

Organización Mundial de la Salud
Serie de Informes Técnicos
No. 42

COMITE DE EXPERTOS EN HIGIENE MENTAL.

Informe de la Primera Reunión del
Subcomité de Alcoholismo *
Ginebra, 11-16 de diciembre de 1950

	<i>Página</i>
1. Consideraciones generales	2
2. Definición del problema	3
3. Extensión y naturaleza del problema	7
4. Facilidades en el tratamiento de los alcohólicos	9
5. Medios para el tratamiento	11
6. Educación y adiestramiento	12
7. Información científica	13
8. Organizaciones voluntarias	14
9. Conclusión	14
10. Resumen de las recomendaciones	15
Anexo 1. Cálculos del número de alcohólicos y de los coeficientes de alcohólicos por 100,000 habitantes adultos (de 20 años y mayores) en ciertos países	17
Anexo 2. Fórmula del cálculo de Jellinek	19

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud
1501 New Hampshire Avenue, N. W.
Washington 6, D. C., E. U. A.

A partir de 1953 la serie de publicaciones especiales no periódicas de la OSP/OMS, que tenía una numeración progresiva y que alcanzó el No. 271, se clasifica bajo tres series: Documentos Oficiales; Publicaciones Científicas; Publicaciones Varias.

La traducción e impresión de esta publicación
se hicieron con cargo al presupuesto de la
Oficina Regional para las Américas
de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

COMITE DE EXPERTOS EN HIGIENE MENTAL

Primera Reunión del Subcomité de Alcoholismo

Miembros:

- Dr. S. Betlheim, Clínica Neuro-Psiquiátrica de la Universidad de Zagreb, Yugoslavia
- Prof. L. E. Dérobert, Profesor Agregado a la Facultad de Medicina de la Universidad de París, Francia (*Vicepresidente*)
- Dr. R. Fleming, Director, Clínica de Alcohólicos en el Hospital Peter Bent Brigham, Boston, Mass., E.U.A. (*Relator*)
- Dr. G. A. R. Lundquist, Profesor Auxiliar de Psiquiatría, Médico Jefe del Hospital Langbro, Estocolmo, Suecia, (*Presidente*).
- Prof. M. Müller, Profesor de Psiquiatría, Médico Director del Hospital Psiquiátrico de Münsingen, Berna, Suiza.
- Dr. M. Schmidt, Psiquiatra Jefe, Instituto de Psiquiatría Forense, Departamento de Policía, Copenhague, Dinamarca.

Secretaría:

- Dr. G. Hargreaves, Jefe de la Sección de Higiene Mental, OMS (*Secretario*).
- *Prof. E. M. Jellinek, Consultor en Alcoholismo, OMS, Decano del Instituto de Estudios sobre Alcoholismo, Universidad Cristiana de Texas, Forth Worth, Texas, E.U.A.
- Dr. P. O. Wolff, Jefe de la Sección de Estupefacientes, OMS.

* No pudo asistir por enfermedad.

COMITE DE EXPERTOS EN HIGIENE MENTAL

Informe de la Primera Reunión del Subcomité de Alcoholismo¹

El Subcomité de Alcoholismo, del Comité de Expertos en Higiene Mental, celebró su primera reunión en Ginebra, del 11 al 16 de diciembre de 1950. La sesión fué inaugurada por la Dra. Martha M. Eliot, Subdirectora General del Departamento de Servicios Consultivos.

¹ El Consejo Ejecutivo, en su octava reunión, adoptó la resolución siguiente:
El Consejo Ejecutivo

1. TOMA NOTA del informe de la primera reunión del Subcomité de Alcoholismo, del Comité de Expertos en Higiene Mental;

2. AGRADECE su labor a los miembros del Subcomité;

3. AUTORIZA la publicación del informe, y

4. RECOMIENDA su distribución;

5. RUEGA al Director General que base las proposiciones, para programas futuros sobre esta materia, en las recomendaciones generales de este informe, y que coopere en todo programa relacionado con los aspectos sociales y legislativos del problema del alcoholismo que pudieran desarrollar la Comisión Social y otros órganos de las Naciones Unidas;

6. AUTORIZA la celebración de una reunión del Comité de Expertos en Drogas que Pueden Producir Toxicomanía para estudiar los problemas del alcohol, y ruega al Director General asignar la partida necesaria, en el presupuesto para 1953, para la reunión de dicho comité;

7. RUEGA al Director General que incluya en la agenda de este comité los asuntos referidos al mismo por el Subcomité de Alcoholismo del Comité de Expertos en Higiene Mental, así como otros puntos concernientes al efecto del alcohol en las reacciones fisiológicas, psicomotoras y psicológicas del ser humano;

8. APRUEBA la proposición de que se reúna un pequeño grupo de trabajo integrado por expertos en problemas estadísticos relacionados con el alcoholismo, antes de la próxima reunión sobre alcoholismo que celebre el Comité de Expertos en Higiene Mental, dentro de las actuales partidas del presupuesto;

9. PIDE al Director General que haga circular entre los gobiernos las recomendaciones del Subcomité referentes al uso del disulfiram (tetraetiltiuramdisulfida);

10. RUEGA al Director General que considere la posibilidad de publicar una bibliografía catalogada sobre alcoholismo, dentro del programa de publicaciones de la Organización que ha sido autorizado;

11. SOLICITA del Director General que estudie la posibilidad de poner a disposición de las bibliotecas principales colecciones del "Abstract Archive of the Alcohol Literature" que se hallan en la Universidad de Yale, y someta proposiciones y presupuestos detallados a la consideración del Consejo Ejecutivo en su novena reunión;

12. PIDE al Director General tomar en cuenta la utilidad de cursos internacionales y de grupos viajeros de estudio sobre alcoholismo, al formular futuras proposiciones para el programa de Higiene Mental de la Organización; y

13. AUTORIZA la celebración en 1951, dentro de las actuales partidas del presupuesto, de una segunda reunión sobre alcoholismo, del Comité de Expertos en Higiene Mental.

(Resolución EB8, R45, *Off. Rec. World Hlth. Org.*)

1. Consideraciones Generales

El primer punto que el Subcomité desea hacer resaltar en su informe es la importancia del alcoholismo como enfermedad y como problema social. Según el parecer de los miembros de este Subcomité, el alcoholismo es una enfermedad, a cuyo tratamiento y prevención podrían contribuir extensamente los servicios de salud pública. Estiman, no obstante, que hasta la fecha las autoridades sanitarias en muchos países han tardado en reconocer la extensión y seriedad del problema y el grado en que los trabajadores de salubridad podrían participar en la prevención y tratamiento del alcoholismo.

Sin embargo, lo anterior no debe sorprender. Hace relativamente pocos años que se ha logrado obtener un concepto médico y científico del problema que permite la intervención eficaz de la salud pública. El Subcomité advirtió, por ejemplo, que la carencia evidente de conocimientos médicos y científicos impidió que el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones emprendiera un programa activo al considerar este problema en su XIII reunión, en 1928². No se hacía entonces distinción alguna entre el concepto médico y científico del alcoholismo, y la actitud de grupos de reformistas no profesionales. La acción contra el alcoholismo se confundía con la acción de carácter político y social contra el alcohol. Es probable que en esa época cualquier esfuerzo por parte de los médicos y trabajadores de salud pública para prevenir y tratar el alcoholismo fallara, principalmente, porque el público no podía establecer una diferencia entre esos dos puntos de vista.

