

Atención Primaria de Calidad

GUÍA de  
BUENA PRÁCTICA  
CLÍNICA en

*Uso y abuso  
del alcohol*

## Guía de Buena Práctica Clínica en

### ***Uso y abuso del alcohol***

- Coordinadores**
- Dr. Francisco Toquero de la Torre  
*Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.  
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.*
  - Dr. Julio Zarco Rodríguez  
*Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del IMSALUD.  
Profesor Honorífico de la Facultad de Medicina de la UCM.*
- Autores**
- Dr. Javier Aizpiri Díaz  
*Psiquiatra. Director de Medicina Psico-Orgánica, S.L. Bilbao.*
  - Dr. Antonio Barbado Alonso  
*Psiquiatra. Centro de Psiquiatría y Psicología. Orense.*
  - Dr. Fernando Gonçalves Estella  
*Doctor en Medicina y Cirugía.  
Médico Rural. Almeida de Sayago. Zamora.*
  - Dr. Juan José Rodríguez Sendin  
*Médico General. C.S. Noblejas. Toledo.*

© IM&C, S.A.

Editorial: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C)

Alberto Alcocer, 13, 1.º D. 28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73. e-mail: [imc@imc-sa.es](mailto:imc@imc-sa.es)

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN: 84-690-3187-2

Depósito Legal: M-52053-2006

# NDICE

Prólogos	5-7
Visión de la situación actual	9
Patrones de consumo	17
El alcohol en la sociedad	25
El consumo de alcohol en España	35
Adolescencia y alcohol (I). Factores influyentes y problemas específicos	45
Adolescencia y alcohol (II). Perfil del adolescente con problemas por el alcohol	59
Alcoholismo y situaciones especiales	75
Estrategias preventivas en alcoholismo	89
Patología orgánica y psíquica en el alcohólico	113
Opciones terapéuticas	131
Los binomios del alcohol: de la génesis a la dependencia	155
Abordaje de la familia del paciente alcohólico y modelos de intervención integral en Atención Primaria	161



# PR LOGO

---

La formación continuada de los profesionales sanitarios es hoy una actividad ineludible y absolutamente necesaria si se quiere realizar un ejercicio profesional acorde con la calidad exigida. En el caso del ejercicio médico, una forma de mantener ese alto grado de calidad y responder a las exigencias de la Medicina Basada en la Evidencia es el establecimiento de unas normas de actuación acordes con el conocimiento científico.

Ello es lo que pretenden las «Guías de Buena Práctica Clínica» en los distintos cuadros médicos. Han sido elaboradas por médicos pertenecientes al ámbito de la Atención Primaria, que vierten en ellas la experiencia de su trabajo y larga dedicación profesional y se dirigen a médicos que ejercen en ese mismo medio; por tanto, su contenido es eminentemente práctico y traduce lo que el profesional conoce de primera mano, ayudándole a la toma de la decisión más eficiente.

*Dr. Alfonso Moreno González*  
Presidente del Consejo Nacional  
de Especialidades Médicas



# PR LOGO

---

Como Presidente de la Organización Médica Colegial, quiero destacar la importancia de la realización y uso de las «Guías de Buena Práctica Clínica» (GBPC), que se están realizando por esta Institución.

Es necesario formar e informar al médico, siempre respetando su *lex artis*, pero estableciendo unos criterios mínimos de actuación consensuados científicamente y avalados por los especialistas en la materia que nos permitan, como profesionales de la Medicina, dar la calidad asistencial que la sociedad demanda.

Las GBPC ayudan al médico en el ejercicio diario de su profesión, proporcionándole, de manera precisa y esquemática, opciones de actitudes diagnósticas y terapéuticas, basadas en evidencia científica y criterios exclusivamente profesionales.

Deseo que esta iniciativa logre la finalidad de facilitar al profesional su actuación clínica sobre patologías prevalentes, unificando criterios para ser más resolutivos, y dando argumentos para defender con criterios profesionales nuestro trabajo diario.

*Dr. Isacio Sigüero Zurdo*  
Presidente del Consejo General  
de Colegios Oficiales de Médicos



## Visión de la situación actual

---

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

*Médico General. C.S. Noblejas. Toledo.*

---

Una parte considerable de la mortalidad prematura en España se relaciona con el uso de sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas de uso no institucional (1). El problema del alcoholismo en los jóvenes es tan grave que según la OMS: «una de cada cuatro muertes de jóvenes europeos está relacionada con el alcohol. En los últimos años los jóvenes se han convertido en un blanco privilegiado de las actividades de promoción de bebidas alcohólicas, se invierten grandes cantidades en las campañas dirigidas a influir en el comportamiento de los jóvenes, lo que obliga a intervenir en la promoción directa del consumo de alcohol o de aquellas actividades que indirectamente favorecen el aumento del consumo de alcohol entre los jóvenes. Esta intervención es un objetivo muy difícil porque en algunos países, como España, va unido a fuertes intereses económicos y políticos.

La sociedad ha pasado de considerar el alcoholismo desde una concepción moralizante a considerarlo un importante problema de salud pública (2, 3, 4); sin embargo, el camino recorrido no es suficiente porque, como veremos más adelante, son muchos los obstáculos y factores que condicionan una actuación decidida, con medidas eficaces a nivel de prevención primaria.

Por otra parte, cada día aumentan las actuaciones contra el consumo de alcohol, como se toman contra cualquier otro problema grave de salud. Para unos el alcoholismo es una enfermedad, para otros es un problema de conducta (5). Probablemente sea ambas cosas, pero en todo caso es una dependencia con graves consecuencias para la salud de una buena parte de nuestra sociedad (6).

Los impuestos del alcohol en la Europa de los 15 sumaron 25 billones de euros en el año 2001, alcanzando el consumo por bebedor los 15 litros por año de alcohol puro (7). España es el tercer productor mundial de vino detrás de Francia e Italia (8).

Ocupamos el quinto puesto como consumidores, por detrás de Luxemburgo, Francia, Portugal y Hungría, en consumo mundial de alcohol absoluto según los datos del World Drinks Trends del año 1996 (9). Actualmente, con un consumo medio anual per cápita de 10,1 litros de alcohol puro, ocupamos el séptimo puesto a nivel mundial; el octavo lugar mundial como consumidores de cerveza en el mundo (10). Si consideramos, según la Organización Mundial de la Salud (11), alcoholismo a cualquier deterioro en el funcionamiento físico, mental o social de un individuo cuya naturaleza permita inferir razonablemente que el alcohol es una parte del nexo causal que provoca dicho trastorno, el alcoholismo en España es un problema social y sanitario de primera magnitud. Según la última encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas (12), el 88,6% de los encuestados había ingerido alcohol en

alguna ocasión en su vida, el 76,6% había ingerido alcohol durante los últimos 12 meses, de los cuales el 48,2% lo había hecho semanalmente. El 29,6% de los hombres encuestados había sufrido una borrachera en los últimos 12 meses. El 10% de los hombres y 3-5% de las mujeres sufre alcoholismo, de los cuales sólo el 5% son sujetos marginales. Un estudio de Portella *et al.* de 1998 estimó que un 3,4% de las consultas de Atención Primaria se relaciona directamente con el consumo de alcohol (13, 14). El coste atribuible al consumo excesivo de alcohol en España durante el año 2001 superó los 3.833 millones de euros, que corresponde al 2,5% del PIB (15, 16), de los cuales la asistencia y tratamiento alcanzó en 2001 unos costes globales de 2.459,87 millones de euros.

