido lo hace el 3% de la gente (107).

Cuando se trata de evaluar qué grupos de la población de un país determinado consumen cantidades de alcohol superiores a la media es importante tener en cuenta que algunos de ellos poseen un riesgo especial. Este riesgo adicional puede deberse a factores constitucionales, como en el caso de mujeres con lesiones hepáticas, o al estilo de vida, como el de los jóvenes que son especialmente propensos a lesionarse o lesionar a otros en las carreteras (101).

Por otro lado, aun cuando no se produzca un aumento del consumo, los problemas pueden empeorar por la mayor complejidad de la vida moderna. Verbigracia, en el tráfico, en las fábricas y en las obras de construcción se requiere un nivel de alerta alto y prolongado. El alcohol reduce la intensidad y la duración de la atención, dilatando el tiempo de reacción. Esto puede revestir particular importancia en los países en desarrollo, que experimentan un rápido crecimiento socioeconómico, con la consiguiente ampliación de las oportunidades de empleo precisamente en medios donde el beber resulta peligroso (101).

Investigaciones recientes demuestran que las tendencias de los problemas relacionados con el alcohol suelen asociarse positivamente con las del consumo del mismo. Un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud señala que, si bien la asociación entre consumo y problemas no puede relacionarse matemáticamente, hay un conjunto de datos empí-

ricos en los que se apoya (104).

Se ha propuesto la hipótesis de que el consumo de alcohol en una población de bebedores presente una curva de distribución logarítmica normal: la inmensa mayoría de los bebedores consumen cantidades de etanol relativamente pequeñas, mientras que proporciones cada vez menores lo hacen con cantidades crecientes de alcohol, asociadas a riesgos progresivamente mayores para la salud (110).

Esta hipótesis y su modelo teórico no es aplicable en todos los casos y se han discutido sus insuficiencias, pero nadie discute la validez de su razonamiento central: la relación directa entre el consumo per cápita y la tasa de grandes bebedores, lo cual se ha denominado "modelo de distribución unimodal". De este modelo se desprende que una de las más obvias medidas preventivas a aplicar en cualquier comunidad donde la prevalencia de los problemas con el alcohol es elevada consiste en intentar reducir el consumo per cápita de etanol (111).

Los estudios realizados en distintos países a lo largo del tiempo y los comparativos entre estados y regiones parecen demostrar esta asociación en el caso de la cirrosis hepática, pero también hay pruebas con respecto a otras enfermedades relacionadas con el alcohol y ciertos índices indirectos, como los arrestos por embriaguez (108). También

parece estar demostrado que en todos los países los aumentos del consumo suelen ir acompañados de los problemas relacionados con el alcohol que ya eran típicos de cada sociedad (109).

No obstante, debe tenerse presente que muchos de los datos que apoyan la correlación positiva entre consumo y problemas se refieren a países desarrollados, donde la mayoría de la población bebe. En aquéllos donde se produce un rápido incremento del consumo habrá de tenerse en cuenta que los tipos de problemas dependerán de que este aumento de consumo se deba a la extensión del hábito de beber a sectores más amplios de la sociedad o a que provenga de la minoría de bebedores habituales (101).

En esta asociación que venimos contemplando entre consumo y problemas relacionados van a influir diversos factores que con frecuencia nos van a impedir realizar extrapolaciones de unos países a otros. Las diferentes estructuras de población, el grado de industrialización, las diferencias entre las modalidades rural y urbana, las distintas distribuciones de los ingresos y otras variables demográficas influyen en gran medida en esta relación y en el tipo de problemas que se presentan y, por tanto, es relevante tenerlos en cuenta al intentar comparar países o regiones.

Sin olvidar todos los hechos expresados, vamos a intentar exponer de forma sucinta cuáles son los problemas más



frecuentemente asociados al consumo de alcohol.

I.3.1. Mortalidad relacionada con el consumo de alcohol.-

Aun cuando la tasa de mortalidad registrada relacionada con el alcohol puede variar con el modo de identificación, parece estar demostrado que los grandes bebedores presentan un riesgo de muerte prematura aproximadamente 2,5 veces mayor que el nivel esperado en la población general (109).

En varios países se ha demostrado que entre los grandes bebedores el índice de mortalidad puede ser entre dos y cuatro veces mayor que en el resto de la población (104).

Las muertes relacionadas con el alcohol obedecen a complicaciones físicas, accidentes, suicidios y a la concomitante dependencia del tabaco (112,113).

La mortalidad atribuible directa o indirectamente al alcohol se produce a través de los siguientes procesos:

- Cirrosis hepática.- Es una de las causas de muerte más frecuentemente ligada al consumo de alcohol. También puede ser una consecuencia importante del consumo prolongado de bebidas y se ha empleado a menudo como índice de la

magnitud de todos los problemas que plantea el alcohol en una población (114).

La primera constatación de la relación entre el consumo de alcohol y la cirrosis hepática se produce durante la I Guerra Mundial, al observarse un claro paralelismo entre el descenso del consumo de alcohol y el de cirrosis (115).

El poder utilizar el número de cirrosis como un indicador de los problemas relacionados con el alcohol tiene algunas limitaciones, porque normalmente en los registros no se hace una diferenciación entre las que son de origen alcohólico y las que tienen otra etiología, cambiando en el tiempo y en el espacio la proporción entre unas y otras, como demuestran numerosos estudios.

En Suiza, verbigracia, el 88% de las muertes por cirrosis han sido imputadas al alcohol en 1975, frente al 76% en 1950. En Finlandia, la proporción era del 7% en 1950 y del 50% en 1975, y en los Países Bajos del 7% en 1960 y del 43% en 1975 (116).

A pesar de estas limitaciones, las tasas de mortalidad por cirrosis pueden ser muy indicativas de los problemas relacionados con el alcohol de un país como podemos observar si las comparamos con los índices de alcohol por habitante (Tablas I-II y I-III).

- Intoxicaciones alcohólicas agudas y alcoholismo.- Las muertes debidas al alcoholismo o a intoxicaciones alcohólicas agudas están evidentemente ligadas a su consumo y su interpretación no presenta dificultad alguna, aunque su número es pequeño. La tasa de mortalidad por intoxicaciones agudas suele situarse entre uno o dos casos por millón de habitantes (117).

En Polonia, la mortalidad imputable a intoxicaciones agudas ha pasado de 1,6 por 100.000 habitantes a 4 en 1975 (118).

En Noruega, la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes debida a alcoholismo ha pasado de 0,59 en 1970 a 1,64 en 1975, mientras que la mortalidad por psicosis de origen alcohólico disminuyó en el mismo periodo de 0,7 a 0,17, pasando la causada por intoxicación aguda de 1,56 a 1,74 (119).

TABLA I-II.- CONSOMMATION D'ALCOOL PAR HABITANT DE 15 ANS
OU PLUS EN EUROPE (a)

CONSOMMATION D'ALCOOL (LITRES D'ALCOOL PUR)

PAYS

	1950	1960	1970	1979
ALLEMAGNE, RF d'	3,8	8,7	13,5	16,0(b)
AUTRICHE	6,5	11,2	15,8	14,3
BELGIQUE	8,0	8,3	11,6	14,4
DANEMARK	4,9	5,6	8,8	12,2
ESPAGNE	-	11,6	14,9	19,6
FINLANDE	2,4	2,6	5,7	8,1
FRANCE	22,1	23,4	20,5	20,5
HONGRIE	6,4	8,3	11,5	15,7
IRLANDE	4,6	4,9	7,8	11,3
ITALIE	12,4	16,3	18,0	16,1
LUXEMBOURG	8,5	10,5	12,9	16,8(d)
NORVEGE	2,9	3,4	4,7	5,7
PAYS-BAS	3,0	3,7	7,5	12,2
POLOGNE	4,3	5,8	7,0	10,8
PORTUGAL	-	15,3	16,3(g)	19,6(d)
R DEM ALLEMANDE	1,6	5,8	7,9	10,6(d)
ROYAUME UNI	6,3	6,6	8,4	10,3(b)
SUEDE	4,7	4,7	7,2	7,6
SUISSE	10,4	12,7	13,6	13,5
TCHECOSLOVAQUIE	5,3	7,5	10,9	13,5(b)
YUGOSLAVIE	-	6,8	9,1	12,0(k)

TABLA I-II.- CONSUMMATION D'ALCOOL PAR HABITANT DE 15 ANS
OU PLUS EN EUROPE (Cont)(a)

VARIATION EN POUR CENT

PAYS

	1950/1979	1950/60	1960/70	1970/79
ALLEMAGNE, RF d'	+321	+129	+ 55	+19
AUTRICHE	+120	+ 72	+ 41	- 9
BELGIQUE	+ 80	+ 4	+ 40	+24
DANEMARK	+149	+ 14	+ 57	+39
ESPAGNE	+ 69(c)	-	+ 28	+32
FINLANDE	+238	+ 8	+119	+42
FRANCE	- 7	+ 6	- 12	0
HONGRIE	+145	+ 30	+ 39	+37
IRLANDE	+146	+ 7	+ 59	+45
ITALIE	+ 30	+ 31	+ 10	-11
LUXEMBOURG	+ 98(e)	+ 24	+ 23	+30(f)
NORVEGE	+ 97	+ 17	+ 38	+21
PAYS-BAS	+307	+ 23	+103	+63
POLOGNE	+151	+ 35	+ 21	+54
PORTUGAL	+ 28(h)	-	+ 7(i)	+20(i)
R DEM ALLEMANDE	+563(e)	+263	+36	+34(f)
ROYAUME UNI	+ 63	+ 5	+ 27	+23
SUEDE	+ 62	0	+ 53	+ 6
SUISSE	+ 30	+ 22	+ 7	- 1
TCHECOSLOVAQUIE	+155	+ 42	+ 45	+24
YUGOSLAVIE	+ 76(l)	-	+ 33	+32(m)

TABLA I-II.- CONSOMMATION D'ALCOOL PAR HABITANT DE 15 ANS
OU PLUS EN EUROPE (Cont)(a)

(a) Les chiffres de la population de chaque pays sont extraits de l'Annuaire démographique des Nations Unies pour l'année de recensement la plus proche de l'année considérée dans le tableau.

(b) Estimation. (c) 1960/79. (d) 1976. (e) 1950/76.

(f) 1970/76. (g) 1972. (h) 1960/76.

(i) 1960/72. (j) 1972/76. (k) 1975. (l) 1960/75.

(m) 1970/75.

TABLA I-III.- DECES PAR CIRRHOSE DU FOIE: TAUX PAR 100.000
HABITANTS DE 15 ANS OU PLUS (a)

PAYS	1950	1960	1970	1975
ALLEMAGNE RF	12,9(b)	24,6(c)	32,0	35,6
AUTRICHE	17,8(d)	30,0	40,3	42,4
BELGIQUE	7,5(e)	12,5	15,5	17,9
BULGARIE	-	5,4(c)	8,5	10,4
DANEMARK	7,9(f)	11,3	12,4	13,6(g)
ESPAGNE	13,8(e)	20,6	29,4	17,8(i)
FINLANDE	3,6(e)	4,8	5,7	7,1(h)
FRANCE	20,8	39,5	43,9	-
GRECE	13,0(i)	14,7	21,1	1,7
HONGRIE	7,6(d)	11,9	16,3	22,9
IRLANDE	2,9	2,9	4,8	4,5
ISLANDE	1,0(f)	2,6	5,0	1,3
ITALIE	16,7(f)	22,4	38,2	42,5(j)
LUXEMBOURG	9,4(k)	23,4	28,3	30,9
MALTE	6,0(e)	14,9	11,9(l)	12,0(g)
NORVEGE	4,6(e)	5,7	5,6	6,5
PAYS-BAS	3,6	5,1	5,5	6,5(g)
POLOGNE	-	5,2	11,3	13,4
PORTUGAL	25,6(k)	28,3	41,0	47,6
R DEM ALLEMANDE	-	-	15,8	15,9
ROUMANIE	-	-	26,6	28,2(h)
ROYAUME UNI	3,1	3,8	4,0	5,3(m)
SUEDE	4,1(f)	6,5	10,2	15,4

TABLA I-III.- DECES PAR CIRRHOSE DU FOIE: TAUX PAR 100.000
HABITANTS DE 15 ANS OU PLUS (a) (CONT)

SUISSE	15,8(e)	15,2	20,2	16,5
TCHECOSLOVAQUIE	-	12,3	19,8	22,6
TURQUIE	-	4,2(c)	3,9	2,4
YUGOSLAVIE	2,4(e)	4,8	14,8	17,6

(a) Les données sur la population de chaque pays, extraites de l'Annuaire démographique de l'Organisation des Nations Unies, sont celles de l'année de recensement la plus proche de l'année civile indiquée.

(b) 1952 pour la Rép. Féd. d'Allemagne, 1953 pour Berlin (Ouest).

(c) 1961. (d) 1954. (e) 1952. (f) 1951. (g) 1976.

(h) 1974. (i) 1955. (j) 1972. (k) 1953. (l) 1971.

(m) Angleterre & Pays de Galles, 1976.

(n) Capitales provinciales et chefs-lieux de districts.

Es difícil saber hasta qué punto los certificados de defunción que mencionan estas causas de muerte son fiables, pues la imputación de muerte a alcoholismo o a psicosis de origen alcohólico suele ser bastante arbitraria. De hecho, las variaciones apreciables en el número de muertes atribuidas a estas causas entre los diversos países no se deben sin duda sólo a las diferencias de consumo y mortalidad (120).

- Accidentes de circulación.- Aunque todos los países publican el número de víctimas de accidentes de circulación, la mayor parte de ellos no lo hacen con el número de muertes en las que está implicado el alcohol. En un análisis reciente de esta cuestión, se encuentra que sólo ocho países publican este dato (121). En dichos países el incremento de muertes entre 1954 y 1977 es impresionante. En Suiza, verbi-gracia, pasa del 11,5 al 20,7% y en Polonia del 23,2 al 30%.

Según un informe de la OCDE, en un 30 al 50% de los accidentes mortales de tráfico en países industrializados intervienen conductores con una alta concentración de alcohol u otra droga en la sangre (122).

- Cáncer.- El consumo de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de presentar cáncer de hígado, laringe, faringe, boca y esófago. En los dos últimos casos se ha demostrado que el riesgo es proporcional a la cantidad de alcohol consumido. También se observa un incremento de la incidencia de cáncer cuando el consumo de alcohol se asocia con el tabaquismo

(123).

Se ha demostrado asimismo la estrecha asociación que existe entre el cáncer de esófago y el consumo de alcohol (124).

Para McMichael, la evolución de la mortalidad por cáncer de laringe corresponde a la del consumo de alcohol (125).

También se han asociado los cánceres de otras partes del cuerpo (intestino grueso, páncreas, etc.) con el consumo de alcohol (126).

Hasta el momento el agente etiológico o carcinógeno eventualmente contenido en las bebidas alcohólicas es desconocido. Se cree que ejerce una interacción con otras sustancias ingeridas que puede tener un efecto sinérgico. Sería el caso del humo de los cigarrillos que en asociación con el alcohol provocaría cánceres de laringe y quizás de esófago (114).

- Suicidio.- El consumo generalizado de alcohol en personas cada vez mayor y más jóvenes contribuye ampliamente a la mortalidad por suicidio (127).

La tentativa de suicidio sobreviene frecuentemente en los estados depresivos secundarios a la embriaguez. Un estado depresivo enmascarado y una fragilidad particular para los acontecimientos traumatizantes, como los duelos, se han observado en las personas que abusan del alcohol (128), incluidas las situaciones de ruptura provocadas muchas veces por ellas mismas (129).

El aspecto desinhibidor del alcohol facilitará la aparición de trastornos antes de la alcoholización. De esta manera, las conductas alcohólicas en el curso de cualquier forma de patología mental vienen a aumentar considerablemente el riesgo de suicidio y preceden a menudo las tentativas (130,131).

- Otras causas de mortalidad relacionadas con el consumo de alcohol.- Un número desconocido de muertes debidas a otras causas a las ya analizadas pueden con más o menos fiabilidad ser imputadas al alcohol. Podríamos considerar en primer lugar los accidentes distintos a los de circulación. Un estudio sobre hombres, verbigracia, que habían fallecido ahogados indica que el 30% de ellos poseía una concentración de alcohol en la sangre por encima de 80 mg/100 ml en la necropsia (132).

También podríamos introducir en este apartado los homicidios provocados por una intoxicación alcohólica y las

muerter producidas por enfermedades somáticas relacionadas con el alcohol, como las pancreatitis agudas o las miocardiopatías alcohólicas.

I.3.2. Morbilidad física relacionada con el consumo de alcohol.-

No es fácil establecer un límite para el consumo cotidiano que permita mantener un consumo moderado. Existen autores como Hallen (133) que consideran necesario alcanzar cantidades entre 320 y 400 gramos para hablar de consumo de un gran bebedor y otros, como Péquignot (134), que opinan que un consumo habitual entre 40 y 60 gramos es potencialmente cirrónico.

Un informe de un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud señala a este respecto:

"A pesar de lo conveniente que sería poder determinar un grado de consumo de alcohol por debajo del cual se pueda beber sin temor, este tipo de límites son raros en los sistemas biológicos. Por debajo de cierto grado de exposición el aumento del riesgo es tan pequeño que no alcanza a tener importancia. Este umbral artificial, durante algún tiempo, se consideró que era aproximadamente de 80 gramos de etanol al 100% por día. Posteriormente se redujo a 40 gramos y actualmente existen pruebas de que por encima de 20 gramos

se pueden observar ciertos efectos en los índices de daño. En estas condiciones, el grado aceptable de riesgo sólo se puede definir arbitrariamente" (104).

Entre los problemas asociados al consumo excesivo de alcohol caben citar los siguientes: cáncer de boca, garganta y esófago; gastritis, úlceras gástrica y duodenal, hemorragia gástrica, pancreatitis, diabetes, feminización, impotencia sexual, atrofia testicular, anemia, miopatía crónica, cardiomiopatía, neuritis periférica, encefalopatía de Wernicke, psicosis de Korsakoff, lesiones cerebrales leves, demencia, hígado graso, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática, cáncer de hígado, enfermedades del metabolismo de las grasas, gota, síndrome alcohólico fetal, epilepsia, depresión, ansiedad, enfermedad fóbica, alucinaciones, estados paranoides, delirium tremens, epilepsia de privación y psicosis alcohólica (135).

Los peligros de los niveles más altos de consumo de alcohol que afectan al sistema cardiovascular incluyen hipertensión, apoplejía y cardiomiopatía alcohólica, pero existen pocos datos sobre la magnitud del riesgo que se corre.

La enfermedad de la arteria coronaria se observa con más frecuencia entre los abstemios que entre personas que consumen hasta 60 gramos de etanol al día, pero también con mayor frecuencia entre los que lo hacen en proporción supe-

rior a la dada (136).

Las lesiones encefálicas y las alteraciones del funcionamiento cerebral son consecuencias conocidas del abuso en la bebida durante largo tiempo. Investigaciones recientes, en especial estudios mediante Tomografía Axial Computerizada (T.A.C.), han confirmado que esas lesiones son mucho más prevalentes entre los grandes bebedores que entre la población general. También existen pruebas de que, no obstante lo que se creía anteriormente, las lesiones pueden ser reversibles después de un periodo de abstinencia (117).

El alcohol es en la actualidad para la mujer embarazada la noxa más importante, pues ocupa el primer lugar en la patología prenatal, delante de las infecciones, y provoca asimismo más estragos que los que pudo ocasionar la talidomida en su momento (137). El consumo de alcohol durante el embarazo es, además, la causa de una incidencia más alta de bajo peso al nacer, de abortos espontáneos y de defectos congénitos, entre los que destaca el Síndrome Alcohólico Fetal, descrito por primera vez por Jones en 1973.

Los efectos de diversas dosis de alcohol en los diferentes estadios de gestación permanecen sin aclararse y se relacionan con otras circunstancias, como el grado de desnutrición, la variabilidad individual, el consumo en periodos vulnerables, las pautas de consumo, etc.

En algunos trabajos, como el de Ellis, se observa un efecto relacionado con la dosis y la variabilidad de la sensibilidad dependiendo del periodo de gestación (138).

La variabilidad de los efectos del alcohol sobre el feto se encuentra relacionada con las diferencias en la sensibilidad de los tejidos, la dosis específica, la duración de la exposición y el estadio de gestación.

El Síndrome Alcohólico Fetal representa el resultado acumulativo de múltiples efectos adversos cuando el fuerte consumo de alcohol de la madre se mantiene durante la gestación (139).

1.3.3. Morbilidad social asociada al consumo de alcohol.-

La noción de problema social varía de una sociedad a otra y con el tiempo puede evolucionar dentro de una misma sociedad y entre las distintas clases sociales de ella. El aspecto problemático de un comportamiento social desviado puede serlo tanto por las actitudes y reacciones de la sociedad como por la naturaleza misma del comportamiento.

Es importante contemplar la relevancia de la evolución de las actitudes relacionadas con comportamientos desviados,

como puede ser la embriaguez pública, que conduce, como ocurre en Polonia, a que la Policía al encontrarse a una persona embriagada en la vía pública la obligará a seguir un tratamiento, pero esto no se traducirá en castigo alguno.

En la actualidad no existen índices que permitan medir las tendencias nacionales o hacer comparaciones internacionales. Los índices se derivan de fuentes secundarias provenientes de Instituciones médicas o sociales y su calidad y exhaustividad son a menudo invariables.

Entre los problemas sociales asociados al consumo de alcohol podríamos destacar los siguientes:

Embriaguez en la vía pública.- Aun cuando es uno de los índices de comportamiento socialmente perturbador más utilizado, las estadísticas sobre embriaguez pública dependen de que ésta se considere una falta punible. En los lugares donde los reglamentos han permanecido sin grandes cambios, las tendencias de las cifras de arresto pueden proporcionar valiosas indicaciones sobre la frecuencia del fuerte consumo de alcohol.

Los comportamientos de la intoxicación no dependen sólo del consumo de alcohol, sino también de la posición y del contexto social de cada uno, así como de su entorno cultural (140).

Las comparaciones internacionales del número de detenciones pueden encontrarse falseadas de hecho por las variaciones en la aplicación del reglamento por la Policía, que pueden explicarse por una falta de efectividad o por la necesidad de concentrar la acción policial sobre otras formas de delincuencia.

En Inglaterra y País de Gales, el número total de delitos por embriaguez ha pasado de 47.717 en 1950 a 108.871 en 1974 (141).

En Polonia, el número de perseguidos por delitos en estado de embriaguez ha bajado de 1.239 en 1953 a 717 en 1975, lo que nos hace pensar que si la Policía ha mantenido una política constante los comportamientos bajo los efectos del alcohol han mejorado.

Conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol.- La diversidad de actitudes y reacciones de la sociedad ante este problema pueden observarse analizando las distintas tasas de alcoholemia permitidas en los países europeos, que van desde 0 en algunos del Este hasta 100 mg/100 ml de sangre en Irlanda (142).

La diferente legislación junto al diverso modo que la Policía tiene de aplicar el reglamento hacen difícil establecer comparaciones internacionales.

La mejora continua en la construcción de automóviles y carreteras hacen que los factores independientes de la voluntad del conductor sean menos frecuentes en la producción de accidentes, mientras que las causas atribuibles a aquél, entre las que se encuentra el consumo de alcohol, sean cada vez más frecuentes.

Problemas de familia.- Diversos problemas familiares se han asociado al consumo de bebidas de uno o más miembros de la familia, aunque a menudo no puede precisarse si la bebida ha sido la causa o el resultado de los problemas interpersonales y familiares.

Existe escasa información sistemática disponible sobre la cual fundar una evaluación de la parte que corresponde al alcohol en la violencia marital y en el descuido y maltrato de los hijos. El gran consumo de bebidas puede exacerbar la inestabilidad en el empleo y la inseguridad económica dentro de la familia.

Algunos datos indican que las esposas de alcohólicos sufren con frecuencia trastornos mentales, aunque nunca se ha aclarado si las perturbaciones se hallaban ya antes que el marido comenzara a beber intensamente o aparecieron como consecuencia de ello. Se registran tasas más altas de deficientes relaciones conyugales, conflictos maritales y separaciones.

raciones de los esposos en familias que cuentan con alcohólicos en comparación con casos testigos, lo que puede ayudar a explicar la mayor incidencia de trastornos mentales entre los hijos de padres alcohólicos que entre los de aquellos que no lo sean (117).

Problemas laborales.- Aun cuando el abuso del alcohol en el trabajo no constituya nada nuevo, no debe restársele importancia, pues se calcula que del 65 al 70% de las personas con problemas de bebida ocupa un empleo, siendo esta proporción todavía mayor en algunos países (143).

Entre las consecuencias del consumo de alcohol en el lugar de trabajo figuran el absentismo, el incremento de enfermedades, el descenso de la producción y la calidad del trabajo, las dificultades en las relaciones laborales, los accidentes y la pérdida de personal capacitado (104).

Numerosos estudios confirman estas aseveraciones y cuantifican estas complicaciones, como demuestran algunos ejemplos que a continuación exponemos.

Aun cuando en España no existen muchos estudios sobre la importancia del alcohol como factor coadyuvante en la producción de accidentes de trabajo, los realizados en otros países, como el efectuado en la República Federal de Alemania por el IG Metall, estiman que incide en la tercera parte de aquéllos (144).

Otros estudios realizados en los Estados Unidos y Francia indican también que el número de accidentes de trabajo entre los alcohólicos es de dos a tres veces mayor que los que afectan a otros trabajadores (145,146).

Una investigación realizada en el Reino Unido demuestra que el número de días de trabajo perdidos por el trabajador alcohólico medio llega a situarse entre 70 y 85 por año, lo que va unido a la tendencia generalizada entre estos trabajadores a llegar tarde al trabajo (147).

Existen algunas circunstancias que pueden ser consideradas como factores de riesgo en el medio laboral, como son la falta de seguridad en el empleo, la escasa remuneración, las malas relaciones obreropatronales, los trabajos peligrosos, las normas poco claras en lo que respecta al desarrollo de la profesión, la presión ejercida para que aumente el rendimiento, la distribución no equitativa de las oportunidades de formación que favorecen el ascenso, etc., las cuales, al dar como resultado una baja de moral o problemas psicológicos, pueden aumentar el consumo de alcohol como forma de evasión (148).

Ciertas condiciones materiales pueden también contribuir a aumentar el abuso del alcohol en el medio laboral. El aumento de la sed a causa de las elevadas temperaturas, los

horarios prolongados y la contaminación atmosférica podrían ser algunos ejemplos.

Asimismo, existen ciertas profesiones, las cuales varían de un país a otro, especialmente vulnerables a plantear estos problemas, destacando entre ellas a las gentes del mar, los abogados, el servicio doméstico, los directores de empresas, el personal militar, la profesión médica y las personas relacionadas con la producción, distribución y venta de bebidas alcohólicas (117).

Por otra parte, se ha informado que los programas realizados en las empresas para atender estos problemas han tenido como resultado reducciones significativas de las horas de trabajo perdidas y de los pagos por concepto de invalidez.

Se han notificado tasas de éxito que oscilan entre el 60 y el 80%. En algunos casos, hasta el 80% de los bebedores problema podían conservar su empleo gracias a la ayuda recibida en estos programas, mientras que anteriormente el 95% de ellos eran despedidos (149).

I.3.4. Costes económicos atribuibles al consumo de alcohol.-

El análisis de los costes sociales del consumo de

alcohol pretende conocer la ineficiencia social creada por el mismo, en relación con los beneficios que la sociedad obtendría si se modificasen las conductas contraproducentes en este área.

Desde el punto de vista de la estimación de los costes sociales del consumo de alcohol, distinguiremos entre costes tangibles e intangibles. Los primeros se refieren a componentes cuya valoración, más o menos dificultosa, es posible, bien por existir un valor de mercado para los mismos o bien por admitir aproximaciones al mismo mediante ajustes e imputaciones. Los costes intangibles son aquellos que muestran una especial dificultad de valoración, como la pérdida en el estado de salud "per se" consecutiva a un consumo excesivo de alcohol (150).

La conclusión a la que normalmente llegan estos estudios es que se trata de problemas de alto coste social, si bien existen múltiples dificultades metodológicas para la estimación correcta del mismo (151).

Algunos autores, como Mc Donnell y Mainard, proponen describir los costes sociales relacionados con el consumo de alcohol concentrándose en cinco áreas principales (152):

a) Costes para la industria, en forma de producción perdida por absentismo laboral, desempleo, mortalidad prema-

tura, descenso en la productividad, etc.

b) Costes de atención sanitaria, en forma de visitas ambulatorias, consultas hospitalarias e ingresos en estas instituciones relacionados con el abuso de alcohol.

c) Costes de servicios sociales para alcohólicos y familiares.

d) Costes en daños materiales, en forma de accidentes en general, accidentes laborales, de tráfico, incendios, etc.

e) Actividad criminal en forma de mayores costes en Policía, prisiones, rehabilitación, juzgados, y los ligados a actividades violentas, etc.

No todos los costes detectados han podido ser estimados, dado las dificultades de cálculo que presentan algunos de ellos. Y, además, las estimaciones de los costes derivados de problemas asociados al consumo de alcohol difieren considerablemente en razón del número de variables tenidas en cuenta y de las metodologías utilizadas.

En los Estados Unidos, según cálculos correspondientes a 1977, el costo de estos problemas ascendió a 49.375 millones de dólares (153), pero ya una estimación correspondiente a 1979 los evaluaba en nada menos que 113.000 (154).

En ambos casos se indicó que la mitad del coste total había correspondido a la empresa.

El abuso de alcohol en la industria canadiense representaba un coste de 7.600 millones de dólares, y se informa que la de la Gran Bretaña sufre una pérdida anual aproximada de 1.500 (155).

Los estudios sobre costes sociales del consumo de alcohol son frecuentes en los últimos años. Holterman y Burrchel (156) estiman la pérdida de producción anual en el Reino Unido, debida al mal uso del alcohol, entre 330 y 540 millones de libras en 1977, y los costes en servicios sociales y de salud, de 38 a 52 millones de libras.

El coste para la sociedad por accidentes de tráfico ha sido extensamente estudiado por el Departamento de Transportes en el Reino Unido y se estimó que en los atribuibles al alcohol se elevaba a 85 millones de libras. El coste total, unido a la pérdida de producción, ascendió a una cantidad entre 430 y 650 millones de libras (157).

Según un estudio español publicado en 1976, un enfermo alcohólico cuesta al Estado 180.000 pesetas al año sólo en concepto de lo que deja de producir. En España, el abuso de alcohol supone un gasto de 20.000 millones de pesetas anuales (158), siendo el debido a consumo de bebidas alrede-

dor del 5% del presupuesto familiar (159).

En 1986, un estudio realizado por el gobierno vasco atribuyó al abuso de alcohol un coste directo de 3.464 millones de pesetas que, junto a los 15.920 atribuidos a los costes indirectos, sumarían un total de 19.384 millones de gastos tangibles (160).

Con ser importantes los estudios de los costes sociales, representan tan sólo una aproximación al problema económico relacionado con el consumo de alcohol.