El Subcomité reconoce el valor de las medidas legales o sociales relativas a la distribución y consumo del alcohol. Aun cuando dicha legislación se formule sin la intervención de los servicios de salud pública, tienen éstos el deber de aconsejar a las autoridades responsables de formular tal legislación, acerca de los aspectos de salud pública que presenta el problema. Más importante aún es que las autoridades sanitarias reconozcan que ya se dispone de conocimientos científicos sobre el alcoholismo, que permiten emprender seriamente la profilaxis médica del alcoholismo y obtener éxito en el tratamiento precoz de aquellos que sufren este trastorno.

El Subcomité recomendó, por lo tanto, en primer lugar, que la Organización Mundial de la Salud tome las medidas que estén a su alcance para conseguir que los servicios de salud pública actúen en este problema y que se prepare para proporcionar servicios de consulta, educativos e información técnica a las autoridades nacionales sanitarias que los soliciten.

² Sociedad de las Naciones, Comité de Higiene (1929). "*Actas de la Décimotercera Reunión*", Ginebra, pág. 16.

2. Definición del Problema

De las discusiones del Subcomité se desprende que uno de los obstáculos serios para tomar una acción internacional en este particular radica en la carencia de una terminología que sea comúnmente aceptada. La expresión "alcoholismo crónico", por ejemplo, se usa en sentido diferente en prácticamente todos los países de donde proceden los delegados del Subcomité. En su connotación más estricta implica un estado en que el individuo, como resultado del alcoholismo consuetudinario, ha sufrido daños orgánicos permanentes o un serio trastorno mental debido, muy probablemente, a esos cambios orgánicos.

En contraposición a lo anterior, en algunos países el mismo término se emplea en un sentido mucho más amplio que denota un continuado y excesivo consumo de bebidas embriagantes, independientemente de todo daño físico o psíquico irremediable. El Subcomité estima, por lo tanto, que, en el uso internacional, la expresión "alcoholismo crónico" puede ser causa de confusión, aun cuando los miembros del Subcomité están casi enteramente de acuerdo sobre los fenómenos clínicos de ese trastorno y sobre las etapas de su evolución; les ha sorprendido la falta de comprensión que pudiera surgir del uso internacional de algunas expresiones que tienen significado distinto en los diferentes países.

El término general "alcoholismo", por otra parte, parece tener un significado mucho más constante en los países en los cuales el problema es de mayor importancia. En el presente informe el Subcomité emplea esta expresión para denotar toda forma de embriaguez que excede el consumo "alimenticio" tradicional y corriente o que, por su extensión, sobrepasa los linderos de costumbres sociales propias de la colectividad respectiva, sean cuales fueren los factores etiológicos, así como el origen de los mismos respecto a la herencia, la constitución física o las influencias fisiopatológicas y metabólicas adquiridas.³

Desde el punto de vista clínico, el Subcomité está de acuerdo en que la evolución del alcoholismo (en el sentido arriba expuesto) puede pasar por una serie de etapas reconocibles, cada una de las cuales tiene una significación diferente tanto para el pronóstico como para el tratamiento.

En la primera etapa, que ha sido acertadamente descrita como "embriaguez sintomática", se toman bebidas alcohólicas para hacer frente a un problema actual. Puede éste ser una tensión originada por condiciones físicas o bien por factores psicológicos, o aun por circunstancias sociales. Ese consumo excesivo de alcohol es entonces un calmante que le permite

³ Esta amplia definición ad-hoc implica que el uso inveterado del alcohol se considera en este informe como una forma especial y extrema del alcoholismo.

al individuo soportar su zozobra. Es importante advertir que esta reacción puede acontecer no sólo en individuos que anteriormente no han acostumbrado tomar bebidas alcohólicas, sino también en aquellos que durante muchos años han tomado bebidas alcohólicas en forma moderada sin desviarse de las normas aceptadas, en este respecto, en la comunidad en que viven. Sin embargo, el uso del alcohol como medio de sobreponerse a una tensión actual, que hemos denominado como "embriaguez sintomática," puede fácilmente crear dificultades ulteriores para el individuo. Dichas dificultades provienen también de síntomas físicos, de factores psicológicos o de problemas sociales. Pueden citarse, como ejemplos, la anorexia producida por la gastritis, los complejos de inferioridad originados por la conducta durante el estado de embriaguez, los trastornos en las relaciones personales o ineficacia en la ocupación. Es en esta etapa cuando el individuo, que al principio se entregó a la bebida para aliviar una tensión en curso, siente ya la necesidad de recurrir a ésta para mitigar de igual modo los síntomas que el abuso anterior del alcohol le había provocado. Así, por ejemplo, puede combatir, mediante el efecto estimulante de aperitivos, la anorexia de la gastritis alcohólica. Puede tal vez tomar alcohol para sobreponerse a su sentido de inferioridad social o, en los casos de problemas de relaciones sociales o de ineficiencia en la ocupación, para atenuar las nuevas dificultades que se le presentan como resultado de la embriaguez anterior.

Es obvio que en esta etapa ha surgido ya una situación mucho más seria que la "embriaguez sintomática". El individuo se halla en un círculo vicioso en el cual la embriaguez le crea nuevos problemas, a los que sólo puede hacer frente bebiendo de nuevo en exceso. En esa forma se ha establecido la condición real del alcoholismo. En algunos países, esta segunda etapa del problema se denomina "embriaguez inveterada". Al considerar el uso de esta expresión interesó al Subcomité tomar nota de la definición de "toxicomanía", adoptada por el Comité de Expertos en Drogas que Pueden Producir Toxicomanía, en el informe de su segunda reunión.⁴

El Subcomité estima que, en esta etapa, puede decirse que existe un estado de toxicomanía, en el sentido de esa definición, a reserva del punto

⁴ "La toxicomanía es un estado de intoxicación periódica o crónica, perjudicial para el individuo y para la sociedad, producida por el consumo repetido de una droga (natural o sintética). Sus características son:

- (1) un irresistible deseo o necesidad (compulsión) dominante de continuar tomando la droga, y de obtenerla por cualquier medio;
- (2) una tendencia a aumentar la dosis;
- (3) una dependencia psíquica (psicológica), y a veces física, en los efectos de la droga."

(*World Health Org. Techn. Rep. Ser.*, 1950, 21, 6.)

(2) (tendencia a aumentar la dosis), que no se presenta necesariamente. Es imposible determinar si en este estado existen o no síndromes farmacológicos de la toxicomanía, en la forma de una profunda modificación del metabolismo que produzca una dependencia física de la droga. Es de suma urgencia que se haga una investigación al respecto, y el Subcomité recomienda que se considere el establecimiento, dentro del Comité de Expertos en Drogas que Pueden Producir Toxicomanía, de un Subcomité del Alcohol para estudiar éste y otros asuntos relacionados con el alcohol (en sentido opuesto al alcoholismo), que se mencionarán más adelante en este informe.