El etanol, solo o combinado con otros depresores del SNC es responsable de mayor número de muertes tóxicas por sobredosis que ningún otro agente. Se estima que la mortalidad relacionada con el alcohol en España alcanza el 3,4% del total de las defunciones registradas en el país (17), aunque hay autores que elevan estas cifras a 20.000 (13) y 40.000 (18) muertes cada año, lo que supone entre un 6% a un 12% de la mortalidad total.

Los profesionales sanitarios, especialmente los de Atención Primaria, deben tener siempre en cuenta que en nuestro medio el alcohol es el gran simulador de muchos trastornos clínicos y psiquiátricos secundarios a su consumo o exacerba otros trastornos preexistentes. Es decir, el alcohol es un gran negocio «que

se cobra» y que también «se paga» en pérdidas de vidas, calidad de las mismas y altos costes de recursos sanitarios y de seguridad. Los Estados deciden cómo equilibran su balanza económica en torno al negocio del alcohol.

Por todo ello, es muy difícil luchar contra los efectos del alcohol desde el origen del problema, desde la prevención, porque además de constituir un pilar de la economía de países como España, Francia, Portugal..., más aún si se considera unido a otras fuentes económicas de primera magnitud como el turismo, el alcohol está profundamente arraigado en la cultura y las prácticas sociales (Marc Danzon, director regional de la OMS para Europa).

Actualmente la edad de comienzo en el consumo de alcohol\* ha disminuido a 13,7 (19), debido, por un lado, a una permisividad excesiva y a una tolerancia mal entendida y, por otro, al fomento social de las intoxicaciones de fin de semana. La desinformación y la falta de educación sanitaria provocan paradojas como que, por un lado, se confunda aún la tolerancia al alcohol con valentía y fortaleza, mientras que, por otro, se estigmatiza y margina socialmente a los enfermos de alcoholismo. La edad media de inicio en el consumo de alcohol entre los escolares, según los datos de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 1998 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas), es de 13,6 años, y la edad media de inicio de

---

\* <http://www.pnsd.msc.es//Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>

consumo semanal se sitúa en los 14,9 años; según esta fuente, las chicas registran mayor prevalencia de consumo de alcohol, aunque en cantidades menores. El 84,2% de los escolares ha consumido alcohol en alguna ocasión y el 43,9% consume al menos una vez a la semana. El 41% de los escolares ha tenido una intoxicación aguda grave y el 23,6% en el último mes.

La consecuencia es que el consumo de alcohol en España provoca una morbimortalidad mayor que el resto de las drogas juntas. A lo mencionado se añade la relación íntima del alcohol con la violencia social actual, especialmente con la generada en el seno familiar. Un alto porcentaje de la violencia doméstica, fundamentalmente los malos tratos, tiene relación con el alcoholismo de alguno de sus miembros. A pesar de lo cual su diagnóstico precoz es difícil al añadirse a lo mencionado que el paciente minimiza o niega la ingesta de alcohol o bien no relaciona su sintomatología con el consumo del mismo (20), y la profesión médica no está suficientemente sensibilizada, estando inmersa en la misma cultura que promueve su consumo. En la realización de una historia clínica a un paciente con problemas con el alcohol se deben explorar las cuestiones relacionadas con el agente, el ambiente de consumo, el individuo víctima y su entorno social y familiar. Cuanta mayor frecuencia de consumo, mayor graduación de la bebida y más joven sea el individuo que consume alcohol, mayor será el deterioro orgánico y psíquico y la intensidad de la dependencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Villalbi JR, Nebot M, Ballestín M. Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 784-8.
2. Edwards G, et al. *Alcohol Policy and the Public Good*. Nueva York: Oxford University Press; 1994.
3. Investigación prioritaria para el programa Salud Para Todos. Libro tercero de la European Health for All series; 1989.
4. Actas de la 42 Asamblea de la OMS. Mayo 1989.
5. Rubio G, Santodomingo J. Concepto de alcoholismo: perspectiva histórica desde M Huss 81849 hasta la actualidad. *An Psiquiatr* 1994; 10: 406-12.
6. Rubio Valladolid G. Actualización del concepto de alcoholismo. *Coloquios sobre drogodependencias*. Septiembre 1998. p. 4-8.
7. Anderson P, Baumberg B. El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Institute of Alcohol Studies, Reino Unido; junio 2006.
8. Calafat A, Amengual M. Educación sobre el alcohol. Actuar es posible. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1999.
9. Produktschap Voor Gedistilleerde Dranken. *World Drinks Trends*: Henley-on-Thames, NTC Publications Ltd; 1996.
10. Pascual Pastor F. Imagen social de las bebidas alcohólicas. *Monografía alcohol*. Adicciones 2002; 14 (Supl): 117-22.
11. Investigación prioritaria para el programa Salud Para Todos. Libro tercero de la European Health for All series; 1989.
12. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta domiciliaria sobre el consumo de drogas; 2004.

13. Portella E, Carrillo E, Ridaó M, Ribas E, Ribó C, Salvat M. El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico. Madrid: Panamericana; 1998.
14. Portella E, Ridaó M, Salvat C, Carrillo C. Costes sanitarios del alcoholismo. *Aten Primaria* 1998; 22: 279-84.
15. García-Sempere A, Portella E. Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. *Monografía alcohol. Adicciones* 2002; 14 (Supl): 141-53.
16. López JM. Impacto social y económico del abuso del consumo de alcohol. *Economía de la salud*; marzo-abril 2005. p. 82-3.
17. Sánchez Pardo L. Consumo alcohólico en la población española. *Monografía alcohol. Adicciones* 2002; 14 (Supl): 79-97.
18. Ferrer E. Un problema nacional: la dependencia alcohólica. *Jano*; 2-8 julio 1999; Vol. LVII, n.º 1308.
19. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre drogas en enseñanzas secundarias; 2004.
20. Caballería J, Caballería L. Marcadores biológicos en el diagnóstico de alcoholismo. *Jano*; 1157: 716-25.



## Patrones de consumo

---

Dr. Fernando Gonçalves Estella

*Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Rural.  
Almeida de Sayago. Zamora.*

---

### ¿QUÉ SE BEBE?

El alcohol que se ingiere en el consumo humano es una disolución acuosa de alcohol etílico producido por fermentación anaerobia por levaduras de líquidos azucarados. En menor medida, disoluciones acuosas procedentes de la destilación de otras bebidas que se obtienen por fermentación y/o destilación de sustancias azucaradas o feculentas, como uva, patata, remolacha, etc. Los alcoholes alifáticos son depresores del SNC.