Un estudio más exhaustivo debería incluir los beneficios sociales de la producción y consumo de alcohol, en forma de generación de renta, creación de riqueza y empleo en la sociedad directa e indirectamente, a través de los sectores productivos con los que se relaciona (vidrio, papel, corcho, químicas, servicios de transporte, agricultura, etc.). Por otra parte, la cifra de coste social no resulta fácilmente comparable con el generado por otros aspectos del consumo o la producción, dado la insuficiencia de estudios al respecto.

También resultaría de gran interés la elaboración de análisis de las medidas de política económica específicas orientadas al mercado de bebidas alcohólicas en términos de la comparación de costes y beneficios de las mismas, es decir, de su eficiencia (150).

El objetivo de las políticas económicas relacionadas con el alcohol no es sólo disminuir los costes sociales atribuibles al consumo abusivo de esta sustancia, sino también el prevenir la aparición de alcoholismo y de otros problemas de salud implicados con dicho consumo.

El modelo imperante de política económica es el basado en el denominado "modelo de distribución de consumo". Este parte del supuesto que el aumento de la accesibilidad al alcohol tiene un efecto causal directo sobre el consumo agregado en la población, lo que a su vez da lugar a un aumento en los daños relacionados con el alcohol (161).

De acuerdo con este modelo, las políticas orientadas a la reducción de la accesibilidad reducirían las tasas de consumo de alcohol y, por ende, la mortalidad y morbilidad asociadas al mismo (162).

Siguiendo estos postulados, en la mayor parte de los países los controles más extendidos sobre el consumo de alcohol son los de tipo económico, destacando la política fiscal impositiva y los controles de precio.

La evidencia parece ser concluyente respecto a la efectividad positiva de los controles en términos de la reducción de los problemas relacionados con el alcohol (163).

En relación con este tema, los economistas han analizado durante muchos años el sistema de impuestos óptimo, en el que los objetivos fiscales incluyan, junto a la necesidad de recaudar una determinada cantidad de ingresos, la distribución de las rentas entre los menos favorecidos, evitando a la vez distorsiones en los patrones de consumo.

En estos estudios se han encontrado ciertas pruebas derivadas de los gastos de las familias, que sugieren que el gasto en bebidas alcohólicas, como porcentaje de los totales, tiende a ser mayor en los hogares con mayor renta. Particularmente, hay un cambio hacia el vino y los licores en contra de la cerveza en la medida que aquélla aumenta.

Sin embargo, el estudio sobre los hábitos de la bebida ha encontrado que el consumo de alcohol en término de unidades estándar no se eleva con la renta, lo que sugiere que las personas con mayores rentas obtienen su alcohol de forma más cara (164,165).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de alcohol presente a lo largo de toda la Historia ha sido la causa de numerosos problemas que con el paso del tiempo se han ido delimitando.

En los capítulos anteriores hemos dejado bien claro cuáles son estos problemas, y detenido en el más específico del alcoholismo o dependencia alcohólica.

Los distintos autores han intentado explicarse de muy diversas formas las razones por las que la gente bebía y el porqué algunas de esas personas lo hacían aun cuando los perjuicios asociados a su bebida eran tan numerosos.

Algunas relevantes teorías han estado basadas en hallazgos antropológicos. Horton (166) insiste en que la función primaria del alcohol en todas las sociedades es reducir la tensión y la frustración.

Field (167), reexaminando la hipótesis de la ansiedad, encuentra que el grado de la embriaguez en las tribus primitivas estaba poco relacionado con el nivel de ansiedad y sí mucho con la organización social. Las tribus sobrias estaban mejor organizadas y controlaban asimismo de mejor forma la agresión de los hijos. Las tribus que bebían estaban más disgregadas y eran más indulgentes con sus hijos.

Heat (168) no encontró prueba alguna que apoyara las hipótesis de la desintegración o de la ansiedad. Estudiando algunas tribus primitivas demostró que el alcohol puede jugar un papel integrador, facilitando las relaciones entre los individuos que normalmente están aislados y son introvertidos.

Otros investigadores también han descrito comunidades bien estructuradas en las que la embriaguez estaba incorporada dentro del orden social (169,170).

Mc Clelland y cols (171), examinando los contenidos de las tradiciones prevalentes en sociedades que beben mucho, llegaron a la conclusión que las personas de las sociedades que no proveen un soporte institucional organizado suficiente abusan del alcohol para superar una sensación de impotencia y alcanzar una potencia mágica.

Bacon (172) señala que la embriaguez frecuente o el alto consumo tiende a ocurrir en sociedades privadas de necesidades de dependencia en la infancia y presiones hacia la autoconfianza en la niñez.

Un conjunto de estudios sociológicos han tratado el impacto de la industrialización, la emigración, el incremento de la complejidad de la sociedad postindustrial, la ruptura de la familia, el declive del papel de apoyo del

pequeño vecindario y la creciente insatisfacción respecto al propio status social (173).

Una revisión de la literatura de la motivación para la bebida señala correctamente que los hábitos de ésta están en función de las costumbres, de los procesos sociales y de las ideologías. Un alto nivel de episodios de embriaguez tenderá a aparecer en culturas que estén dominadas por la ansiedad, desintegradas estructuralmente o incapaces de proporcionar a los individuos una sensación de efectividad y eficacia (174).

De todas formas, los factores que causan la bebida no pueden ser reducidos a la ansiedad, la desintegración social y el sentimiento de impotencia, pues también nos encontramos en el otro extremo del espectro el deseo de alcanzar la euforia y la felicidad sin necesidad de evitar la angustia (173).

Otros factores sociales pueden estar influyendo en el consumo de bebidas alcohólicas: la inestabilidad familiar y los cambios de relaciones entre padres e hijos, los sistemas de valores imperantes basados en el individualismo, el hedonismo, narcisismo, alienación, soledad y desilusión en las ideologías; una sociedad cambiante con el consiguiente debilitamiento del control social, la pérdida del sentido de continuidad y pertenencia, los cambios tecnológicos, etc.

(175,176).

Para otros muchos autores, las causas por las que existen personas que beben, a pesar de conocer el perjuicio derivado de ello, pueden explicarse por medio de teorías biológicas.

Para Ploog (177), verbigracia, la conducta dependiente representa un cortocircuito del comportamiento instintivo. Los componentes instintivos se siguen reforzando de forma continuada. Los procesos motóricos instintivos ya programados, representados en el mesencéfalo, se separan funcionalmente de los componentes motivacionales, representados a su vez en el sistema límbico, a través de los electrodos o mediante autoestimulación eléctrica.

Así pues, el motivational brain recibe continuamente estímulos, pero la adaptación y selección de procesos motóricos previamente programados no funciona.

Considerando las conexiones neuroquímicas que relacionan los núcleos del rafe con el sistema límbico (y otras áreas cerebrales), parece posible un bloqueo selectivo de este tipo que permite la permanencia de respuestas de conducta aprendidas, en tanto que resultan bloqueados los comportamientos motóricos instintivos.

Bejerot (178) en cambio contempla la dependencia como

un impulso artificialmente provocado que se origina por un estímulo químico del centro del placer. La dependencia sería un cortocircuito del mecanismo placer-displacer, de ahí que el alcoholismo, en contra del abuso, consistiría en una enfermedad que se asentaría sobre la pérdida del control.

Los teóricos del aprendizaje también han hecho sus teorizaciones para explicar estas conductas. Para ellos, la ingesta excesiva de alcohol no supondría una enfermedad, sino que se limitaría a una conducta aprendida, elaborada siguiendo los principios básicos del aprendizaje y, como tal, puede ser modificada. En el capítulo dedicado a la revisión del concepto de alcoholismo hemos contemplado estas teorías.

Los psicoanalistas, asimismo, han intentado explicar las causas de la ingesta excesiva de alcohol de muchas maneras. Así, Freud sugiere en sus apuntes sobre las Memorias del Presidente Chreber que "el alcohol suprime las inhibiciones y destruye las sublimaciones. Ocurre a menudo que, después de sufrir una decepción con una mujer, un hombre bebe, lo cual significa que en general recurre al cabaret y a la compañía de otros hombres que le procuren la satisfacción emocional de la que carece" (179).

Knight piensa que las experiencias infantiles infunden en el alcohólico una personalidad caracterizada por excеси-

vas peticiones de indulgencia. Estas demandas le predestinan a la frustración, con el consiguiente malestar y rabia. De un modo reactivo, experimentan deseos hostiles contra los individuos frustradores, lo cual genera sentimientos de culpa y desencadena una autopunición masoquista. Como defensa ante los sentimientos de culpa, el temor a un masoquismo peligrosamente destructivo y las consecuencias reales de su conducta, siente una exagerada necesidad de afecto e indulgencia como prueba de amor. Las excesivas demandas vuelven a conducirlo a la frustración, de modo que el círculo se cierra. El uso de alcohol como pacificador de la ansiedad y la rabia, como canalizador de impulsos hostiles dirigidos a padres y amigos, como método de neutralización masoquista y como símbolo gratificador de la necesidad de afecto induce entonces al sujeto neurótico a un círculo vicioso (180).

Adler en 1941 atribuyó la causa de la adicción a poderosos sentimientos de inferioridad relacionados con un perpetuo estado de inseguridad y con el deseo de huir de responsabilidades. Achacó a la excesiva indulgencia y al mimo la responsabilidad de incapacitar al sujeto para hacer frente a la frustración en la vida adulta, con el consiguiente uso de alcohol como método para contrarrestar las demandas sociales (181).

Menninger supuso que el primer componente del alcoholismo era un impulso autodestructivo. La adicción fue considerada como el procedimiento usado por personas que in-

conscientemente sienten un poderoso impulso de autodes-trucción, derivado de los sentimientos de culpa asociados al odio paterno durante la infancia de modo que esta conducta infantil frustrada requiere una gratificación oral. Precisa también que el conflicto implica una intensa rabia en el niño, por la que desea destruir a sus padres, a pesar del temor a perderlos. Más tarde, el alcohol se convierte en un agente gratificador y vengativo. La hostilidad despertada por la conducta antisocial desencadenada por aquél es el castigo que alivia los sentimientos de culpa. Menninger concluye afirmando que el alcoholismo sería como una forma de suicidio crónico (182).

Bergeret descubre entre los alcohólicos a sujetos en proceso de descompensación neurótica, cuyo alcoholismo sólo constituye una manera de negociar la angustia (183).

Factores psicológicos y psicopatológicos también se han relacionado con el exceso de bebida. Son muchos los estudios que relacionan el alcoholismo con las personalidades border-line (184,185,186).

También ha sido muy frecuente el encontrar en los pacientes alcohólicos historias previas de trastornos afectivos y una clara asociación entre ambos trastornos en los estudios genéticos (187,188,189).

La influencia de la familia en el consumo alcohólico ha sido otro de los factores más estudiados y son muchos los programas terapéuticos que, teniendo esto en cuenta, trabajan desde el principio no sólo con el paciente, sino con toda la familia.

Cuando se repasan todas estas teorías y hallazgos nos encontramos con un nuevo problema: ¿Cómo podemos sintetizarlos e integrarlos?

La atracción básica de todas estas aproximaciones unidimensionales es su simplicidad, ignorando, sin embargo, todas las complejidades que el abuso del alcohol conlleva. Los estudios socioculturales del alcoholismo, verbigracia, no consiguen reconocer el papel de una predisposición heredada y de anormalidades bioquímicas, mientras que los biológicos pueden implicar que el abuso de alcohol es principalmente un síntoma de influencias genéticas subyacentes y deficiencias biológicas hipotéticas, olvidando el resto de los factores influyentes.

Estos problemas han hecho que algunos investigadores hayan formulado una génesis multicausal del uso, abuso y dependencia del alcohol.

Cahalan (190), verbigracia, enfatiza en las actitudes ante la bebida, el apoyo ambiental hacia la bebida fuerte, la impulsividad y el inconformismo, la alienación, el mal

ajuste, las expectativas desfavorables, la disminución del control social, el sexo, la edad, el status socioeconómico y la urbanización.

Cloninger (191) sugirió su propio modelo multifactorial, que enfatizaba la diferencia entre la bebida determinada por factores socioculturales y psicológicos y la dependencia del alcohol como una enfermedad genéticamente determinada. Estos autores no encontraron una correlación entre el alcoholismo y los desórdenes afectivos y sociopatías.

Recientemente, en 1986, Donovan (192) ha señalado los factores de riesgo primario, sexo masculino, historia familiar positiva, déficits neuropsicológicos, déficit psicoestructural (debilidad del ego, esquizofrenia) y personalidad antisocial, así como condiciones intermedias como variables socioculturales y ambientales.

Segal (173) intenta evitar la contradicción entre las teorías socioculturales, hereditarias y dinámicas, abandonando además la sobresimplificación de los modelos unidimensionales y la complicación excesiva de los multidimensionales. Parte de la existencia de una predisposición hereditaria de carácter bioquímico para el alcoholismo. Esta predisposición bioquímica se asocia, a menudo, con otra psicopatológica, en particular con desórdenes afectivos y del control del impulso, que pueden expresar el mismo desorden

genético subyacente, aunque pueden ser variables independientes que coexisten a veces.

Después establece la existencia de factores determinantes de primera y segunda categoría dentro de la complejidad de la etiología del alcoholismo.

El abuso de alcohol en sí mismo, las intoxicaciones frecuentes, una historia de alcoholismo en familiares de primer grado y ciertos rasgos psicológicos serían factores de primera categoría.

Los factores psicosociales y los desórdenes afectivos serían de segunda categoría y conducirían a un alcoholismo de mejor pronóstico.

Segal concluye afirmando que el alcoholismo es un conjunto de síndromes con diversas etiologías y que cada uno de ellos es el producto de la interacción de múltiples fuerzas que forman el estilo alcohólico de funcionamiento.

El reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud de la importancia de los problemas de Salud Pública derivados del consumo de alcohol se ha concretado en el proyecto de mayor envergadura realizado hasta la fecha por este organismo como parte de su programa sobre problemas relacionados con el alcohol.

Se trata de un estudio conjunto sobre las respuestas de la comunidad a este tipo de problemas llevado a cabo en México, Escocia y Zambia, y asociado a varios estudios afines efectuados en otros países, como los de Santander y Sevilla en España (193).

En la primera fase del estudio, que se inició en 1977, se examinaron las modalidades y problemas relativos al consumo de bebidas alcohólicas, así como las actitudes y posibles reacciones de diferentes comunidades ante los problemas relacionados con el alcohol.

Las encuestas generales de población pusieron de manifiesto que la mayoría de las personas con problemas relacionados con el alcohol no están en contacto con ningún organismo oficial de salud o asistencia social (194).

Desde este punto de vista es útil concebir los problemas relacionados con el alcohol como dos mundos, uno de los cuales está compuesto de personas en contacto con algún organismo, y otro que abarca al grupo mayor de la población general que tienen problemas con las bebidas alcohólicas, pero que nunca han estado en contacto con servicio de salud o de asistencia social alguno.

Por otra parte, hasta hace muy poco tiempo, la mayoría de los estudios sobre las relaciones entre consumo de alco-



hol y alcoholismo se han basado en relacionar la proporción existente entre ambos fenómenos, basándose en las correlaciones entre las medias de consumo de alcohol (obtenidas a partir de estadísticas nacionales de orden económico y demográfico) e indicadores indirectos que señalaban la prevalencia del alcoholismo, como podían ser el número de cirrosis hepáticas o de ingresos por alcoholismo (195).

Desde hace algunos años se han iniciado estudios que emplean métodos directos, mediante los cuales el consumo de alcohol se mide entrevistando a pacientes (casos) y a no pacientes (testigos).

No obstante, estos estudios señalan simplemente asociaciones entre el consumo de alcohol y algunas complicaciones del alcoholismo, como la cirrosis (196).

Además, se han limitado a asociar el consumo de alcohol en cantidad, frecuencia y duración con el riesgo de presentar problemas relacionados con aquél, sin analizar los factores determinantes del consumo excesivo de alcohol.

Nosotros consideramos que los factores demográficos y socioeconómicos, las actitudes y normas culturales ante la bebida, los problemas personales y sociales asociados al consumo o el nivel de información sobre los servicios sanitarios o de asistencia social y su utilización son tanto o

más importantes que el simple nivel de consumo para conocer las raíces del problema del abuso de alcohol.

La Organización Mundial de la Salud ha hecho varias recomendaciones para implementar estudios que analicen estos factores y arrojen luz sobre las posibilidades de prevención de los problemas relacionados con el alcohol y sus complicaciones somáticas en cada entorno cultural específico (197).

En 1984 se inició en las provincias españolas de Santander y Sevilla un estudio colaborativo sobre la respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol respaldado por el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud.

El proyecto tiene antecedentes internacionales bien conocidos (198,199,200) y, en este momento, se está desarrollando en varios países europeos con desiguales niveles de apoyo (197).

Otros estudios del grupo de Sevilla analizan las creencias, actitudes y normas culturales en la utilización de servicios en problemas relacionados con el alcohol y los aspectos culturales y normas sociales implicados en el consumo de aquél en esta provincia andaluza (201-206).

Como continuación de estos estudios, hemos creído con-

veniente estudiar una muestra de población alcohólica que acude a tratamiento y compararla con la población general ya estudiada para conocer las diferencias existentes, con la esperanza de poder iniciar un camino que nos lleve a encontrar algunos factores diferenciales que, a su vez, nos ayuden en la planificación de programas preventivos y asistenciales que traten de responder a los problemas derivados del abuso del alcohol en la comunidad, con la especificidad que éstos requieren.

En este estudio, asimismo, pretendemos hacer un análisis comparativo entre los casos de alcohólicos que acuden a tratamiento y una muestra representativa de la población de Sevilla y su provincia a través de sus características sociodemográficas (nivel socioeconómico, nivel de estudios y otras variables sociales), actitudes y normas culturales ante el consumo de alcohol y niveles de información, utilización y actitudes frente a los servicios de atención de salud implicados en la asistencia de los problemas relacionados con el alcohol.

MATERIAL Y METODOS

Los casos de alcoholismo fueron extraídos de la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados ANCLAJE. Esta institución, declarada de interés público, tiene como objetivos la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas relacionados con el alcohol. Se encuentra ubicada en el centro geográfico de la ciudad de Sevilla. Dispone de un equipo de profesionales constituido por un psiquiatra, dos médicos, dos psicólogos y un trabajador social, apoyados por un numeroso grupo de monitores integrado por enfermos alcohólicos recuperados y debidamente formados.

El acceso a Anclaje puede realizarse a través de derivación desde cualquier dispositivo sanitario o de servicios sociales o directamente desde la comunidad.

No existe lista de espera en la fase de acogida, realizándose ésta en el mismo día de la solicitud si se ha hecho a través de la presentación en el centro, y el tratamiento se instaura en la misma semana del primer contacto.

Para establecer la inclusión como caso se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-III (95):

A) Patrón patológico del uso de alcohol o deterioro de la actividad laboral o social debido a su uso:

- Necesidad diaria del alcohol para el desarrollo de la

actividad adecuada

- Incapacidad para disminuir o detener el consumo de alcohol

- Repetidos esfuerzos para controlar o reducir el exceso de bebida (periodos de abstinencia temporal o restricción de la bebida durante determinadas horas del día)

- Embriaguez (permaneciendo intoxicado a lo largo de todo el día, durante al menos dos días)

- Consumo ocasional de licores para animarse (o su equivalente en vino o cerveza)

- Periodos de amnesia para los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación ("blackouts")

- Continuación en el consumo de alcohol a pesar de que el sujeto sabe que los trastornos físicos graves que padece se exacerban con la ingesta

- Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de alcohol, verbigracia, actos violentos durante la intoxicación, faltas en el trabajo, pérdida de empleo, problemas legales (detenciones por intoxicación, accidentes de tráfico en el transcurso de ésta), discusiones o problemas con familiares o amigos debidos al excesivo uso de alcohol.

B) Cualquiera de las dos, tolerancia o abstinencia:

- Tolerancia: Necesidad de aumentar la cantidad de alcohol para conseguir el efecto deseado o disminución notable del efecto utilizando de forma regular la misma cantidad

de alcohol.

- Abstinencia: Desarrollo de abstinencia alcohólica (verbigracia, temblor matutino y malestar aliviado por la bebida) después de abandonar o reducir aquélla.

Constituyeron criterios de exclusión de casos aquellas personas en las que existieran trastornos mentales o de comunicación que impidieran el desarrollo normal de la entrevista.

Se planteó el realizar el estudio centrándose sólo en la población masculina, por ser ésta donde existe una mayor prevalencia de estos problemas y por las dificultades que ofrecía la inclusión de mujeres dada la baja tasa de frecuentación del servicio por parte de éstas.

El número de casos se estableció siguiendo el modelo de Schesselman (207).

Los pacientes fueron entrevistados en la fase de acogida antes de comenzar el tratamiento.

El grupo control se estableció con una muestra representativa de la población de Sevilla. El procedimiento de muestreo fue estratificado aleatorio proporcional, teniendo en cuenta la división administrativa de la provincia en comarcas y municipios.

Las unidades muestrales fueron escogidas al azar en cada comarca entre los municipios incluidos en cada intervalo modal según el tamaño de la población.

El número de individuos elegidos en cada municipio se fijó de forma proporcional al número de habitantes de dieciocho o más años de edad. Los datos se obtuvieron de los padrones municipales actualizados.

Teniendo en cuenta este diseño y los objetivos del proyecto se hizo un cálculo del tamaño mínimo necesario de la muestra poblacional, considerando una prevalencia esperada de problemas relacionados con el alcohol de 8-9%, con una precisión del 1% y un error alfa del 2,5%.

La prevalencia esperada se basaba en las últimas encuestas de base poblacional de la población española (208,209).

Siguiendo este diseño se entrevistaron 1.001 varones en la provincia de Sevilla durante el año 1987.

La representatividad de la muestra quedó patente en el análisis de control de sesgos y resultados realizado por el grupo de Sevilla (210).

En ambos grupos (casos y controles), se utilizó la

Encuesta de Población General utilizada por primera vez en el estudio internacional de la Organización Mundial de la Salud de la Respuesta Comunitaria a los Problemas Relacionados con el Alcohol en Escocia, Estados Unidos de América, México y Zambia, cuidadosamente adaptado a España por los grupos de Sevilla y Santander en 1985 (202).

El cuestionario está diseñado como un instrumento de entrevista personal con un total de 163 items. Está dividido en varias secciones:

- Datos demográficos y de identificación
- Patrones de consumo
- Normas culturales y sociales en torno a la bebida
- Problemas relacionados con el alcohol
- Actitudes, creencias y preferencias en lo que concierne a la asistencia de personas con problemas relacionados con la bebida.

Los encuestadores fueron validados en la fase piloto de la encuesta tras un entrenamiento en el empleo de este cuestionario, valorando su variabilidad intra e interpersonal (211).

El periodo de recogida de datos fue de nueve meses para la muestra, y de cinco para los controles, siendo el tiempo medio de la entrevista de 43', con un rango de 32 a 69'.

Los datos recogidos con el cuestionario se clasificaron e introdujeron en una base de datos relacional computerizada especialmente diseñada para manipularlos y analizarlos estadísticamente.

El análisis estadístico se hizo con el programa BMDP (212).

Para el control de sesgos de confusión hicimos un análisis estratificado, empleando el método recomendado por Mantel y Haenszel (213).

RESULTADOS

Hemos querido analizar en primer lugar las particularidades de la muestra de enfermos alcohólicos, estudiando para ello de entrada algunas de sus características sociodemográficas y algunos grupos de datos de la encuesta:

a) Problemas personales que se refieren a las consecuencias negativas del alcohol sobre el bienestar físico y psicológico del bebedor.

b) Razones que aducen estas personas para beber y para no hacerlo.

c) Normas culturales y actitudes de los alcohólicos ante la bebida en distintas edades, sexos y situaciones.

d) Las opiniones de los alcohólicos sobre la gravedad de los acontecimientos provocados por la bebida y sobre lo apropiado de estas situaciones problemáticas.

Los factores sociodemográficos se muestran en las ocho primeras gráficas.

En la Gráfica R-I se expone la distribución de enfermos según el lugar de residencia, en dos grupos según ésta se encuentre ubicada en el medio rural (16,8%) o urbano (83,2%).

En la Gráfica R-II se representa la distribución en grupos de edades a partir de los dieciocho años. Observamos

cómo el número va haciéndose mayor hasta los cincuenta años para descender a partir de aquí de una forma drástica. Nos encontramos, asimismo, con que el 60% de los enfermos alcohólicos están comprendidos entre los treinta y los cincuenta años.

La Gráfica R-III representa la distribución de los alcohólicos según su estado civil, encontrándonos con que el 27,7% son solteros, el 60,4%, casados, y el 11,9% se hallan separados.

La distribución de los casos según el nivel de educación se encuentra representada en la Gráfica R-IV, situados en cuatro grupos: Los que no han recibido ningún tipo de educación, los que la han recibido sólo primaria y los que han alcanzado la secundaria o universitaria. Nos encontramos con que el 66% de la muestra de enfermos alcohólicos se encuentra comprendido en los dos grupos inferiores (educación primaria o sin educación).

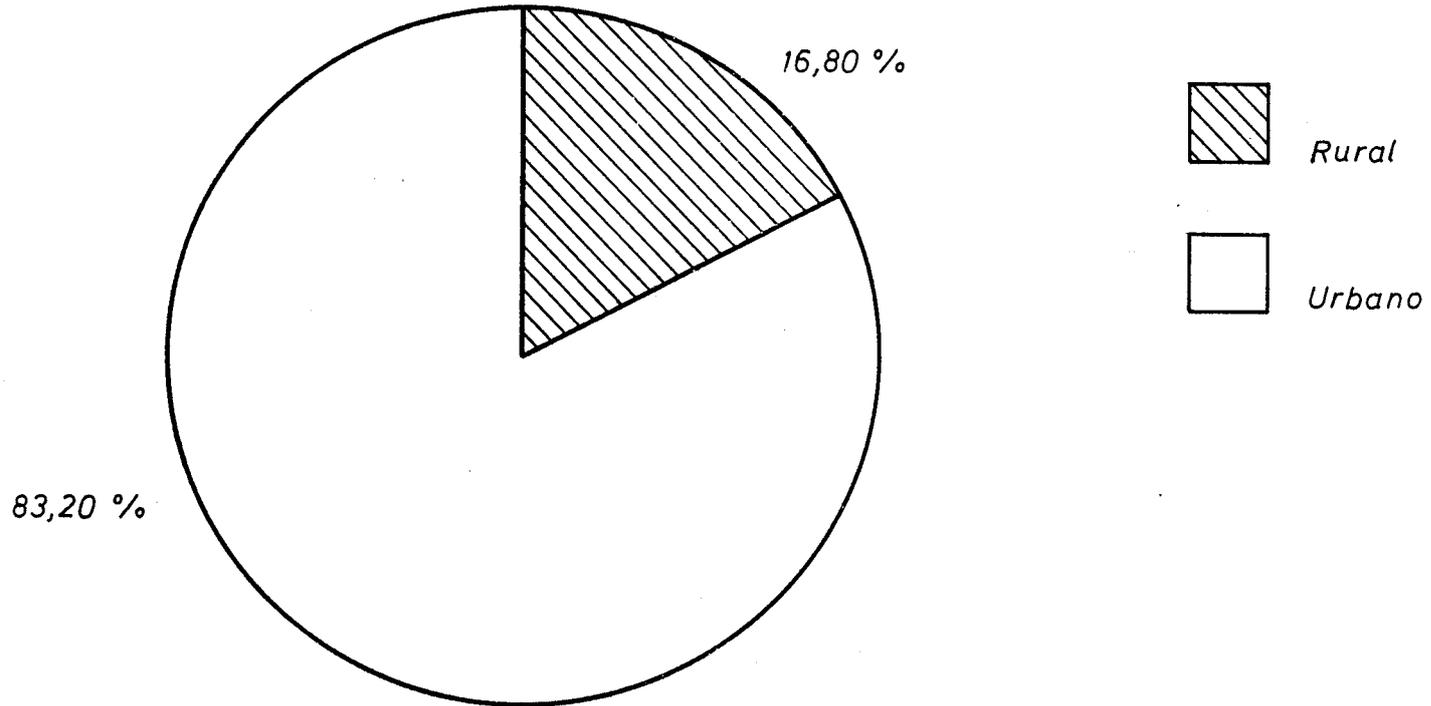
La frecuencia de prácticas religiosas se expone en la Gráfica R-V, encontrando que el 67,7% no es practicante y que el 13,5% las realiza con una frecuencia superior al mes.

La Gráfica R-VI nos muestra como el 61,4% de nuestra muestra se encuentra trabajando en el momento de la encuesta, mientras que el 38,8% padece situación de desempleo.

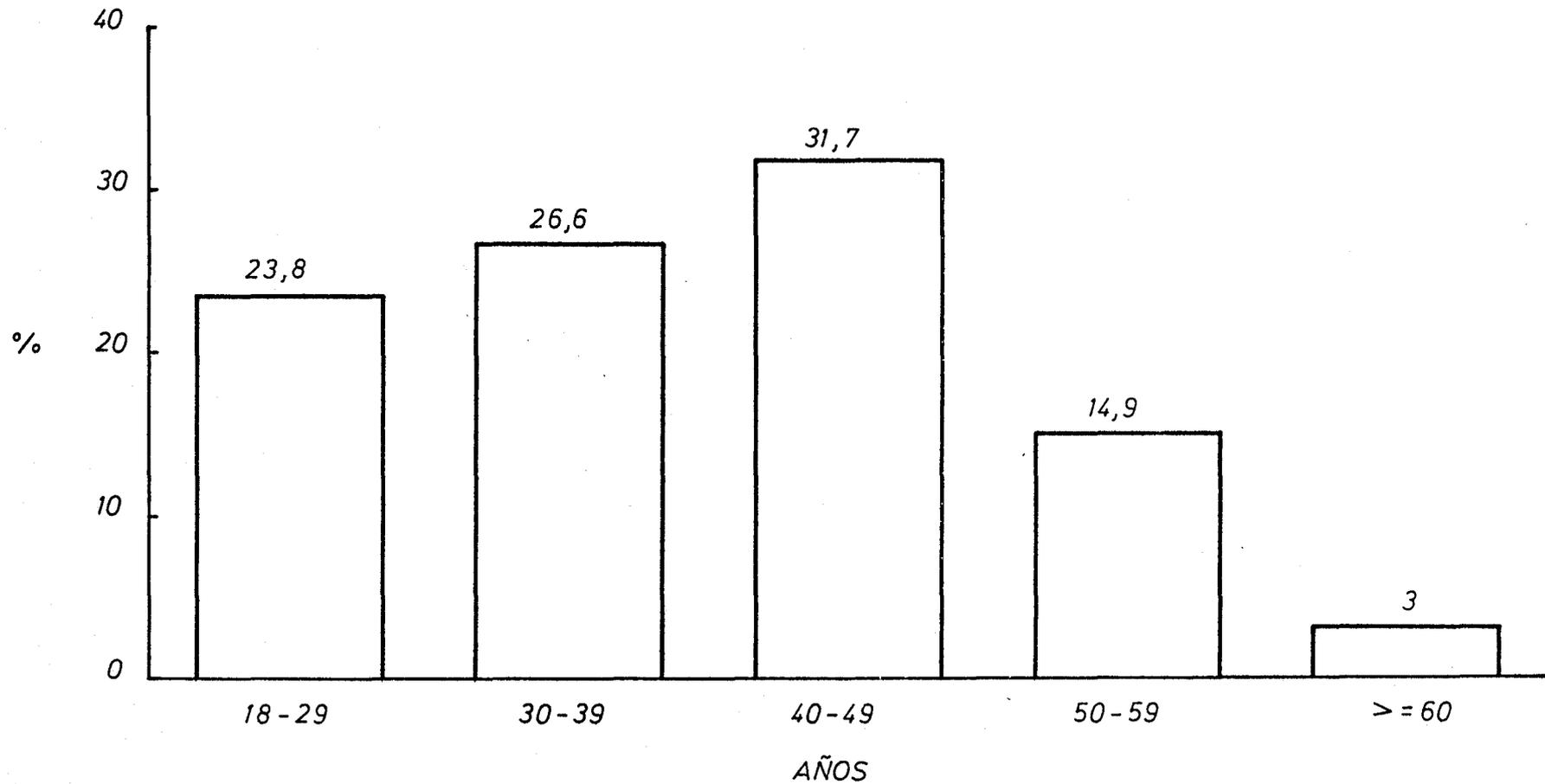
La distribución de enfermos alcohólicos en grupos socioprofesionales se encuentra representada en la Gráfica R-VII.