La aparición de una enfermedad orgánica o deterioro psíquico (la psicosis de Korsakoff) constituye la tercera etapa en la evolución del alcoholismo. La aparición de ciertas afecciones orgánicas, como el *delirium tremens*, depende en gran parte de factores distintos al grado y duración de la embriaguez. La polineuropatía, por ejemplo, se puede impedir por completo, sea cual fuere el grado de alcoholismo, mediante una dosis adecuada de complejo de vitamina B. Otros factores extraños similares influyen en la aparición de la cirrosis hepática. Por lo tanto, habrá una mayor propensión a que se produzcan ciertas complicaciones en aquellos países en que las deficiencias nutricionales son comunes y donde el tratamiento médico de la intoxicación aguda es inadecuado.

Estas tres etapas en la evolución de casos individuales de desórdenes alcohólicos son de una importancia clínica considerable. Por los resultados obtenidos en la práctica psiquiátrica corriente se desprende que, en la primera etapa de embriaguez sintomática, es posible, en muchos casos, hacer desaparecer la causa subyacente que provocó el síntoma. Si esto se logra, el individuo podrá volver a beber en forma morigerada y controlada, tal como habría sido su costumbre antes de ocurrir el episodio alcohólico. En la segunda etapa, sin embargo, que se ha designado como "embriaguez inveterada", no sólo el pronóstico es mucho más grave y más difícil el tratamiento sino que el objetivo del mismo tratamiento debe ser modificado. Debe reconocerse que el individuo no puede esperar volver a ser un bebedor morigerado; el propósito de la terapia deberá ser, por lo tanto, el de lograr la abstinencia total. Es evidente que en el individuo se ha producido un cambio irreversible y la investigación posterior deberá demostrar en qué grado ese cambio irreversible se debe a factores psicológicos y fisiopatológicos.

Las investigaciones recientes parecen indicar que la llamada "fase inveterada" del alcoholismo puede ser el resultado de un estado físico que eventualmente pudiera ser de carácter constitucional. Sin embargo, como el alcoholismo "sintomático" grave, que es un estado preliminar de la "fase inveterada", es de origen psicogénico o sociogénico, o de ambos, la psi-

coterapia continúa siendo indispensable. Además, aun cuando se han logrado grandes adelantos en la investigación de las causas físicas de la "embriaguez irresistible" (fase inveterada), las teorías no están lo suficientemente confirmadas como para afirmar que "el tratamiento del alcoholismo es un problema puramente médico". Semejantes declaraciones sirven sólo para desacreditar los esfuerzos para rehabilitar a los alcohólicos; desalentar a las familias de los pacientes a recurrir a los medios disponibles actualmente, y a frustrar sus esperanzas. Pero aun cuando el problema no sea puramente médico, debe incumbir a los trabajadores de salubridad el tomar la iniciativa en el tratamiento precoz del alcoholismo.

Aparte de la definición de las etapas clínicas del alcoholismo, se presentan muchos otros problemas de terminología. Por ejemplo, la palabra "tolerancia" tiene acepciones diferentes en la literatura científica sobre alcoholismo. Desde el punto de vista clínico al Subcomité le parece que sería conveniente que el empleo de dicho vocablo se restringiese a indicar la relación entre la cantidad de alcohol ingerida y los efectos producidos en el individuo. En otras palabras, el término tolerancia indica la dosis máxima de alcohol que un individuo puede ingerir, sin producir trastornos de las funciones fisiológicas. En este sentido, por lo tanto, el concepto de tolerancia corresponde a la farmacología. Si se adopta la recomendación del Subcomité de establecer un Subcomité del Alcohol dentro del Comité de Expertos en Drogas que Pueden Producir Toxiconamia, se recomienda que ese problema de la tolerancia al alcohol, en el sentido que se acaba de definir, sea referido a dicho Subcomité para su estudio.

Otro término que se emplea frecuentemente en la literatura sobre alcoholismo, y que merece discutirse, es el término "curado". Una vez que un individuo ha pasado de la primera etapa de "embriaguez sintomática" a la de "embriaguez inveterada", según lo indicó el Subcomité anteriormente, no puede esperar convertirse de nuevo en un bebedor morigerado. Por lo tanto, una vez que el alcohólico ha llegado a esta etapa, la "curación", en el sentido estricto de la palabra, es imposible. En esta etapa, el objeto del tratamiento será estacionar el estado morboso, capacitando al individuo para permanecer permanentemente abstemio.

Por consiguiente, para apreciar la eficacia de las diversas formas de tratamiento se puede evaluar hasta qué grado uno u otro tratamiento ha logrado con éxito detener el estado, tomando la proporción de individuos capaces de permanecer abstemios durante un período predeterminado, pero, en opinión del Subcomité, ese éxito debe considerarse como un porcentaje de casos "estacionados con éxito" más bien que "curados". Además, el Subcomité estima que en gran parte de la literatura sobre este tema, el criterio de "estacionado con éxito" es demasiado indefinido. Dicha expresión debiera aplicarse únicamente a aquellos pacientes que han sido capaces de permanecer completamente abstemios durante varios años. Un trabajo

científico que presenta como "estacionados" casos que han sido informados como de abstinencia continuada por períodos tan breves como tres o seis meses no puede ser considerado como contribución útil al estudio del problema. Por otra parte, los investigadores de mayor responsabilidad tienden a adoptar criterios muy rigurosos y a no comunicar como casos "estacionados con éxito" sino aquellos en que la abstinencia ha continuado durante dos o más años.

3. Extensión y Naturaleza del Problema

Las discusiones del Subcomité, sobre las condiciones existentes en los respectivos países de los miembros, ponen de manifiesto que cuando se examina el problema del alcoholismo desde el punto de vista internacional se destacan ciertos aspectos del problema que escapan al observador que limita sus investigaciones a las condiciones existentes en su propio país. Uno de éstos es la gran diferencia de costumbres y hábitos sociales en los diversos países, los tipos de bebida alcohólica que consumen y el promedio de ese consumo. El consumo promedio registrado en las regiones vinícolas de Francia, por ejemplo, es completamente distinto del de los habitantes rurales de Bosnia, en donde la única bebida alcohólica producida localmente es a base de alcohol derivado de la ciruela.

Hay igualmente grandes diferencias entre un país y otro en cuanto a la influencia del medio social sobre los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas. En algunos países, el porcentaje de consumo por grupos urbanos es alto; en otros, ese consumo es más elevado en las comunidades rurales. En algunos países, son los grupos en un nivel socioeconómico más elevado los que consumen más alcohol, en tanto que en otros, el consumo es mayor en la escala socioeconómica más baja. Es evidente, por lo tanto, que no pueden establecerse generalidades acerca de los hábitos de consumo del alcohol.

Conviene ser igualmente prudente al formular conclusiones sobre trastornos ocasionados por el alcoholismo. No debe suponerse, por ejemplo, que en las comunidades, donde el consumo de alcohol *per cápita* es más alto que en otros, el índice de individuos que padecen de alcoholismo está en igual proporción. De igual modo, cuando el consumo de alcohol aumenta o disminuye en una comunidad, durante un período determinado, el índice de alcoholismo no varía necesariamente en el mismo sentido. Como ejemplo de esto se puede citar el caso de Francia, donde el descenso en la producción y consumo de bebidas alcohólicas entre 1940 y 1945 estuvo acompañado de un descenso correspondiente en el índice de alcoholismo crónico con complicaciones orgánicas; en tanto que en Dinamarca, durante el mismo período, no puede afirmarse con certeza que el descenso en el consumo general de alcohol tuviera el mismo resultado.

