

Este informe recoge la opinión colectiva de un grupo internacional de especialistas y no representa necesariamente el criterio ni la política de la Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

SERIE DE INFORMES TECNICOS

Nº 94

ALCOHOL Y ALCOHOLISMO

Informe de un Comité de Expertos

	Páginas
1. Introducción	3
2. La « sed irresistible » de alcohol	5
3. Los síntomas de abstinencia	7
4. « Incapacidad de abandonar la bebida » e « incontinencia »	8
5. Amnesias alcohólicas (« <i>blackouts</i> »)	9
6. Alcohol y toxicomanía	11
7. Problemas marginales	12
8. Clasificación de los trastornos provocados por el alcohol y sus consecuencias para la salud pública	13

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

PALAIS DES NATIONS

GINEBRA

SEPTIEMBRE DE 1955

COMITE DE EXPERTOS EN ALCOHOL Y ALCOHOLISMO

Ginebra, 27 de septiembre - 2 de octubre de 1954

Miembros :

Dr. Henri Duchêne, Médecin-Chef du Service de Prophylaxie mentale, Office public d'Hygiène sociale du Département de la Seine, París, Francia

Dr. H. Isbell, Director, Addiction Research Center (National Institute of Mental Health), US Public Health Service Hospital, Lexington, Ky., Estados Unidos de América

Dr. G. A. R. Lundquist, Profesor Adjunto de Psiquiatría ; Médico Jefe del Hospital de Långbro, Estocolmo, Suecia (*Vicepresidente*)

Sr. L. D. MacLeod, B.Sc., Burden Neurological Institute, Stapleton, Bristol, Inglaterra

Dr. J. Mardones Restat, Profesor de Farmacología de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile (*Presidente*)

Profesor J. E. Staehelin, Clínica Psiquiátrica de la Universidad, Basilea, Suiza

Dr. H. M. Tiebout, Vice-Chairman, Connecticut Commission on Alcoholism, Greenwich, Conn., Estados Unidos de América

Secretaría :

Dr. G. R. Hargreaves, Jefe de la Sección de Salud Mental, OMS

Dr. E. M. Jellinek, Consultor, Sección de Salud Mental, OMS

Dr. P. O. Wolff, Jefe de la Sección de Drogas Toxicomanígenas, OMS

Este informe se publicó originalmente en forma de documento multicopiado WHO/MENT/77 Rev.1 — WHO/APD/ALC/26 Rev.1, el día 10 de noviembre de 1954.

ALCOHOL Y ALCOHOLISMO

Informe de un Comité de Expertos *

1. Introducción

Al ocuparse, por primera vez, en 1949 de la cuestión del alcoholismo, el Comité de Expertos en Salud Mental propuso que ese problema fuese estudiado por un subcomité especial.¹ En su primera reunión, celebrada en diciembre de 1950, el Subcomité de Alcoholismo formuló, con carácter fundamental, la recomendación siguiente:

«... 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

Esta recomendación general y las propuestas más concretas contenidas en los dos informes del Subcomité,³ así como los seminarios regionales organizados por la OMS y los servicios consultivos prestados a algunos gobiernos, han servido de estímulo para orientar acertadamente las actividades en ese sentido. Subsiste, no obstante, en muchos países, la tendencia a considerar el alcoholismo más como problema de asistencia social que de salud pública. Con mucha frecuencia, las autoridades se limitan a reglamentar la venta de bebidas alcohólicas, a reprimir la embriaguez y a tratar a los alcohólicos que padecen psicosis.

Aunque siempre se ha reconocido el carácter patológico que tienen las secuelas físicas y mentales del alcoholismo, existe cierta resistencia, fuera de los círculos de especialistas, a considerar de competencia del médico el comportamiento que da origen a esas complicaciones.

* En su 15ª reunión, el Consejo Ejecutivo adoptó la siguiente resolución:

El Consejo Ejecutivo

1. TOMA NOTA del informe del Comité de Expertos en Alcohol y Alcoholismo;
2. DA LAS GRACIAS a los miembros del Comité por su labor; y
3. AUTORIZA la publicación del informe.