El nivel de ingresos aparece distribuido en tres grupos: Los que ganan menos de 50.000 pesetas/mes, los que se hallan entre 50 y 100.000 y los que reciben ingresos superiores. Todo ello aparece en la Gráfica R-VIII, encontrando que el grupo con ingresos superiores es casi el doble (41,7%) que el de inferiores (21,9%):

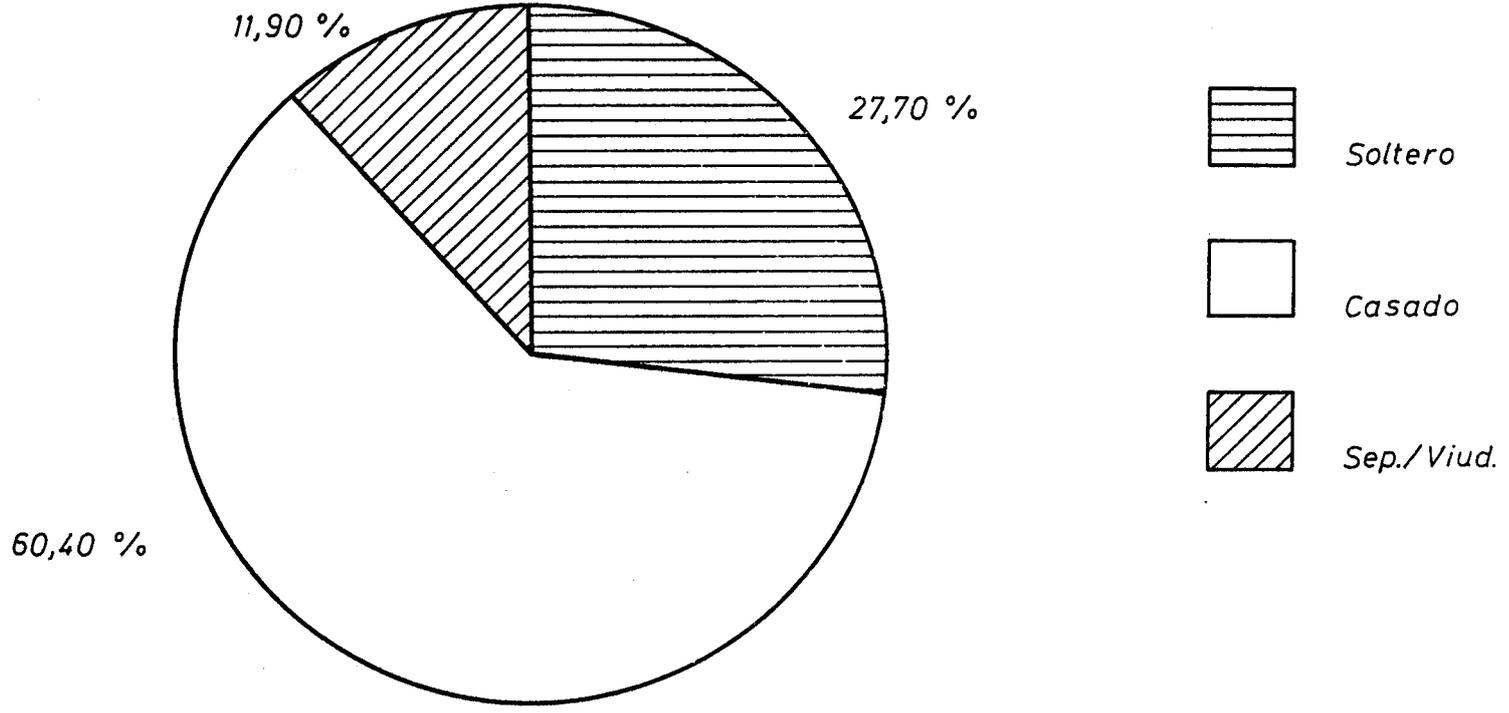
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE ALCOHOLICOS SEGUN EL LUGAR DE RESIDENCIA



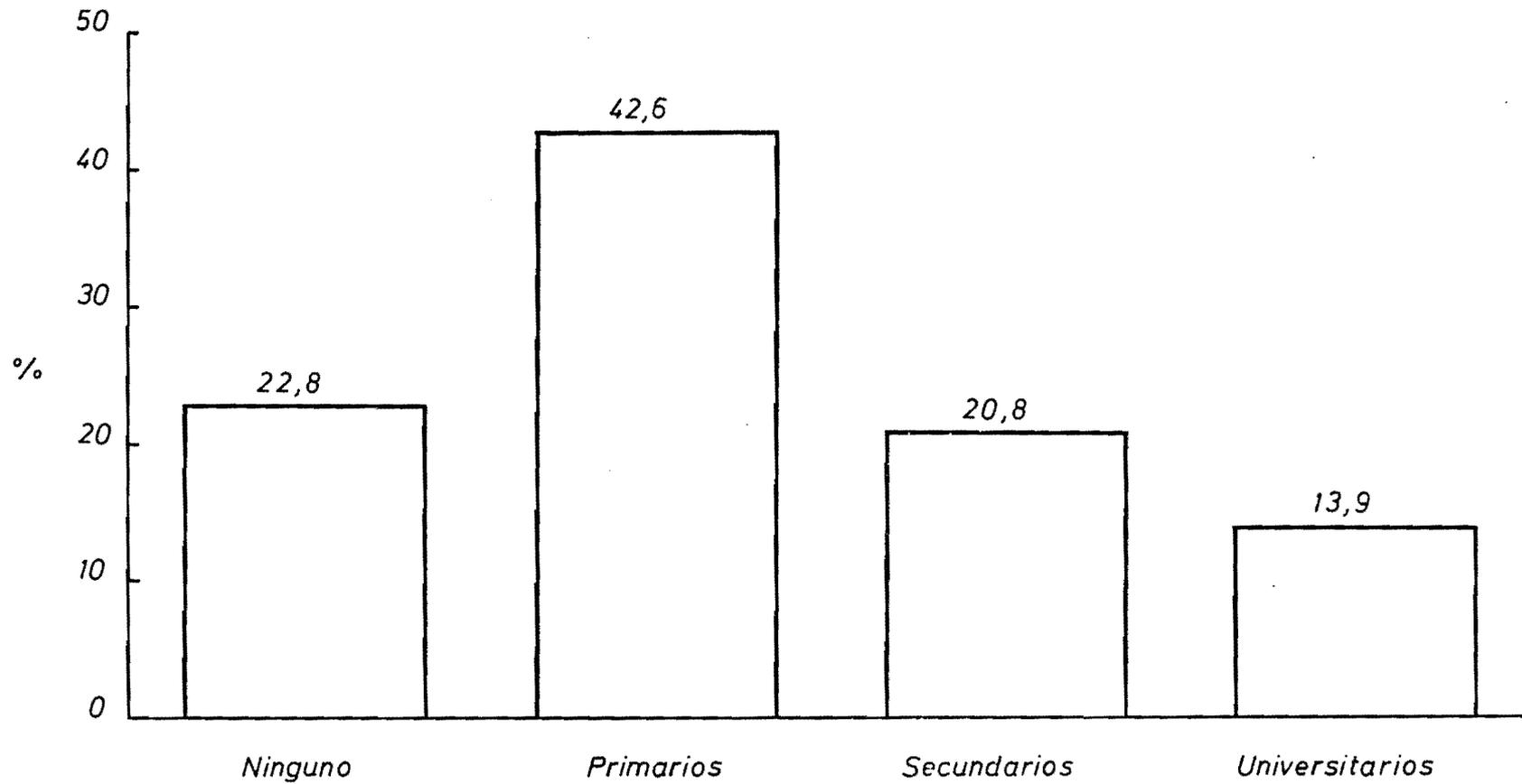
*DISTRIBUCION DE LA MUESTRA
DE ALCOHOLICOS POR EDADES*



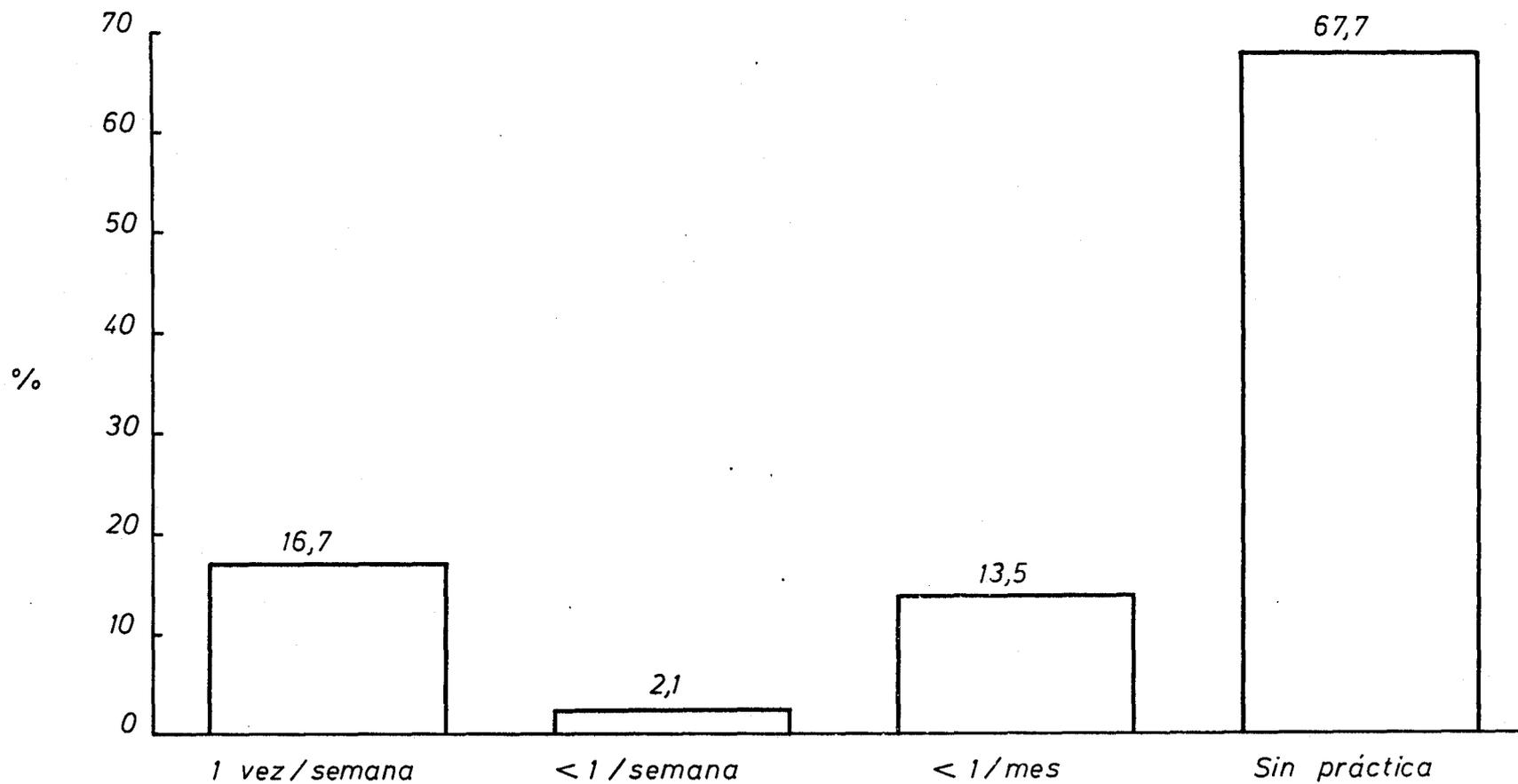
DISTRIBUCION DE LA MUESTRA DE ALCOHOLICOS SEGUN EL ESTADO CIVIL



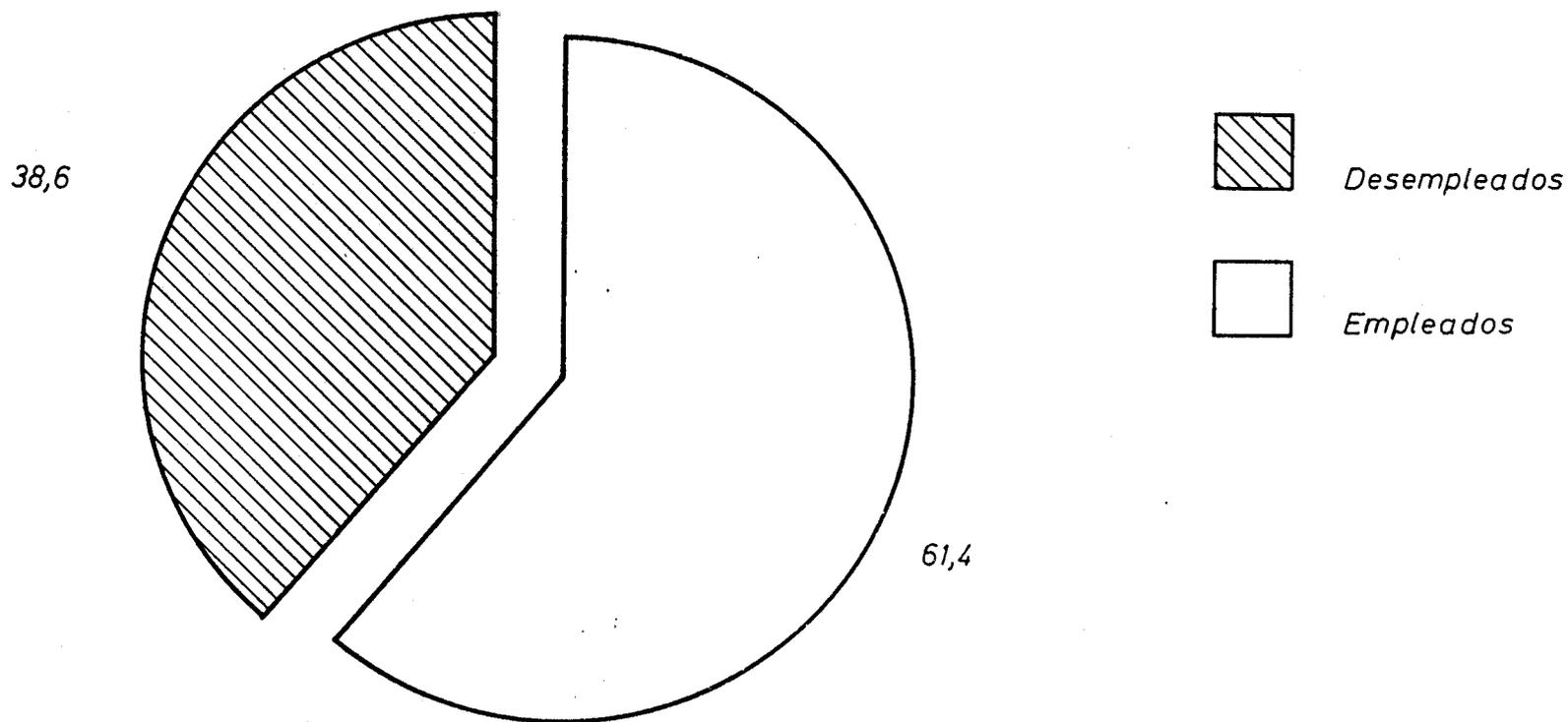
DISTRIBUCION DE ALCOHOLICOS SEGUN EL NIVEL DE EDUCACION



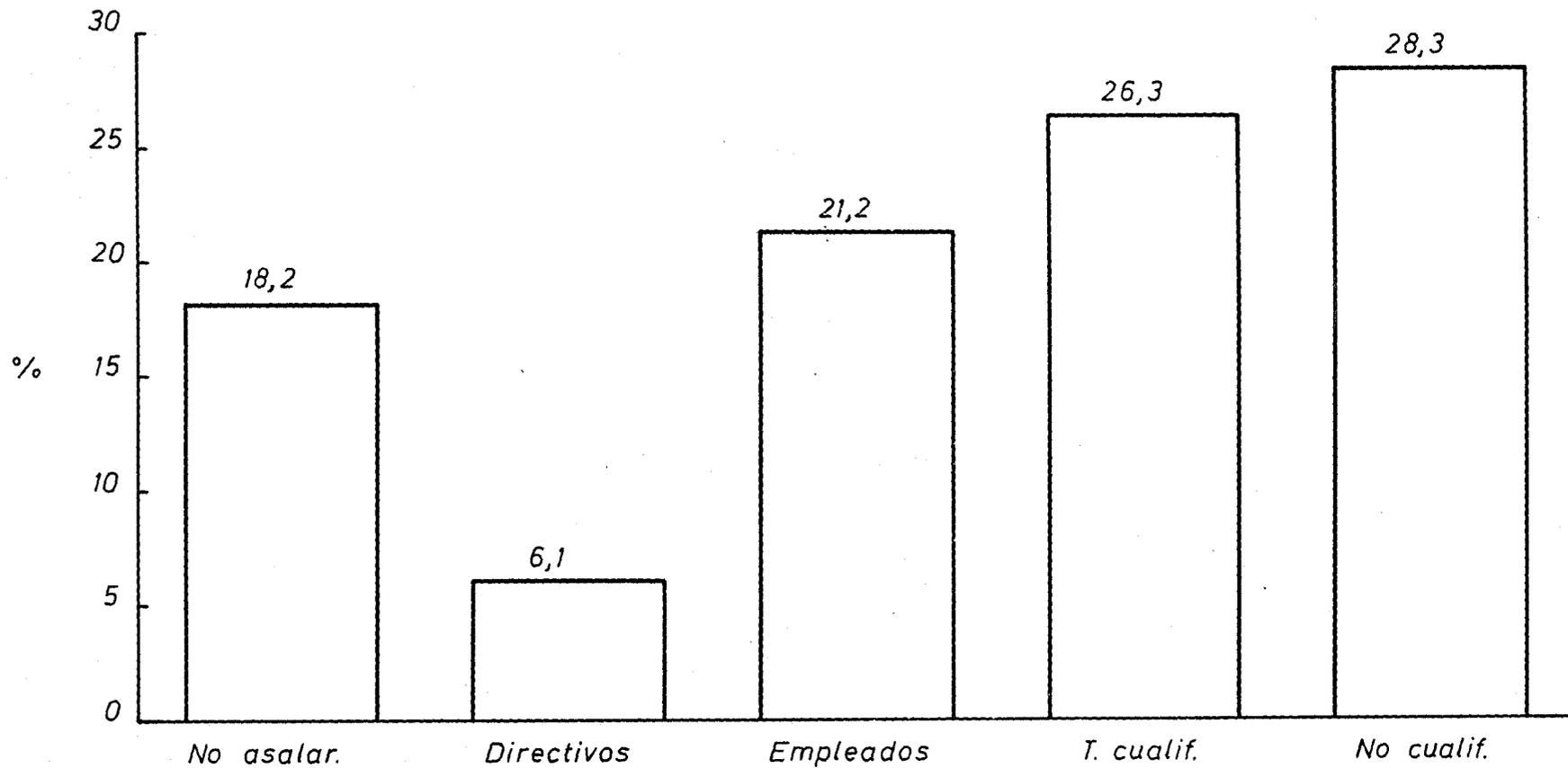
*DISTRIBUCION DE LOS ALCOHOLICOS SEGUN
LA FRECUENCIA DE PRACTICA RELIGIOSA*



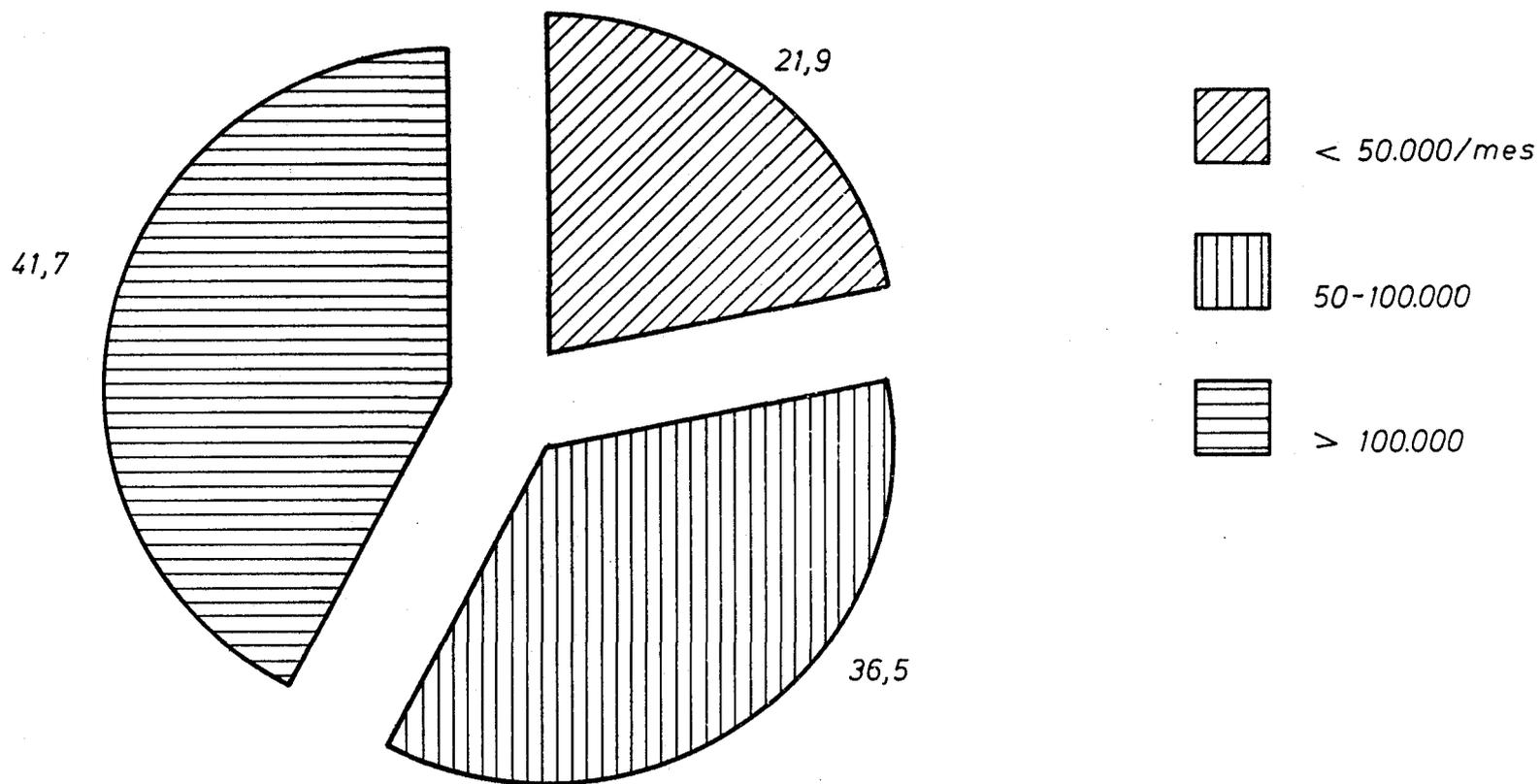
DISTRIBUCION DE ALCOHOLICOS SEGUN SU ACTUAL SITUACION LABORAL



DISTRIBUCION DE ENFERMOS ALCOHOLICOS EN GRUPOS SOCIO-PROFESIONALES



DISTRIBUCION DE ALCOHOLICOS SEGUN EL NIVEL DE INGRESOS ECONOMICOS



Los problemas personales que se refieren a las consecuencias negativas del alcohol sobre el bienestar físico y psicológico de los bebedores vienen expresados en el Cuadro R-I por orden de frecuencia. En él podemos apreciar que casi la totalidad de los alcohólicos (94,1%) consideran que deben disminuir su bebida o dejarla por completo. El haber estado intoxicado durante varios días seguidos lo manifiesta hasta el 88% de los encuestados. El no recordar al día siguiente lo que habían hecho mientras bebían y el haber sido informados por su médico que la cantidad de bebidas alcohólicas que estaban consumiendo les estaba perjudicando le siguen en orden de importancia con una frecuencia del 80,2% y 73,3%, respectivamente. Los problemas que menos se manifiestan en nuestra muestra de alcohólicos son el que les hayan pedido que salieran de un lugar por estar bebidos, el haber sufrido un accidente en casa por la misma razón y el haberlo tenido en el medio laboral relacionado con el consumo de alcohol.

También se muestran en el siguiente Cuadro R-II las razones que los alcohólicos aducen para beber. Las dos primeras causas a las que atribuyen la bebida son claramente de naturaleza social: Es lo que hace la mayoría de la gente (86%) y es lo que hacen la mayor parte de mis amigos cuando están juntos (82%). A continuación aparecen motivos de tipo psicológico: Bebo cuando me siento tenso y nervioso (70%), el beber me ayuda a olvidarme de mis problemas y preocupaciones (66,3%) y me gusta sentirme alegre (61,4%), y el

beber me da más confianza y seguridad en mi mismo (60,4%). Las razones celebratorias y la dificultad para ocupar el tiempo libre siguen en la escala: Beber es una forma de celebrar algo (58,4%) y bebo porque no hay otra cosa que hacer (40,6%). En el último lugar de los motivos que se aducen para beber está el considerar las bebidas alcohólicas como parte de una buena alimentación, que sólo postula el 3% de los encuestados.

Entre las razones aducidas para dejar de beber, expuestas en el Cuadro R-III, nos encontramos con que las tres primeras esgrimidas se relacionan con la salud: Beber es malo para la salud (97%), le da miedo volverse alcohólico (85%) y el beber puede hacerle sentirse enfermo (84%). El que su familia y amigos se molesten cuando beben (81%) y el hacer cosas de las que después se arrepienten por beber (72%) son las razones que dan a continuación para dejar la bebida. Las que parecen influir menos para dejarla son el que las bebidas alcohólicas sean muy caras (59%), el que la bebida puede originar problemas con la Policía o las autoridades (28%) y el que vaya contra su religión o sus creencias (5,1%).

 CUADRO R-I.- EXPERIENCIAS DE LOS ALCOHOLICOS EN RELACION CON
 LA BEBIDA SEGUN SU ORDEN DE FRECUENCIA

1.- CONSIDERA QUE DEBIA DISMINUIR SU BEBIDA O DEJAR DE BEBER POR COMPLETO	94,1%
2.- HABER ESTADO BEBIENDO (INTOXICADO) DURANTE VARIOS DIAS SEGUIDOS	88,0%
3.- SE HA DESPERTADO AL DIA SIGUIENTE DE HABER BEBIDO SIN RECORDAR LO QUE HABIA HECHO MIENTRAS BEBIA	80,2%
4.- HABER SIDO INFORMADO POR EL MEDICO DE QUE LA CANTIDAD QUE CONSUMIA LE ESTABA PERJUDICANDO	73,3%
5.- SENTIO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL MIENTRAS ESTABA TRABAJANDO	68,3%
6.- HABERSE AVERGONZADO DE ALGO QUE HIZO MIENTRAS BEBIA	62,4%
7.- HABER SENTIDO QUE LAS MANOS LE TEMBLABAN POR LA MAÑANA HASTA DESPUES DE HABER BEBIDO	61,4%
8.- ALGUNAS VECES SE EMBORRACHO A PESAR DE TENER COSAS IMPORTANTES POR LAS QUE NO DEBIA HACERLO	61,4%
9.- NECESIDAD DE TOMAR UNA COPA COMO PRIMER ACTO AL LEVANTARSE POR LA MAÑANA	59,4%
10.- HABER PARTICIPADO EN UNA PELEA POR ESTAR BEBIENDO	21,0%
11.- HABERSE VISTO INVOLUCRADO EN UN ACCIDENTE DE CARRETERA CUANDO HABIA ESTADO BEBIENDO	18,8%
12.- LE HAYAN PEDIDO QUE SALIERA DE UN LUGAR POR ESTAR BEBIDO	8,9%
13.- HABERSE VISTO INVOLUCRADO EN UN ACCIDENTE DOMESTICO POR HABER ESTADO BEBIENDO	4,0%
14.- HABERSE VISTO INVOLUCRADO EN UN ACCIDENTE EN EL TRABAJO POR HABER ESTADO BEBIENDO	0,0%

 CUADRO R-II.- RAZONES QUE ADUCEN LOS ALCOHOLICOS PARA BEBER
 SEGUN SU ORDEN DE FRECUENCIA

1.- ES LO QUE HACE LA MAYORIA DE LA GENTE	86,0%
2.- ES LO QUE HACEN LA MAYOR PARTE DE MIS AMIGOS CUANDO ESTAN JUNTOS	82,0%
3.- BEBO CUANDO ME SIENTO TENSO Y NERVIOSO	70,0%
4.- EL BEBER ME AYUDA A OLVIDARME DE MIS PROBLEMAS Y PREOCUPACIONES	66,3%
5.- ME GUSTA SENTIRME ALEGRE	61,4%
6.- ME DA MAS CONFIANZA Y SEGURIDAD EN MI MISMO	60,4%
7.- BEBER ES UNA BUENA FORMA DE CELEBRAR ALGO	58,4%
8.- BEBO PORQUE NO HAY OTRA COSA QUE HACER	40,6%
9.- ES PARTE DE UNA BUENA ALIMENTACION	3,0%

 CUADRO R-III.- RAZONES QUE ADUCEN LOS ALCOHOLICOS PARA NO
 BEBER SEGUN SU ORDEN DE FRECUENCIA

1.- BEBER ES MALO PARA LA SALUD	97,0%
2.- LE DA MIEDO VOLVERSE ALCOHOLICO	85,0%
3.- EL BEBER PUEDE HACERLE SENTIRSE ENFERMO	84,0%
4.- SU FAMILIA Y SUS AMIGOS SE MOLESTAN CUANDO BEBE	81,0%
5.- AL BEBER FRECUENTEMENTE HACE COSAS DE LAS QUE LUEGO SE ARREPIENTE	72,0%
6.- PUEDE PERJUDICAR SU TRABAJO	67,0%
7.- LE LLEVA A PERDER EL CONTROL SOBRE SU VIDA	60,0%
8.- EL BEBER CUESTA MUCHO, CUANDO SE NECESITA DINERO PARA OTRAS COSAS	59,0%
9.- EL BEBER PUEDE OCASIONARLE PROBLEMAS CON LA POLICIA O LAS AUTORIDADES	28,0%
10.- EL BEBER VA CONTRA SU RELIGION O SUS CREENCIAS	5,1%

En la siguiente Gráfica R-IX (1,2 y 3) se exponen las normas culturales y actitudes de la población ante la bebida y sus efectos a distintas edades y en distintos sexos, pidiendo a los entrevistados que ante cada situación eligieran una sola de las siguientes opciones sobre lo que debería beberse:

- a) Nada
- b) 1 ó 2 copas solamente
- c) Suficiente para sentir los efectos, pero sin emborracharse
- d) A veces está bien emborracharse.