En España, el consumo de alcohol ha pasado a ser un problema social y médico de primer orden, caracterizado por una edad muy joven de comienzo, con permisividad y fomento social del consumo, tolerancia de las intoxicaciones de fin de semana, y que paradójicamente coexisten con la estigmatización social del enfermo alcohólico.

La cantidad consumida se mide en gramos de etanol puro por día, considerándose consumo de riesgo 60 g para hombres y 20 g para mujeres. Su aparente efecto estimulador es como resultado de su efecto depresor sobre los mecanismos inhibidores de control cerebral. El punto de corte para considerar el etilismo

crónico se establece en una ingesta mayor de 50 g de etanol puro por día.

El alcohol etílico produce efectos dosis-dependientes, relacionados con la cantidad de etanol consumida por peso corporal. La intoxicación depende de la cantidad de alcohol ingerida, el sexo, el grado de nutrición previo, la idiosincrasia personal, la presencia de contenido gástrico y la ingesta concomitante de otros tóxicos. El etanol, solo o combinado con otros depresores del SNC, es el responsable del mayor número de muertes tóxicas por sobredosis, más que ningún otro agente.

## MODELOS DE CONSUMO

Tradicionalmente se han descrito dos modelos de consumo que, aunque evolucionados con el tiempo, persisten con ciertas diferencias.

### **El mediterráneo**

- Comienzo a edad temprana, en ambiente familiar y social permisivo.
- Utilización de bebidas de baja graduación, que asciende con la edad.
- Etilismo social y público, más o menos tolerado.
- Los cambios favorecen la aparición de abusos (emigración, ascensos).
- «Pasadas» habituales, asumidas como comprensibles en el contexto.

## El anglosajón

- Restricción del inicio del consumo hasta la edad adulta.
- Falta de cotidianidad en el consumo, más ocasional, más esporádico.
- Bebidas con alta graduación alcohólica desde el inicio.
- Consumo en privado o en pequeños grupos.
- Etilismo social y público mucho menos tolerado.
- «Pasadas» más ocasionales, pero de mayor gravedad.

## TIPOLOGÍA DE LOS CONSUMIDORES DE ALCOHOL

La OMS establece diferentes tipologías en función de los diferentes niveles de consumo de alcohol semanal:

- Abstemios: ningún consumo.
- Bebedores normativos: hasta 280 g/semana en hombres y 168 en mujeres.
- Bebedores de riesgo: por encima de las cifras de los normativos.

Se establece, siguiendo esa subdivisión, que en España habría un 37% de abstemios, un 52,6% de bebedores normativos y un 9,5% de bebedores de riesgo, según datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 1999.

En 2003, según el Observatorio Español sobre Drogas (OED), Informe 2004, la prevalencia de borracheras en los últimos 12 meses en España fue del 29,6% en varones y 12,7% en mujeres, siendo la prevalencia del consumo de riesgo en los últimos 30 días del 7,4% en varones y 3,1% en mujeres.

La edad media en el inicio del consumo de alcohol es de 15,9 años en varones y 17,6 años en mujeres, según el OED 2004 y en la Encuesta Domiciliaria de 2004, y entre estudiantes de Enseñanza Secundaria ha aumentado el consumo intenso, siendo la prevalencia de borracheras en los 30 días previos a la encuesta del 34,8%, y la proporción de bebedores de riesgo en esos 30 días previos a la encuesta, del 12,3%.

Otro dato especialmente importante, contenido en ese informe, es que en una muestra de 1.621 conductores fallecidos en accidentes de tráfico, la prevalencia de alcoholemias iguales o superiores a 0,3 g/l fue del 34,7% en 2003, de los cuales el 30,9% tenía consumo exclusivo de alcohol, mientras que en el 6,3% restante, el consumo era mixto, de alcohol más otras drogas, psicofármacos o medicamentos.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (Dirección General de Salud Pública y Consumo) utiliza una tipología basada en el consumo medio diario de alcohol a lo largo del último mes, clasificando a los consumidores bebedores en los días laborables y en fines de semana y dentro de cada uno de ellos en: abstinentes, ligeros, moderados, altos, excesivos y gran riesgo. Siguiendo esta norma, y teniendo en cuenta que se

entenderían como de consumo abusivo los encuadrados en los subtipos altos, excesivos y gran riesgo, se habría producido una reducción entre los años 1997 y 1999, pasando del 9,9 al 6,6%.

## PATRONES DE CONSUMO

Atendiendo exclusivamente a la relación entre el factor temporalidad y el consumo de alcohol, podríamos establecer una serie de patrones de consumo, útiles para su empleo en la Atención Primaria:

- Abstención: conducta poco menos que virtuosa y que, como tal, escasea.
- Ocasional: ¿quién no lo ha probado alguna vez?, bueno...
- Habitual: de las costumbres humanas, si se abusa, una de las peores.
- Crónico: el alcohol, en cuanto droga, crea conducta adictiva.
- Episódico o dipsomaníaco: abuso ocasional...; el que mucho corre, pronto para.

Si tenemos en cuenta que, dentro de cada uno de los subgrupos ocasional, habitual y crónico tendrían cabida las diferentes tipologías que establece la OMS, su empleo nos aportaría una visión más precisa de la realidad.

## METABOLISMO DEL ETANOL

Se absorbe con rapidez en el estómago, retrasada por la presencia de alimentos que, a su vez, retrasan la eva-

cuación gástrica, y muy rápida en el intestino delgado y colon. Absorción también pulmonar, por inhalación.

Distribución homogénea por tejidos y líquidos, atraviesa las barreras hematoencefálica y placentaria. Se oxida en el 90-98%, y el 2-10% se excreta por riñón y pulmones. Su tasa de oxidación es relativamente constante, no incrementándose al aumentar la concentración (denominada cinética de orden cero). La oxidación es proporcional al peso corporal y, probablemente, al peso hepático, con una tasa promedio de oxidación de 120 mg/kg/hora o 10 ml/hora.

### **Tipos de metabolización**

- Oxidación hepática, por la deshidrogenasa del etanol, pasa a acetaldehído, que se convierte, destruido por la aldehído deshidrogenasa, en acetato, que se biotransformará en acetil-CoA, que seguirá una metabolización similar a la obtenida por otras fuentes.
- También se metaboliza hasta acetaldehído por las oxidasas microsómicas del retículo endoplásmico liso del hígado.
- Entre un 2 y un 10% se eliminará sin metabolizar a través de la respiración, la orina y el sudor. (Interés médico legal.)

### **Idiosincrasia metabólica**

Existe polimorfismo genético de las deshidrogenasas, tanto la del etanol como la del aldehído, hecho

que condiciona las variaciones de la tasa de metabolización individual e intersexos.