Consideraciones como las anteriores inducen al Subcomité a insistir en

la necesidad de compilar, en cada país, estadísticas nacionales sobre la frecuencia del alcoholismo.

En una parte anterior del presente informe, el Subcomité presentó las tres etapas clínicas de la evolución de este trastorno. Evidentemente es mucho más fácil obtener cifras exactas de la frecuencia en la última fase de la tercera etapa, es decir, el número de fallecimientos por alcoholismo crónico, que sobre la frecuencia en las primeras etapas del trastorno. El primer paso, por lo tanto, en la compilación de esas estadísticas nacionales es la evaluación exacta de la mortalidad por cirrosis hepática y por alcoholismo agudo o crónico acompañado de complicaciones.

Sin embargo, aun cuando pudieran obtenerse estadísticas bastante exactas en muchos países, no bastarían para indicar la magnitud del problema. El siguiente paso, por consiguiente, debe ser el de buscar la manera de evaluar la morbilidad por alcoholismo, que está acompañada de psicosis, trastornos neurológicos, etc. En la compilación de esas estadísticas se tropezará con dificultades que variarán considerablemente de un país a otro. Esto dependerá, por ejemplo, de la cantidad de facilidades disponibles para el tratamiento de los alcohólicos; de la posibilidad de obtener información estadística de los seguros nacionales de enfermedad y de una gran diversidad de otros factores.

El tercer paso en la obtención de información estadística consistirá en determinar la cantidad de alcohólicos inveterados que no manifiestan aún cambios orgánicos irreversibles. Este es el dato más difícil de obtener. En gran parte este dato no se podrá obtener a no ser que existan facilidades de tratamiento para los alcohólicos en la primera etapa de su trastorno, y puede aún involucrar una investigación especial y estudios de muestras a fin de obtener información exacta. Es evidente que en un país que goza, como Suecia, de amplia organización social para la rehabilitación de los alcohólicos es muchísimo más fácil obtener información razonablemente exacta sobre la frecuencia del alcoholismo en sus primeras etapas, que en un país donde el tratamiento se proporciona únicamente a los individuos que se encuentran en las etapas avanzadas del trastorno.

Datos estadísticos de esta clase son de tan suma importancia para el desarrollo de programas nacionales de salud pública para la prevención y tratamiento del alcoholismo, que el Subcomité recomienda enfáticamente que la OMS convoque una reunión de los pocos expertos que han estudiado los problemas estadísticos del alcoholismo, con el fin de que este Subcomité, en su próxima reunión, pueda contar con los resultados de las discusiones al respecto de ese grupo de trabajo.

Actualmente, se debe reconocer que son muy pocos los países que siquiera se dan cuenta de la magnitud del problema que presenta el alcoholismo en sus formas más evidentes. Hasta que otros países puedan compilar

datos estadísticos sobre este problema tan completos como los que se hallan disponibles en unos cuantos países, la solución de este problema de salud pública será poco factible.

El Subcomité ha examinado con interés la fórmula desarrollada en la Universidad de Yale por el Dr. E. M. Jellinek, la cual, tomando como base la población, las estadísticas de mortalidad y otros datos, permite calcular con bastante exactitud el número de alcohólicos crónicos con complicaciones en los diferentes estados de los Estados Unidos de América. Por supuesto esta fórmula se basa solamente en el análisis estadístico del problema en una parte limitada del mundo, y por lo tanto no se espera que sea de valor más que dentro de esa área. Es interesante advertir, sin embargo, que si la misma fórmula se aplica a cualquier otro país ésta permite llegar a un cálculo que concuerda muy aproximadamente con los obtenidos por otros métodos en el país interesado. Como en muchos países no existen cifras precisas sobre la incidencia del alcoholismo, el Subcomité ha creído útil reproducir, en un anexo⁵ al presente informe, los cálculos obtenidos con esta fórmula sobre el número de alcohólicos con complicaciones para diferentes países. El Subcomité no pretende que esas cifras sean absolutamente exactas, pero estima que proporcionan una pauta aproximada, hasta tanto los países interesados hayan establecido estadísticas fidedignas sobre la materia.

El Subcomité agrega también a su informe un resumen de los principios sobre los cuales se basa la fórmula del cálculo de Jellinek⁶, para que los expertos de los diferentes países puedan estudiar la posibilidad de elaborar una fórmula semejante, que sea válida para su propio país.

4. Facilidades para el Tratamiento de los Alcohólicos

Los países más desarrollados proporcionan, con mayor o menor amplitud, medios de tratamiento para los casos avanzados de alcoholismo y especialmente para los alcohólicos que padecen de complicaciones que toman la forma de lesiones orgánicas o psicológicas permanentes. Las leyes de ciertos países contienen disposiciones para obligar a los alcohólicos avanzados a someterse a tratamiento; en algunos, esa compulsión puede aplicarse únicamente cuando la conducta del alcohólico implica infracciones al código penal; y en otros, no existe la posibilidad de obligar a un alcohólico a que se someta a tratamiento, a menos que su condición mental amerite la aplicación de las leyes que rigen la reclusión de alienados.

Es evidente, sin embargo, que la comunidad no está preparada, por lo general, para obligar a un individuo a someterse a tratamiento hasta que su trastorno se haya manifestado claramente y, por consiguiente, en forma

⁵ Anexo 1, pág. 17.

⁶ Anexo 2, pág. 19.

muy avanzada. Por lo tanto, puede decirse, en términos generales, que la compulsión legal solamente, por muy deseable que sea para proteger a la sociedad contra el alcohólico, poco puede hacer para poner de manifiesto casos de alcoholismo en sus primeras fases y, por lo tanto, terapéuticamente en la etapa que ofrece mayores esperanzas de curación.

El Subcomité está firmemente convencido que es necesario contar con servicios de consulta externos para el tratamiento de los casos de alcoholismo incipiente, y que tales servicios permitan examinar con resultados satisfactorios una proporción elevada de casos. Sería, sin duda, preferible establecer esos servicios en un hospital general bien organizado o, quizás, puedan proyectarse como institución independiente. Es muy dudosa, sin embargo, la conveniencia de asociar un dispensario antialcohólico para el tratamiento de casos iniciales con un hospital psiquiátrico, especializado en el tratamiento de psicosis, aun cuando hubieran menores objeciones a asociarlos con el servicio psiquiátrico de un hospital general, cuando ese servicio se ocupa esencialmente de estados psiquiátricos agudos y curables. Sea cual fuere la ubicación exacta del dispensario, para que tenga éxito, es esencial que tenga el carácter de una institución médica con la categoría que ese concepto implica en las relaciones entre médico y paciente. En esas condiciones, y tratándose de casos en la etapa inicial, el tratamiento ambulatorio puede dar resultados satisfactorios en una buena proporción de casos; y rara vez habrá necesidad de hospitalizar al paciente.