Las situaciones sexo-edad fueron las siguientes: Un chico de dieciséis años, un hombre de veintiuno, un hombre de cuarenta, un hombre de sesenta, una chica de dieciséis, una mujer de veintiuno, una mujer de cuarenta y una mujer de sesenta.

Como se muestra en las gráficas correspondientes, la permisividad fue siempre mucho mayor hacia los hombres en las mismas edades (Gráfica R-IX 1,2 y 3).

Las opiniones de los alcohólicos sobre el consumo de bebidas alcohólicas que deben permitirse en distintas situaciones, utilizando las medidas anteriores, se muestra en el cuadro siguiente (Cuadro R-IV).

Para la valoración que los alcohólicos hacen sobre la

gravedad de algunos acontecimientos relacionados con la bebida se utilizaron cuatro viñetas en las cuales se describían hipotéticas situaciones provocadas por el alcohol. Las viñetas fueron las siguientes:

"Hombre caído".- Suponga que un hombre bebe tanto que se cae en la calle y no se puede levantar.

"Mujer golpeada".- Suponga que un hombre ha golpeado a su esposa estando borracho.

"Mujer tambaleante".- Suponga que una mujer en la calle o en algún otro lugar público ha bebido tanto que no puede caminar bien.

"Penuria familiar".- Suponga que un hombre gasta tanto en la bebida que ocasiona un problema de penuria familiar.

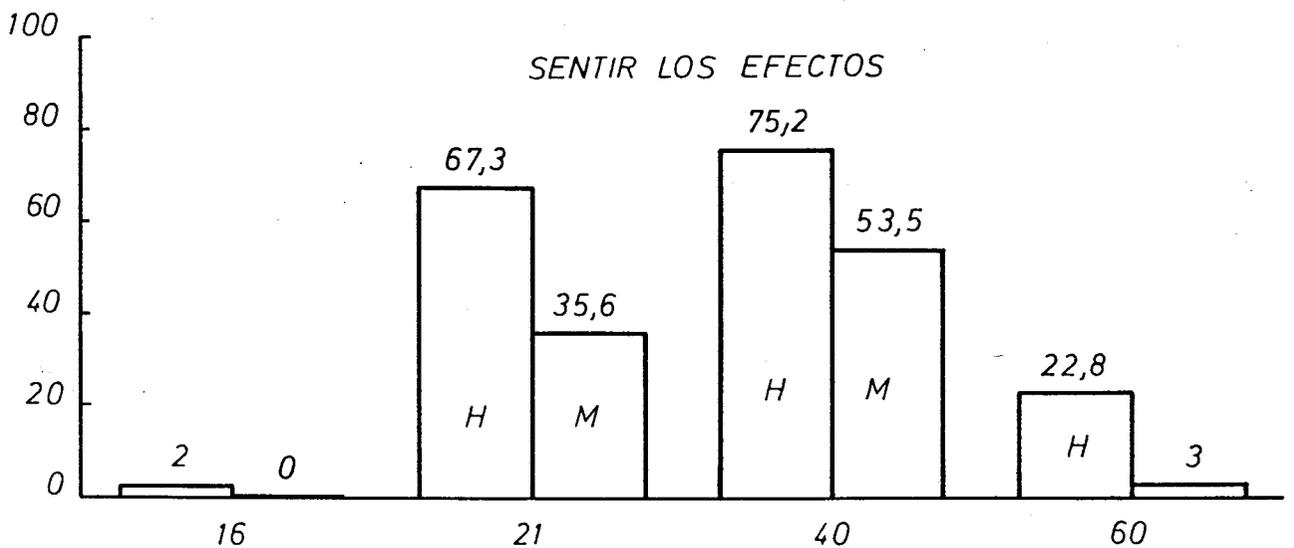
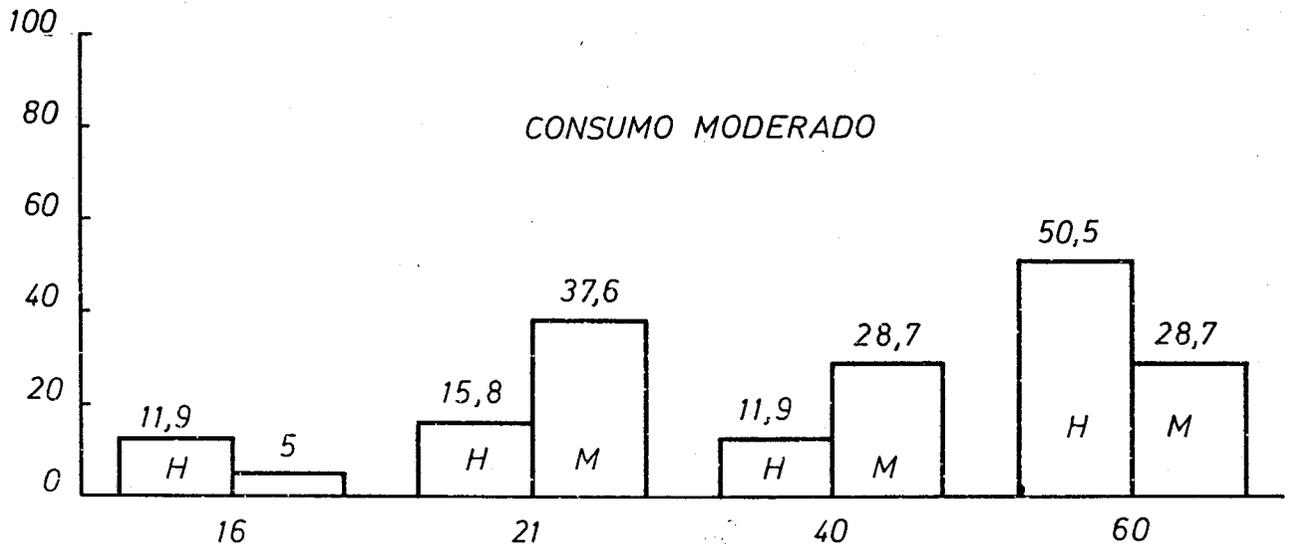
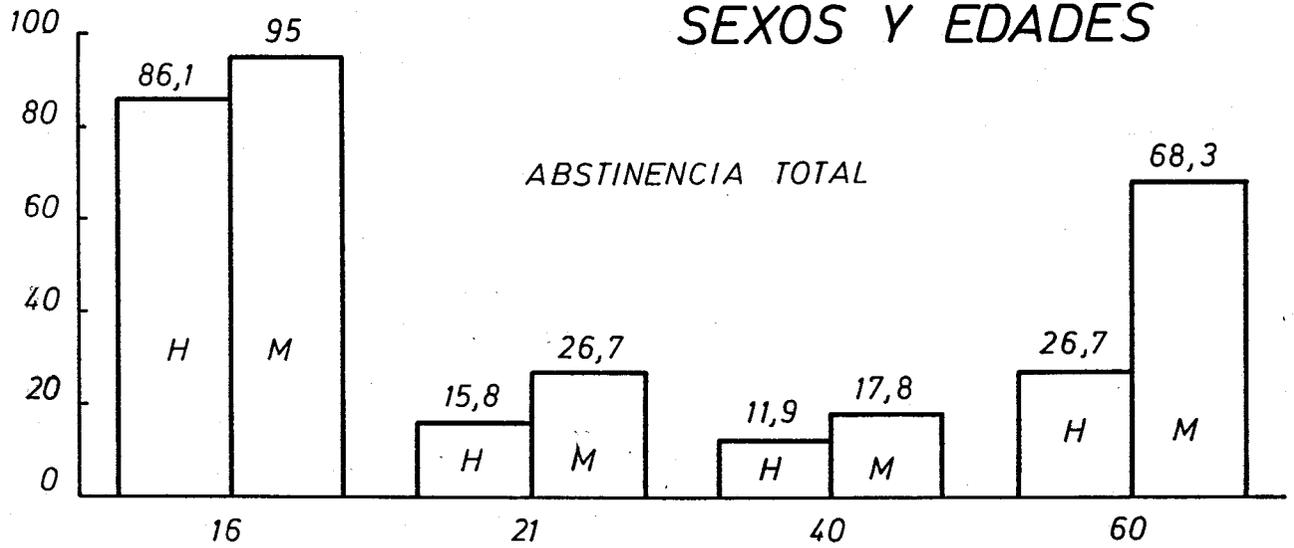
En la Gráfica R-X se presentan los porcentajes de los entrevistados que valoran cada uno de estos hipotéticos acontecimientos como "muy grave", "menos grave" y "nada grave".

En la siguiente gráfica se representa la frecuencia con la que los entrevistados percibían estos acontecimientos en su comunidad, obteniéndose unos porcentajes del 60,4% para el "hombre caído", 45,5% para la "mujer golpeada", 28,7% para la "mujer tambaleante" y 25,7% para la "penuria familiar" (Gráfica R-XI).

Para terminar con los resultados obtenidos sobre el

grupo de pacientes alcohólicos entrevistados, elaboramos una tabla en la que se presentan por orden de frecuencia las instituciones que estas personas recomendarían para tratar problemas relacionados con el alcohol. Las asociaciones de alcohólicos, con el 76,2%, son las preferidas, siguiéndoles los médicos generales (32%), los psiquiatras (20,8%) y los dispensarios de alcoholismo (20,8%). La Iglesia y las instituciones benéficas no serían recomendadas por paciente entrevistado alguno (Gráfica R-XII).

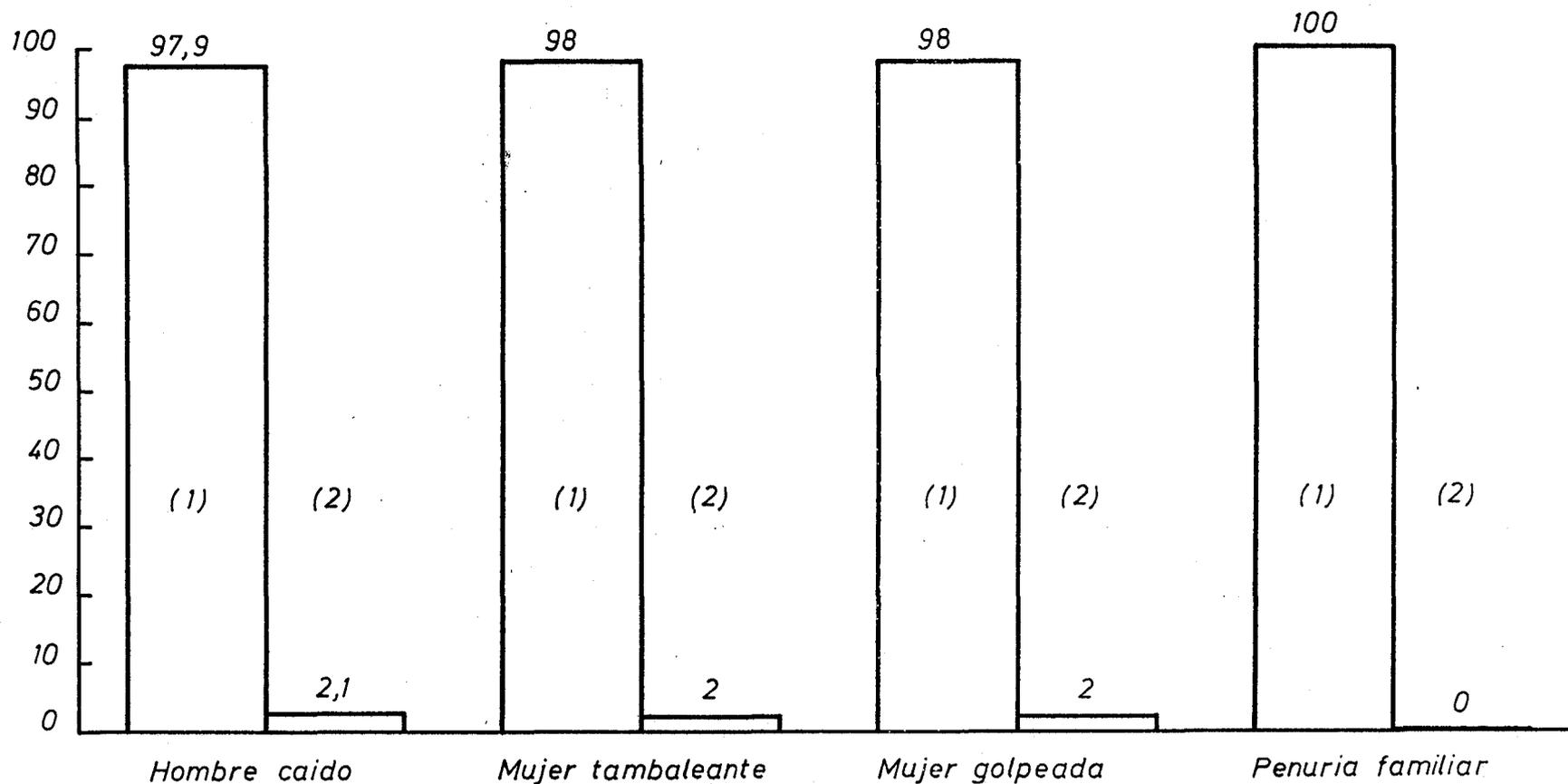
OPINIONES DEL ALCOHOLICO SOBRE CONSUMO DE ALCOHOL EN DISTINTOS SEXOS Y EDADES



**CUADRO R-IV.- OPINIONES SOBRE EL CONSUMO MAXIMO PERMITIDO EN
DISTINTAS SITUACIONES**

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG
1.- EN UN BAR CON AMIGOS	4,0%	22,8%	73,3%	0,0%
2.- EN UNA FIESTA EN CASA DE OTRA PERSONA	4,0%	8,9%	79,2%	7,9%
3.- UN PADRE O UNA MADRE QUE ENTRETIENE A SUS HIJOS PEQUEÑOS	81,2%	18,8%	0,0%	0,0%
4.- DURANTE LAS DE TRABAJO	72,3%	24,8%	3,0%	0,0%
5.- ESTANDO DE VISITA CON SUS PADRES	56,4%	40,6%	3,0%	0,0%
6.- EN CASA CON AMIGOS	5,0%	37,6%	57,4%	0,0%
7.- AL REUNIRSE CON LOS AMIGOS DESPUES DEL TRABAJO Y ANTES DE IRSE A CASA	6,9%	48,5%	44,6%	0,0%
8.- ESTANDO REUNIDO CON OTRA GENTE PARA ACON- TECIMIENTO DEPOR- TIVO O RECRETVO	10,9%	36,6%	51,5%	1,0%
9.- AL IR A CONducIR SU AUTOMOVIL	92,0%	7,0%	1,0%	0,0%

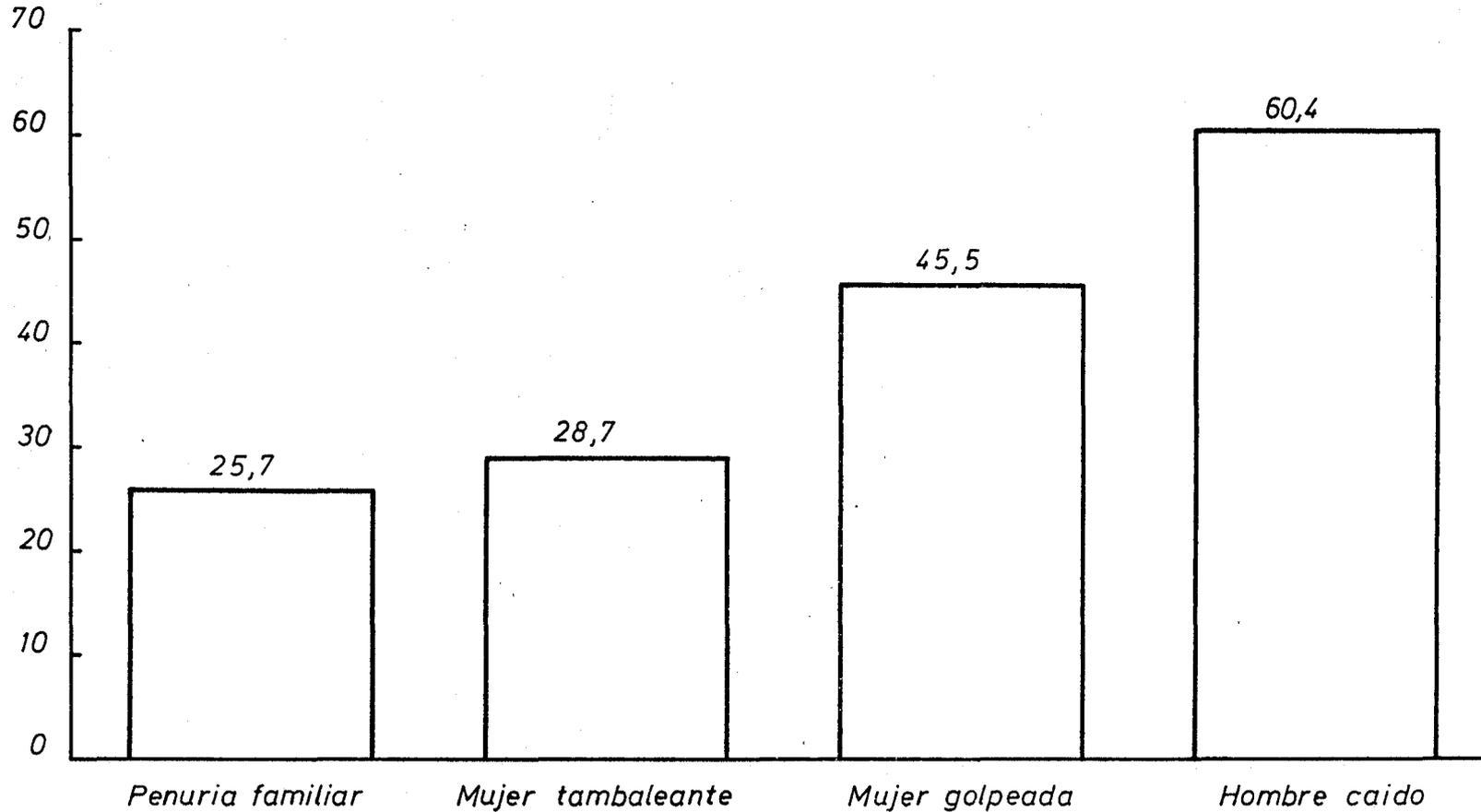
VALORACIONES SOBRE LA GRAVEDAD DE LOS ACONTECIMIENTOS POR PARTE DE LOS ALCOHOLICOS



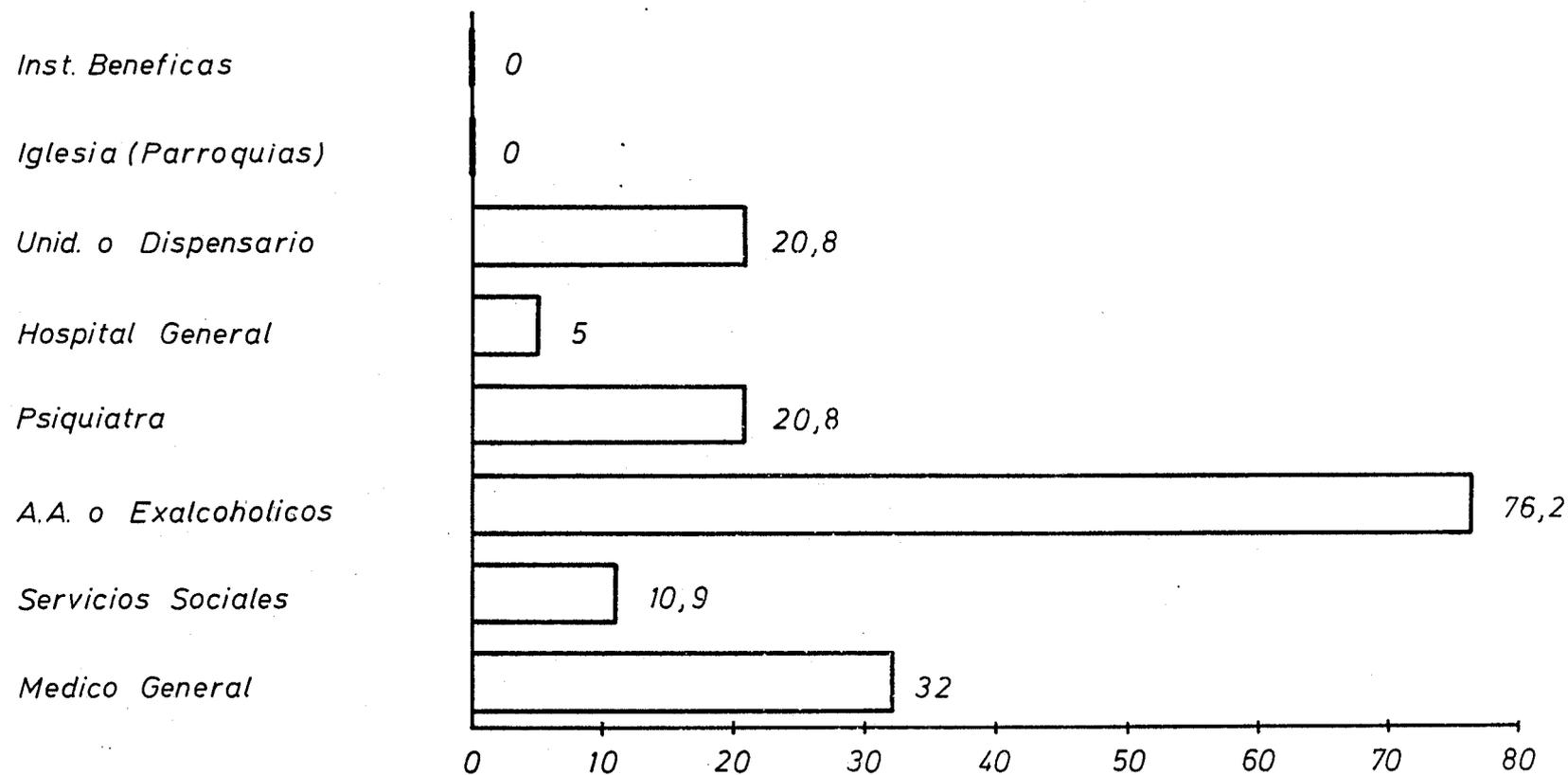
(1) MUY GRAVE

(2) MENOS GRAVE mas NADA GRAVE

PERCEPCION DE LOS ALCOHOLICOS SOBRE ALGUNOS
ACONTECIMIENTOS RELACIONADOS CON EL ABUSO
DEL ALCOHOL EN SU COMUNIDAD



SERVICIOS QUE RECOMENDARIA LOS ALCOHOLICOS PARA TRATAMIENTO POR ORDEN DE FRECUENCIA



Tras exponer los resultados obtenidos sobre las particularidades de la muestra de enfermos alcohólicos, hemos comparado a éstos con otra muestra extraída de la población general y a la que se ha sometido al mismo cuestionario.

Las variables que hemos comparado las agrupamos de la siguiente forma:

- a) Factores sociodemográficos.
- b) Situación general de salud en los últimos doce meses.
- c) Problemas personales que se refieren a las consecuencias negativas del alcohol sobre el bienestar físico y psicológico.
- d) Razones para beber y para no hacerlo.
- e) Normas culturales y actitudes ante la bebida y sus efectos a distintas edades y sexos y en diferentes situaciones.

Los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Entre los factores sociodemográficos, expuestos en las ocho primeras tablas, encontramos que existe una diferencia muy significativa entre la muestra de alcohólicos y la de la población general en cuanto al lugar de residencia: Los alcohólicos provienen fundamentalmente del medio urbano (83,2%), mientras que en la muestra de población general se

distribuyen de una manera más uniforme, encontrándonos el 55,9% de población rural frente al 16,8% de población urbana (Tabla I).

En la distribución por edades no existen diferencias significativas aun cuando los porcentajes de los grupos de 30-39 años y de 40-49 años son mayores en el grupo de población alcohólica que en la población general, ocurriendo lo contrario para los restantes grupos de edades (Tabla II).

En relación al estado civil, volvemos a encontrarnos diferencias significativas que proceden de la gran cuantía existente de separados y viudos entre las dos muestras: Los alcohólicos alcanzan un porcentaje del 11,9%, mientras que la población general sólo llega a obtener el 0,4% (Tabla III).

Tampoco existen diferencias significativas referentes al nivel de educación, aun cuando entre el grupo de alcohólicos encontramos porcentajes inferiores entre los que no tienen educación alguna y se encuentran aumentados respecto a los controles entre los que poseen educación universitaria (Tabla IV).

Al abordar el apartado de frecuencia de prácticas religiosas, vuelven a aparecer diferencias significativas: El 67,7% de los casos declaran no tener práctica religiosa

alguna, frente al 37,2% de la población general, existiendo también diferencias en el otro extremo en sentido inverso, pues mientras encontramos el 16,7% de alcohólicos que declaran realizar prácticas religiosas con una frecuencia semanal, sólo contestan en este sentido el 10,7% de los controles (Tabla V).

Con respecto a la situación laboral en el momento de realizar la encuesta, no aparece diferencia alguna significativa, aunque existe un porcentaje ligeramente superior entre los alcohólicos de desempleados (38,8%) frente al de los controles (32,2%) (Tabla VI).

Tampoco existen diferencias significativas en la distribución de ambas muestras en grupos sociocupacionales (Tabla VII).

El nivel de ingresos económicos es superior entre la muestra de pacientes alcohólicos que acuden a tratamiento, siendo el 41,7% de éstos los que declaran percibir más de 100.000 pesetas mensuales, frente al 21,8% de los controles (Tabla VIII).

 TABLA R-I.- LUGAR DE RESIDENCIA. COMPARACION DE CASOS CON LA
 MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	RURAL	URBANO	TOTAL
CONTROL	560	441	1.001
CASO	17	84	101
TOTAL	577	525	1.102

	RURAL	URBANO	TOTAL
CONTROL	55,9%	44,1%	100%
CASO	16,8%	83,2%	100%
TOTAL	52,4%	47,6%	100%

 Chi cuadrado=60,194. Grado de libertad=1. $p < 0.0000$

 TABLA R-II.- DISTRIBUCION DE EDADES. COMPARACION DE CASOS
 CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	18-29	30-39	40-49	50-59	>60	TOTAL
CONTROL	300	211	197	189	103	1.000
CASO	24	27	15	15	3	101
TOTAL	324	238	212	204	106	1.101

	18-29	30-39	40-49	50-59	>60	TOTAL
CONTROL	30%	21,1%	19,7%	18,9%	10,3%	100%
CASO	23,8%	26,7%	31,7%	14,9%	3%	100%
TOTAL	29,4%	21,6%	20,8%	18,5%	9,6%	100%

 No existen diferencias significativas.

 TABLA R-III.- ESTADO CIVIL. COMPARACION DE CASOS CON LA
 MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SOLTERO	CASADO	SEPARAD/VIUD	OTROS	TOTAL
CONTROL	309	687	4	0	1.000
CASO	28	61	12	0	101
TOTAL	337	748	16	0	1.101

CONTROL	30,9%	68,7%	0,4%	0	100%
CASO	27,7%	60,4%	11,9%	0	100%
TOTAL	30,6%	67,9%	1,5%	0	100%

 Chi cuadrado=41,383. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-IV.- NIVELES DE EDUCACION. COMPARACION DE CASOS
 CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSIT	TOTAL
CONTROL	293	421	184	90	988
CASO	23	43	21	14	101
TOTAL	316	464	205	104	1.089

CONTROL	29,7%	42,4%	18,6%	9,1%	100%
CASO	22,8%	42,6%	20,8%	13,9%	100%
TOTAL	29,0%	42,6%	18,8%	9,6%	100%

 No existen diferencias significativas.

 TABLA R-V.- FRECUENCIA DE PRACTICAS RELIGIOSAS. COMPARACION
 DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	1 VEZ/SEM	<1 VEZ/SEM	<1 VEZ/MES	NO ACUDE	TOTAL
CONTROL	104	96	408	360	968
CASO	16	2	13	65	96
TOTAL	120	98	421	425	1.064

CONTROL	10,7%	9,9%	42,1%	37,2%	100%
CASO	16,7%	2,1%	13,5%	67,7%	100%
TOTAL	11,3%	9,2%	39,6%	39,9%	100%

 Chi cuadrado=51,518. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

 TABLA R-VI.- SITUACION LABORAL. COMPARACION DE CASOS
 CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	EMPLEADO	DESEMPLEADO	TOTAL
CONTROL	678	322	1.000
CASO	62	39	101
TOTAL	740	361	1.101

CONTROL	67,8%	32,2%	100%
CASO	61,4%	38,8%	100%
TOTAL	67,2%	32,8%	100%

 No existe significación estadística.

 TABLA R-VII.- RELACION DE GRUPOS SOCIO-OCUPACIONALES.
 COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NO ASALAR	DIRECT	EMPLDO	TRB CUAL	TRB NCUAL	TOTAL
CONTROL	167	53	158	240	364	982
CASO	18	6	21	26	28	99
TOTAL	185	59	179	266	392	1.081

CONTROL	17,0%	5,4%	16,1%	24,4%	37,1%	100%
CASO	18,2%	6,1%	21,2%	26,3%	28,3%	100%
TOTAL	17,1%	5,5%	16,6%	24,6%	36,3%	100%

 No existen diferencias significativas.

 TABLA R-VIII.- NIVEL DE INGRESOS ECONOMICOS. COMPARACION DE
 CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	< 50.000/m	50-100.000/m	+100.000/m	TOTAL
CONTROL	268	462	203	933
CASO	21	35	40	96
TOTAL	289	497	243	1.028

CONTROL	28,7%	49,5%	21,8%	100%
CASO	21,9%	36,5%	41,7%	100%
TOTAL	28,1%	48,3%	23,6%	100%

 Chi cuadrado=19,137. Grado de libertad=2. p=0,0001

La situación general de salud en los últimos doce meses es claramente inferior entre los enfermos alcohólicos, que manifiestan no haber tenido buena salud en el 57,4% de los casos, frente al 24,4% de los controles (Tabla IX).

 TABLA R-IX.- SITUACION GENERAL DE SALUD EN LOS ULTIMOS DOCE MESES. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	BUENO	REGULAR	MALO	TOTAL
CONTROL	756	183	61	1.000
CASO	43	38	20	101
TOTAL	799	221	81	1.101

CONTROL	75,6%	18,3%	6,1%	100%
CASO	42,6%	37,6%	19,8%	100%
TOTAL	72,6%	20,1%	7,4%	100%

 Chi cuadrado=54,26265. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

Al comparar los problemas personales aparecidos en relación con el consumo de alcohol, nos encontramos diferencias altamente significativas en trece de las catorce variables estudiadas.