La concentración máxima en sangre se establece a los 30-90 minutos de la ingesta.

## FACTORES RELACIONADOS CON EL ABUSO DEL ALCOHOL

Los hijos varones de pacientes alcohólicos tienen 3-4 veces mayor riesgo de serlo.

### Socioeconómicos y culturales

- *Estatus bajo*: inicio a edad temprana, bebidas simples, baja graduación, consumo grupal, después consumos agresivos, con posterior tendencia al aislamiento, y etilismo público.
- *Estatus medio*: inicio al final de la adolescencia, bebedor social, presa idónea de las modas, que aprovecha las ocasiones para transgredir.
- *Estatus alto*: inicio adulto joven, bebidas elaboradas, consumo «cultural», preferente alta graduación, tendencia a la ocultación, etilismo privado.

### Laborales: ¿quién escoge a quién?

- Hostelería y espectáculos: «el roce engendra el cariño».
- Ejecutivos, periodistas, vendedores: «la obligación del alterne».

- Militares, marinos mercantes, conductores: «es cosa de hombres».
- Médicos y sanitarios: «las pastillas son para los demás».

## Psicológicos

- Los primeros psicoanalistas: el alcoholismo como síntoma depresivo o de regresión oral, equivalente masturbatorio, defensa contra la homosexualidad.
- Teorías psicodinámicas modernas: alivio de carencias afectivas.
- No existe un perfil de personalidad predispuesta.
- Parecen más vulnerables los sujetos inseguros, pasivos, desarraigados, solitarios.
- Los que padecen trastornos ansiosos, depresivos, psicóticos residuales, del control de los impulsos.

## BIBLIOGRAFÍA

DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas. Informes años 1997, 1999. Ministerio del Interior; 1998-2001.

Manual SET de Alcoholismo. Sociedad Española de Toxicomanías. 1.ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2003.

World Health Organization. Global Status Report on Alcohol. Substance Abuse Department. Geneva; 1999.

# El alcohol en la sociedad

---

Dr. Javier Aizpiri Díaz

*Psiquiatra. Director de Medicina Psico-Orgánica, S.L. Bilbao.*

---

## LA NUEVA DIPSOMANÍA DE FIN DE SEMANA: QUÉ, QUIÉN Y PARA QUÉ

Estamos en la primavera de 2006. Mientras que nos llegan noticias de Francia relativas a que el Gobierno está a punto de caer, empujado por las manifestaciones de millones de jóvenes que ocupan las calles de todas las ciudades pidiendo un empleo justo y pretendiendo asegurarse un trabajo en condiciones dignas, en el Estado español la gran preocupación de muchos de nuestros y nuestras jóvenes es batir el récord de asistencia a «botellones» durante el fin de semana. Algunos Ayuntamientos, como el de Granada, intentan salir al paso para paliar las posibles consecuencias, y la fuerza de la convocatoria llega a reunir a más de 25.000 personas.

La reflexión resulta obligada y obvia. ¿Cómo ha llegado a ocurrir? ¿Por qué una parte de nuestra juventud y también de las personas adultas dedica tantas noches de los viernes y sábados a este tipo de actividades, donde el alcohol es el auténtico protagonista?

Realizar un acercamiento a la antropología cultural para estudiar el desarrollo y práctica de la conducta humana puede ayudarnos a la comprensión del tema.

Pertenece a la cultura cristiana, mediterránea y latina. En ella, la uva y su bebida derivada, el vino, está presente y perfectamente integrada en todos los aspectos de la vida cotidiana, bien sea como alimento, como elemento lúdico o acompañamiento religioso. Ha estado y está presente en nuestras comidas, en el trabajo, en la fiesta y en las ceremonias religiosas. Se ha dedicado un importante esfuerzo a mejorar las técnicas de su cultivo, producción y ventas. Forma parte imprescindible de la vida de las regiones, comarcas, municipios y familias, y constituye un capítulo importante de nuestra economía y del mercado de exportación.

Tradicionalmente, la forma de consumo de la uva transformada en vino ha ido dirigida a cubrir dos tipos de necesidades y satisfacciones:

- Vino-alimento-comida.
- Vino-embriaguez-elemento festivo.

El alcohol, que se descubrió ya en la antigüedad como el mejor ansiolítico de la naturaleza, con propiedades antidepresivas, euforizantes y desinhibidoras, llegó a convertirse en el rey del espacio lúdico, hasta llegar a consumirse como droga, buscando y produciendo la anestesia total y la pérdida de sentido o embriaguez.

La incorporación de los niños y mujeres a su uso se realizaba de forma paulatina y en un proceso de aprendizaje escalonado y sujeto al control de los padres por ser ellos quienes ponían el vino en la mesa y lo

escanciaban para los miembros del grupo, atendiendo a su cuidado y necesidades.

Así, al niño (siempre entendiendo el género masculino) se le da, en primer lugar, agua, a la que se mancha o tizna con vino; después empieza a recibir vino, al que se añade algo de agua, y, por último, accede al privilegio de recibir vino únicamente. Esa toma de vino sólo coincide con el momento en que el adolescente da el paso y se incorpora al mundo adulto, tiene su trabajo productivo o desarrolla un «trabajo de hombre».

En nuestra cultura, el paso de la adolescencia a la adultez se identifica con la posibilidad de beber vino sin la tutorización de los padres y con el ritual de la embriaguez.

La Revolución industrial y las tecnologías de destilación posibilitaron la aparición de grandes cantidades de alcoholes destilados, que se utilizaron en seguida como fuente inmediata de calor y anestesia, sobre todo en la minería e industria siderometalúrgica, extendiéndose su uso a todos los ámbitos de la vida laboral y llegando a sustituir a los alimentos, lo que ha ocasionado repercusiones muy graves en la salud y la conducta humanas.

A lo largo de la segunda mitad del siglo xx, la mayor fuerza productora de las empresas cerveceras va haciéndose un hueco en el mercado, ocupando el espacio de las bebidas refrescantes. Comienza en las zonas norte y central de Europa, para penetrar después en las zonas vinícolas del sur.

En el Estado español, en los años sesenta se diferencian ya claramente distintas formas de beber: vino, por una parte, tratado como alimento; cerveza consumida como refresco, y vino también y alcoholes destilados ingeridos como anestésicos sociales en tiempos y espacios lúdicos o también en ámbitos prelaborales, aprovechando sus rápidos efectos. Se participaba de una permisividad social hacia la conducta de consumo, que llegaba a justificar la embriaguez, sobre todo en los espacios festivos.

Las mujeres no participaban de esos rituales del varón, permitiéndoles beber únicamente en la comida, siendo causa de discriminación y penalización social el consumo en el ámbito público de alcohol, incluso cerveza. Coexistían, sin embargo, vinos dulces que se proporcionaban a niños y niñas y a personas mayores, como si se tratase de alimentos, a pesar de su mayor graduación alcohólica.