(Resolución EB15.R10, *Act. of. Org. mund. Salud*, 1955, 60, 4)

¹ *Org. mund. Salud: Ser. Inform. técn.*, 1953, 9, 20

² *Org. mund. Salud: Ser. Inform. técn.*, 1953, 42, 2

³ *Org. mund. Salud: Ser. Inform. técn.*, 1953, 42; 1954, 48

Una de las dificultades con que se tropieza para obtener la colaboración activa de las autoridades sanitarias en la lucha contra el alcoholismo es que, en lugar de exponer a los técnicos sanitarios los factores que dan al alcoholismo su carácter de trastorno patológico, se les da a entender que la índole médica del problema está fuera de toda discusión.

Mientras las autoridades de salud pública se inclinan a creer que los problemas del alcohol son puramente económicos — opinión firmemente arraigada en muchos países —, será imposible convencerlas de que incorporen la lucha contra el alcoholismo a su programa de actividades. Si puede demostrarse, en cambio, que el comportamiento del alcohólico es, por definición, un trastorno de orden patológico en cuya etiología intervienen factores económicosociales, los técnicos sanitarios no rehuirán el problema, ya que esos factores intervienen en todos o casi todos los problemas con que han de enfrentarse.

Pero, antes de presentar el alcoholismo y los restantes problemas del alcohol como cuestiones de índole médica, será preciso aclarar algunos puntos. Hay ciertos aspectos del alcoholismo y ciertos efectos del alcohol que con bastante frecuencia se han dado indebidamente por sabidos y que, mucho más frecuentemente aún, han quedado oscurecidos por el empleo de una terminología imprecisa e incongruente, y de conceptos que no pasaban de meras figuras retóricas.

La explicación gradual de estos conceptos no podrá conseguirse más que mediante un proceso de revisión y revalorización. La reunión celebrada en 1953¹ por el Comité de Expertos en Alcohol — compuesto de farmacólogos y fisiólogos — había contribuido ya en grado sumo a dilucidar las cuestiones sometidas a su consideración por los psiquiatras del Subcomité de Alcoholismo del Comité de Expertos en Salud Mental. Quedó, sin embargo, demostrado que, para enfocar acertadamente ciertos problemas, sería necesario establecer un intercambio directo de experiencias entre farmacólogos, fisiólogos y psiquiatras, y contrastar sus respectivas interpretaciones de algunos conceptos básicos del alcoholismo.

Con objeto de facilitar esa mutua aclaración de ideas, se ha reunido este comité, formado por miembros de los Cuadros de Expertos en Salud Mental y en Drogas Toxicomanígenas.

El mandato que había recibido le obligaba no sólo a discutir algunos conceptos básicos relativos al alcohol, sino también a examinar las características diferenciales del problema del alcohol en los distintos países, porque, mientras no se establezca la diferenciación con absoluta claridad, será imposible aplicar las propuestas formuladas por un organismo internacional.

¹ Véase *Org. mond. Santé: Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1954, 84.

Desde el primer momento se convino en que el término « alcoholismo » no define una entidad nosológica determinada, sino que abarca todo un grupo de problemas relacionados con el alcohol. En consecuencia, el Comité se ocupó de determinar y definir los factores que dan a los distintos problemas del alcohol el carácter de problemas médicos o de salud pública.

Entre esas características del proceso alcohólico destacan : algunos síntomas que a menudo se han descrito como la « sed irresistible » de alcohol, los llamados « síntomas de abstinencia », el fenómeno de la « incontinencia », y las « amnesias alcohólicas » (« *blackouts* »). La aclaración y definición de los mencionados conceptos servirán de base para estudiar nuevamente las relaciones que existen entre el alcohol y la toxicomanía, y para establecer una clasificación de los trastornos provocados por el abuso de bebidas alcohólicas.

El Comité ha examinado asimismo ciertas formas de consumo excesivo de alcohol, que, por definición, no pueden considerarse incluidas en el concepto de alcoholismo, pero que pueden acarrear graves consecuencias y representan, en algunos países, los problemas más importantes que plantea el alcohol.

2. La « sed irresistible » de alcohol

En la literatura médica se han empleado las expresiones « sed irresistible », « deseo irresistible », « necesidad » y, a veces, « apetito » para designar algunas o todas las formas de comportamiento anormal de los alcohólicos.

En algunas de esas formas de comportamiento parece existir efectivamente una « sed irresistible » en el sentido corriente de la expresión ; no obstante, un análisis más detenido revela una intervención en el proceso de mecanismos distintos que, dado el significado que habitualmente se atribuye a la mencionada expresión, aconsejan su eliminación de la terminología científica para evitar confusiones.