Así, el 79,1% de los alcohólicos consideran que deben disminuir o abandonar la bebida, frente al 3% de los controles (Tabla X).

El 61,4% de los casos declararon haberse embriagado a pesar de haber tenido cosas importantes que hacer, frente a sólo el 4,9% de los controles (Tabla XI).

El 80,2% de los alcohólicos confiesan haberse despertado al día siguiente de beber sin recordar lo que habían estado haciendo, frente al 9,9% de la población general (Tabla XII).

El 68,3% de los pacientes sintieron los efectos del alcohol mientras trabajaban, frente al 7,2% de la población general (Tabla XIII).

El 59,4% de los pacientes de anclaje afirman tomar una copa nada más levantarse, frente al 3,3% del resto de los encuestados (Tabla XIV).

El médico de cabecera informó al 73,3% de los casos que

la cantidad de bebidas alcohólicas que estaban consumiendo le estaba perjudicando a su salud, mientras que sólo recibieron esta advertencia el 5,9% de la muestra de población general (Tabla XV).

El temblar bastante por la mañana hasta después de haber bebido lo manifestó el 61,4% de la muestra de alcohólicos y el 4,8% de la de población general (Tabla XVI).

El 88% de los alcohólicos manifestaron haber tenido la experiencia de pasar varios días seguidos intoxicados, frente a sólo el 2,7% de la muestra de población general (Tabla XVII).

El haberles pedido que salieran de un lugar por estar bebidos le ocurrió al 8,9% de los alcohólicos, frente al 0,9% de los controles (Tabla XVIII).

El 21% de los alcohólicos participaron en una pelea estando bebidos y sólo lo hizo el 2,4% de la población general (Tabla XIX).

El 63% de los alcohólicos afirma haberse avergonzado de algo que hicieron mientras bebían. Estas mismas manifestaciones sólo las hizo el 4,6% de los encuestados entre la población general (Tabla XX).

Por lo que se refiere a los accidentes relacionados con el alcohol, el 18,8% de los alcohólicos los han tenido en la carretera, frente al 1,2% de los controles, siendo la frecuencia de accidentes domésticos el 4% para los alcohólicos y el 0,3% para la población general (Tablas XXI y XXII).

Ninguno de los encuestados entre los pacientes de Anclaje y de la población general declara haber sufrido accidente laboral alguno relacionado con el alcohol (Tabla XXIII).

 TABLA R-X.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿CONSIDERA QUE DEBE DISMINUIR SU BEBIDA O DEJAR DE BEBER POR COMPLETO? COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	195	770
CASO	95	3

CONTROL	20,2%	79,1%
CASO	94,1%	3,0%

 Chi cuadrado=273,05785. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-XI.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿ALGUNAS VECES SE
 EMBORRACHO A PESAR DE TENER RAZONES IMPORTANTES POR LAS QUE
 NO DEBIA HACERLO? COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE
 POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	47	916
CASO	62	39
CONTROL	4,9%	94,7%
CASO	61,4%	38,6%

 Chi cuadrado=318,91304. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-XII.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿SE HA DESPERTADO AL DIA
 SIGUIENTE DE HABER BEBIDO SIN PODER RECORDAR ALGUNAS COSAS
 QUE HABIA HECHO MIENTRAS LO HACIA? COMPARACION DE CASOS CON
 LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	96	869
CASO	81	19
CONTROL	9,9%	89,9%
CASO	80,2%	18,8%

 Chi cuadrado=329,99539. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-XIII.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿SINTIO LOS EFECTOS DEL
 ALCOHOL MIENTRAS ESTABA EN SU TRABAJO? COMPARACION DE CASOS
 CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	70	895
CASO	69	31

CONTROL	7,2%	92,7%
CASO	68,3%	30,7%

 Chi cuadrado=306,06558. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-XIV.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿TIENE QUE TOMAR UNA COPA
 COMO PRIMERA COSA AL LEVANTARSE POR LA MAÑANA? COMPARACION
 DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	32	935
CASO	60	40

CONTROL	3,3%	96,7%
CASO	59,4%	39,6%

 Chi cuadrado=306,06558. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-XV.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿HA SIDO INFORMADO POR EL
 MEDICO QUE LA CANTIDAD QUE BEBIA LE PERJUDICABA LA SALUD?
 COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	57	910
CASO	74	26

CONTROL	5,9%	94,1%
CASO	73,3%	25,7%

 Chi cuadrado=396,75187. Grado de libertad=2. p<0.0000

 TABLA R-XVI.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿HA SENTIDO QUE LAS MANOS
 LE TEMBLABAN BASTANTE LA MAÑANA SIGUIENTE TRAS HABER BEBIDO?
 COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	46	921
CASO	62	38

CONTROL	4,8%	95,2%
CASO	61,4%	37,6%

 Chi cuadrado=333,39000. Grado de libertad=2. p<0.0000

 TABLA R-XVII.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿HA ESTADO BEBIENDO
 (INTOXICADO) DURANTE VARIOS DIAS SEGUIDOS? COMPARACION DE
 CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	27	940
CASO	88	13

+		
CONTROL	27%	940
CASO	88%	13%

 Chi cuadrado=668,20672. Grado de libertad=1. $p < 0.0000$

 TABLA R-XVIII.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿LE HAN PEDIDO QUE SALIERA
 DE UN LUGAR POR ESTAR BEBIDO? COMPARACION DE CASOS CON LA
 MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	9	958
CASO	9	92

CONTROL	0,9%	99,1%
CASO	8,9%	91,9%

 Chi cuadrado=30,49544. Grado de libertad=1. $p < 0.0000$

 TABLA R-XIX.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿HA PARTICIPADO EN UNA
 PELEA POR ESTAR BEBIENDO? COMPARACION DE CASOS CON LA
 MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	23	944
CASO	21	79

CONTROL	2,4%	97,6%
CASO	21,0%	79,0%

 Chi cuadrado=74,184615. Grado de libertad=1. $p < 0.0000$

 TABLA R-XX.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿SE HA AVERGONZADO DE ALGO
 QUE HIZO MIENTRAS BEBIA? COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA
 DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	44	920
CASO	63	37

CONTROL	4,6%	95,1%
CASO	62,4%	36,6%

 Chi cuadrado=341,28063. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-XXI.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿SE HA VISTO INVOLUCRADO
 EN ACCIDENTE DE CARRETERA CUANDO HA ESTADO BEBIENDO?
 COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	12	955
CASO	19	82
CONTROL	1,2%	98,8%
CASO	18,8%	81,2%

 Chi cuadrado=94,039590. Grado de libertad=1. p<0.0000

 TABLA R-XXII.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿SE HA VISTO INVOLUCRADO
 EN ACCIDENTE EN CASA POR HABER ESTADO BEBIENDO? COMPARACION
 DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	3	964
CASO	4	97
CONTROL	0,3%	99,7%
CASO	4,0%	96,0%

 Chi cuadrado=13,526390. Grado de libertad=1. p<0.0002

 TABLA R-XXIII.- EVALUACION DE EXPERIENCIAS RELACIONADAS CON LA
 BEBIDA EN LOS ULTIMOS DOCE MESES: ¿SE HA VISTO INVOLUCRADO
 EN ACCIDENTE LABORAL POR HABER ESTADO BEBIENDO? COMPARACION
 DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SI	NO
CONTROL	0	966
CASO	0	101

CONTROL	0%	100%
CASO	0%	99,9%

Chi cuadrado=0,0000000. Grado de libertad=1. p=1,0000		

La comparación de las razones para beber está reflejada en las Tablas XXIV a XXXII, y nos encontramos con diferencias altamente significativas en las motivaciones que ambos grupos dan para beber en cada uno de los items preguntados. Las razones celebratorias son más importantes entre los alcohólicos que entre los que no lo son, 58,4% frente al 37,5%, y lo mismo ocurre con el resto de las razones por las que fueron preguntados:

- Bebo porque no hay otra cosa que hacer
- Bebo porque me gusta sentirme alegre
- Bebo porque es lo que hace la mayor parte de mis amigos cuando estamos juntos
- Beber me ayuda a olvidarme de mis problemas
- Beber me da más confianza y seguridad en mí mismo

- Bebo cuando me siento tenso y nervioso
- Bebo porque es lo que hace la mayoría de la gente.

Sólo en la cuestión de que beber es parte de una buena alimentación se invierten los porcentajes, encontrándonos con que el 18,4% de la población considera este motivo importante para beber, mientras que sólo lo valora así el 3% de la muestra de alcohólicos.

 TABLA R-XXIV.- EVALUACION DE RAZONES PARA BEBER: BEBER ES UNA BUENA FORMA DE CELEBRAR ALGO. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	280	324	363	967
CASO	34	6	59	101
TOTAL	314	332	422	1.068
CONTROL	29,0%	33,5%	37,5%	100%
CASO	33,7%	7,9%	58,4%	100%
TOTAL	29,4%	31,1%	39,5%	100%

 Chi cuadrado=30,03315. Grado de libertad=2. p<0.0000

 TABLA R-XXV.- EVALUACION DE RAZONES PARA BEBER: BEBER PORQUE
 NO HAY OTRA COSA QUE HACER. COMPARACION DE CASOS CON LA
 MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	889	44	35	968
CASO	40	20	41	101
TOTAL	929	64	76	1.069
CONTROL	91,8%	4,5%	3,6%	100%
CASO	39,6%	19,8%	40,6%	100%
TOTAL	86,9%	6,0%	7,1%	100%

 Chi cuadrado=240,17689. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-XXVI.- EVALUACION DE RAZONES PARA BEBER: BEBER ES
 PARTE DE UNA BUENA ALIMENTACION. COMPARACION DE CASOS CON
 LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	789	120	58	967
CASO	98	-	3	101
TOTAL	887	120	61	1.068
CONTROL	81,6%	12,4%	6,0%	100%
CASO	97,0%	-	3,0%	100%
TOTAL	83,1%	11,2%	5,7%	100%

 Chi cuadrado=16,62524. Grado de libertad=2. $p = 0.002$

 TABLA R-XXVII.- EVALUACION DE RAZONES PARA BEBER: GUSTO DE SENTIRSE ALEGRE. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	687	191	88	966
CASO	18	21	62	101
TOTAL	705	212	150	1.067

CONTROL	71,1%	19,8%	9,1%	100%
CASO	17,8%	20,8%	61,4%	100%
TOTAL	66,1%	19,9%	14,1%	100%

 Chi cuadrado=217,11153. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-XXVIII.- EVALUACION DE RAZONES PARA BEBER: ES LO QUE HACEN LA MAYOR PARTE DE SUS AMIGOS CUANDO ESTAN JUNTOS. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	486	267	211	964
CASO	13	5	82	100
TOTAL	499	272	293	1.064

CONTROL	50,4%	27,7%	21,9%	100%
CASO	13,0%	5,0%	82,0%	100%
TOTAL	46,9%	25,6%	27,3%	100%

 Chi cuadrado=164,18795. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-XXIX.- EVALUACION DE RAZONES PARA BEBER: BEBER LE AYUDA A OLVIDARSE DE SUS PROBLEMAS Y PREOCUPACIONES. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	813	92	61	966
CASO	26	8	67	101
TOTAL	839	100	128	1.067
CONTROL	84,2%	9,5%	6,3%	100%
CASO	25,7%	7,9%	66,3%	100%
TOTAL	78,6%	9,4%	12,0%	100%

 Chi cuadrado=314,54230. Grado de libertad=2. p<0.0000

 TABLA R-XXX.- EVALUACION DE RAZONES PARA BEBER: BEBER LE DA MAS CONFIANZA Y SEGURIDAD EN SI MISMO. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	875	56	35	966
CASO	25	15	61	101
TOTAL	900	71	96	1.067
CONTROL	90,6%	5,8%	3,6%	100%
CASO	24,8%	14,9%	60,4%	100%
TOTAL	84,3%	6,7%	9,0%	100%

 Chi cuadrado=385,81421. Grado de libertad=2. p<0.0000

 TABLA R-XXXI.- EVALUACION DE RAZONES PARA BEBER: BEBE CUANDO SE SIENTE TENSO Y NERVIOSO. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	834	94	39	967
CASO	17	13	70	100
TOTAL	851	107	109	1.067
CONTROL	86,2%	9,7%	4,0%	100%
CASO	17,0%	13,0%	70,0%	100%
TOTAL	79,8%	10,0%	10,2%	100%

 Chi cuadrado=441,51588. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-XXXII.- EVALUACION DE RAZONES PARA BEBER: BEBER ES LO QUE HACE LA MAYORIA DE LA GENTE. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	773	129	64	966
CASO	13	1	86	100
TOTAL	786	130	150	1.066
CONTROL	80,0%	13,4%	6,6%	100%
CASO	13,0%	1,0%	86,0%	100%
TOTAL	73,7%	12,2%	14,1%	100%

 Chi cuadrado=472,28775. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

Entre las razones para no beber volvemos a encontrarnos grandes diferencias entre ambas muestras, aunque ligeramente menos significativas. Están expresadas en las Tablas XXXIII a XLII.

Ambos grupos consideran la bebida como algo malo para la salud, aun cuando el porcentaje de alcohólicos es ligeramente superior.

No existen diferencias significativas en relación con el precio de las bebidas alcohólicas y si son muy importantes las que existen al contestar que una de las razones para no beber por parte de los alcohólicos es la de que sus amigos y familiares se molestan cuando beben.

Los controles consideran más importante que los alcohólicos el que las bebidas alcohólicas puedan perjudicar su trabajo y consideran relevante su religión o creencias para no beber.

Al contrario sucede con el miedo a volverse alcohólico. Son éstos los que mayor porcentaje de contestaciones dan en este apartado sobre razones para no beber.

También los alcohólicos consideran que cuando se bebe se hacen más cosas de las que después uno se arrepiente y que el beber puede hacerle a uno sentirse enfermo.

Es en cambio la población general la que considera en mayor proporción que la bebida puede originar problemas con la Policía y las autoridades.

Por último, entre las razones para no beber los alcohólicos dan mayor importancia al hecho de perder el control frente a la bebida que la muestra de población general.

 TABLA R-XXXIII.- EVALUACION DE RAZONES PARA NO BEBER: BEBER ES MALO PARA LA SALUD. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	53	88	857	998
CASO	1	2	97	100
TOTAL	54	90	954	1.098
CONTROL	5,3%	8,8%	85,9%	100%
CASO	1,0%	2,0%	97,0%	100%
TOTAL	4,9%	8,2%	86,9%	100%

 Chi cuadrado=9,8940000. Grado de libertad=2. p=0.0071

 TABLA R-XXXIV.- EVALUACION DE RAZONES PARA NO BEBER: BEBER
 CUESTA MUCHO DINERO. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE
 POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	291	176	527	994
CASO	25	16	59	100
TOTAL	316	192	586	1.094
CONTROL	29,3%	17,7%	53,0%	100%
CASO	25,0%	16,0%	59,0%	100%
TOTAL	28,9%	17,6%	53,6%	100%

 No existen diferencias estadísticamente significativas.

 TABLA R-XXXV.- EVALUACION DE RAZONES PARA NO BEBER: SU
 FAMILIA Y SUS AMIGOS SE MOLESTAN CUANDO BEBE. COMPARACION DE
 CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	466	175	355	996
CASO	11	8	81	100
TOTAL	477	183	436	1.096
CONTROL	46,8%	17,6%	35,6%	100%
CASO	11,0%	8,0%	81,0%	100%
TOTAL	43,5%	16,7%	39,8%	100%

 Chi cuadrado=78,724000. Grado de libertad=2. p<0.0000

 TABLA R-XXXVI.- EVALUACION DE RAZONES PARA NO BEBER: BEBER
 PUEDE PERJUDICAR LA REALIZACION DE SU TRABAJO. COMPARACION
 DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	99	113	782	994
CASO	20	12	67	99
TOTAL	119	125	849	1.093
CONTROL	10,0%	11,4%	78,7%	100%
CASO	20,2%	12,1%	67,7%	100%
TOTAL	10,9%	11,4%	77,7%	100%

 Chi cuadrado=10,121000. Grado de libertad=2. p=0.0063

 TABLA R-XXXVII.- EVALUACION DE RAZONES PARA NO BEBER: BEBER
 VA CONTRA SU RELIGION O CREENCIAS. COMPARACION DE CASOS CON
 LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	758	84	150	992
CASO	89	5	5	99
TOTAL	847	89	155	1.091
CONTROL	76,4%	8,5%	15,1%	100%
CASO	89,9%	5,1%	5,1%	100%
TOTAL	77,6%	8,2%	14,2%	100%

 Chi cuadrado=9,8230000. Grado de libertad=2. p=0.0074

 TABLA R-XXXVIII.- EVALUACION DE RAZONES PARA NO BEBER: LE DA
 MIEDO VOLVERSE ALCOHOLICO. COMPARACION DE CASOS CON LA
 MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	308	123	566	977
CASO	7	8	85	100
TOTAL	315	131	651	1.097
CONTROL	30,9%	12,3%	56,8%	100%
CASO	7,0%	8,0%	85,0%	100%
TOTAL	28,7%	11,9%	59,3%	100%

 Chi cuadrado=31,704000. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-XXXIX.- EVALUACION DE RAZONES PARA NO BEBER: AL
 BEBER SE HACEN COSAS DE LAS QUE UNO SE ARREPIENTE.
 COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	309	151	535	995
CASO	14	14	72	100
TOTAL	323	165	607	1.095
CONTROL	31,0%	15,2%	53,8%	100%
CASO	14,0%	14,0%	72,0%	100%
TOTAL	29,5%	15,1%	55,4%	100%

 Chi cuadrado=14,492000. Grado de libertad=2. $p = 0.0007$

 TABLA R-XL.- EVALUACION DE RAZONES PARA NO BEBER: BEBER
 PUEDE HACER QUE SE SIENTA ENFERMO. COMPARACION DE CASOS CON
 LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	186	154	656	996
CASO	4	12	84	100
TOTAL	190	166	740	1.096
CONTROL	18,7%	15,5%	65,9%	100%
CASO	4,0%	12,0%	84,0%	100%
TOTAL	17,3%	15,1%	67,5%	100%

 Chi cuadrado=16,435000. Grado de libertad=2. p=0.0003

 TABLA R-XLI.- EVALUACION DE RAZONES PARA NO BEBER: BEBER
 PUEDE ORIGINAR PROBLEMAS CON LA POLICIA O LAS AUTORIDADES.
 COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	261	133	602	996
CASO	59	13	28	100
TOTAL	320	146	630	1.096
CONTROL	26,2%	13,4%	60,4%	100%
CASO	59,0%	13,0%	28,0%	100%
TOTAL	29,2%	13,3%	57,5%	100%

 Chi cuadrado=50,123000. Grado de libertad=2. p<0.0000

 TABLA R-XLII.- EVALUACION DE RAZONES PARA NO BEBER: BEBER LE
 LLEVA A PERDER EL CONTROL SOBRE LA BEBIDA. COMPARACION DE
 CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	SIN IMPORTANCIA	ALGO IMPORT	MUY IMP	TOTAL
CONTROL	189	113	693	995
CASO	12	28	60	100
TOTAL	201	141	753	1.095
CONTROL	19,0%	11,4%	69,6%	100%
CASO	12,0%	28,0%	60,0%	100%
TOTAL	18,4%	12,9%	68,8%	100%

 Chi cuadrado=23,199000. Grado de libertad=2. p=0.0000

Las Tablas XLIII a LX comparan las opiniones de los alcohólicos y la población general sobre el consumo de bebidas alcohólicas que debe permitirse en distintas personas, dependiendo de su edad y sexo y de la situación en que se encuentren. Las preguntas se refieren a personas de distintos sexos con dieciséis, veintiuno, cuarenta y sesenta años, respectivamente.

Entre los resultados que aparecen en este conjunto de tablas podemos destacar los siguientes:

Encontramos diferencias con gran significación estadística en todos los casos excepto en lo que se refiere a las

opiniones sobre el consumo de la mujer de sesenta años, en las que ambos grupos parecen estar de acuerdo. En general, los alcohólicos suelen ser bastante más restrictivos que los controles y ambos son más permisivos hacia el hombre que a la mujer, con independencia de la edad.

En lo que se refiere a las personas jóvenes de dieciséis años, los alcohólicos son mucho más restrictivos que la población general, acentuándose esta opinión cuando se trata de mujeres. El 87% propugnan la abstinencia total para los jóvenes varones, y el 95% opinan lo mismo con respecto a la mujer, frente al 48,7% y el 60,9%, respectivamente, de los controles.

Al aumentar la edad a los veintiún años el porcentaje de opiniones sobre abstinencia total disminuye en ambos grupos y para ambos sexos. En esta edad, los controles no establecen grandes diferencias entre el sexo y se inclinan en la mayoría de los casos por el consumo moderado de 1 ó 2 copas el 67,4%, para la mujer, y el 65,1%, para los hombres. Los alcohólicos, en cambio, opinan en su mayoría (67,3%) que en esta edad los jóvenes deben llegar a sentir los efectos del alcohol sin alcanzar la embriaguez, mientras sólo lo creen conveniente para la mujer en el 35,6%.

A los cuarenta años, en ambos grupos se manifiesta una gran diferencia entre la permisividad hacia ambos sexos y

sobre la cantidad de bebida que debería permitirse. Los controles creen en el 73,8% de los casos que el consumo óptimo del hombre sería el de 1 ó 2 copas, frente al 62% para el caso de la mujer, opinando el 30,9% que el varón podría llegar a sentir los efectos del alcohol sin embriagarse, permitiéndoselo sólo el 8% a las mujeres. El grupo de alcohólicos es bastante más permisivo en estas edades para ambos sexos. El 75,2% cree que los hombres deben sentir los efectos del alcohol sin embriagarse y ocurre lo mismo con el 53,5% respecto de las mujeres.

Al observar las opiniones sobre las personas de sesenta años, nos encontramos un gran acuerdo entre ambos grupos en relación con las mujeres. En su mayoría, los dos están a favor de propugnar la abstinencia completa -68,3% en los casos y 64,4% en los controles-, seguido de un consumo moderado de 1 ó 2 copas -28,7% en los casos y 33,2% en los controles-. Cuando se refieren a los hombres, las diferencias se vuelven muy significativas: Mientras el 40,1% de la muestra de población general continúa proponiendo la abstinencia completa, sólo el 26,7% de los alcohólicos apuestan por ella. El consumo moderado se propugna de igual forma en ambos grupos, con el 51,4% para los controles y el 50,5% para los casos, volviéndose a encontrar diferencias al contestar el 22,8% de los alcohólicos que pueden sentirse los efectos del alcohol sin embriagarse, frente a sólo el 7,9% de la población general.

 TABLA R-XLIII.- OPINIONES SOBRE MAXIMO CONSUMO POR SEXO Y
 EDAD: JOVEN DE DIECISEIS AÑOS. COMPARACION DE CASOS CON LA
 MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	486	450	58	4	998
CASO	87	12	2	0	101
TOTAL	573	462	60	4	1.099
CONTROL	48,7%	45,1%	5,8%	0,4%	100%
CASO	86,1%	11,9%	2,0%	0,0%	100%
TOTAL	52,1%	42,0%	5,5%	0,4%	100%

 Chi cuadrado=51,593. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

 TABLA R-XLIV.- OPINIONES SOBRE MAXIMO CONSUMO POR SEXO Y
 EDAD: HOMBRE DE APROXIMADAMENTE CUARENTA AÑOS. COMPARACION
 DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	44	619	308	27	998
CASO	12	12	76	1	101
TOTAL	56	631	384	28	1.099
CONTROL	4,9%	62,0%	30,9%	2,7%	100%
CASO	11,9%	11,9%	75,2%	1,0%	100%
TOTAL	5,1%	57,4%	34,9%	2,5%	100%

 Chi cuadrado=102,988. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

 TABLA R-XLV.- OPINIONES SOBRE MAXIMO CONSUMO POR SEXO Y
 EDAD: MUJER JOVEN DE APROXIMADAMENTE VEINTIUN AÑOS.
 COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	221	672	97	7	997
CASO	27	38	36	0	101
TOTAL	248	710	133	7	1.098
CONTROL	22,2%	67,4%	9,7%	0,7%	100%
CASO	26,7%	37,6%	35,6%	0,0%	100%
TOTAL	22,6%	64,7%	12,1%	0,6%	100%

 Chi cuadrado=64,977. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

 TABLA R-XLVI.- OPINIONES SOBRE MAXIMO CONSUMO POR SEXO Y
 EDAD: MUJER DE APROXIMADAMENTE SESENTA AÑOS. COMPARACION
 DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	642	331	20	4	997
CASO	69	29	3	0	101
TOTAL	711	360	23	4	1.098
CONTROL	64,4%	33,2%	2,0%	0,4%	100%
CASO	68,3%	28,7%	3,0%	0,0%	100%
TOTAL	64,8%	32,8%	2,1%	0,4%	100%

 Chi cuadrado=1,59300. Grado de libertad=3. $p < 0.6609$

 TABLA R-XLVII.- OPINIONES SOBRE MAXIMO CONSUMO POR SEXO Y
 EDAD: PERSONAJE PUBLICO. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA
 DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	277	585	123	11	996
CASO	47	29	25	0	101
TOTAL	324	614	148	11	1.097
CONTROL	27,8%	58,7%	12,3%	1,1%	100%
CASO	46,5%	28,7%	24,8%	0,0%	100%
TOTAL	29,5%	56,0%	13,5%	1,0%	100%

 Chi cuadrado=37,2230. Grado de libertad=3. p<0.0000

 TABLA R-XLVIII.- OPINIONES SOBRE MAXIMO CONSUMO POR SEXO Y
 EDAD: MUJER DE APROXIMADAMENTE DIECISEIS AÑOS. COMPARACION
 DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	608	365	21	4	998
CASO	96	5	0	0	101
TOTAL	704	370	21	4	1.099
CONTROL	60,9%	36,6%	2,1%	0,4%	100%
CASO	95,0%	5,0%	0,0%	0,0%	100%
TOTAL	64,1%	33,7%	1,9%	0,4%	100%

 Chi cuadrado=46,4490. Grado de libertad=3. p<0.0000

 TABLA R-XLIX.- OPINIONES SOBRE MAXIMO CONSUMO POR SEXO Y
 EDAD: HOMBRE DE APROXIMADAMENTE SESENTA AÑOS. COMPARACION DE
 CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	400	513	79	6	998
CASO	27	51	23	0	101
TOTAL	427	564	102	6	1.099
CONTROL	40,1%	51,4%	7,9%	0,6%	100%
CASO	26,7%	50,5%	22,8%	0,0%	100%
TOTAL	38,9%	51,3%	9,3%	0,5%	100%

 Chi cuadrado=26,6370. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

 TABLA R-L.- OPINIONES SOBRE MAXIMO CONSUMO POR SEXO Y
 EDAD: MUJER DE APROXIMADAMENTE CUARENTA AÑOS. COMPARACION DE
 CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	175	737	80	6	998
CASO	18	29	54	0	101
TOTAL	193	766	134	6	1.099
CONTROL	17,5%	73,8%	8,0%	0,6%	100%
CASO	17,8%	28,7%	53,5%	0,0%	100%
TOTAL	17,6%	69,7%	12,2%	0,5%	100%

 Chi cuadrado=182,801. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

 TABLA R-LI.- OPINIONES SOBRE MAXIMO CONSUMO POR SEXO Y
 EDAD: HOMBRE JOVEN DE APROXIMADAMENTE VEINTIUN AÑOS.
 COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	60	650	254	34	998
CASO	16	16	68	1	101
TOTAL	76	666	322	35	1.099
CONTROL	6,0%	65,1%	25,5%	3,4%	100%
CASO	15,8%	15,8%	67,3%	1,0%	100%
TOTAL	6,9%	60,6%	29,3%	3,2%	100%

 Chi cuadrado=106,159. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

Las siguientes tablas, Tablas LII a LX, representan la comparación sobre las opiniones ante la cantidad de bebida que puede permitirse en diversas situaciones sociales entre las muestras de alcohólicos y de la población general.

La diferencia de opiniones entre ambos grupos es estadísticamente significativa en todas las opciones que se les presentan, excepto en la de ir a conducir un automóvil, en la que ambos grupos convergen.

La mayoría de los controles, el 66,4%, consideran que en un bar estando con amigos deben tomarse 1 ó 2 copas,

mientras que los alcohólicos, en el 73,3%, creen que en esta situación debe llegarse a sentir los efectos del alcohol aunque sin embriagarse.

Muy parecidas son las opiniones cuando la escena se traslada a una fiesta en casa de otra persona, aunque en este caso es mayor el número de controles que afirman que puede llegarse a sentir los efectos del alcohol sin embriagarse (49,4%), frente al 79,2% de los alcohólicos.

Cuando se trata de un padre o una madre que está cuidando a sus hijos pequeños, son los alcohólicos los que se muestran más restrictivos, pues el 81,2% propugnan la abstinencia completa en estas circunstancias, mientras que sólo la esgrimen el 57,6% de los controles.

Opiniones inversas se plantean cuando se encuentran en horas de trabajo: Los bebedores son más permisivos, como se muestra en la Tabla LV.

Cuando se encuentran de visita con sus padres, vuelven los alcohólicos a mostrarse restrictivos, proponiendo la abstinencia completa en el 56,4% de los casos, frente al 22,5% de la muestra de población general.

En la propia casa con amigos es donde los bebedores se muestran más permisivos, pues hasta el 57,4% de ellos consideran que debe llegarse a sentir los efectos del alcohol,

mientras que el 77,1% de los controles cree que sólo deben tomarse 1 ó 2 copas.

Al reunirse con los amigos después del trabajo y antes de ir a casa, vuelve a repetirse una situación casi idéntica a la anterior. El 74,5% de los controles se limitarían a tomar 1 ó 2 copas, mientras que el 44,6% de los bebedores tratarían de consumir hasta lograr sentir los efectos de la bebida.

En reuniones donde se celebra un acontecimiento deportivo o recreativo, la mayoría de los alcohólicos (51,5%) persisten en su opinión de beber hasta alcanzar los efectos del alcohol, mientras que la mayoría de la población general (64,3%) se limitaría a consumir 1 ó 2 copas.

En el último supuesto que se les presenta, la conducción de un automóvil, ambos grupos coinciden mayoritariamente en propugnar la abstinencia completa: El 92% de los casos y el 89,2% de los controles.