A partir de los años setenta, y en una escala rápida, todo el proceso anterior se ve alterado por una serie concatenada de situaciones:

- Mayor disponibilidad de dinero.
- Llegada de las multinacionales: refrescos, cerveza, alcohol (whisky, ginebra...).
- Llegada masiva del turismo con otras formas de consumo.
- Desarrollo de los puntos de venta: bares, cafeterías, discotecas y supermercados.

- La crisis industrial de los años 1978 a 1990, que lleva a muchos trabajadores a invertir sus recursos en el ámbito de la hostelería, por precisar escasos conocimientos y por su facilidad de puesta en marcha.
- Despliegue y desarrollo sin control de la sociedad de consumo.
- La mujer comparte los mismos hábitos que el varón en el consumo de alcohol.
- Aparición de justificaciones permisivas a las transgresiones conductuales.

Ello, sumado a movimientos socioculturales locales, tales como la «movida madrileña», en los que la noche se convierte en protagonista de la vida social y que en seguida es exportada a otras regiones y culturas.

Las multinacionales del refresco aprovechan la coyuntura favorable e inventan los combinados: el cubalibre, primero, y el *kalimotxo*, su réplica joven después, que disparan el consumo.

Nuestra situación actual puede quedar enmarcada en los siguientes patrones:

- El consumo de vino-alimento persiste, siendo valorado como una «exquisitez» para una parte culta de la población. Se bebe habitualmente en las comidas y en el ritual de tapeo.

- La cerveza resulta imprescindible como refresco alcohólico y ha conseguido un lugar en las comidas, el tapeo y la fiesta.
- Los combinados se reservan para el espacio festivo y las precomidas, explotando sus cualidades sedantes y/o euforizantes.

Para responder y sostener esta demanda, contamos con un dispositivo de excepción:

- Una red diversificada e hipertrofiada de hostelería: restaurantes, cafeterías, bares y discotecas que pugnan por defender sus inversiones y ámbito laboral.
- Un colectivo de tiendas, supermercados o hipermercados, cuya caja de ingresos se nutre significativamente de la venta de bebidas alcohólicas.
- Una infraestructura de producción, transformación y ventas que sostiene parte importante de la vida laboral española.

Este complejo estado de cosas ha provocado el uso y abuso del alcohol en todos los espacios del ámbito social y privado, práctica que lleva asociada el ineludible pago de una abultada factura sociosanitaria y económica. A día de hoy, las líneas políticas de resolución de este problema de salud y con imbricación socioeconómica se antojan lejanas, aunque cabe señalar la iniciativa del Ministerio de Sanidad y Consumo, para desarrollar una Ley de medidas sanitarias para la pro-

tección de la salud y la prevención del consumo de bebidas alcohólicas por menores.

## EL ALCOHOL COMO DROGA Y SU RELACIÓN CON LAS TOXICOMANÍAS

La desvinculación cultural del consumo de alcohol-vino como parte de la alimentación y el desarrollo del uso de la bebida alcohólica como droga por sus efectos de alteración de la conciencia han sido las consecuencias extremas del proceso anterior. Se bebe para conseguir «un punto» de anestesia y poder participar «mejor» en el medio lúdico.

Este espacio lúdico fue ocupado, en primer lugar, por el tabaco y el café, ya que la nicotina y la cafeína actúan como agentes capaces de alterar el resultado depresor del alcohol y mantener así un cierto «nivel de bienestar». El café, la copa y el puro siguen siendo exponentes de hedonismo postgastronómico.

Posteriormente hizo su entrada el THC = hachís y/o porro, arropado por una ideología contracultural que tenía a gala situarse muy lejos tanto de la revolución industrial como burguesa. A fecha de hoy, goza de una cómoda situación, siendo consumido por un tercio de nuestros jóvenes.

La «movida» y el deseo generalizado de disfrutar «a tope» de la vida nocturna llevan a la búsqueda de «algo más fuerte» que el alcohol o que, asociado a él, produzca un efecto potenciado. Así, la aparición de

sustancias tales como las anfetaminas, heroína o cocaína, se encuentra con un territorio abonado para su consumo y difusión, sin medidas restrictivas o cautelares y en un espacio donde corre el dinero, porque la conversión del dinero en placer se considera una buena operación. Quizá no se contaba con la realidad inapelable de que, a partir de un grado de consumo, individual para cada persona usuaria, se produce la dependencia y la necesidad de incrementar la ingesta, lo que genera un número creciente de personas afectadas y coloca al Estado español en el lugar que ocupa hoy: el primero en consumo de alcohol, THC y coca de Europa. El día 16 de mayo de 2006 toda la prensa informa de que en España hay más de 10.000 jóvenes, algunos niños y niñas, enganchados a la cocaína y que esta cifra se ha cuadruplicado en los últimos años, constituyendo la segunda causa de ingreso en los hospitales. La facilidad de acceso no sólo al alcohol sino a las drogas psicoactivas tampoco admite duda. Informes sobre la situación en la primavera de 2006 arrojan que el 38% de los y las adolescentes consume drogas y el 10% de la población comprendida entre 13 y 17 años toma cannabis en horario escolar.

Que esta realidad se manifiesta como un problema grave de salud, lo sabemos. Que la sociedad en su conjunto y algunos sectores de forma más particular han favorecido, desarrollado y cooperado en este proceso, tampoco admite duda. El problema actual es la

enorme dificultad a la que tenemos que enfrentarnos para detenerla.

Ya no nos encontramos frente a un problema de prevención, sino de tratamiento y abordaje del problema, que va a exigir cambios drásticos con profundas implicaciones en actitudes ideológicas y políticas económicas. La dificultad que está suponiendo la implementación de medidas restrictivas para el uso del tabaco puede aportar una idea mínima del esfuerzo que va a suponer la adopción de medidas responsables frente al alcohol. A título ilustrativo, conviene recordar que el escollo más severo que ha encontrado la legislación en torno al tabaco ha sido el de la red de hostelería.

## BIBLIOGRAFÍA

Aizpiri Díaz J, Marcos Frías F. Actualización del tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Masson; 1996.

Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, De la Serna de Pedro I, Solla Camino JM. Manual de habilidades en salud mental para médicos generales. Sociedad Española de Medicina General. Madrid: ENE; 2002.

Casas Brugué M, Callazos Sánchez F, Ramos-Quiroga JA, Roncero Alonso C. Psicofarmacología de las drogodependencias. Barcelona: Fundación Promoción Médica; 2003.

Miguel Iribarren M, Ponce Alfaro G, Rubio Valladolid G. Paciente alcohólico y pacientes dependientes de otras drogas. Madrid: Entheos; 2005.

Cabrera Forneiro J, director gerente de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Universidad y Drogas. Comunidad de Madrid: Ediciones Gráficas Delos; 1998.

Santodomingo J. Consenso de la Sociedad Española de psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2000.