El comienzo de los abusos de alcohol, la conducta observada por el alcohólico durante un período de embriaguez aguda, la recaída en otro acceso semejante después de varios días o varias semanas de abstinencia, el abuso diario y continuo de bebidas alcohólicas, y la incontinencia, se han considerado todos ellos como manifestaciones de la « sed irresistible » de alcohol.

La expresión « sed irresistible » y otras de significado análogo — como « *craving* » en inglés y « *besoin obsédant* » en francés — se emplean para explicar los abusos de bebida originados : a) por una necesidad

psicológica ; b) por la necesidad física de aliviar los síntomas de abstinencia ; y c) por la necesidad física resultante de ciertos estados fisiopatológicos que afectan al metabolismo, a las funciones endocrinas, etc., y que pueden existir en estado latente antes de que el individuo inicie su « vida de bebedor », o manifestarse con posterioridad.

Algunos investigadores han hecho notar que la « sed irresistible » de alcohol, manifestada en los síntomas de abstinencia (véase sección 3), aparece inmediatamente después de la privación de alcohol sólo cuando ha mediado un abuso prolongado y continuo. Este deseo físico de alcohol no puede considerarse como causa de las recaídas cuando la abstinencia se ha prolongado durante un período de tiempo considerable y han desaparecido ya sus síntomas característicos.

A juicio del Comité, debería establecerse una clara distinción entre : a) los factores que intervienen inmediatamente después de interrumpirse el consumo de alcohol en las condiciones indicadas, y b) los factores que provocan una recaída en el abuso de bebida, una vez desaparecidos los síntomas de la abstinencia.

Cuando se interrumpe la ingestión continua de alcohol, el bebedor trata de aliviar los angustiosos síntomas de la abstinencia recurriendo nuevamente a la bebida ; en consecuencia, el Comité considera que debe darse a ese estado el nombre de *dependencia física* del alcohol.

Durante un período de abstinencia y aun cuando no aparezcan síntomas de privación, es posible observar clínicamente la acumulación de tensiones psicológicas que provocan un « deseo patológico »¹ de alcohol, considerado por el bebedor como medio de aliviarlas. En tales casos, puede decirse que el individuo está en una situación de *dependencia psicológica* del alcohol. Hay que observar, no obstante, que la acumulación de tensiones psicológicas no es la única causa de las recaídas ; éstas a veces se deben también a las presiones sociales que incitan a la bebida e incluso a la ingestión accidental de alcohol.

Entre los factores que pueden provocar recaídas al cabo de varios días o varias semanas de abstinencia, se encuentran algunos estados fisiopatológicos, distintos de la dependencia física.

En todos los alcohólicos, tanto si tenían ya una predisposición anormal como si han adquirido una perturbación de la personalidad, se observa una debilitación de esas funciones superiores de la personalidad que determinan la inhibición de las tendencias primitivas, las cuales, a consecuencia de ello, salen a la superficie. El deseo patológico de alcohol se acentúa

¹ El Comité considera preferible este término al de « compulsión », que se emplea frecuentemente, pero que da a los pacientes una falsa idea de su estado y que tiene, en la terminología psiquiátrica, una significación muy definida que lo hace inaplicable a estos casos.

progresivamente a medida que los mecanismos inhibitorios van debilitándose hasta que acaban por fallar.

Existe un grupo de bebedores, relativamente poco numerosos, cuyo deseo patológico de alcohol se manifiesta precozmente y no al cabo de varios años, dando así lugar a una rápida evolución del alcoholismo. Pertenecen a ese grupo algunos tipos de psicópatas (personalidad abúlica, impulsiva, etc.) y ciertos pacientes de trastornos somáticos o mentales (estados postraumáticos, epilepsia, ciertas psicosis, oligofrenia, etc.). Hay, no obstante, en este grupo una minoría de individuos que, sin presentar ninguno de esos cuadros clínicos, manifiestan precozmente el deseo patológico de alcohol.