Frecuentemente, no se concibe que un dispensario para alcohólicos pueda organizarse a poco costo en un hospital general, utilizando las facilidades allí existentes. Aunque indudablemente el dispensario antialcohólico es el local donde se hace el diagnóstico y se da tratamiento, el hospital general puede proporcionarle muchos de los servicios que le son menester. La asociación del dispensario con el hospital es de suma utilidad por la influencia que ésta ejerce sobre la formación del personal del mismo hospital y sobre la actitud del médico hacia el alcohólico, pues proporciona oportunidades muy especiales para la investigación y la enseñanza. Por estas razones, la instalación de un dispensario para alcohólicos en un hospital general es de suma utilidad. Esa clínica debería preferiblemente estar bajo la dirección de un psiquiatra especializado en el tratamiento de casos incipientes de alcoholismo pero, al no haber esa persona, es evidente que la dirección de un médico general será mucho más eficaz que la de un psiquiatra que no tiene especial interés en el problema.

No obstante, para que un dispensario obtenga los resultados deseados es necesario, además, que el personal sea capaz de despertar en los habitantes de la comunidad un espíritu de cooperación activa. La experiencia ha demostrado que sólo un escaso número de casos son enviados por los médicos a esos dispensarios; sin embargo existen en la comunidad muchas

otras agencias que podrían cooperar en ese sentido, a las cuales es preciso instruir e interesar en las funciones que desempeña el dispensario. Entre éstas se pueden citar las agencias a cargo de vigilar el cumplimiento de las leyes, los organismos de servicio social, los trabajadores de salubridad en la comunidad, como las enfermeras de salud pública, los funcionarios de los gremios obreros, y los eclesiásticos.

Recientemente, muchos países se han dado cuenta de la necesidad de establecer instituciones residenciales especializadas en el tratamiento de los alcohólicos. El Subcomité estima que la organización en los hospitales generales de una red adecuada de dispensarios para el tratamiento ambulatorio del alcoholismo en sus primeras etapas hará disminuir la necesidad de esas instituciones residenciales especializadas, dado que pueden esperarse buenos resultados del tratamiento de casos incipientes en los dispensarios; en tanto que muchos de los casos que resisten la terapia, en esa primera etapa, serán los que ulteriormente, en una etapa más avanzada, quedarán a cargo de los servicios psiquiátricos o de las instituciones penales.

Al igual que el establecimiento de esos dispensarios para el tratamiento de casos en la fase inicial del alcoholismo, los servicios de salud pública pueden contribuir también a elevar el estándar de la atención médica y científica en las instituciones residenciales especiales para casos más avanzados, en cuyo establecimiento, en muchos países, fueron las organizaciones voluntarias no médicas las que tomaron la iniciativa con laudable entusiasmo, en una época en que los servicios de salud pública no se preocupaban por resolver este problema. Aun cuando muchas de esas instituciones para el tratamiento de casos crónicos pueden estar satisfactoriamente bajo la dirección de personal no médico, dicho personal debiera recibir un adiestramiento especial para poder comprender mejor los problemas que presenta el alcoholismo y sus actividades deberían estar bajo vigilancia médica.

5. Medios para el Tratamiento

El dispensario antialcohólico debe, ante todo, abordar el problema desde el punto de vista médico, como lo hace el médico con un caso individual al que brinda su ayuda sin recriminaciones.

El diagnóstico de los factores internos y externos que aparentemente han provocado el problema, y el tratamiento del paciente mediante la psicoterapia y el trabajo social constituyen la labor fundamental del dispensario. Sin embargo, durante los últimos años se han realizado importantes adelantos farmacológicos, sobre los cuales el Subcomité estima oportuno comentar. De éstos el que ha despertado mayor interés es el uso de tetraetiltiuramdisulfida.⁷ Este producto se vende, en diferentes países,

⁷ El Subcomité recomienda que la Organización Mundial de la Salud tome las medidas necesarias para que se adopte un nombre común para esta droga. En su segunda

con diversos nombres comerciales. El individuo al que se le administra una dosis de mantenimiento de esta droga no puede ingerir bebidas alcohólicas sin sufrir severas reacciones somáticas. Aun cuando su empleo se halla hasta cierto punto en la fase experimental, se ha observado que en casos bien seleccionados, es decir aquellos que no manifiestan lesiones o anomalías hepáticas o cardíacas, esta droga es un valioso coadyuvante en el tratamiento del alcoholismo, siempre que sea administrada por médicos competentes a personas que demuestran un verdadero deseo de curarse. No obstante, debe tenerse presente que esta es una droga sumamente activa y peligrosa, y que no debe ser administrada por personal laico. Deberá suministrarse exclusivamente al cuerpo médico y, de preferencia, no deberá administrarse más que a pacientes que puedan estar bajo la constante vigilancia de médicos con preparación especial en el tratamiento de los alcohólicos. Deberá tenerse en cuenta que aun tomando todas esas precauciones algunos pacientes pueden presentar reacciones graves como resultado de haber ingerido alcohol mientras se hallaban bajo el efecto de la droga.

El Subcomité está igualmente de acuerdo en que este coadyuvante farmacéutico para el tratamiento del alcoholismo, aunque siempre de valor, es menos eficaz en los casos más avanzados de embriaguez inveterada. En caso que esta droga no tenga efecto, se podrán emplear con mayor éxito otras técnicas como por ejemplo las diversas formas de la terapia por "aversión" (basada en el uso de apomorfina o de emetina). Es preciso, sin embargo, repetir que ninguno de estos productos farmacéuticos es capaz de "curar" el alcoholismo. El tratamiento de este trastorno depende esencialmente de un programa general que incluye la psicoterapia, un experto trabajo social y los recursos de la medicina general.

Es probable que los adelantos realizados recientemente en endocrinología sirvan de coadyuvantes para el tratamiento de algunos de los síntomas clínicos agudos del alcoholismo. Algunos médicos han observado que la administración de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y de la cortisona es muy útil en casos de *delirium tremens*, de intoxicación alcohólica aguda, y aun de la psicosis de Korsakoff. Si estas observaciones son confirmadas por otros clínicos, esas sustancias serán evidentemente de sumo valor en el tratamiento de casos de alcoholismo de este tipo.

6. Educación y Adiestramiento

Son muy pocos los países en los que se imparte instrucción adecuada sobre alcoholismo a los médicos, enfermeras o trabajadores médicosociales

reunión, el Subcomité en Nombres no Registrados del Comité de Expertos de la Farmacopea Internacional, escogió el nombre "disulfiram"; esa denominación fué aprobada posteriormente por el Consejo Ejecutivo en su octava reunión. (Resolución EB8, R42, *Off. Rec. World Hlth. Org.* 36). Red.

durante el período de formación básica y, aun en aquellos donde se ha tratado de hacerlo, ese curso es generalmente de orden teórico, en forma de conferencias. No es sorprendente que en gran parte de los países la mayoría de la profesión médica y de enfermería no esté adecuadamente capacitada para asesorar en materia de problemas clínicos del alcoholismo. Es indispensable, por lo tanto, incluir esta materia en el programa de estudios de médicos, de enfermería de salud pública y de los trabajadores médicosociales. El establecimiento de dispensarios antialcohólicos en los hospitales generales (y especialmente en los que se imparte enseñanza clínica) alcanza un doble objetivo: suministrar tratamiento a los alcohólicos y dar la oportunidad a los trabajadores de salubridad de obtener una verdadera comprensión del problema del alcoholismo, mediante la única forma de entrenamiento práctico, o sea, la instrucción clínica a la cabecera del paciente. Esos dispensarios pueden desempeñar asimismo un importante papel educativo en la comunidad a la que sirven, y deberían asumir responsabilidades educativas tanto para los grupos profesionales, no médicos, como para las organizaciones laicas dentro de la comunidad.