 TABLA R-LII.- OPINIONES SOBRE PAUTAS DE BEBIDA EN DISTINTAS SITUACIONES: EN UN BAR CON AMIGOS. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	41	653	291	14	999
CASO	4	23	74	0	101
TOTAL	45	676	365	14	1.100
CONTROL	4,1%	65,4%	29,1%	1,4%	100%
CASO	4,0%	22,8%	73,3%	0,0%	100%
TOTAL	4,1%	61,5%	33,2%	1,3%	100%

 Chi cuadrado=82,3530. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

 TABLA R-LIII.- OPINIONES SOBRE PAUTAS DE BEBIDA EN DISTINTAS SITUACIONES: EN UNA FIESTA EN CASA DE OTRA PERSONA. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	33	432	494	40	999
CASO	4	9	80	8	101
TOTAL	37	441	574	48	1.100
CONTROL	3,3%	43,2%	49,4%	4,0%	100%
CASO	4,0%	8,9%	79,2%	7,9%	100%
TOTAL	3,4%	40,1%	52,2%	4,4%	100%

 Chi cuadrado=45,8780. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

 TABLA R-LIV.- OPINIONES SOBRE PAUTAS DE BEBIDA EN DISTINTAS
 SITUACIONES: UN PADRE O MADRE QUE ESTA ENTRETENIENDO A LOS
 NIÑOS. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION
 GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	552	425	21	1	999
CASO	82	19	0	0	101
TOTAL	634	444	21	1	1.100
CONTROL	55,3%	42,5%	2,1%	0,1%	100%
CASO	81,2%	18,8%	0,0%	0,0%	100%
TOTAL	57,6%	40,4%	1,9%	0,1%	100%

 Chi cuadrado=25,7250. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

 TABLA R-LV.- OPINIONES SOBRE PAUTAS DE BEBIDA EN DISTINTAS
 SITUACIONES: DURANTE LAS HORAS DE TRABAJO. COMPARACION DE
 CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	882	117	0	0	999
CASO	73	25	3	0	101
TOTAL	955	142	3	0	1.100
CONTROL	88,3%	11,9%	0,0%	0,0%	100%
CASO	72,3%	24,8%	3,0%	0,0%	100%
TOTAL	86,8%	12,9%	0,3%	0,0%	100%

 Chi cuadrado=44,4660. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA R-LVI.- OPINIONES SOBRE PAUTAS DE BEBIDA EN DISTINTAS SITUACIONES: ESTANDO DE VISITA CON SUS PADRES. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	225	763	10	1	999
CASO	57	41	3	0	101
TOTAL	282	804	13	1	1.100
CONTROL	22,5%	76,4%	1,0%	0,1%	100%
CASO	56,4%	40,6%	3,0%	0,0%	100%
TOTAL	25,6%	73,1%	1,2%	0,1%	100%

 Chi cuadrado=60,3300. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

 TABLA R-LVII.- OPINIONES SOBRE PAUTAS DE BEBIDA EN DISTINTAS SITUACIONES: EN CASA CON AMIGOS. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	47	770	176	6	999
CASO	5	38	58	0	101
TOTAL	52	808	234	6	1.100
CONTROL	4,7%	77,1%	17,6%	0,6%	100%
CASO	5,0%	37,6%	57,4%	0,0%	100%
TOTAL	4,7%	73,5%	21,3%	0,5%	100%

 Chi cuadrado=88,3860. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$



 TABLA R-LVIII.- OPINIONES SOBRE PAUTAS DE BEBIDA EN
 DISTINTAS SITUACIONES: AL REUNIRSE AMIGOS DESPUES DEL
 TRABAJO Y ANTES DE IR A CASA. COMPARACION DE CASOS CON LA
 MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	119	744	130	6	999
CASO	7	49	45	0	101
TOTAL	126	793	175	6	1.100
CONTROL	11,9%	74,5%	13,0%	0,6%	100%
CASO	6,9%	48,5%	44,6%	0,0%	100%
TOTAL	11,5%	72,1%	15,9%	0,5%	100%

 Chi cuadrado=68,5280. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

 TABLA R-LIX.- OPINIONES SOBRE PAUTAS DE BEBIDA EN DISTINTAS
 SITUACIONES: EN REUNION CON OTRAS PERSONAS PARA ALGUN
 ACONTECIMIENTO. COMPARACION DE CASOS CON LA MUESTRA DE
 POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	192	642	158	7	999
CASO	11	37	52	1	101
TOTAL	203	679	210	8	1.100
CONTROL	19,2%	64,3%	15,8%	0,7%	100%
CASO	10,9%	36,6%	51,5%	1,0%	100%
TOTAL	18,5%	61,7%	19,1%	0,7%	100%

 Chi cuadrado=76,0280. Grado de libertad=3. $p < 0.0000$

 TABLA R-LX.- OPINIONES SOBRE PAUTAS DE BEBIDA EN DISTINTAS
 SITUACIONES: ANTES DE CONDUCIR SU AUTOMOVIL. COMPARACION DE
 CASOS CON LA MUESTRA DE POBLACION GENERAL

	NADA	1-2 COPAS	EFFECTOS SIN EMBRIAG	A VECES SI EMBRIAG	TOTAL
CONTROL	891	107	1	0	999
CASO	92	7	1	0	101
TOTAL	983	114	2	0	1.100
CONTROL	89,2%	10,7%	0,1%	0,0%	100%
CASO	92,0%	7,0%	1,0%	0,0%	100%
TOTAL	89,4%	10,4%	0,2%	0,0%	100%

 Chi cuadrado=5,33200. Grado de libertad=2. p=0.0695

Al valorar la gravedad de acontecimientos relacionados con la bebida valiéndonos de las cuatro viñetas mencionadas en los comienzos de esta exposición: "Hombre caído", "Mujer golpeada", "Mujer tambaleante" y "Penuria familiar", obtenemos unos resultados que aparecen en la Tabla LXI.

Ambos grupos coinciden mayoritariamente en considerar todas estas situaciones como muy graves, existiendo una mayor diferencia de opiniones en la viñeta correspondiente al "Hombre caído", donde el porcentaje de alcohólicos que lo considera muy grave es del 97,9%, mientras que en los controles es sólo del 84,9%.

 TABLA R-LXI.- COMPARACION DE LAS VALORACIONES SOBRE LA GRAVEDAD DE LOS ACONTECIMIENTOS RELACIONADOS CON LA BEBIDA ENTRE LA MUESTRA DE ALCOHOLICOS Y LA DE LA POBLACION GENERAL

1. HOMBRE CAIDO.-

	MUY GRAVE	MENOS GRAVE	NADA GRAVE	TOTAL
CONTROL	84,9%	7,0%	8,1%	100%
CASO	97,9%	2,1%	0,0%	100%
TOTAL	86,0%	6,6%	7,4%	100%

 Chi cuadrado=12,5770. Grado de libertad=2. p=0.0019

2. MUJER GOLPEADA.-

	MUY GRAVE	MENOS GRAVE	NADA GRAVE	TOTAL
CONTROL	94,8%	2,4%	2,8%	100%
CASO	98,0%	1,0%	1,0%	100%
TOTAL	95,1%	2,3%	2,6%	100%

 No existen diferencias estadisticamente significativas.

3. MUJER TAMBALEANTE.-

	MUY GRAVE	MENOS GRAVE	NADA GRAVE	TOTAL
CONTROL	88,5%	6,4%	5,1%	100%
CASO	98,0%	2,0%	0,0%	100%
TOTAL	89,4%	6,0%	4,6%	100%

 Chi cuadrado=9,09700. Grado de libertad=2. p=0.0106

4. PENURIA FAMILIAR.-

	MUY GRAVE	MENOS GRAVE	NADA GRAVE	TOTAL
CONTROL	92,7%	2,2%	5,1%	100%
CASO	100,0%	0,0%	0,0%	100%
TOTAL	93,4%	2,0%	4,6%	100%

 Chi cuadrado=7,92200. Grado de libertad=2. p=0.0190

En la percepción de estos acontecimientos en su propia comunidad, que se muestra en la Tabla LXII, no existen grandes diferencias, excepto en el caso de la "Mujer tambaleante", donde el porcentaje de casos que sí lo perciben (28,7%) es el doble que en la muestra de población general (14,2%).

 TABLA R-LXII.- COMPARACION SOBRE LOS DISTINTOS GRADOS DE
 PERCEPCION ANTE DIVERSOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA
 BEBIDA ENTRE LOS ALCOHOLICOS Y LA POBLACION GENERAL

1. HOMBRE CAIDO.-

	SI	NO	TOTAL
CONTROL	44,3%	39,6%	100%
CASO	60,4%	39,6%	100%
TOTAL	45,7%	54,3%	100%

 Chi cuadrado=9,63000. Grado de libertad=1. p=0.0019

2. MUJER GOLPEADA.-

	SI	NO	TOTAL
CONTROL	41,2%	58,8%	100%
CASO	45,5%	54,5%	100%
TOTAL	41,6%	58,4%	100%

 No es significativo estadísticamente.d=1.

3. MUJER TAMBALEANTE.-

	SI	NO	TOTAL
CONTROL	14,2%	85,8%	100%
CASO	28,7%	71,3%	100%
TOTAL	15,5%	84,5%	100%

 Chi cuadrado=14,7690. Grado de libertad=1. p=0.0001

4. PENURIA FAMILIAR.-

	SI	NO	TOTAL
CONTROL	35,7%	64,3%	100%
CASO	25,7%	74,3%	100%
TOTAL	34,8%	65,2%	100%

 Chi cuadrado=3,98300. Grado de libertad=1. p=0.0460

El último grupo de variables que hemos comparado se refiere a las recomendaciones que ambas muestras harían para tratar problemas relacionados con el consumo de alcohol (Tabla LXIII).

De nuevo volvemos a encontrarnos unas opiniones claramente diferenciadas en todos los items propuestos, a excepción del correspondiente a las asociaciones de alcohólicos rehabilitados, en el que ambos coinciden.

El médico general es preferido con una frecuencia doble por la muestra de población general que por los alcohólicos, con 31,7 y 63%, respectivamente.

En lo referente a los servicios sociales, aumentan aún más las diferencias, pues mientras que los recomendarían el 44,7% del grupo de población general, sólo lo hace el 10,9% de los alcohólicos.

Las asociaciones de alcohólicos serían recomendadas por el 76,2% de los casos y el 80,7% de los controles.

La recomendación del psiquiatra también difiere enormemente entre ambos grupos: 52,5% de los controles, frente al 20,8% de los casos.

Quizás la mayor diferencia que aparece es a la hora de

recomendar un hospital general, que sería la opción del 51,7% de la muestra de población general y sólo del 5% de los alcohólicos.

La institución preferida por la muestra de población general serían las unidades o dispensarios de alcoholismo. Los alcohólicos se muestran más excépticos respecto a estas entidades, pues sólo la recomendarían el 20,8% de los encuestados.

Ninguno de los alcohólicos entrevistados recomendaría las instituciones benéficas o la Iglesia para tratar estos problemas. Recomiéndalas en cambio el 24,3% y el 13,9%, respectivamente para cada opción, de los controles.

 TABLA LXIII.- COMPARACION ENTRE LAS RECOMENDACIONES QUE
 HARIAN LOS ALCOHOLICOS Y LA POBLACION GENERAL PARA TRATAR UN
 PROBLEMA RELACIONADO CON EL ALCOHOL

1) MEDICO GENERAL.-

	SI	NO	NS/NC	TOTAL
CONTROL	626	346	21	993
CASO	32	52	17	
TOTAL				

CONTROL	63,0%	34,8%	2,1%	100%
CASO	31,7%	51,5%	16,8%	100%
TOTAL	60,1%	36,4%	3,5%	100%

 Chi cuadrado=79,1300. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

2) SERVICIOS SOCIALES.-

	SI	NO	NS/NC	TOTAL
CONTROL	445	362	189	996
CASO	11	70	20	101
TOTAL	456	432	209	1.097

CONTROL	44,7%	69,3%	19,8%	100%
CASO	10,9%	69,3%	19,8%	100%
TOTAL	41,6%	39,4%	19,1%	100%

 Chi cuadrado=50,5170. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA LXIII.- COMPARACION ENTRE LAS RECOMENDACIONES QUE
 HARIAN LOS ALCOHOLICOS Y LA POBLACION GENERAL PARA TRATAR UN
 PROBLEMA RELACIONADO CON EL ALCOHOL (CONT)

3) ALCOHOLICOS ANONIMOS.-

	SI	NO	NS/NC	TOTAL
CONTROL	805	108	85	998
CASO	77	14	10	101
TOTAL	882	122	95	1.099
CONTROL	80,7%	10,8%	8,5%	100%
CASO	76,2%	13,9%	9,9%	100%
TOTAL	80,3%	11,1%	8,6%	100%

 Chi cuadrado=1,19000. Grado de libertad=2. p=0.5515

4) PSIQUIATRA.-

	SI	NO	NS/NC	TOTAL
CONTROL	523	417	57	997
CASO	21	49	31	101
TOTAL	544	466	88	1.098
CONTROL	52,5%	41,8%	30,7%	100%
CASO	20,8%	48,5%	5,7%	100%
TOTAL	49,5%	42,4%	8,0%	100%

 Chi cuadrado=90,9070. Grado de libertad=2. p<0.0000

 TABLA LXIII.- COMPARACION ENTRE LAS RECOMENDACIONES QUE
 HARIAN LOS ALCOHOLICOS Y LA POBLACION GENERAL PARA TRATAR UN
 PROBLEMA RELACIONADO CON EL ALCOHOL (CONT)

5) HOSPITAL GENERAL.-

	SI	NO	NS/NC	TOTAL
CONTROL	514	438	43	995
CASO	5	69	27	101
TOTAL	519	507	70	1.096
CONTROL	51,7%	44,0%	4,3%	100%
CASO	5,0%	68,3%	26,7%	100%
TOTAL	47,4%	46,3%	6,4%	100%

 Chi cuadrado=126,050. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

6) UNIDAD O DISPENSARIO DE ALCOHOLISMO.-

	SI	NO	NS/NC	TOTAL
CONTROL	883	67	47	997
CASO	21	54	26	101
TOTAL	904	121	73	1.098
CONTROL	88,6%	6,7%	4,7%	100%
CASO	20,8%	53,5%	25,7%	100%
TOTAL	82,3%	11,0%	6,6%	100%

 Chi cuadrado=294,008. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

 TABLA LXIII.- COMPARACION ENTRE LAS RECOMENDACIONES QUE
 HARIAN LOS ALCOHOLICOS Y LA POBLACION GENERAL PARA TRATAR UN
 PROBLEMA RELACIONADO CON EL ALCOHOL (CONT)

7) IGLESIA (PARROQUIAS, ETC).-

	SI	NO	NS/NC	TOTAL
CONTROL	152	820	24	996
CASO	0	88	13	101
TOTAL	152	908	37	1.097

CONTROL	15,3%	82,3%	2,4%	100%
CASO	0,0%	87,1%	12,9%	100%
TOTAL	13,9%	82,8%	3,4%	100%

 Chi cuadrado=45,4250. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

8) INSTITUCIONES BENEFICAS.-

	SI	NO	NS/NC	TOTAL
CONTROL	266	678	52	996
CASO	0	87	13	100
TOTAL	266	765	65	1.096

CONTROL	26,7%	68,1%	5,2%	100%
CASO	0,0%	87,0%	32,0%	100%
TOTAL	24,3%	69,8%	5,9%	100%

 Chi cuadrado=40,6440. Grado de libertad=2. $p < 0.0000$

DISCUSSION

1.- Características sociodemográficas de los alcohólicos.-

Los alcohólicos de nuestra muestra poseen una procedencia mayoritariamente urbana, en contra de lo que cabría esperar por todos los estudios realizados sobre la incidencia del alcoholismo. Estas diferencias tan marcadas nos muestran que los alcohólicos no son representativos de la población alcohólica ni, como veremos más adelante, de la población general.

Este sesgo tan marcado puede explicarse sencillamente por la distinta accesibilidad al servicio, que aparece mucho más dificultosa para la población rural por su mayor lejanía geográfica y también por una menor información sobre la asociación, ya que una de las actividades habituales de ésta es la realización de charlas y mesas redondas en otras instituciones (asociaciones de padres y de vecinos, seminarios, etc) para dar a conocer el tipo de ayuda que prestan y la forma de recoger los signos del alcoholismo durante el periodo previo al estudio, actividades que sólo se realizaban en la ciudad.

En otras capitales próximas a nuestro entorno, como Córdoba y Málaga, donde la actuación de otras asociaciones

similares a Anclaje han difundido sus actividades por el medio rural, la demanda con este origen ha aumentado claramente, aunque posteriormente las dificultades de acceso a los centros ha obligado a estas instituciones a inaugurar delegaciones en distintas localidades de la provincia.

La distribución de edades de nuestra muestra sí se corresponde a la de otros estudios (214,216), constatándose lo que ya apuntaban los profesionales de todos los países desde hace algunos años como resultado del aumento de consumo de alcohol entre los jóvenes y es la aparición del alcoholismo en unas edades cada vez más tempranas. En un estudio realizado por nosotros hace algunos años, más del 75% de los alcohólicos sobrepasaban los cuarenta años y, en la actualidad, la mitad de ellos no los alcanza (217,218).

El gran número de pacientes separados nos confirma un hecho asimismo constatado desde hace mucho tiempo y que no es más que el abuso de bebidas alcohólicas tiene graves repercusiones familiares, siendo una de ellas la separación.

Es sorprendente el gran porcentaje de alcohólicos que declaran no realizar práctica religiosa alguna (67,7%) entre los encuestados y ello puede estar relacionado con el bajo número (5,1%) que manifiestan como una de las razones para dejar de beber el que esto vaya contra su religión o sus creencias.

Las proporciones encontradas en la situación laboral de los alcohólicos encuestados están en contradicción con la creencia generalizada de que el alcoholismo va íntimamente ligado al desempleo y podría fundamentar la tendencia cada vez más difundida en otros países a realizar programas de detección del alcoholismo en el medio laboral.

El nivel de ingresos económicos de los pacientes de Anclaje está también en contradicción con el carácter benéfico de esta institución y podría estar indicándonos la falta de servicios públicos y privados que atiendan este tipo de problemas y que, además, parece estar confirmándose en el estudio de agencias realizado por las Cátedras de Medicina Preventiva y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Sevilla.

2.- Experiencias de los alcohólicos en relación con su bebida.-

Al pasar el cuestionario se les pedía que refirieran las experiencias que habían tenido en relación con su bebida en los últimos doce meses, ayudándoles en sus contestaciones a través de la lectura de una lista con algunas de las consecuencias más frecuentes originadas por el abuso de la bebida.

Como era de esperar, la gran mayoría de ellos habían

experimentado un gran número de ellas. Sin embargo, la frecuencia con la que estos problemas habían aparecido en nuestra muestra merece algunos comentarios:

De los problemas personales, el más frecuente aparece en el 94,1% de los encuestados y consiste en considerar que se debe disminuir o abandonar el consumo de bebidas alcohólicas. Este resultado parece estar en contradicción con la creencia generalizada de que los alcohólicos que acuden a tratamiento no tienen conciencia de enfermedad y sólo lo hacen por presiones sociales y familiares.

Le siguen en orden de frecuencia el haber estado bebiendo intoxicado durante varios días seguidos y el haberse despertado al día siguiente de beber sin recordar lo que había hecho.

Un resultado sorprendente y esperanzador es el comprobar que el 73,3% de los encuestados habían sido informados por su médico de que la cantidad de bebidas alcohólicas que estaban consumiendo les perjudicaba.

Durante los últimos años se ha discutido extensamente sobre el rol cada vez más importante del médico de Atención Primaria en la identificación y tratamiento de personas con problemas relacionados con el alcohol (219-222). Estos resultados parecen apuntar a la capacidad de los médicos para reconocer estos problemas y a su incapacidad para tratarlos.

Existen trabajos, como el de Thom y Telles, en los que se asocian la existencia de actitudes positivas o negativas por parte de los médicos de Atención Primaria hacia el trabajo con este tipo de pacientes que influyen en su capacidad para diagnosticarlos (223).

El estudio realizado por Gili, Giner, Lacalle y Franco sobre el análisis de factores implicados en la identificación de personas con problemas relacionados con el alcohol en Atención Primaria (224) podría aclarar la facilidad de los médicos para detectar el problema y su dificultad para tratarlo. Estos autores encuentran que en Sevilla la mayoría de los médicos de Atención Primaria están interesados en el tema de los problemas relacionados con el alcohol y en las respuestas que puedan ofrecerse sobre ellos. Sin embargo, sólo el 13,2% está satisfecho de la forma como trabajan con estas personas, y aún menos (9,4%) les resulta gratificante su trabajo con este tipo de enfermos.

Las contradicciones existentes entre el interés por este tema y la falta de concreciones prácticas parecen estar en relación con la falta de formación en estas materias de los profesionales.

También nos llama la atención en este apartado de problemas relacionados con el abuso del alcohol el observar

que, mientras el 68,3% de los pacientes entrevistados manifestaban que habían sentido los efectos del alcohol mientras trabajaban, ninguno de ellos reconoció haber sufrido un accidente laboral por haber estado bebiendo.

Estos resultados parecen estar en contradicción con algunos estudios realizados que muestran una gran incidencia de accidentes laborales entre la población alcohólica (146-148).

Quizás fuera conveniente realizar otros estudios donde se incidiera sobre la relación entre la siniestrabilidad laboral y los puestos de trabajo, así como la influencia que tienen sobre los accidentes de trabajo en los alcohólicos los cambios de puesto.

Otro dato de interés es el encontrar que el 21% de los enfermos ha participado en peleas durante su bebida. El resaltar este punto, que debería ser estudiado con una mayor profundidad, sería interesante, pues quizás fuera una forma de mover a los poderes públicos que a veces sólo parecen tomar medidas en estas materias, como ocurre con el consumo de heroína, cuando el consumo de sustancias altera el orden público y la seguridad ciudadana, preocupándose mucho menos de los auténticos problemas de salud.

El resto de los resultados obtenidos en este apartado consideramos que no merecen ser comentados, pues no aportan

novedad alguna a los estudios realizados con anterioridad por la mayoría de los autores.

3.- Razones para beber y para no beber en los alcohólicos.-

Las razones dadas por los alcohólicos en mayor proporción para consumir bebidas alcohólicas son eminentemente sociales y culturales: Es lo que hace la mayoría de la gente (86%) y es lo que hacen la mayor parte de mis amigos cuando están juntos (82%).

La importancia de estos resultados se debe no sólo a que parecen confirmar la relevancia de los aspectos sociales en la etiología del alcoholismo, sino que pueden explicar también de alguna manera muchas de las recaídas de estos pacientes en nuestro medio y, por tanto, estas circunstancias deben ser tenidas muy en cuenta al planificar el tratamiento. El no valorar adecuadamente estos aspectos quizás sea uno de los motivos del desánimo de los médicos de Atención Primaria al enfrentarse al abordaje de estos pacientes.

Por otra parte, nos encontramos con que la razón que dan la mayoría de los alcohólicos para no beber es porque es malo para la salud. Estos resultados coinciden con los que descubrimos en un estudio realizado en los ancianos institucionalizados en Sevilla y provincia, en el que la mayor

parte de los que habían dejado de beber y que habían sido alcohólicos atribuían como principal motivo para el abandono de la bebida la salud (225).

Quizás estos resultados pudieran contribuir a resolver uno de los principales problemas con los que nos encontramos al tratar a los alcohólicos, como puede ser la falta de motivación para su tratamiento.

Es bien conocido que la mayor parte de los alcohólicos no tiene conciencia de enfermedad y, además, siente un gran rechazo a ser diagnosticada de alcohólicos por el gran número de implicaciones peyorativas que se atribuyen a este concepto.

Sin embargo, se podría aprovechar este reconocimiento por parte de los alcohólicos de que el beber es malo para la salud por el médico de cabecera, al que acuden en primer lugar estos pacientes por otros problemas de salud (el 57,4% de los entrevistados reconocen no haber gozado de buena salud en los últimos doce meses, y han sido advertidos por su médico general en el 73,3% de los casos) para ser tratados, sin necesidad de plantearles directamente su alcoholismo.

Las siguientes razones, en frecuencia, para no beber, la del miedo a volverse alcohólico (85%) y la del miedo a que la bebida pueda hacerle sentirse enfermo, podrían utili-

zarse también en el abordaje de estos pacientes desde la Atención Primaria.

Después de las razones sociales, las psicológicas parecen ser las más importantes para beber:

- Bebo cuando me siento tenso y nervioso (70%)
- El beber me ayuda a olvidarme de mis problemas y preocupaciones (66,3%)
- Me gusta sentirme alegre (61,4%).

Estos resultados pueden ser útiles tanto en el desarrollo de programas preventivos como terapéuticos. Gran parte del programa terapéutico de Anclaje se basa en estos principios y trata de hacer participar a los pacientes en actividades en las que puedan disfrutar y divertirse sin necesidad de recurrir al alcohol, y en aprender a solucionar tensiones y preocupaciones con soluciones alternativas al consumo de alcohol.

4.- Normas culturales y actitudes de los alcohólicos ante la bebida.-

Analizamos en primer lugar las normas culturales más habituales entre los alcohólicos en relación con la permisividad hacia la bebida en distintas edades y sexos.

Los resultados son muy expresivos, ya que nos revelan unos patrones culturales muy restrictivos hacia los jóvenes que aumentan al referirse a la mujer (el 86,1% propugnan la abstinencia completa para los varones de dieciséis años y el 95% opina lo mismo respecto a la mujer) y, sobre todo, hacia las hembras mayores de sesenta años, pues el 68,3% mantiene los mismos criterios de abstinencia total.

Las actitudes represivas se van relajando en la medida en que se considera la bebida de personas mayores, manteniéndose continuamente sin embargo una mayor rigidez hacia la mujer.

Estos patrones pasan a ser muy permisivos ante algunos grupos de personas, como en el de hombres de cuarenta años, en los que el 75,2% de los encuestados considera que se debe llegar a sentir los efectos de la bebida, y en el de varones de veintiún años, en los que el 67,3% dan la misma respuesta.

Cuando se analizan las opiniones de los alcohólicos sobre las normas para beber en diversas circunstancias, encontramos que expresan una gran tolerancia frente al alcohol durante algunas actividades celebratorias y sociales. El 79,2% de los encuestados considera que, estando en una fiesta en casa de otra persona, deben beber hasta llegar a conseguir los efectos del alcohol y lo mismo ocurre con una frecuencia ligeramente inferior (73,3%) cuando opi-

nan del consumo indicado estando en un bar con amigos.

Por el contrario, existen ocasiones en las que los alcohólicos se muestran sumamente restrictivos respecto al consumo de bebidas alcohólicas: Al ir a conducir un automóvil, el 92% de la muestra considera que debe mantenerse una abstinencia completa. Lo mismo piensa el 81,2% de un padre o una madre que tiene que entretener a sus hijos pequeños, y el 72,2% en relación a las horas de trabajo.

Cuando se está de visita con los padres, el 56,4% de los alcohólicos propugnan la abstinencia y el 40,6% el consumo moderado de 1 ó 2 copas.

El análisis de estos resultados nos muestra las tendencias tan extremas entre las que se mueven los enfermos alcohólicos, que pasan continuamente de propugnar la abstinencia completa a considerar la necesidad de sentir los efectos del alcohol en las distintas situaciones, no encontrándose en ninguno de los ítems preguntados un porcentaje mayoritario que opte por la bebida moderada.

Quizás estos resultados apoyen la opinión generalizada en la mayoría de los profesionales que trabajan en este tipo de problemas a propugnar la abstinencia completa como meta del tratamiento, por la gran dificultad existente en conseguir que un alcohólico llegue a mantener unas pautas de

consumo moderado durante largos periodos de tiempo.

Cuando los enfermos alcohólicos valoran la gravedad de los acontecimientos referidos al consumo de bebidas alcohólicas son casi unánimes al considerar como muy graves las cuatro situaciones que se les presentan en la encuesta "Un hombre caído", "Mujer golpeada", "Mujer tambaleante" y "Penuria familiar".

Existen mayores diferencias al considerar las fuentes de ayuda que son más apropiadas ante las distintas situaciones. Son unánimes al propugnar que cualquiera de estas situaciones requiere tratamiento y discrepan en relación con otro tipo de ayudas.

La ayuda de los presentes sólo es considerada importante por la mayoría en las situaciones del "Hombre caído" y la "Mujer tambaleante", pero son menos de la mitad los que piensan que deban intervenir cuando se trata de una "Mujer golpeada" y de la viñeta de "Penuria familiar".

Estos resultados son muy significativos de la actitud generalizada en el alcohólico: Una actitud ambivalente, donde desean ser ayudados por las personas que les rodean, pero que rechazan tremendamente el que estas mismas personas intervengan y se involucren en sus conductas.

Sus opiniones, en cambio, son bastante más favorables

en lo que respecta a la intervención de los parientes, y muy desfavorables a la intervención de la Policía, sobre todo, en el caso del "Hombre caído".

Los alcohólicos perciben los referidos acontecimientos de forma distinta en su comunidad, considerando que la situación del "Hombre caído" es la más frecuente, o así al menos lo perciben el 60,4% de ellos, mientras que la de "Penuria familiar" es la más infrecuente, pues sólo la captan el 25,7% de los encuestados.

5.- Recomendaciones sobre tratamiento.-

Para terminar el análisis del grupo de alcohólicos, consideramos sus respuestas sobre las instituciones que recomendarían para tratar los problemas derivados del consumo de alcohol.

La mayoría de ellos (76,2%) recomendaría las asociaciones de alcohólicos como lugar de tratamiento. Nos sorprende que, aun cuando el porcentaje es elevado, dadas las circunstancias en las que se encuentra el conjunto de la muestra respondente (inicio de tratamiento en una de estas instituciones) podría esperarse uno mucho mayor.

Este hecho quizás pueda explicarse por la presión familiar que ha llevado a muchos de ellos al tratamiento, y por

la falta de conciencia de enfermedad que, junto al sentimiento de vergüenza de ser etiquetados como alcohólicos, produzca un cierto rechazo hacia este tipo de instituciones.

El médico general es elegido por el 32% de los encuestados. Dado que el 45,6% de la muestra había acudido previamente a su paso por Anclaje a estos profesionales hubiera sido interesante analizar la experiencia que supuso para ellos este contacto con los dispositivos de Atención Primaria, pues la inconsistencia del resultado (una baja frecuencia de recomendaciones, pero que se encuentra por encima del resto de las instituciones) no permite extraer conclusiones. Consideramos que debe ser una línea de investigación para futuros trabajos.

Los psiquiatras constituirían la tercera opción recomendable para los alcohólicos en una proporción del 20,8%. El resto de las instituciones no parece inspirarles confianza alguna en el abordaje de los problemas relacionados con el alcohol, siendo muy llamativo que ninguno de ellos recomendaría una institución benéfica o a la Iglesia (parroquias, etc) ante la aparición de un problema de este tipo.

COMPARACION DE LA MUESTRA DE ALCOHOLICOS CON OTRA DE LA POBLACION GENERAL.-

Ritson decía en su trabajo sobre "Respuesta de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol" (100)

que era útil concebir los problemas relacionados con el alcohol como dos mundos, uno de los cuales era el de las personas con esos problemas y en contacto con alguna agencia y, el otro, el de la población general.

Nosotros hemos intentado establecer algunas diferencias entre estos dos mundos, utilizando la encuesta de la "Respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol, por considerar que el conocimiento de estas diferencias puede resultarnos útil para encontrar algunos factores diferenciales que nos ayuden en la planificación de programas preventivos y asistenciales que traten de responder a los problemas comunitarios con la especificidad que éstos requieren.

Para conseguir estos objetivos fue por lo que comparamos ambas poblaciones, tratando de observar las diferencias existentes en los siguientes apartados:

- 1.- Características sociodemográficas.
- 2.- Experiencias en relación con la bebida.
- 3.- Razones para beber y para no beber.
- 4.- Normas culturales y actitudes ante la bebida.
- 5.- Recomendaciones sobre el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol.