García Rodríguez JA. Mi hijo, las drogas y yo. Madrid: Edaf; 2000.

Bobes García J, Casas Brugué M, Gutiérrez Fraile M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ars Médica; 2003.

## El consumo de alcohol en España

---

Dr. Fernando Gonçalves Estella

*Doctor en Medicina y Cirugía. Médico Rural.  
Almeida de Sayago. Zamora.*

---

Cuando el médico, en el entorno de la anamnesis, pregunta al paciente sobre su consumo de bebidas alcohólicas, repetidamente recibe como respuesta «lo normal». Tan ambigua respuesta carece de valor, por su subjetividad. En esas ocasiones, el médico debe sistemáticamente repreguntar: «¿y qué es para usted "lo normal"?, a fin de poder hacer una valoración objetiva del consumo en gramos de alcohol por día. Generalmente, el paciente, además, tiende a minimizar su consumo con especial ocultación cuando bien él mismo, o bien los de su entorno, ya hace tiempo que han comenzado a sospechar que ese consumo es en ocasiones «excesivo». Esa ocultación está más presente aún en el caso de las mujeres, para las que la permisividad social en el abuso del alcohol es más restrictiva y crítica que para los varones.

Sin embargo, los hechos demuestran que, en la atención médica prestada por los servicios de urgencia extrahospitalaria, la ingesta inadecuada de alcohol es causa de, o está presente en, muchas de las demandas asistenciales, como en intoxicaciones agudas y crónicas, accidentes laborales y domésticos de todo tipo, enfermedades orgánicas que afectan a nume-

rosos aparatos y sistemas, problemas psiquiátricos y numerosos conflictos en el entorno social o familiar. Unas veces, el alcohol origina por sí mismo el problema, mientras que, en otras, su papel es el de desestabilizante de la homeostasis previa del paciente.

Por ello, es fundamental que el médico realice, con delicadeza, una búsqueda activa, rutinaria y sistemática del consumo de alcohol, ante situaciones asistenciales tan dispares como:

- Accidentes de tráfico, laborales, domésticos...
- Lesionados en peleas, agresiones familiares...
- Cuadros convulsivos, dolores abdominales, cefaleas...
- Asistencias al agotamiento psicológico de familiares, «que no pueden más».
- Demandas de ingreso por falta de soporte social...
- Avisos de auxilio por las Fuerzas de Seguridad...
- Ideación suicida, trastornos de comportamiento...
- Interacciones con medicamentos insospechadas...

No en vano, España es:

- El tercer productor mundial de vino (tras Francia e Italia).
- El cuarto país en consumo mundial de alcohol absoluto con 10,8 litros de alcohol puro/per cápita

ta/año en 1990 (tras Francia, Luxemburgo, Alemania). Las ventas de bebidas alcohólicas per cápita, siguen una tendencia descendente, pasando de los 108,4 litros/año en 1993, a 90,1 litros en 2002, y volviendo a incrementarse hasta los 92,3 litros en 2003.

- El octavo productor de bebidas destiladas.
- El noveno país productor de cerveza del mundo.

Y, además, uno de los países más permisivos del mundo en cuanto a la tolerancia de su consumo público.

El alcohol, por sus efectos, es el gran simulador de muchos trastornos clínicos y psiquiátricos, bien *per se*, bien exacerbando trastornos preexistentes. Se impone pensar en su presencia siempre, porque:

- El 90% de las personas beben alcohol.
- El 40-50% de los varones tienen problemas temporales inducidos por él.
- El 10% de los hombres y el 3-5% de las mujeres tienen problemas de alcoholismo.
- La inmensa mayoría, de guante blanco, sólo el 5% son sujetos marginales.

La *morbilidad* por el consumo de alcohol se hace notar, apareciendo implicado éste en:

- El 15-20% de las urgencias psiquiátricas.

- Un tercio de los ingresos en hospitales psiquiátricos.
- El 20% de los ingresos hospitalarios no psiquiátricos.
- El 30% de los ingresos en los servicios de aparato digestivo.
- El 5-10% de las bajas laborales.
- Reyertas, violencia doméstica, violencia sexual.
- El 20-50% de los accidentes laborales.
- El 45% de los vagabundos son alcohólicos.
- El 30% de la población reclusa.

La *mortalidad* estimada en España, relacionada con el alcohol, es de 20.000 a 25.000 muertes anuales, apareciendo como causa:

- El 25-50% de los accidentes mortales de tráfico: origina daños propios y ajenos.
- Presente en el 50-70% de los homicidios.
- Muertes accidentales, laborales y domésticas.
- Del 5 al 27% de los alcohólicos se suicidan.
- El alcohol está presente en el 25-40% de los suicidios consumados.
- Incrementa la tasa de mortalidad por otras enfermedades.

## ¿ES NECESARIO BEBER ALCOHOL? ¿ES BENEFICIOSO PARA LA SALUD?

Tales preguntas son formuladas a diario por adolescentes que despiertan a la sociedad de consumo en la que labrarán su futuro. El lema de la OMS despeja cualquier duda al respecto: «Alcohol, cuanto menos, mejor».

Deberemos transmitir mensajes claros, especialmente a los adolescentes:

- No, no es necesario beber alcohol, ni deseable, aunque digan que sí.
- Su consumo se liga a gustos personales, factores culturales, modas.
- Se efectúa incluso como fin y como medio; por eso, no beber nunca «por» ni «para» resolver conflictos, ni en situaciones de ansiedad o miedo.
- No incitar a beber a otros, ni llegar nunca a la embriaguez.
- El abuso, esporádico o habitual, es nefasto y tiene consecuencias.
- Si te gusta pasarte con el alcohol, tienes motivo para preocuparte y riesgo de pasar a dependencia.
- Su consumo suele acompañarse de otras toxicomanías.
- Si dudas si necesitas o no ayuda, solíciala.

La realidad es que en la sociedad de consumismo actual, el consumo de bebidas alcohólicas, como buen negocio económico que es, siempre irá a más. Pero hay muchos otros: cultivadores, productores, distribuidores, intermediarios, comerciales, hosteleros y un largo etcétera de oficios y profesiones, espoleados todos ellos por un *marketing* muy lucrativo y agresivo.

Justificaciones para su consumo las hay para todos los gustos: es un elemento cultural, hay que conservar la tradición, origina bienestar (efecto droga), el fin justifica los medios (ingente mano de obra), es un producto alimenticio (nutriente)...

Para que su consumo no disminuya y el negocio del alcohol aumente, su oferta se adapta a los movimientos sociales propios de cada época, en los que se disfraza bajo nuevas formas de presentación (destilados), influenciadas por modas foráneas (consumo de cerveza), presentando nuevos atractivos (colores, sabores, olores), para captar nuevos usuarios (grupos etarios específicos), bajo turbios mensajes (consumo saludable) al considerarlo un elemento cultural a preservar y conservar, cuyo uso es considerado conveniente, e incluso «sano y deseable».