7. Información Científica

Las investigaciones sobre alcoholismo y el tratamiento de los alcohólicos se hallan actualmente bastante obstaculizadas por el relativo aislamiento de la mayoría de los especialistas que se dedican a este problema. La OMS podría desempeñar una labor muy útil mediante la preparación y publicación de bibliografías catalogadas de los estudios y trabajos publicados sobre este tema. Los especialistas en este ramo necesitan, igualmente, disponer de un sistema amplio, comprensivo y bien catalogado de resúmenes de dicha literatura. Aun cuando en los Estados Unidos existe una colección de esta naturaleza, en otros países no existe una colección tan completa. A un costo relativamente bajo la OMS podría obtener y distribuir, entre los centros importantes, juegos completos de esta colección compilada por la revista *Quarterly Journal of Studies on Alcoholism*, y el Subcomité recomienda enfáticamente que la OMS así lo haga.

Se hace evidente también la necesidad de formar una organización internacional que congregue a todos aquellos que se ocupan de la investigación científica o del tratamiento del alcoholismo. No existe semejante organismo hasta la fecha. El Subcomité recomienda que la OMS haga todo lo que sea posible para fomentar la creación de una organización técnica no gubernamental que reúna, en un plano internacional, a todas las asociaciones profesionales y científicas interesadas en el problema del alcoholismo, así como a los diversos expertos en la materia.

La OMS podría también coadyuvar a la difusión de información científica por otros diversos medios. Varios países, por ejemplo, están actualmente formulando planes para la prevención y tratamiento del alcoholismo en

Sección 4

(a) Deberán establecerse servicios de consulta externos para alcohólicos en los hospitales generales.

(b) Los trabajadores sin título profesional médico que dirigen las instituciones residenciales para casos crónicos de alcoholismo deberán recibir un adiestramiento especial y ejercer sus funciones bajo vigilancia médica.

Sección 5.

(a) La OMS deberá dar los pasos necesarios para la adopción internacional de una denominación común para la "tetraetiltiuramdisulfida"⁸.

(b) Esta droga no deberá ser administrada por personal laico; deberá suministrarse únicamente al cuerpo médico, y no deberá administrarse más que a pacientes que pueden estar bajo vigilancia constante de médicos con experiencia en los problemas del alcoholismo.

(c) Deberán hacerse investigaciones más extensas sobre el valor de la hormona ACTH y de la cortisona en el tratamiento de los casos clínicos de alcoholismo.

Sección 6

(a) Deberá incluirse un curso sobre alcoholismo en el programa de estudios médicos, de enfermería de salud pública y de los trabajadores médicosociales.

(b) Los dispensarios antialcohólicos establecidos en los hospitales generales deberán utilizarse para impartir enseñanza clínica de esta materia.

Sección 7

(a) La OMS deberá publicar una bibliografía catalogada sobre el alcoholismo.

(b) La OMS deberá poner a la disposición de los centros importantes, en las diversas regiones, juegos completos del *Abstract Archive of the Alcohol Literature*, que se halla en la Universidad de Yale.

(c) La OMS deberá fomentar la creación de una organización internacional que reúna a todas las asociaciones profesionales científicas así como a los expertos en alcoholismo.

(d) La OMS deberá patrocinar la organización de un grupo viajero de estudio sobre alcoholismo que investigue e informe sobre los progresos alcanzados en la prevención y tratamiento del alcoholismo.

(e) La OMS deberá colaborar en la organización de cursos breves para personas interesadas profesionalmente en los problemas del alcoholismo.

⁸ La denominación común "disulfiram" ha sido ya adoptada. (Véase la nota 7 en la página 11.)

Sección 9

Una segunda reunión del Subcomité del Alcoholismo deberá ser convocada en un futuro próximo.

ANEXO 1

CALCULOS DEL NUMERO DE ALCOHÓLICOS Y DE LOS COEFICIENTES DE ALCOHÓLICOS POR 100,000 HÁBITANTES ADULTOS (DE 20 AÑOS Y MAYORES) EN CIERTOS PAISES

Según se ha podido averiguar, sólo se dispone de cálculos del número de alcohólicos basados en estudios estadísticos cuidadosos, en los siguientes países: Suiza (1947)¹ y Estados Unidos (1900-1948)².

La fórmula del cálculo de Jellinek³ se basa por completo en las investigaciones realizadas en los Estados Unidos y, por consiguiente, no ha sido aplicada en otros países. No obstante, desde la publicación del cálculo de Zurukzoglú para Suiza, la fórmula del cálculo de Jellinek ha sido aplicada a ese país, obteniéndose la cifra de 51,300 alcohólicos, en comparación con los 50,000 calculados por Zurukzoglú. Una concordancia análoga se ha observado en el caso de Dinamarca. Una investigación de toda la población rural de una pequeña isla danesa mostró una proporción de 1.75 % de alcohólicos (con y sin complicaciones) entre la población total adulta. Suponiendo que en Dinamarca como en los Estados Unidos (véase más adelante) sólo un 25 % de todos los alcohólicos manifiestan las llamadas afecciones del alcoholismo crónico, la proporción de alcohólicos en la población total de Dinamarca sería, de acuerdo con la fórmula de Jellinek, de 1.95 %. Se estima, por lo tanto, que esa fórmula de cálculo podría quizás aplicarse fuera de los Estados Unidos y, por consiguiente, se han hecho para algunos países los cálculos que aparecen en el cuadro 1.

En dicho cuadro sólo aparecen los cálculos para aquellos países que contaban con información básica reciente. Así pues, en la selección de los países para los cuales se han hecho cálculos, no han intervenido principios arbitrarios.

Los cálculos que figuran en la quinta columna indican el número de alcohólicos que manifiestan trastornos somáticos o mentales como consecuencia de la embriaguez prolongada y excesiva. En este respecto, las estadísticas son comparables. Surge una duda en cuanto a la comparación de las cifras en la sexta columna, por existir cierta relación entre los al-

¹ Zurukzoglú, S. (comunicación personal)

² Jellinek, E. M. (1947) *Recent trends in alcoholism and alcohol consumption*, New Haven. (2a. edición en preparación)

³ Véase Anexo 2, pág. 19.

cohólicos que han manifestado esos trastornos y aquéllos que no han revelado esas afecciones concomitantes.

Debe tenerse en cuenta, además, que los cálculos hechos para los diferentes países corresponden a años diferentes.