- 1.- Características sociodemográficas.

Al comparar ambas muestras nos encontramos en primer lugar que existen unas diferencias muy significativas en cuanto a su procedencia rural y urbana ($p < 0.0000$). La procedencia mayoritaria de los pacientes tratados del área urbana quedó explicada en la primera parte de esta Discusión y consideramos que no tiene relevancia alguna al ser producida por los sesgos ya señalados.

La comparación de ambos grupos también nos muestra que no existen diferencias significativas en cuanto a grupos de edad, nivel de educación, situación laboral y grupos socioocupacionales (Tablas R-II, R-IV, R-VI y R-VII).

De estos resultados nos llama la atención el no encontrar diferencias importantes con respecto a la situación laboral, como sí aparece en otros estudios realizados en nuestro país donde se afirma que entre los alcohólicos existe un mayor índice de desempleo que en la población general (226-228).

Estos datos nos llevan quizás a considerar que nuestra muestra de alcohólicos no es representativa de los alcohólicos que existen en la población.

Estas impresiones se confirman con otros resultados, como el observar que el nivel económico de nuestra muestra es superior al de la población general con una diferencia de

$p=0.0001$.

A la vista de estos hallazgos, consideramos que podría ser importante realizar estudios posteriores que analizaran el proceso de selección de las personas que acuden a tratamiento, pues es bien sabido que una de las mayores dificultades en el tratamiento del alcoholismo es precisamente el lograr la aceptación de los enfermos hacia éste.

La accesibilidad de los servicios y las prestaciones de éstos deberían ser estudiadas junto a las características personales de los pacientes que a ellos acuden y las personas e instituciones que han influido en la puesta en marcha del tratamiento.

Otra diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p=0.0000$) es la frecuencia de prácticas religiosas: Es llamativo el encontrar que el número de alcohólicos no practicantes es casi el doble que en la población general y que a la vez es mayor el número de alcohólicos que practican semanalmente que las personas que lo hacen en este periodo del grupo control.

No obstante estos resultados coinciden con los reseñados en otros estudios que muestran que el aumento del consumo de drogas va relacionado directamente con la religiosidad (229-231).

Otros hallazgos de nuestro estudio que coinciden con la mayoría de los publicados es la mayor proporción de separados entre los alcohólicos, que en nuestro caso es diez veces superior que en la población general (Tabla R-III).

2.- Experiencias en relación con la bebida.

Al comparar las dos muestras en relación con los problemas producidos por el consumo de alcohol, nos encontramos con algo que era naturalmente lógico hallar: Los alcohólicos presentan muchos más problemas que la muestra de población general.

Encontramos diferencias muy significativas ($p < 0.0000$) en todos los problemas estudiados, excepto en el haber sufrido accidentes en casa por haber estado bebiendo, en donde $p = 0.0002$, y en el apartado de accidentes laborales relacionados con la bebida, en el que no sólo no existen diferencias significativas, sino que en ninguno de los dos grupos hallamos a persona alguna que reconozca haber padecido estos problemas.

Los alcohólicos, aun cuando en proporciones muy distintas (94,1% frente al 20,2% de los controles), coinciden con éstos en afirmar que beben demasiado y debían disminuir o abandonar su bebida.

El orden de frecuencia de los demás problemas cambia también en los dos grupos: En la población general, los problemas que se producen en una proporción mayor a la de la prevalencia estimada del alcoholismo en la población son el de considerar que debe disminuir o dejar la bebida (20,2%) y el despertarse al día siguiente sin poder recordar cosas que había hecho mientras bebía (12,4%).

Los siguientes problemas que se presentan en la población general con una frecuencia entre el 2,7% y el 4,9% podrían considerarse casi en su mayoría signos cuasi patognómicos de alcoholismo:

- Emborracharse teniendo cosas importantes por las que no debía hacerlo

- Las manos le temblaban bastante la mañana siguiente de beber

- El médico le dijo que la cantidad que bebía le estaba perjudicando seriamente su salud

- Tener que tomar una copa como primera cosa al levantarse

- Haber estado bebiendo (intoxicado) durante varios días seguidos.

De los problemas personales, y en el que coinciden ambos grupos en mostrarlo en mayor frecuencia como veíamos anteriormente, se encuentra el considerar que se debe disminuir el consumo. Puede pensarse que esto se funda en una

clara conciencia entre los encuestados del efecto negativo del alcohol. En el grupo de alcohólicos es lógico suponer que esta creencia está sustentada en su propia experiencia, pues aunque matizada por los mecanismos de negación y racionalización característicos de estos enfermos siempre se encuentra presente.

Parece menos explicable esta conciencia en la población general, dado que en su mayoría no han sentido los efectos perjudiciales del abuso del alcohol y la publicidad de éste mitificando sus excelencias es muy superior a los programas de educación sanitaria que en la actualidad se realizan.

De todas formas, estos resultados pueden hacernos sentir optimistas frente a aquellos que piensan que el consumo abusivo de alcohol está tan arraigado en la población que cualquier intervención sería inútil, pues podemos comprobar que el simple pase de una encuesta puede producir respuestas positivas.

Es extraño el observar cómo en ambos grupos una elevada proporción de encuestados, mucho mayor evidentemente en los alcohólicos, coinciden en afirmar haber sentido los efectos del alcohol mientras trabajaban y, por el contrario, ni un solo caso en los dos grupos afirma haber tenido accidente laboral alguno en relación con su bebida.

La mayor frecuencia de problemas personales en relación

con los problemas sociales puede hacernos pensar en que las normas sociales parecen ser tolerantes con el alcohol, siempre que se respeten ciertos límites, pudiendo ser indicativos de la flexibilidad y tolerancia sociales hacia el consumo de alcohol.

Sin embargo, la permisividad disminuye en el entorno familiar y de amigos, pues la existencia de problemas con ellos es lo que con mayor frecuencia responden los integrantes de ambas muestras.

Por último, las diferencias tan significativas que aparecen en la mayor parte de los problemas presentados en ambos grupos apoyan y justifican el que muchos instrumentos de screening y despistaje precoz se basen en cuestionarios donde se pregunta a la población por este tipo de problemas.

3.- Razones para beber y para no beber.

Son muchos los trabajos que establecen la relación entre el consumo de alcohol y la cultura (232-234). El abuso del alcohol, al estar tan introducido socialmente en nuestro país, está en parte determinado por las características culturales y sociales de la comunidad que lo consume.

Diferentes tipos de cultura poseen distintas tipologías de consumo y la alcoholología transcultural ha sido ampliamente

te estudiada (235-237).

Las cualidades positivas y negativas que la población atribuye al alcohol, las expectativas que sobre él posee, el grado de tolerancia que se manifiesta ante la ingesta y la embriaguez y situaciones que se establecen para su consumo determinan la forma de beber.

Por todas estas razones, la comparación de los puntos que los alcohólicos y la población general aducen para beber o dejar de beber puede resultarnos muy útil al planificar cualquier programa terapéutico o preventivo.

Nosotros encontramos diferencias muy significativas ($p < 0.0000$) cuando se comparan una a una las frecuencias entre cada una de las razones que dan para beber los miembros de los distintos grupos. También encontramos grandes diferencias entre las razones para no beber, aunque entre éstas algunas sin significación estadística, como verbigracia el dejar de beber porque las bebidas alcohólicas son demasiado caras.

Entre los alcohólicos, las razones más frecuentes para beber son sociales, mientras que en los controles son las celebratorias las esgrimidas con más frecuencia.

Como era de esperar, la búsqueda de efectos psicotrópicos es más importante entre los alcohólicos que entre la

población general, al igual que ocurre con los motivos de desadaptación individual o social.

Los motivos alimentarios no son considerados de interés por ninguno de los dos grupos.

Las razones negativas hacia el alcohol se evaluaron con la presentación de diez de ellas que podían justificar una limitación e incluso abandono del consumo. En ambos grupos fueron mayoritarios los motivos de salud justificadores de un abandono de la bebida.

La disminución laboral fue aducida en segundo lugar por los sujetos de la población, mientras los alcohólicos esgrimían motivos de desadaptación individual y social.

La religión, contrariamente a otras culturas, se manifiesta como una pobre censura hacia el alcohol, ya que es escaso el número de encuestados que le da una importancia relativa.

Podríamos concluir, tras el análisis de estos resultados, con la importancia de establecer programas de educación sanitaria para todos, pues parece estar muy aceptado el que el alcohol puede ser perjudicial para la salud, aunque debe tenerse en cuenta al planificarlos la especificidad de los distintos grupos de población.

En la elaboración de estos programas es importante, asimismo, tener en cuenta el que parece existir un cierto grado de incongruencia entre el elevado consumo que se hace del alcohol y las actitudes hacia las bebidas alcohólicas, ya que da la sensación, como afirman Martínez y Martín (236), de que existe una gran incoherencia entre lo que la gente hace y lo que piensa de una manera más racional.

Por ello, es necesario tener en cuenta, insistimos, y así lo hacen muchos de los actuales programas preventivos, la importancia de hacer hincapié no sólo en lo cognitivo, sino también incidir en lo afectivo y actitudinal, junto al complicado conjunto de factores que intervienen en la toma de decisiones (239,240).

4.- Normas culturales y actitudes ante la bebida.

Al valorar la permisividad sobre el consumo de bebidas alcohólicas en distintas edades y sexos, volvemos a encontrarnos diferencias tremendamente significativas ($p < 0.0000$), excepto en lo que se refiere a la mujer de sesenta años, en donde ambos grupos se encuentran coincidentemente restrictivos.

En los dos conjuntos estudiados encontramos una mayor permisividad respecto al hombre que hacia la mujer.

Los alcohólicos se manifiestan más limitativos en el consumo de los jóvenes que la población general, mostrándose en cambio más tolerantes hacia ambos sexos en las edades comprendidas entre los veintiuno y los cuarenta años.

Esta ambivalencia característica de los alcohólicos puede explicarse a través de múltiples motivos. Uno de ellos podría ser que, por una parte, siguen la regla general de que los mayores consumidores son los más permisivos, pero por otra parte pueden estar presionados por el miedo de que sus hijos sufran problemas relacionados con el alcohol. Lo que realmente ocurre en mayor proporción que en la población general es esto último, y ese miedo puede ser proyectado en los chicos de dieciséis años fácilmente, pues dadas las edades medias de los alcohólicos la mayoría de ellos tienen hijos de estas edades.

Cuando investigamos la permisividad hacia las bebidas alcohólicas de los distintos grupos en diversas situaciones sociales, volvemos a confirmar que nos encontramos comparando dos mundos distintos, pues sus opiniones vuelven a diferir en cada una de estas situaciones de una forma significativa ($p < 0.0000$).

El lugar preferido por los alcohólicos para llegar a sentir los efectos del alcohol es en una fiesta en casa de un amigo, cuando los controles eligen el bar en compañía de

sus amigos.

La situación más restrictiva para la población general, exceptuando el conducir un automóvil, situación que comparten de igual manera los alcohólicos, aparece cuando se trata de beber cuidando y entreteniendo a sus hijos pequeños. Quizás por los mismos motivos apuntados con anterioridad.

Lo que sí parece quedar claro es que programas concretos y continuados de educación sanitaria, como el que efectúa regularmente la Dirección General de Tráfico en nuestro país, apoyados por los medios de comunicación, suelen obtener buenos resultados, al menos en lo que se refiere a la actitud de los ciudadanos.

La continuidad de gran número de accidentes de tráfico relacionados con el alcohol vuelve a mostrarnos una vez más y de forma persistente que la prevención de las conductas no sólo es un problema de actitudes, sino que juegan un mayor número de factores que deben ser controlados.

No obstante, parece claro que no es posible un cambio de conducta sin un cambio previo de actitud, por lo que las razones expuestas, lejos de desanimarnos con respecto a la eficacia de la educación sanitaria, debe estimularnos a trabajar en programas preventivos cada vez más específicos, dirigidos a grupos homogéneos de población y utilizando las herramientas e instrumentos necesarios. La prevención es

cosa de todos, pero la realización de programas preventivos eficaces debe ser manejada por profesionales.

El estudio de la comparación de los resultados de los dos grupos al valorar la gravedad de los acontecimientos relacionados con el consumo de alcohol, medidos con las viñetas "Hombre caído", "Mujer golpeada", "Mujer tambaleante" y "Penuria familiar", es fácil, pues por primera vez en todo nuestro estudio todos los encuestados se ponen de acuerdo en considerar que todos estos acontecimientos deben ser considerados como muy graves.

También existe un acuerdo importante en el grado de percepción que unos y otros tienen de la frecuencia de estos acontecimientos en su comunidad, excepto en el caso de la "Mujer tambaleante" que es percibida doblemente por los casos que por los controles.

5.- Recomendaciones sobre el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol.

Al finalizar nuestras comparaciones con las recomendaciones que los dos grupos harían a las personas necesitadas de tratamiento por un problema relacionado con el alcohol, volvemos a retomar la tónica aparecida a lo largo de toda la Discusión, reencontrando diferencias significativas ($p < 0.0000$) respecto a todas las instituciones enumeradas en

la encuesta, con la excepción de las asociaciones de alcohólicos a las que todos consideran muy fiables.

Quizás también estos resultados sean los más difíciles de interpretar, pues las circunstancias de los dos grupos son muy distintas.

Los alcohólicos lo son en tratamiento y, en su mayor parte, antes de realizar la encuesta en una institución concreta como Anclaje han tenido experiencia de terapéutica en otras instituciones sanitarias.

Sin embargo, el lugar de realización de la encuesta en el momento previo a su tratamiento ha podido sesgar bastante sus respuestas.

Por otra parte, la experiencia y el conocimiento de la población general suelen ser muy escasos y sus respuestas parecen haberse realizado en muchos casos por la asociación del nombre de la institución con la palabra alcohol que por el conocimiento real de estos entes.

No obstante, una vez hechas estas matizaciones consideramos que estamos en condiciones de poder extraer algunas conclusiones.

Lo que nos parece más sorprendente es que los casos recomienden al médico general sólo en el 31,7%, menos que la

mitad de los controles. Este resultado nos parece de un gran interés, porque un elevado número de alcohólicos de nuestra muestra han pasado por el médico general, lo que demuestra que antes de esta experiencia coincidían en su valoración con la opinión general.

Si a esto unimos que la mayoría de ellos han acudido a Anclaje no a través de una derivación del médico, sino porque han considerado que no eran bien atendidos por aquél. el problema se hace preocupante.

La explicación podríamos encontrarla en el estudio de Gili y Giner (224), en el que se demuestra la falta de formación de los médicos en esta materia y la relación existente entre la formación y el rendimiento de éstos, así como con su gratificación en el trabajo.

Lo mismo ocurre con el resto de los dispositivos sanitarios (psiquiatras y hospitales generales), y la explicación a este fenómeno podría ser muy similar a la apuntada anteriormente.

Mayores diferencias aún existen en cuanto a la opinión con respecto a los Servicios Sociales: Los alcohólicos los recomiendan cuatro veces menos que la población general. Quizás esto pudiera explicarse, junto al desconocimiento por ambos grupos de aquéllos, por la vieja lucha de los alcohó-

licos una vez que reconocen sus problemas a ser considerados enfermos y, por tanto, a ser atendidos por la Seguridad Social (reivindicación que año tras año encontramos entre las conclusiones de todos los congresos de alcohólicos rehabilitados).

Consideramos que las diferencias de opinión sobre los dispensarios de alcoholismo se deben fundamentalmente al conocimiento por parte de los enfermos de la inexistencia de éstos, frente al desconocimiento de la población general.

La nula respuesta de los alcohólicos hacia las instituciones benéficas y la Iglesia puede deberse al rechazo de los pacientes a sentirse considerados como depravados y viciosos, y quizás también se relaciona con la falta de práctica religiosa de los pacientes encuestados.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Si bien en los últimos años se da cada vez mayor importancia al creciente número de problemas relacionados con el alcohol, la falta de delimitación de conceptos, desde los más básicos como los de alcoholismo y abuso de alcohol, hace dificultosa la comparación de unos resultados con otros, existiendo una gran confusión en esta materia.

SEGUNDA.- En relación con este tema, se cree necesaria la delimitación objetiva y operativa de estos conceptos, para la planificación de acciones que enfrenten los problemas derivados del consumo de alcohol, no sólo a través de abordajes específicos, sino dentro de una atención integral a la salud.

TERCERA.- El grupo de alcohólicos en estudio (GAE) de nuestra muestra mantiene unas creencias, actitudes y normas culturales en relación al consumo de las bebidas alcohólicas que, en comparación con la muestra de referencia de la población general (MRPG), alcanzan diferencias estadísticas muy significativas.

CUARTA.- En el GAE encontramos unos mayores ingresos

económicos, así como de separaciones matrimoniales, y una menor frecuencia de prácticas religiosas que en la MRPG.

QUINTA.- La consideración de que se debe disminuir o abandonar la bebida es el problema que aparece con mayor frecuencia en ambos grupos, con una proporción muy superior en el GAE.

SEXTA.- El análisis de la respuesta al padecimiento de problemas derivados de la bebida es superior con una gran significación estadística en el GAE respecto de la MRPG frente a todos los problemas estudiados, excepto en los accidentes laborales que no aparecen en ninguno de los encuestados.

SEPTIMA.- Las razones expuestas en la encuesta para beber o dejar de beber son muy distintas en ambos grupos.

OCTAVA.- Las motivaciones celebratorias son las que más parecen favorecer la bebida en la MRPG, mientras que las sociales lo hacen en el caso del grupo de los alcohólicos.

NOVENA.- La búsqueda de los efectos psicotrópicos es,

como era de esperar, mucho más intensa en los pacientes que acuden a tratamiento.

DECIMA.- Ambos grupos coinciden en valorar los motivos de salud como los más importantes para abandonar la bebida.

UNDECIMA.- La permisividad para el consumo de bebidas es superior en ambos grupos para el hombre en relación con la mujer.

DUODECIMA.- Los alcohólicos son más restrictivos con los jóvenes y más permisivos con las personas mayores que la MRPG.

DECIMOTERCERA.- La situación en la que ambos grupos coinciden en ser muy restrictivos es en el caso de conducir un automóvil.

DECIMOCUARTA.- Las asociaciones de alcohólicos son consideradas por la mayor parte de los encuestados como altamente fiables para abordar los problemas relacionados con el alcohol.

DECIMOQUINTA.- Las discrepancias entre los dos grupos sobre la bondad del resto de las instituciones son muy elevadas, alcanzando una gran significación estadística.

DECIMOSEXTA.- El médico de cabecera es recomendado para el tratamiento de estos problemas por más de la mitad de la muestra de referencia, mientras que sólo lo aconseja el 31,7% de los alcohólicos.

RESUMEN

El presente trabajo es fruto de un programa iniciado por la Organización Mundial de la Salud en 1977 sobre la "Respuesta de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol". El programa se inició en México, Escocia y Zambia, y durante el desarrollo del mismo se han ido asociando numerosos países, entre los que se encuentra el nuestro.

En España colaboran en este proyecto dos grupos distintos: Sevilla y Santander. Los trabajos del grupo sevillano, encabezados por los Profs. Gili y Giner, son los que sirvieron de base a esta investigación.

El objetivo de nuestro trabajo es tratar de establecer las diferencias existentes, en cuanto a problemas relacionados con el consumo de alcohol (actitudes, creencias y normas culturales ante la bebida), entre una muestra de enfermos alcohólicos y otra de la población general, por considerar que su conocimiento puede resultar útil para la planificación de actividades preventivas y terapéuticas.

Para medir estas variables nos hemos valido de un cuestionario, diseñado como instrumento de entrevista personal, con un total de 163 items y compuesto de varias secciones:

- Datos demográficos y de identificación
- Patrones de consumo
- Normas culturales y sociales en torno a la bebida
- Problemas relacionados con el alcohol
- Actitudes, creencias y preferencias en lo que respecta a la asistencia de personas con problemas relacionados con la bebida.

Este mismo cuestionario fue utilizado por vez primera en la ya citada Encuesta de población general del estudio internacional de la Organización Mundial de la Salud sobre la Respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol, realizada en Escocia, Estados Unidos, México y Zambia. En España ha sido cuidadosamente adaptada por los grupos de Sevilla y Santander en 1985.

El grupo de alcohólicos se obtuvo de la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados Anclaje, estableciendo como criterios de inclusión los diagnósticos del DSM III.

La muestra representativa de la población de Sevilla se obtuvo, por su parte, utilizando el procedimiento de muestreo estratificado aleatorio proporcional con la toma en cuenta de la división administrativa de la provincia en comarcas y comunidades.

Los encuestadores fueron validados en la fase piloto de

la entrevista, valorando su variabilidad intra e interpersonal.

La evaluación estadística se llevó a cabo con el programa B.M.D.P.

Entre los resultados obtenidos, destaca un origen mayoritariamente urbano de los alcohólicos que, a su vez, muestran un nivel de ingresos superior al de la población general, así como una menor frecuencia de prácticas religiosas.

Como era de esperar, los enfermos alcohólicos presentan una incidencia de problemas relacionados con el alcohol muy superior a la de la muestra de referencia, encontrándonos, además, con que éstos suelen ser detectados por el médico de cabecera, que por su parte parece sentirse incapaz para tratarlos.

Nos ha sorprendido el hecho de no encontrar alcohólico alguno que admita haber sufrido un determinado accidente laboral relacionado con la bebida, aun cuando reconocen haber sentido los efectos de ésta durante su jornada de trabajo.

Entre las razones para dejar de beber, ambos grupos coinciden en señalar los motivos de salud como las más relevantes, mientras que entre las que aducen para hacerlo

ocupan el primer lugar las motivaciones celebratorias y sociales, adquiriendo una gran importancia la búsqueda de los efectos psicotrópicos por parte de los alcohólicos.

En relación con la permisividad hacia la bebida, ambos grupos son mucho más restrictivos con las mujeres, siendo los alcohólicos más permisivos en general, con excepción de que se trate de jóvenes para los que preconizan mae cabecera, que por su parte parece sentirse incapaz para tratarlos.

Nos ha sorprendido el hecho de no encontrar alcohólico alguno que admita haber sufrido un determinado accidente laboral relacionado con la bebida, aun cuando reconocen haber sentido los efectos de ésta durante su jornada de trabajo.

Entre las razones para dejar de beber, ambos grupos coinciden en señalar los motivos de salud como las más relevantes a coincidir, señalando a las Asociaciones de Alcohólicos como las más indicadas y existiendo grandes diferencias, en cambio, en relación al resto de las entidades.

Por último, destacar las siguientes conclusiones de nuestro estudio:

- 1) El grupo de alcohólicos en estudio presentó mayor

número de separaciones matrimoniales, de ingresos económicos, y menor frecuencia de prácticas religiosas que en la muestra de referencia.

2) Las creencias, actitudes y normas culturales en relación con el consumo de bebidas de los alcohólicos presentan una diferencia muy significativa respecto de las de la muestra de población general.

3) Los alcohólicos entrevistados presentan más problemas que el grupo de referencia, exceptuando los accidentes laborales relacionados con la bebida, puesto que no aparecen en encuestado alguno.

y 4) Existen enormes diferencias intergrupales para las razones aducidas para beber y para abandonar la bebida, así como en las instituciones que recomiendan para tratar los problemas derivados del consumo de alcohol, a excepción de las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados, que son aceptadas como primordiales por la gran mayoría de los encuestados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Martínez Pérez J, González de Pablo A: Alcohol y sociedad en el mundo grecorromano. Jano, vol. XXXVI n 848, 27 enero-2 febrero 1989.
- 2.- Bournia JC: Histoire naturelle et morale de la nourriture. Ed. Bordes. París, 1987.
- 3.- Toussaint-Samet: Histoire naturelle et morale de la nourriture. Ed, Bordes. París, 1987.
- 4.- Graves R: Los mitos griegos. Tomo I: 189. Ed. Alianza. Madrid, 1985.
- 5.- Fouquet P, De borde M: Le roman de l'alcool. Ed. Beghers. París, 1985.
- 6.- Frazer JG: La Roma dorada. Magia y religión. Fondo de Cultura Económica. México, 1944.
- 7.- Lagune A: Pedecio Dioscórides Anazarbeo a cerca de la materia medicinal y los venenos mortíferos. Mathias Gest (edición facsímil del Instituto de España). Madrid, 1968, II vols.
- 8.- Fleceliere R: La vie quotidienne en Grèce au siècle de Péricles. Ed. Hachette. París, 1959.
- 9.- Veyne P: L'empire Romaine, en Aries P, Duby G. Ed. Histoire de la vie privée de l'empire Romain à l'ann mil. Ed, Senil. París, 1985.
- 10.- Etienne R: La vie quotidienne à Pompéi. Ed. Hachette. París, 1977.
- 11.- Dhondi J: La Alta Edad Media. Madrid. Siglo XXI. 1983.
- 12.- De Felice PH: Venenos sagrados. Embriaguez divina. Madrri. Felmer. 1975.

- 13.- Thorndike L: A history of magic and experimental science during the first thirteen centuries of our era, en Thorndike L: A History of magic and experimental science. Nueva York. Columbia Press pág. 1.923-1.958, año 1923.
- 14.- Moulin I: La vie quotidienne des religieux au moyen Age, X-XV siècle. Paris. Ed. Hachette. 1978.
- 15.- Malke R, Fouquet P, Vachoufrance G: Manual de alcoholología. Edit. Mason. Barcelona, 1988.
- 16.- Jean P: Aperçu historique sur le problème de l'alcoolisme en France. Après demain n 171, 4-7. Paris, 1975.
- 17.- Marconi JT: "The concept of alcoholism". Quarterly Journal Studies of alcohol, vol. 20, pág. 216-235. 1959.
- 18.- Trotter T: An Essay, Medical, Philosophical and chemical, on Dunkennes and its effect on the human body. London, 1804.
- 19.- Salvatori AM: Comentatio pathologica et therapeutica de ebriositate continua, remittente et intermitente, en Commentationes Societatis Physico-medical apud Universitatem literarum Mosquensium. Vol. II. Págs. 260-290. Moscow, 1817.
- 20.- Von Brühl-Cramer C: Über die Trunksucht und eine rationelle Heilmethode derselben. Berlin, 1819.
- 21.- Esquirol E: Des maladies mentales. Paris, Beilliére, 1838.
- 22.- Gaupp R: Die dipsomanie. Eine klinische studie. Jena, Fischer, 1901.
- 23.- Magnan U: Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris, Beteille. 1893.
- 24.- Wingfield H: The forms of alcoholism and their



- treatment. London, Holdder y Stroughton, 1919.
- 25.- Pisk G: Veber dipsomanie bei franen. Mschi. Psychiat. Neurol. 93: 218-235. 1936.
- 26.- Peserico M: La dipsomanie è veramente un impulso? Auch. gen. Neurol. Psichiat. 17:247-252. 1936.
- 27.- Bowman KM, Jellinek EM: Alcohol addiction and its treatment. Enast J. Stud. Alc. 2: 98-176. 1941.
- 28.- Charlin A, Gardier P & Marty P: Dipsomanies-données pathogéniques. Ann méd psychol 104: 38-47. 1946.
- 29.- Huss M: Alcoholismus chronicus eller chronisck alkoholssjukdon. Stockholm, Fritze. 1852.
- 30.- Jellinek EM: Magnus Huss' Alcoholismus Chronicus (Classics of the alcohol literature). Quart J Stud Alc IV: 85-92, 1943.
- 31.- Von Krafft- Ebbing R: Traité clinique de Psychiatrie. Paris. Maloine. 1987.
- 32.- Schüle H: Traité clinique des maladies mentales. Paris. Delahaye & Lecrosnier. 1888.
- 33.- Bucknill JC, Tuke DH: A Manual of Psychological Medicine. London. Churchill. 1874.
- 34.- Kürz E & Kraepelin E: Über die beeinflussung psychischen vorgänge dursch regelmässigen alkoholgemuss. Psychol Arb III: 417-457. 1901.
- 35.- Cimbali W: Trinkerfürsorge als Teil der Verwahrlostenfürsge. Allg Z Psychiat 84: 52-86. 1926.
36. Ernst K: Klinische Beobachtungen an Alkoholikersn. Klin Wschr 12: 1.829-1.832, 1.870-1.872. 1933.

- 37.- Heather N: Introduction. Heather N & Robertson I: The misure of alcohol-clinical issue in dependence, treatement and prevention. New York, New York University Press. 1985.
- 38.- Levine HG: The Discovery of Addiction: changing conception of habitual drunkenness in America. Journal of studios on Alcohol 39, 143-174. 1978.
- 39.- Maxwell MA: The Washington movement. Quarterfly Journal of Studios on Alcohol 11: 410-451. 1950.
- 40.- Harrison B: Drink on the Victoriers. London, Faber. 1970.
- 41.- Room R: "Sociology on the disease concept of alcoholism". Research advances in alcohol and drug problems, Vol 7: 47-91. Ed Plenum Press. new York and London. 1983.
- 42.- Parsons T: The Social System. Gleucoe, Illinois: Free Press. 1951.
- 43.- Alcoholics Anonymous: New York: Works Publishing Inc. 1939.
- 44.- Jellinek EM: Phases of alcohol addiction. Quarterly Journal of Studios on alcohol Vol 13: 673-684. 1952.
- 45.- Jellinek EM: The disease concept of alcoholism. New Brunswick, New Jersey. Hillhouse Press. 1960.
- 46.- Informe de un Comité de Expertos: Alcohol y Alcoholismo. O.M.S. Serie inform técn, 1953, 42.
- 47.- Informe de un Comité de Expertos: Alcohol y Alcoholismo. O.M.S. Serie inform técn, 1955, 94. Ginebra. 1955.
- 48.- Keller M: "Problems of epidemiology in alcohol problems". Journal of Studios on Alcohol Vol 36: 1.442-1.

441. 1975.

49.- Perrin P: "Qu'est-ce que l'alcoolisme limites et definitions". La revue de l'alcoolisme Tom VI n° 1: 345-350. Janvier-Mars. 1960.

50.- Davies DL: Normal drinking in recovered alcoholic addicts. Q. J. Stud Alcohol 23: 94-104. 1962.

51.- Meni J: The loss of control myth. Lancet 1: 1.257-1.258. 1966.

52.- Mendelson JH, Mello NK: "Experimental analysis of drinking behavior of chronic alcoholics". Ann N. Y. Acad Sci 133: 820-845. 1966.

53.- Mello NK, Mendelson JH: Drinking patters during work contingent and nosocortin gent alcohol acquisition. NK Mello and JH Mendelson: Recent avances in alcoholism. National Institute of Mental Health. Washington D. C. U. S. Public Health Service. HSM 729045. 1971.

54.- Nathan PE, O'Brien JS: "An experimental analysis of the behavior of alcoholism and nonalcoholics during prolonged experimental drinking". Behav Ther 2: 455-476. 1971.

55.- Cohen M, Liebson IA and Fillace LA: "The modification of drinking in chronic alcoholics". N Y Mello empl J H Mendelson (eds). Recents avances in shodies of alcoholism. Washington D.C. U.S. Governement Prinstring Office. 1971.

56.- Sobell MB, Sobell LL: "Second year treatment out come of alcoholics traeated by individualized behavior therapy: Results". Behav Res Ther 14: 195-215. 1976.