En contra de todo ello, nuestros objetivos deben ser: limitar su uso (pero de verdad), moderar el consumo, prevenir el abuso con educación sanitaria, abortar y tratar las dependencias y, en todo caso, aminorar sus secuelas.

## INTOXICACIÓN AGUDA: ¿NECESITA AYUDA MÉDICA?

La gran mayoría de la población ha vivido esa experiencia alguna vez.

Ante esa eventualidad, no hay que dramatizar, ni medicalizar, ni «psicologizar», ni estigmatizar, y la primera vez forma parte de la experiencia; la segunda y sucesivas, de la estupidez humana.

*La fórmula para calcular su consumo: cc por grado de bebida por 0,8/100.*

## CLÍNICA Y NIVELES DE INTOXICACIÓN

- *Embriaguez subclínica (< 0,5 g/l de alcoholemia):* no suele haber clínica, hay disminución de capacidades, desinhibición, afectación juicio crítico y los que le rodean ya lo han notado.
- *Embriaguez patológica:* se produce tras pequeña ingesta por susceptibilidad individual, en individuos epilépticos, histéricos, esquizofrénicos, psicópatas o lesionados cerebrales, siendo muy rara en sujetos normales, y presenta trastornos de conducta, pérdida del control de los impulsos, respuestas desproporcionadas al ambiente y amnesia lacunar residual. Se describen los subtipos: psicomotriz, maniacodepresiva, delirante, alucinatoria.
- *Embriaguez ligera (0,5-1,5 g/l de alcoholemia):* excitación intelectual y motora, euforia, habla farfullante, midriasis, conducta hipomaníaca o depresiva.

- *Embriaguez grave (1,5-2 g/l de alcoholemia)*: lenguaje dificultado e incoherente con descenso de capacidad crítica, disforia, inestabilidad franca, visión borrosa, vómitos, trastornos de conducta y disminución de la autoestima.
- *Si alcoholemia > 2 g/l*: arreflexia, pérdida de conciencia, relajación de esfínteres, disminución de la sensibilidad o anestesia.
- *Si alcoholemia > 3 g/l*: estupor, coma acidótico o hipoglucémico, insuficiencia respiratoria por depresión bulbar, parada cardiaca y muerte.

## INTOXICACIÓN CRÓNICA

Siempre necesita ayuda médica. La esperanza de vida disminuye, al menos en 15 años, y supone un ataque frontal a la calidad de vida, propia y ajena, con repercusiones en todos los campos de la actividad humana: social, laboral, familiar e individual. Con afectación de prácticamente todos los órganos y sistemas, es una intoxicación autoinfligida y consciente.

## EL CONSUMO EN LA EDAD ADULTA

El consumo esporádico y el habitual están muy extendidos y creciendo.

Presentamos algunos datos del Observatorio Español sobre Drogas, en su Encuesta Domiciliaria sobre Drogas 2003:

- El 48,2% de la población de 15 a 64 años hizo consumo semanal.

- El 21,2% se había emborrachado alguna vez en ese período.
- En los últimos 30 días, el 14,1% hacía consumo diario.
- El 5,3% había sido «bebedor de riesgo» (hombres: 50 cc de alcohol puro/día o más; mujeres: 30 cc/día o más).

## EL CONSUMO EN LA POBLACIÓN JOVEN

El consumo está muy extendido entre las personas de 14 a 18 años, aumentando en los dos últimos años. En 2004, entre los estudiantes de Secundaria, la prevalencia del consumo fue:

- En los últimos 12 meses del 81%.
- En los últimos 30 días del 65,6%.
- El 47,3% presentaba un consumo habitual; es decir, había consumido alcohol durante más de 8 días en los 30 días previos.
- Y una proporción creciente realizaba consumos intensos. Así, la prevalencia de borracheras en los últimos 30 días pasó del 24% en 1998 al 34,8% en 2004.
- Y la de consumo de riesgo, del 9,4 al 12,3% para ese mismo período.

El consumo es más frecuente durante los fines de semana que durante los días laborables, sobre todo entre la población general menor de 34 años.

El alcohol sigue asociándose con los accidentes de tráfico. En una muestra de fallecidos por accidentes de tráfico en 2003, la prevalencia de alcoholemias positivas (iguales o superiores a 0,3 g/l) fue del 34,7%.

## BIBLIOGRAFÍA

DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Drogas; 2003.

DGPNSD. Encuesta estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (E ESTUDES); 1998-2004.

DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2004. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Rubio Valladolid G, Santodomingo J. Guía práctica de intervención en el alcoholismo. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad; 2000.

Aizpiri Díaz J, Marcos Frías JF. Actualización del tratamiento del alcoholismo. Barcelona: Masson; 1996.

Acosta López A, Gonçalves Estella F. Estudio epidemiológico de las enfermedades psiquiátricas en un medio rural salmantino. Premio Luis Martín Santos. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1983.

Aizpiri Díaz J, Barbado Alonso JA, Cañones Garzón PJ, Fernández Camacho A, Gonçalves Estella F, Rodríguez Sendín JJ, De la Serna de Pedro I, Solla Camino JM. Manual de habilidades en salud mental para médicos generales. Sociedad Española de Medicina General. Madrid: Ed. ENE; 2002.

Harrison. Principios de Medicina Interna. 14.ª ed. McGraw-Hill-Interamericana 1998; 2: 2850-56.

# Adolescencia y alcohol (I). Factores influyentes y problemas específicos

---

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

*Médico General. C.S. Noblejas. Toledo.*

---

La adolescencia es un período clave para la adopción de las pautas de uso de sustancias adictivas. Se trata del período de la vida en el que tiene lugar el encuentro, la experimentación con el tabaco y el alcohol, y durante él se perfilan las actitudes ante las drogas de uso no institucionalizado (1, 2). El uso del alcohol por los adolescentes muestra un patrón complejo que ha sustituido al uso social tradicional en el medio familiar por otro caracterizado por el abuso intenso y compulsivo en espacios de ocio y de relación social. Lo que ha modificado las pautas de uso a la vez que han desaparecido las diferencias tradicionales de consumo entre sexo.

Se conoce desde hace tiempo que al igual que las promociones para el consumo tienen predilección por la población más joven, los programas de mayor efectividad deben orientarse a la prevención del abuso de sustancias adictivas, dirigirse a disminuir su accesibilidad y su aceptabilidad social y a reforzar en esa franja de edad la capacidad de resistir las presiones externas al consumo (3).