En los Estados Unidos, por ejemplo, hay indicaciones evidentes de que sólo un 25 % de los alcohólicos en el país manifiestan las llamadas afecciones del alcoholismo crónico, es decir, que el número total de alcohólicos es cuatro veces mayor que el calculado que aparece en la quinta columna, que

CUADRO 1.—*Coefficientes de alcoholismo calculados para diversos países*

País	Año	Adultos en la población total %	Número calculado de alcohólicos		
			Con complicaciones		Con y sin complicaciones
			Total	Por 100,000 adultos	Por 100,000 adultos*
Suiza.....	1947	69.8	50,000	1,590	2,385
Chile.....	1946	52.7	43,000	1,497	1,500
Francia.....	1945	70.6	375,000	1,420	2,850
Estados Unidos.....	1948	66.0	952,000	988	3,952
Australia.....	1947	67.5	34,300	671	1,340
Suecia.....	1946	71.7	30,800	646	2,580
Dinamarca.....	1948	67.4	13,500	487	1,950
Italia.....	1942	63.3	135,800	476	500
Noruega.....	1947	70.2	8,400	389	1,560
Finlandia.....	1947	64.2	8,800	357	1,430
Inglaterra y Gales.....	1948	72.0	86,000	278	1,100**

* Con excepción de los Estados Unidos, donde está bien establecido que la proporción entre "el número de alcohólicos con complicaciones" y "el número total de alcohólicos" es de 1:4, la proporción calculada para cada país es la que se ha podido determinar tomando por base las discusiones con los expertos de los diversos países.

** Para Inglaterra y Gales el número calculado de "alcohólicos con complicaciones" es probablemente correcto. Sin embargo, el "número total de alcohólicos" calculado es puramente hipotético.

comprende sólo los alcohólicos con complicaciones. Es muy dudoso que la misma proporción exista en otros países. Nos inclinaríamos a pensar que en Chile el número total de alcohólicos escasamente excede el número de aquéllos que manifiestan complicaciones. En Suiza podría haber una proporción de 1.5:1; en Francia de 2:1; en tanto que en los países escandinavos la proporción es más probable que sea igual a la de Estados Unidos. Por lo tanto, se han utilizado proporciones variables para calcular las cifras de la sexta columna.

Al computar los coeficientes por 100,000 es esencial que se basen únicamente en la población adulta, ya que el alcoholismo ocurre (con raras

excepciones) solamente entre los adultos, variando grandemente el porcentaje de adultos según el país. En 1946, las relaciones porcentuales de la población adulta, de veinte años de edad y mayores de veinte años, con respecto a la población total, eran las siguientes, por ejemplo, en los países que se indican: en Chile, 52.7 %; en Suecia, 71.7 %; y en los Estados Unidos, 66 %.

Al computar los coeficientes de alcoholismo con base en la población total se obtendrían resultados enteramente erróneos. Por ejemplo, en Chile daría para 1946, 577 alcohólicos con complicaciones por 100,000 habitantes, y para los Estados Unidos 647 por 100,000 en 1948; en tanto que con base en la población adulta, el coeficiente asciende a 1,497 por 100,000 en Chile y a 988 en Estados Unidos.

Tomando en cuenta esas limitaciones, se ofrece el cuadro siguiente por el valor que pueda tener.

ANEXO 2

FÓRMULA DEL CÁLCULO DE JELLINEK

Para determinar la política que deben seguir los servicios nacionales de salud pública respecto a los alcohólicos, es necesario tener cuando menos un conocimiento aproximado del número de alcohólicos que hay en el país. Aunque evidentemente es difícil hacer un censo de muestra en la mayoría de los países, poco después de 1930 se efectuaron algunos, en pequeña escala, en diversas partes de Alemania; y más recientemente uno completo en una pequeña zona rural de Dinamarca.

Al no disponer de cifras exactas se debe elaborar un método de cálculo; tomando generalmente por base los datos estadísticos siguientes:

- (1) defunciones notificadas por alcoholismo agudo y crónico;
- (2) defunciones por cirrosis hepática;
- (3) primer ingreso o "total" de ingresos en hospitales mentales, por psicosis alcohólica;
- (4) arrestos por delitos cometidos en estado de embriaguez, e
- (5) ingresos en hospitales generales por enfermedades concomitantes del alcoholismo crónico.

Es un hecho patente que no se puede confiar en los certificados de defunción por alcoholismo agudo o crónico porque los médicos vacilan generalmente en poner a la familia en una situación difícil al declarar que el fallecimiento de uno de sus miembros se debe al alcoholismo. Además, como el tratamiento de estas enfermedades con vitaminas y hormonas se generaliza más de día en día, el número de fallecimientos por estas causas tiende a disminuir. La tendencia de la mortalidad por estas causas refleja en gran parte los progresos logrados en su tratamiento.

Muchos países carecen de datos estadísticos sobre los primeros ingresos

en los hospitales mentales y, con frecuencia, sólo se conoce el "total" de ingresos, sin indicar los reingresos. Además, las normas para el diagnóstico varían no sólo de un país a otro, sino de un hospital a otro, dentro del mismo país. Esas normas para el diagnóstico pueden variar también con el tiempo. Las estadísticas de ingresos a los hospitales generales, por enfermedades provocadas por el alcoholismo crónico, son inexactas debido a los ingresos múltiples, cuyo número se desconoce. Los arrestos, por motivo de embriaguez, son particularmente inadecuados como un índice de alcoholismo, ya que se conoce sólo el número de arrestos y no el número de individuos arrestados; además, esos arrestos se efectúan conforme a reglamentaciones que pueden cambiar en unos meses en la misma ciudad.

Aun en las mejores condiciones, las estadísticas precedentes proporcionan información únicamente sobre una fracción de la población alcohólica.

En 1940, el Dr. E. M. Jellinek, asociado en esa fecha al Instituto de Yale para Estudios sobre Alcoholismo, al tratar de elaborar una fórmula de cálculo para los Estados Unidos de América, dió por sentado que sería factible calcular el número de casos de alcoholismo complicado existentes en un año determinado, si se pudiera establecer el porcentaje de casos en los cuales el alcoholismo dió origen a la enfermedad causante de la muerte, habiendo sido esta enfermedad resistente al tratamiento (cálculo número 1); y si, además, material autopsico fidedigno permitiera determinar:

(1) la incidencia relativa de esa enfermedad en el grupo de población, afecto de alcoholismo, en el que se practicaron las autopsias (cálculo número 2);

(2) la incidencia relativa de muertes causadas por esta enfermedad entre los alcohólicos (cálculo número 3).

Sea d una enfermedad, o en otras palabras una causa de muerte, en la que se conoce el porcentaje de casos provocado por el alcoholismo; y D , el número total de defunciones notificadas debidas a la enfermedad d .

P = porcentaje de defunciones, a causa de la enfermedad d , atribuibles al alcoholismo;

C_1 = porcentaje de alcohólicos con complicaciones, que padecen en cierto grado de la enfermedad d (determinado por la autopsia);

C_2 = porcentaje de defunciones debidas a la enfermedad d entre los alcohólicos con complicaciones que la padecieron en mayor o menor grado;

$K = \frac{C_1 C_2}{100}$ porcentaje de defunciones debidas a la enfermedad d en relación con el número total de alcohólicos con complicaciones existentes en un año determinado (ya sea que éstos hayan padecido o no de la enfermedad d).

A = número total de alcohólicos con complicaciones vivos en un año cualquiera.