57.- Armor PJ, Polich JM, Stambul HB: "Alcoholism and

- treatment". RAND Corporation R-1.739-WIAAA. 1976.
- 58.- Cahalar D and Cisin I: Drinkink behavior and drinkink problems in the United States. Kissin B and Begleiter H: The Biology of alcoholism Vol 5. Treatement and rehabilitation of the chronic alcoholism. New York. Plenuss Press. 1977.
- 59.- Ludwig AM and Stark LA: Subjective and situacional aspects of craving. J Stud Alcohol 35: 899-904. 1974.
- 60.- Wikler A: Conditioning factors in opiate addiction and relapse. Wilmer DM and Kasserbeum GG. Narcotics. New York. Mc Grawhill Book co. 85-100. 1965.
- 61.- undemburk FR and Allen RP: Alcoholics disposition to drink: Effects os abstinence and heavy drinkink. J Stud Alcohol 38 (3): 410-425. 1977.
- 62.- Pandery ML, maltzman IM, West LJ: "Controlled drinkink by alcoholics? New findings and a evaluation of a major affirmative Study. Science 217: 169-175. 1982.
- 63.- Roger E, Meyer MD: "Old wine, new botle. The alcohol dependence syndrome". Psychiatric clinics of North America. Vol 9 nº 3, sept 1986.
- 64.- Polich JM, Armor DJ and Breiker HB: The course alcoholism. Four years after traetment. New York. John Wiley & Sons. 1981.
- 65.- Gelder MG: Psychological traetements. Shepherd M & Davies DL. Studies in Psychiatri v 6: 106-121. London. Oxford University Press. 1968.
- 66.- Wikler A: On the nature of addiction and habituation. British Journal of Addiction 57, 73-80. 1961.
- 67.- Edwards G: Hypnosis in the treatement of alcohol

addiction. Quarterly Journal of Studies on alcohol 27, 221-241. 1966.

68.- Orford J, Edwards G: Alcoholism: a comparison of treatment and advice with a study of the influence of marriage. Mandsley Monograph nº 26. Oxford, Oxford University Press. 1977.

69.- Edwards G, Hensman C, Peto J: Drinking problems amongst recidivist prisoners. Psychological Medicine I: 338-399. 1971.

70.- Edwards G, Galtorni F, Hensman C: Alcohol dependence scores in prisoners, Quarterly Journal of Studies on Alcohol 33: 417-429. 1972.

71.- Edwards G, Gross MM: "Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome". Br Med J I: 1.058-1.061. 1976.

72.- Edwards G: The alcohol dependence syndrome, in G Edwards The treatment of drinking problems. Mc Graw-Hill Book Company New York. 1982.

73.- Edwards G: The alcohol dependence syndrome: a concept stimulus to empiry. Br Journal of Addiction 81: 171-183. 1986.

74.- Edwards G, Gross MM, Keller M, Moser J, Room L: Alcohol. Related. Disabilities. WHO. Offset Publication nº 32. Geneve. 1977.

75.- Shaw S: The disease concept of dependence, in The misuse of alcohol: council issues in dependence treatment and prevention, ch 2, 35-44. Beckenher, Croom Helm. 1985.

- 76.- Stockwell T, Hodgson R, Edwards G, Taylor C, Rankin H: The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *British Journal of addiction*, 74: 79-87. 1979.
- 77.- Chick J: Alcohol dependence; Methodological issues in its measurement: reliability of the criterium. *British Journal of addiction* 75: 175-186. 1980.
- 78.- Skinner HA: Primary syndromes of alcohol abuse: Their measurement and correlates. *British Journal of addiction* 76: 63-76. 1981.
- 79.- Skinner HA & Horn JL: Alcohol dependence Scale user's Guide. Toronto, Addiction Research Foundation. 1984.
- 80.- Horn JL, Wemberg KW, Foster FM: The alcohol use inventory. Denver, Centre of alcohol abuse Research and evaluation. 1974.
- 81.- Horn JL, Skinner HA, Wemberg K, Foster FM: Alcohol dependence Scale (ADS). Toronto, Addiction Research Foundation. 1984.
- 82.- Skinner HA, Allen BA: Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of abnormal Psychology* 91: 199-207. 1982.
- 83.- Hesselbroock M, Babor Tf, Hesselbroock V, Meyer RE, Workman K: Never believe on alcoholic? On the validity of self-report measures of alcohol dependence and related constructs. *International Journal of Addiction* 18: 593-609. 1983.
- 84.- Raistrick D, Dumberg G, Robinson D: Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal*

of addiction 78: 89-95. 1983.

85.- Stockwell T, Murphy D, Hodgson R: The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. British Journal of Addiction 78: 145-155. 1983.

86.- Vaillant GE: The natural History of Alcoholism: Causes, Pattersis and pathos of recovery. Cambridge, Massachussetts, Harvard University Press. 1983.

87.- Orford J, Opphenheimer E and Edwards G: Abstinence a control: The outcome for excesive drinker 2 years after consultation. Behav. Res Their 14: 409-418. 1976.

88.- Sánchez-Craig M: is it useful to think of alcohol dependence as a continuum? British Journal of Addiction 81: 187-190. 1986.

89.- Sáncez-Craig M, Annis HM, Bornet AR, Mc Donald KR: Randon assignament to abstinence and controlled drinking evaluation of a cognitive behaviorval program for problem drinkers. Journal of consulting and chlinical Psychology 52: 390-403. 1984.

90.- Room R: Measurement and distribution of drinking pattens and problems in general population in Edwards G, Gross MM, Keller M, Moser J, Room R. Alcohol-releted Disabilitues: WHO. Offset Publication nº 32. 1977.

91.- Room R: "Treatement seeking populations and larger realities". G Edwards and M Grant eds Alcoholism Treatement in transition. Grwwnn Helm 205-224. London. 1980.

92.- Miller WR, Hester R: Treating the problem drinker: modern epporaches in Miller WR (ed) Addictive Behaviorus:

Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity, 111-142. Oxford. Pergamon. 1980.

93.- Heather N & Robertson I: Controlled drinking. Methuen. London. 1983.

94.- Robertson I: A modest statistical Phenomena of title theoretical coherence. British Journal of Addiction 81: 190-193. 1986.

95.- American Pediatric Association: "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales". Ed Masson S.A. Barcelona. 1983.

96.- O.M.S. Revisión 1975: Clasificación Internacional de Enfermedades Vol I. Manual de clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción. O Panamericana de la Salud. OMS. Washington 1978. Publicación científica nº 353.

97.- Roizen R, Campillo C, Medina ME, Haworth A, Ritson EB, Room R and Rootmen I: Community response to alcohol related problems four country analysis. World health Organisation Study, Draft (Berkeley, CA Alcohol Research Group). 1983.

98.- Caetano R: "When will we have a standard concept of alcohol dependence? British Journal of Addiction 82: 601-605. 1987.

99.- Caetano R: "A commentary on the proposed changes in DSM III concept of alcohol dependence". Drug on alcohol dependence 19: 345-355. 1987.

100.- Ritson EB: "Respuesta de la comunidad a los problemas relacionados con el alcohol". Cuadernos de Salud Pública nº 81. O.M.S. Ginebra. 1985.

- 101.- Walsh B, Grant M: "Consecuencias para la salud pública de la producción y el comercio de alcohol". O.M.S. Publicación en offset nº 88. Ginebra. 1985.
- 102.- Brunn K et al: "Alcohol control policies in public health prespective". Helsinki. Fundación finlandesa de estudios sobre el alcohol vol 27. 1977.
- 103.- Smart R: Changes in alcohol problems as a result of changing alcohol consumption: A naturak experiment. Addiction Research Foundation. Abril 1986.
- 104.- In forme de un Comité de Expertos: "Problemas relacionados con el consumo de alcohol". OMS. Serie informes técnicos, 650. Ginebra. 1980.
- 105.- Davies DL: "Definitional issues in alcoholism", en Alcoholism ed Tanter R.E. y Superman A.A. Adison-Wesley Pub Mass 53-73. Citado en Santo Domingo "Criterios diagnósticos en alcoholismo". 1976.
- 106.- Grant M, Room R: Potencial media approaches to the prevention of alcohol related problems. OMS: Report on informal consultation on alcohol on health (Drink ineditis MNH/83.32). Ginebra. 1983.
- 107.- Walsh D: "Alcohol related problems and their prevention": O.M.S. Public Health in Europe nº 17. Copenhage. 1982.
- 108.- Mäkelä K, Room R, Single E: "Drink in Finland: increasing alcohol variability in a monopoly state". Alcohol society and the state vol II: 31-60. Addiction Research Foundation. Toronto. 1981.

- 109.- Madden JS: Alcoholismo y Farmacodependencia. E manual moderno. México. 1986.
- 110.- Ledermann S: Alcol, alcoolisme, alcoolisation vol I. Données scientifiques de caractere physiologique, economique et social. Institute National d'Etudes Démographiques. Travaux et Documents. cahier nº 29. Paris: presses universitaires de france. 1956.
- 111.- Makaan K, Room R, Single E: Alcohol society and the State vol I. "A comparative study of alcohol control". Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario. 1981.
- 112.- Klatsky AL, Friedman GD and Sieglab AB: Alcohol & mortality: A ten year Kaiser-Permanente experience, Ann Intern Med 95: 139-145. 1981.
- 113.- Petterson B, Trel E & Kristenson H: Alcohol abstention and premature mortality in middle aged males. Br med J 285, 1.457-1.459. 1982.
- 114.- Walsh D: "Les problèmes médico-sociaux liés à la consommation d'alcool et leur prévention". OMS. La santé publique en Europe 17. Belgique. 1984.
- 115.- Müller R: Alcohol related problems in Switzerland 1950-1977, citado en Mäkelä et al: "Alcohol, society and the State vol I. Addiction Research Foundation Toronto. 1981.
- 116.- Mäkelä K: Lessons from the past. Grant M. Alcohol policies: O.M.S. European series nº 18. Copenhagen. 1984.
- 117.- Moser J: "Políticas sobre el alcohol en la planificación nacional de la salud y el desarrollo". O.M.S. Publicación en Offset nº 89. Ginebra. 1985.

118.- Morawsky J: A note about statistics on alcohol related problems in Poland in the years 1950-1975, citado en Mäkelä: Alcohol, society and the state vol I. Addiction Research Foundation Toronto. 1981.

119.- Directio centrale de la statistique: Alcohol og endre rusmiddler. Directio centrale de la statistique de Norvège. Oslo. 1977.

120.- Sundby P. Alcoholism and mortality. University east Forlaget. Oslo. 1967.

121.- Bunce R, Room R: The interrelations of alcohol problems across nations. Preliminary report of alcohol and health III. Berkeley, C.A., Social Research Group, School of public health. 1972.

122.- Road Research Group, OECD: New research on the role of alcohol and drugs in road accidents. Organisation de Corporation et developpement economiques. Organización de Cooperación y Desarrollo Económico, 106. Paris. 1978.

123.- Tuyns A. Alcohol et cancer. Centro Internacional de investigaciones sobre el cáncer. Lyon. 1978.

124.- Tuyns A. Cancer of the oesophages: further evidence of the relation to drinking habits in France. International Journal of Cancer 5:152. 1970.

125.- Mc Michael AJ: Increases in laryngeal cancer in Britain and Australia in relation to alcohol and tobacco consumption trends. Lancet I: 1.244. 1978.

126.- Dean G: Causes of death of blue-collar workends at a Dublin Brewery 1954-73. British Journal of Cancer 40: 581-

589. 1979.

127.- Feline A et Ades J: Aspects actuels de l'alcoolisme du sujet jeune. Ann Med Psycholo 1980, 138 n° 1: 80-87.

128.- Murphy GE, Armstrong JW, Hemele SL, Fischer JR, Cleudemin WW: Suicide and alcoholism. Interpersonal loss confirmed as a predictor. Arch Gen Psychiatr 1979, 36 n° 165-69.

129.- Caire M et Caroli F: Alcoolisme et potentialités dangereuses. Rev Med 1982, 23 n° 17, 893-896.

130.- Benovit G: Suicide in Conférences de Psychiatrie. Duin edit Paris. Vol I: 143-164. 1964.

131.- Philippe A et Davidson F: Epidemiologie- statistiques in : Véchinne J, Guenard O, Weber D: Suicide et conduites suicidaires. Masson et ise. Ed Paris. 1982.

132.- Plueckher VP: Alcohol consumption and heath by drowning in adults, a 24 year epidemiological analysis. J Stud Alc 43: 445-452. 1982.

133.- Hallen J, Krook H: Follow up studies on an unselected ten year material of 360 patients with liver cirrhosis in one community. Acta Médica Scandinavice 173: 479. 1963.

134.- Péquignot G: Les problèmes nutritionnels de la société industrielle. Vie médicale au Canada français 3: 216-225. 1974.

135.- Feverlein W: "Alcoholismo abuso y dependencia". Ed Salvat. Barcelona. 1982.

136.- Kozanarevic DJ: Frecuency of alcohol consumption and morbidity and mortality. Lancet 1: 613-616. 1980.

137.- Hervies B, Moreno L, Torrejón L, Rico de los Santos:

- "Alcohol y embarazo". Drogadicción y embarazo (en prensa).
- 138.- ELLis FW, Pick JR: "Anodinal model of the fetal alcohol. Syndrome in beagles. Alcoholism 123 4. 1980.
- 139.- Rossett HL: Prevención de los efectos del alcohol sobre el feto. Pediatrics 13, 324. 1982.
- 140.- Mac Andrew C y Edgerton RB: Drunker comportament: a social explanation. Fletcher & Sons, Norwich. 1970.
- 141.- Royal College of Psychiatrists: Alcohol and alcoholism. Social Science. Paperbaces. 1979. Londres. 1979.
- 142.- Moser J: "Problems and programmes related to alcohol and drug dependence in 33 countries". O.M.S publicación en offset nº 6. Ginebra. 1974.
- 143.- Sackstein E: "Las drogas y los jóvenes. Perspectiva internacional de le reintegración profesional y social". Bol de Estupefacientes Naciones Unidas nº 4: 33. Nueva York. 1981.
- 144.- European Industrial. Relation Review (Londres). Febrero 1983, pp 25.
- 145.- Dunkin WS: "Policies in the United States". Alcohol problems in employment. Londres Croom Helm. 1981.
- 146.- Goddard I: "Alcohol and occupation". Alcohol problems in employment. Londres Croom Helm. 1981.
- 147.- Hore BD: Alcohol and alcoholism: The impact on work. Alcoholism. New Knowledge and new responses. Londres Croom Helm. 1977.
- 148.- Reina Galán FL: Alcoholismo y Empresa, en: Trastornos por dependencia del alcohol. Conceptos actuales (175-190).

Ed Lab Delagrangue. Barcelona. 1988.

149.- Shahandeh B: Alcoholismo y toxicomanía en el lugar de trabajo. Consecuencias y medidas de lucha. Rev Inter del Trabajo 104 nº 2 Abril-Junio 1985.

150.- Cabasés Hita JM: "Aspectos económicos del consumo de alcohol". Ponencia presentada en las Jornadas sobre Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Sevilla 26-28. Enero 1989.

151.- Cabasés Hita JM: "Costes del absentismo laboral por abuso de alcohol en la Comunidad Autónoma Vasca". Depart de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social. Servicio Central de Publicaciones Gobierno Vasco. Victorie Gasteir. 1986.

152.- Mc Donnell R, Maynard A: "The cost of alcohol misuse". British Journal of Addiction 80, 27-35. 1985.

153.- Gure A: "Economic cost to society of alcohol and drug abuse and mental illness". Research Triangle. Institute for U.S. Alcohol, Drug and Mental Health Administration. 1981.

154.- Schiffrin LG: Societal cost of alcohol abuse in the United States on updating. Economics and alcohol: consumption and controls. Londres Croom Helm. 1983.

155.- Fundación sobre el alcoholismo y la farmacodependencia. Australia: "Alcoholism and drug dependence: A joint union-management responsibility. Camberra 3ª Ed. 1978.

156.- Holterman S and Burchell A: The cost of alcohol misuse (Government Economic Service. Working. Paper nº 37). Departament of Health and Social Security. London. 1981.

157.- Werden R, Burchell A: Alcohol and disease: Economic

- aspects. British Medical Bulletin Vol 38 nº1, pp 9-11. 1982.
- 158.- Cáceres E: Alcoholismo: Aspectos socioeconómicos. Jano 246: 37-41. 1976.
- 159.- Alonso Torrens FJ: Consecuencias sociológicas del alcoholismo. Rev de Est brn y Sociología aplicada 35: 53-67. Abril 1979.
- 160.- Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco: "Costes sociales del Tabaquismo en la Comunidad Autónoma Vasca". Servicio Central de Publicaciones. Gobierno Vasco. Victorie-Gasteir. 1986.
- 161.- Whitehead PLC: "The prevention of alcoholism: Divergences and convergences of two approaches". Addiction Dis 1, 431-443. 1975.
- 162.- Rush, Brian R, Gliksman L, Brook R: Alcohol, availability, alcohol consumption and alcohol related damage. The distribution of consumption model. Journal of Studies on alcohol Vol 47 nº1. 1986.
- 163.- Room R, Robin: Alcohol control and public Health. Annual Review of public Health 5, 293-317. 1984.
- 164.- Dight S: Scottish drinking habits. HMSO, London. 1976.
- 165.- Wilson P: Drinking in England and Wales. HMSO. London. 1980.
- 166.- Horton D: The functions of alcohol in primitive societies, en: Alcohol, Science and Society. Quarterly Journal of Studies on Alcohol. Lecture 13. 1945.
- 167.- Field PB: A new cross cultural study of drunkenness, en: Society, Culture and Drinking Patients. Pittman PJ and

- Shyder CH. Red. 48-74. Feffer-Simons. London. 1973.
- 168.-Heath DB: Drinking patients of the Bolivian Combe, en: Society, Culture and Drinking Patients. Pittman DJ and Shyder CH. Reds.22-36. Southern Illinois University Press, Carbondale. 1973.
- 169.- Madsen W and Madsen C: The clutural structure of mexican drinking behavior. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 30, 306-317. 1969.
- 170.- Simmons OG: Ambivalence on the leaning of drinking behavier in a peruanian community, en: Society Culture on Drinking patients. Pittman DJ and Shyder CH, Red. 37-47. Southern Illinois University Press, Carbondale. 1973.
- 171.- Ma Clelland DC, Davis W, Wanner E, Kalin RA: Cross cultural study of folk contents and drinking. Sociometry 308-333. 1966.
- 172.- Bacon MK: Cross cultural Studies of drinking, en: Alcoholism: Progress in research and treatement. Bourne PG and Fox Reds. 171-194. Academic Press. New York. 1973.
- 173.- Segal BM: Drinking motivation and the causes of alcoholism, en: Overview of the problem and a multidisciplinary model. Alcohol-Alcoholism Vol 22 nº 3. 301-311. 1987.
- 174.- Rorabeurg WJ: The Alcoholic Republic: an american tradition. Oxford University Press. New York. 1979.
- 175.- Segal BM: The soviet heavy-drinking culture and the american heavy-drinking subculture, en: Alcohol and Culture, 149-160. New York Academy of Science. New York. 1986.
- 176.- Bearsman J and Lilienfield R: Friendship and

alienation. *Psychology Today* 13: 56-57. 1979.

177.- Plorg D: Comment on instinctive behavior, neural systems and reinforcement mechanism. *Bayer-Symposium IV: Psychic Dependence*. Springer. Berlin. 1973.

178.- Bejerot N: A theory of addiction as an artificieally induced drive. *American J Psychiatr* 128: 842-853. 1972.

179.- Freud S: *Cinq psychoanalyses*. PVP. Paris. 1967.

180.- Knight RP: Psychodynamics of chronic alcoholism. *J Nerv Ment Dis* 86: 538. 1937.

181.- Adler A: Individual psychiatry of alcoholic patients. *J Crim Psychopathol* 3, 74. 1941.

182.- Menninger KA: *Man against Himself*. Hancourt Brace. New York. 1938.

183.- Bergeret J, Journet G: *Alcoholisme et toxicomanie*. *Bull du HCEIA*, 134. 1978.

184.- Balint M: *The bassic fault*. Tavistock. London. 1969.

185.- Kohut H: *The analysis of the self*. International University Press. New York. 1971.

186.- Kernberg O: *Borderline conditions and pathological narcisism*. Aronson. New York. 1975.

187.- Schuckit M: Genetic and clinical implication of alcoholism and effective disorders. *American Journal of Psychiatry* 143: 140-147. 1986.

188.- Weissman MM and Meyers JK: Clinical depression in alcoholism. *American Journal of Psychiatry* 137: 372-373. 1980.

189.- Liskow B, Mayfield D and Thiele J: Alcohol and

effective disorder: assesment and treatement. Journal of Clinical Psychiatry 43: 144-147. 1982.

190.- Cahalan P: Problems Drinkers. Jossey-Bass. San Francisco. 1970.

191.- Cloninger CR, Reich T, Wetzel R: Alcoholism and effective disorders: famiiei associations and genetic models, en: Alcoholism and effective disorders. Goodwin DW and Erickson CK eds. SP. Medical Scientific Books. New York. 1979.

192.- Donovan JM: An etiologic model of alcoholism. American Journal of Psychiatry 143: 1-11. 1986.

193.- Roizen R: The world Health Organisation: Study of community to alcohol-related problems: A review of cross-cultural findings. Berkeley CA: Alcohol Research Group. 1981.

194.- Roizen R, Campillo C, Medina ME, Haworth A, Ritson EB, Room R and Rootman I: Community response to alcohol-related problems: four country analysis. World Health Organisation Study, Proft. Berkeley CA: Alcohol Research Group. 1983.

195.- Péquignot G: The geographical aspects of liver cirrhosis. Internacional Symposium Alcohol une leber. 1970. Freiburg. Schattever Ed Stuttgart. 1971.

196.- Leibach WK: Cirrhosis in the alcoholic and its relation to the volume of alcohol abuse. The medical consequences of alcoholism. 5Th Anual Medical Scientific Session of the National Council on Alcoholism. Denver. Colorado. 1974.

197.- WHO: Community response to alcohol-related problems

report of the second meeting of principal investigations in the WHO. Collaborative Study. Lisbon 22-25 June 1987. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. 1987.

198.- Rootman I and Moser J: Guidelines for investigating alcohol problems and developing appropriate responses. Geneve. World Health Organisation 1985 (WHO Offset Publications nº 81).

199.- Rootman I and Moser J: Community response to alcohol-related problems. Washington NIMH & WHO. 1984.

200.- Ritson EB: Community response to alcohol-related problems: Review of an international study. Geneve. World Health Organisation 1985 (public Health Paper nº 81).

201.- Gili M, Giner J, Lacalle JR; Franco D, Perea E, Sariego A, Fernández A, Millán C: Análisis de los resultados en una encuesta de prevalencia sobre el consumo de bebidas alcohólicas en la provincia de Sevilla. An Psiquiatría Vol 4 nº 2: 39-44. 1988.

202.- Gili M, Giner J: Community response to alcohol-related problems results of the general population survey Sevilla. Second meeting of principal investigators in the WHO Collaborative Study. Lisbon. 1987.

203.- Gili M, Giner J, Lacalle JR, Franco D, Perea E, Diéguez J: Patients of consumption of alcohol in Sevilla. Spain. Results of a general population survey. British of Addiction (En prensa).

204.- Giner J, Gili M, Franco D, Lacalle JR, Márquez J, Nieto C, Allende J, Velasco A, Diéguez J, Cayuela A:

Creencias, actitudes y normas en la utilización de servicios en problemas relacionados con el alcohol. An Psiquiatria Vol 5 nº 1: 1-5. 1989.

205.- Franco D, Gili M, Giner J, Lacalle JR, Márquez J, Perea E, Rodríguez E, Dorado J, López M, Nieto C, Sariago A, Velasco A: Actitudes y normas culturales ante la bebida. Resultados de una encuesta de población en la provincia de Sevilla. Rev Esp Drogodependencias 13 (3): 173-182. 1988.

206.- Lacalle JR, Giner J, Gili M, Franco D, Perea E, Sariago A, Dorado J, López M, Fernández A, Rodríguez E, Polo J, Millán C: Problemas relacionados con el alcohol. Resultados de una encuesta de población en la provincia de Sevilla. Actas Luso-esp Neurol Psiquiatr 16, 4: 265-272. 1988.

207.- Schesselman JJ: Case ~~of~~ control studies. Designs, conduct, analysis. New York. Oxford University Press.

208.- Enríquez de Salamanca R: Estudio de los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas de la población adulta española. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio de Publicaciones. Madrid. 1984.

209.- EDIS: Consumo de alcohol y enfermos alcohólicos, en: "Necesidades sociales en Andalucía". Junta de Andalucía. D.G. Servicios Sociales. 1984.

210.- Gili M, Vilches A: Control de sesgo de confusión en los estudios de casos y testigos, usando una hoja de cálculo de microcomputador. Informática en Medicina Y Biología Vol 1, pág 7-11. 1989.

211.- Gili M, Giner J, Lacalle JR, Franco D: El estudio de

la respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol y otros estudios en la provincia de Sevilla. Métodos, en: Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Junta de Andalucía. Comisionado para la droga. 1989.

212.- Dixon WJ: BMDP. Statistical software. Berkeley. Ed University of California Press. 1983.

213.- Mantel N, Haenszel W: Statical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. J Natl Cáncer Inst 22: 719-748. 1959.

214.- Fernández Cerezo M: revisión de pacientes alcohólicos ingresados en el Hospital de Valencia durante 1978. Drogalcohol Vol VI año 1981 nº 4:177-199. 1981.

215.- Fábregas JL, Bardon C, Alonso E: Reflexiones críticas a cerca de las estrategias terapéuticas en el alcoholismo. Estudio de un centenar de casos. Drogalcohol Julio 1977: 10-26.

216.- Crespo J, Perea J, Martín M: Estudio médico-social evolutivo de 361 enfermos alcohólicos de la provincia de Cádiz. Drogalcohol Vol VI año 1981 nº 1: 3-29.

217.- Reina Galán F, González Infante A, Gallego C: Estudio clínico-social del alcohólico. VIII Jornadas Nacionales "Socidrogalcohol". Septiembre 1980, Gandía (Valencia).

218.- Reina Galán F, Zahara A, Pérez Torres I: "Experiencia con GGT en enfermos alcohólicos". Comunicación presentada en la VIII Reunión de la S.E.P.B. Pamplona, Octubre 1981.

219.- Aaslan D, Archambault JC, Bourow AE, Gili M, Haines A,

- Lange WM: The respective roles of primary health care and speciality services in the development and implementation of programmes for problem drinkers. Copenhagen. WHO. Regional office for Europe. 1986.
- 220.- Ritson E, Hannibal, Gili M, Trellis E, Nickel L: Implementation and evaluation of programmes for problem drinking. Copenhagen. WHO. Regional Office for Europe. 1987.
- 221.- Wilkins RH: The hidden alcoholic in general practice. London: P. Elek. 1974.
- 222.- Babor TF, Ritson EB, Hodgson RJ: Alcohol-related problems in the primary health care setting: A review of early intervention strategies. Brit J Addict, 1986, 81: 23-46. 1986.
- 223.- Thom B, Telles C: A delicate diagnosis: General practitioner's views of their role in defining alcohol as a problem. Brit J Addict 78: 27-28. 1984.
- 224.- Gili M, Giner J, Lacalle JR, Franco D: "Análisis de factores implicados en la identificación de personas con problemas relacionados con el alcohol en atención primaria", en: Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Comisionado para la droga: 73-79. 1989.
- 225.- Reina Galán FL; López Peñalver A, Vázquez JL: "Alcoholismo en la tercera edad". Drogalcohol Vol VIII año 1983 nº 2: 49-59.
- 226.- EDIS: "Los andaluces ante la droga". Junta de Andalucía. Comisionado para la droga. 1987.
- 227.- Equipo de Investigación Sociológica: "El consumo de

- drogas en España". Madrid. Cruz Roja Española. 1985.
- 228.- Equipo de Investigación Social: "La población española ante las drogas". Documentación Social nº 42, Enero-Marzo 1981.
- 229.- EDIS: El alcoholismo en la ciudad de Vitoria. Vitoria Cáritas 1978 (Multicopiado).
- 230.- Santo Domingo, Carrasco J: Epidemiología del alcoholismo en España. Documentación Social nº 35. Madrid: 9-25. 1979.
- 231.- Varo JR, Aguinaga M: El consumo de drogas, en: Encuestas sobre la juventud de Navarra. Fundación Bartolomé de Carranza. Pamplona. 1983.
- 232.- Heap DW: Conclusions in alcohol and cultura. Ed Babor. New York. Academy of Sciences Vol 472. 1986.
- 233.- Towle LH, Harford TC: Cultural influences and drinking patients: A focus on hispanic and japaneses populations. NIAAA. Res Monogr 19. Rockille. 1988.
- 234.- Gili M, Lacalle JR, Nieto C, Velasco A: Epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol. Revisiones en Salud Pública y Administración Sanitaria (En prensa).
- 235.- Room R: Cross-cultural research in alcohol studies: Research traditions and analytic issues in cultural influences and drinking patients: A focus on hispanic and japaneses populations. NIAAA. Res Monogr 19. Rockville. 1988.
- 236.- Edwards G y Arif A: Los problemas de las drogas en el contexto socio-cultural. Ginebra. OMS. 1981.

237.- Gili M, Giner J, Lacalle JR, Franco D, Perea E, Diéguez L: Drinking patterns social norms surrounding drinking and problems related in Sevilla, Spain, in Durv G, Engelbert R, Flage CD, Van-Eimeren W. Ed System Science in Health Care, Vol III. Paris Masson, pág 465-468. 1988.

238.- Martínez R, Martín L: Respuesta comunitaria a los problemas relacionados con el alcohol en la comunidad de Madrid, en: Problemas relacionados con el consumo de alcohol. Junta de Andalucía. Comisionado para la droga. 1989.

239.- Oñate P: Prevención de las toxicomanías y Educación. Madrid. Cruz Roja Española. 1984.

240.- Mendoza R: Enfoques recomendables en la educación sobre las drogas. I Simposium sobre la droga. Madrid. 1981.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Reunido el Tribunal integrado por los abajo firmantes

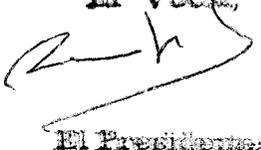
en el día de la fecha, para juzgar la Tesis Doctoral de

D. Félix Reina Galán

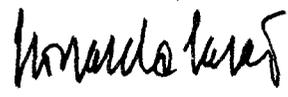
titulada "Estudio de una muestra de alcohólicos que inician tratamiento: comparación de sus características, creencias, actitudes y normas culturales en relación a la bebida con las de una muestra..."
acordó otorgarle la calificación de apto "cum laude" por unanimidad.

Sevilla, 16 de junio 1889

El Vocal,



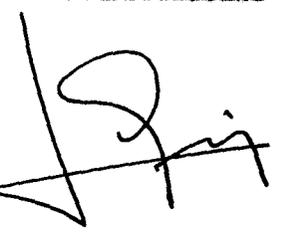
El Vocal,



El Vocal,



El Presidente,



El Secretario,



El Doctorado,