## ALCOHOL Y DESARROLLO CEREBRAL

Aunque es antigua y multicultural la relación entre la aparición de alteraciones de conducta y deterioro de la persona en la intoxicación alcohólica tanto aguda como crónica, el concepto de neurotoxicidad por consumo de bebidas alcohólicas es reciente y ligado a la medicina científica. Sin embargo, siendo evidente, la relación entre alcohol y deterioro cerebral no explicaba las grandes diferencias en las respuestas individuales que se producen ante el consumo de alcohol. Al introducir el alcohol en forma prematura al cerebro, puede afectar gravemente la forma cómo éste se desarrolla, limitando su futuro y potencial individual. Las consecuencias producidas en adolescentes por el consumo de alcohol orientan hacia las partes específicas del cerebro que se ven afectadas por el mismo. El deterioro de capacidades como planificación, toma de decisiones, control de impulsos, memoria y muchas otras actividades tiene relación con la afectación del lóbulo frontal. Los déficit de la memoria, especialmente para hechos y sucesos nuevos, lo relaciona con la afectación del hipocampo. Disminución del equilibrio y la coordinación motora por afectación de la actividad cerebelosa. Alteración de reflejos vitales, como la respiración, el ritmo cardíaco, etc., por afectación de puentes y médula.

El trabajo experimental con animales ha permitido relacionar la neurotoxicidad producida por el consumo de alcohol con la *frecuencia, concentración y edad de comienzo*. Así a más frecuencia de consumo, más

concentración y más joven, la persona expuesta sufría un mayor daño. Sin embargo, no era suficiente porque las personas asocian a las condiciones anteriores otras como las condiciones personales, nutrición (4) y forma de beber que pueden potenciar los efectos del alcohol. Pero en los últimos años, ha aumentado el consumo entre los jóvenes de nuevos componentes que potencian la neurotoxicidad del alcohol, como dietas deficitarias, consumo de otros tóxicos como tabaco, café, benzodiazepinas, antidepresivos...

## FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONSUMO DE ALCOHOL DE LOS ADOLESCENTES

De forma resumida repasaremos los factores influyentes, los problemas específicos derivados del uso y abuso del alcohol por el adolescente; es decir, el perfil del adolescente con problemas por alcohol. Son numerosos los factores que favorecen, condicionan y determinan el consumo de alcohol entre los jóvenes. Aunque pueden clasificarse de muchas maneras parece útil la siguiente:

- Trastornos de conducta en la adolescencia.
- Condicionantes del consumo.
- Factores familiares.
- Factores sociales.
- Factores psicopatológicos.
- Alcohol y desarrollo cerebral.

## Trastornos de conducta en la adolescencia

Se entiende por trastorno de conducta en el adolescente el conjunto de alteraciones del comportamiento, excesivas o impropias desde el contexto socio-cultural del adolescente. El trastorno de conducta, probablemente en relación con los comportamientos o actos que origina o con el déficit de atención al mismo o por el rechazo que provoca en la familia o entorno social, facilita el inicio en el consumo de alcohol, lo que, por un lado, le puede acercar a compañías y ambientes en los que se siente más cómodo; por otro, aumentará su trastorno de conducta.

Los adolescentes con trastornos de conducta tienen perturbaciones afectivo-cognitivas, son impulsivos, lo que les permite actuar sin reflexión, presentan alteraciones emocionales, así como incapacidad para verbalizarlas. Otra característica es su equifinalidad; es decir, aunque sean diversos los orígenes de la toxicomanía y diferentes los adolescentes que las sufren, desembocan en los mismos trastornos de conducta. Las toxicomanías, desde una perspectiva biopsicosocial, están condicionadas por varios múltiples factores, pero en función de la causa u origen principal de las mismas se diferencian en traumáticas, neuróticas y psicopáticas.

Los factores que predisponen a una conducta rebelde y delictiva del adolescente con problemas son: individualmente, el coeficiente intelectual bajo, el escaso rendimiento escolar, la impulsividad, la incapacidad para ponerse en lugar del otro, la desconfianza y sus-

picacia. A nivel familiar, predisponen los malos tratos, la violencia familiar en cualquiera de sus tipos, la ausencia de control y normas en un familia con estructura débil, los hogares rotos, la emigración. Socialmente, son factores condicionantes el tipo de amistades, la forma de vida, las escalas de valores, las normas de conducta, el estilo de vida.

### **Condicionantes del consumo**

Influyen los condicionantes generales del alcohol como droga de esparcimiento número uno al igual que lo hacen sobre el resto de la población. En el caso de los jóvenes, el consumo de alcohol siempre estuvo ligado como ritual de paso a la edad adulta; ahora está ligado a la diversión, de tal manera que es difícil imaginar fiesta o celebración libre de consumo de alcohol.

Aunque no son factores origen o causa, se considera que aumentan el riesgo: el entorno social desfavorable, el fallecimiento de los padres, padres con psicopatología, familias desestructuradas, conflictividad familiar, historia de maltrato.

El alcohol es la puerta entrada al poliabuso, el inicio en su consumo coincide con el de tabaco y el de café y puede continuar posteriormente, en un plazo más o menos largo, con el consumo de drogas ilegales.

### **Factores familiares**

Entre estos factores destacan los de tipo genético, así, hay individuos con predisposición genética que











































Puntos de corte del CDB

Escala	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Punto de corte
Dificultad de control (rango: 0-36)	91	90	10,5 puntos
Refuerzo positivo (rango: 0-36)	72	70	14,5 puntos
Refuerzo negativo (rango: 0-27)	85	90	6,5 puntos
Deseo total (rango: 0-99)	89	86	31,5 puntos

### Corrección

- Cada una de las alternativas de respuesta recibe la puntuación de 0, 1, 2 y 3, respectivamente: nunca, poco frecuente, muy frecuente y siempre.
- El cuestionario está compuesto por tres factores: deseo por dificultad de control, deseo de refuerzo positivo y deseo de refuerzo negativo. Para calcular la puntuación en cada uno de los factores deberá sumarse la puntuación de los ítems correspondientes a cada factor.
  - El factor 1, *deseo por dificultad de control*, queda compuesto por 12 ítems: 1, 3, 5, 7, 11, 13, 15, 17, 21, 23, 25 y 27. Son los relacionados con la percepción que el sujeto tiene de su propia incapacidad para evitar la conducta de consumo o para detenerla una vez comenzada, así como con el propósito de no hacerlo y con el hecho de conocer las consecuencias negativas del mismo.
  - El factor 2, *deseo de refuerzo positivo*, incluye 12 ítems: 4, 6, 8, 10, 14, 16, 18, 20, 24, 26, 28 y 30. Representan la valoración positiva que hace el sujeto de las consecuencias que obtiene con el consumo, incluso del uso instrumental que hace del alcohol para conseguir esos estados.
  - El factor 3, *deseo de refuerzo negativo*, contiene los 9 ítems 2, 9, 12, 19, 22, 29, 31, 32 y 33. Reflejan la interpretación de alivio mediante el consumo de alcohol de diferentes situaciones negativas para la persona. Están relacionadas con afectos negativos, ansiedad o diversos problemas.
- La suma de todos los ítems proporciona una puntuación total del deseo de beber del individuo antes del tratamiento.





















































































































































































