Entonces: $A = \frac{PD}{K}$

Conviene tomar en consideración únicamente los alcohólicos con complicaciones, pues las constantes C_1 y C_2 se hallan en las autopsias practicadas en los alcohólicos que fueron hospitalizados debido a una afección producida por el alcoholismo.

Hasta recientemente, y esto sólo en una fase experimental, no ha habido un cambio radical en el tratamiento de la cirrosis hepática durante los últimos cincuenta años. Por lo tanto, la curva de mortalidad por cirrosis hepática no refleja modificaciones en el tratamiento, aunque quizás ejerza algún efecto a este respecto el leve mejoramiento del cuidado general de enfermería.

Al analizar las estadísticas siguientes:

- (1) muertes por todas las causas, en Estados Unidos, de 1900 a 1945;
- (2) muertes por tuberculosis, en el mismo período;
- (3) muertes por varias cardiopatías;
- (4) muertes por diversas enfermedades de la vejez;
- (5) muertes por diversas enfermedades del aparato digestivo;
- (6) muertes por enfermedades venéreas, y
- (7) muertes por cirrosis hepática,

se observa que la curva de mortalidad por cirrosis hepática difiere de todas las otras. De 1900 a 1915, las defunciones por cirrosis hepática revelaron un ligero descenso paralelo al de las defunciones por todas las causas; pero, de 1915 a 1920, hubo un descenso muy pronunciado, seguido de un aumento continuo que se acentuó a partir de 1933 y que se hizo más pronunciado después de 1940¹.

Debe notarse que, a partir de 1915, un número cada vez mayor de estados de los Estados Unidos adoptaron la prohibición y que, debido a la emergencia de guerra, la población aceptó la intervención de los organismos de control. En 1920, la ley nacional de prohibición entró en vigor. De 1915 a 1920 la prohibición fué tan efectiva que se registró una gran disminución en el consumo de bebidas alcohólicas y se estacionó la evolución de las enfermedades causadas por el alcoholismo. Después de 1920, cuando la población dejó de apoyar a los organismos de control, la producción y venta clandestinas de bebidas alcohólicas fueron lo suficientemente abundantes para satisfacer, al menos, la demanda de aquéllos que no podían prescindir de ellas. En 1933, esa ley fué derogada y la producción de bebidas alcohólicas pronto alcanzó un nivel corriente. Como ninguna de las causas de muerte muestra una evolución semejante a la de la mortalidad por el alcoholismo es razonable suponer que los descensos y aumentos en esta causa de muerte

¹ Los datos relativos al período de 1900 a 1940 aparecen en forma de diagrama en: *Effects of Alcohol on the Individual, Vol. I, Alcohol Addiction and Chronic Alcoholism*, por E. M. Jellinek, New Haven, (ed. de 1942), pág. 287.

dependen de la mayor o menor facilidad de obtener bebidas alcohólicas. Del análisis de ese curso evolutivo se puede computar el porcentaje relativo de muertes por cirrosis hepática, atribuible al alcoholismo. Y, de ser cierta la suposición de que ese curso refleja el consumo más o menos excesivo de bebidas alcohólicas, su evolución en la mortalidad por cirrosis hepática en las personas mayores de 20 años, en la que el alcoholismo debe ser excluido como causa coadyuvante, debería ser diferente de la que presenta la mortalidad por esta causa en los grupos de otras edades. La mortalidad por cirrosis hepática, en menores de 20 años, fué analizada por separado; y la curva correspondiente no muestra más que variaciones accidentales que se alejan poco de la horizontal. Estas observaciones apoyan desde luego la suposición inicial. Su evolución fué analizada por separado para hombres y mujeres, blancos y de color, para cada uno de los 48 estados de los Estados Unidos, habiéndose encontrado en todos los casos un curso análogo, aunque en diversos niveles. Jellinek, por lo tanto, creyó poder basarse en estos hechos para calcular el porcentaje de casos atribuibles al alcoholismo, en relación con el número total de defunciones por cirrosis hepática. Esos porcentajes, en Estados Unidos, son de 51.5 % para los hombres y de 17.7 % para las mujeres.

En diversos trabajos han aparecido estadísticas comparables de las autopsias practicadas, en toda Europa y en Estados Unidos, en cerca de 100,000 alcohólicos con complicaciones y en un número aún mayor de no alcohólicos.

Una compilación de todos estos amplísimos datos demuestra que la incidencia relativa de la cirrosis hepática entre los alcohólicos con complicaciones es aproximadamente de 9 % (menor de 1 % entre los no alcohólicos); y que de ese 9 % aproximadamente un 7.7 % muere, cada año, de esa enfermedad. Por lo tanto, en un año determinado, el porcentaje de defunciones debido a la cirrosis hepática en relación con el número total de alcohólicos con complicaciones, ya sea que éstos hayan padecido o no de cirrosis hepática, es: $\frac{9 \times 7.7}{100} = 0.694$.

Al calcular el número de alcohólicos con complicaciones en los Estados Unidos, en cualquier año, $P = 51.5$ para los hombres y 17.7 para las mujeres, siendo $K = 0.694$. Es probable que el valor de la constante K sea de 0.694 para todos los países, por estar basada en material internacional en el cual las divergencias encontradas fueron mínimas; pero P indudablemente mostrará variaciones de un país a otro. En países como Suiza y Francia, el certificado de defunción por cirrosis hepática se refiere siempre a la cirrosis de Laennec que es indiscutiblemente la cirrosis alcohólica y, por consiguiente, en esos países $P = 100$ %. En los Estados Unidos se diagnostican como "cirrosis hepática" otros estados hepáticos diferentes de

la cirrosis de Laennec, y los porcentajes anteriores son aplicables. En los países tropicales frecuentemente se anota en los certificados de defunción la cirrosis parasitaria en vez de cirrosis hepática y lo mismo acontece en muchos otros países, cuyas condiciones higiénicas son aún deficientes. Es, por lo tanto, indispensable determinar el valor de P para cada país mediante un cuidadoso análisis de las circunstancias, así como por el estudio de las diversas afecciones hepáticas que aparecen anotadas en los certificados de defunción como cirrosis hepática, antes de poder aplicar la fórmula para el cálculo del número total de alcohólicos vivos en un país y año determinados. En los cálculos tabulados en el Anexo 1 el valor dado a K ha sido de 0.694, pero a P se le han dado valores diferentes, después de un examen preliminar de los datos generales.

Los cálculos corresponden solamente a los alcohólicos con complicaciones. Deberán hacerse otros cálculos del número total de alcohólicos con o sin complicaciones. Para los Estados Unidos se ha podido establecer con certeza que sólo 25% de todos los alcohólicos padecen de complicaciones y, por lo tanto, se obtiene el total multiplicando por 4 el número calculado de alcohólicos con complicaciones. En otros países, como por ejemplo Chile, es probable que todos los alcohólicos padezcan de complicaciones; en tanto que en otros países, como Suiza, la proporción es posible que sea 2:1. De acuerdo con datos obtenidos de fuentes particulares y verificación de los cálculos locales, esa proporción en los países escandinavos aparentemente es la misma que en los Estados Unidos. Esta proporción también debe ser objeto de futuras investigaciones.