3. Los síntomas de abstinencia

Comprenden estos síntomas las manifestaciones que aparecen cuando se interrumpe el consumo de alcohol o cuando se disminuye bruscamente la cantidad ingerida, circunstancias ambas que, a juicio del Comité, constituyen una « abstinencia ». De la definición dada se deduce que tales síntomas no se presentan mientras existe un grado suficiente de intoxicación alcohólica y pueden ser aliviados por el alcohol o por drogas de efectos farmacológicos análogos (paraldehido, barbitúricos, hidrato de cloral, etc.).¹

La naturaleza y la intensidad de los síntomas de abstinencia varían de un individuo a otro pero, al parecer, dependen del grado de intoxicación y del tiempo que ese grado de intoxicación haya durado antes de interrumpirse o reducirse el consumo de alcohol. Al terminar un período relativamente corto de abuso continuo del alcohol pueden observarse, entre otros, los siguientes síntomas: temblor, debilidad, transpiración, hiperreflexia, insomnio, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, ligera hipertensión acompañada de hipotensión postural y algo de fiebre. En tales casos, los síntomas desaparecen al cabo de un lapso de tiempo que oscila entre 24 y 72 horas.

Después de un período prolongado de ingestión de alcohol en cantidades muy elevadas (más de 30 días de intoxicación continua, en grado suficiente para provocar una incoordinación motriz característica) la abstinencia no sólo acentúa la intensidad de los citados síntomas, sino que produce en cierto número de bebedores convulsiones y trastornos mentales que van desde las simples alucinaciones sin pérdida de discernimiento hasta el cuadro clínico característico del delirium tremens. Los

¹ Isbell, H., Fraser, H. F., Wikler, A., Belleville, R. E. & Eisenman, A. J. (1955) *Quart. J. Stud. Alcohol*, 16, 1

síntomas suelen sucederse en un orden bien definido : a las doce horas de interrumpirse o reducirse bruscamente el consumo del alcohol, se observan temblores, debilidad, síntomas digestivos y trastornos circulatorios ;¹ las alucinaciones sin pérdida de orientación ni de discernimiento pueden aparecer en las primeras 24 horas ; las convulsiones, cuando se presentan, lo hacen generalmente entre las 24 y las 48 horas ; y, de sobrevenir el delirium tremens, comenzará por lo general entre el tercero y el quinto día de abstinencia. En tales circunstancias, los síntomas suelen desaparecer a los catorce días o antes, aunque ciertos trastornos secundarios persistirán a veces durante seis semanas. Las convulsiones y el delirium tremens deben considerarse peligrosos para la vida del paciente y, en su prevención y tratamiento, se emplearán los medios adecuados, como la administración de sedantes en dosis lentamente decrecientes durante varios días. Los trastornos de otras clases (deficiencias de la nutrición, desequilibrio hídrico y electrolítico, etc.) requieren asimismo el oportuno tratamiento.

4. « Incapacidad de abandonar la bebida » e « incontinencia »

Las expresiones « incapacidad de abandonar la bebida » e « incontinencia » se han empleado frecuentemente como sinónimas y se han definido como manifestaciones de una « sed irresistible », unas veces indeterminada y otras definida con mayor o menor precisión.

A juicio del Comité, las mencionadas expresiones no deben emplearse indistintamente, sino que deben aplicarse a dos manifestaciones distintas del comportamiento de los alcohólicos, por las razones siguientes :

En los países donde el vino es la bebida alcohólica más corriente y en algunos otros donde está muy generalizado el consumo de cerveza, hay bebedores que llegan al punto de no poder soportar períodos, ni siquiera breves, de abstinencia y que beben a diario, por la mañana y por la noche, sin que ello les impida racionar su consumo de alcohol. Esos alcohólicos son capaces de adaptar su grado de intoxicación a las circunstancias que les rodean, pero no pueden, en cambio, abstenerse de beber, aun cuando saben perfectamente que, si continúan haciéndolo, acabarán sufriendo enfermedades graves u otras consecuencias serias.

Esa conducta, que puede obedecer a fenómenos de dependencia física, psicológica o de ambas clases, podría denominarse « incapacidad de abandonar la bebida ». En los países donde el consumo de vino está generalizado, algunos autores han considerado esa incapacidad como el único criterio del alcoholismo.

¹ Victor, M. & Adams, R. D. (1953) *Res. Publ. Ass. nerv. ment. Dis.*, **32**, 526

En los países o grupos sociales donde se consumen de preferencia alcoholes destilados, el proceso del alcoholismo sigue una evolución diferente. Después de la fase inicial caracterizada por el consumo diario de alcohol, aparecen accesos de abuso de la bebida, a intervalos más o menos prolongados. Estos accesos acaban generalmente en una intoxicación aguda. El bebedor, desde que se abandona a su hábito, se siente impelido a continuar bebiendo cada vez más hasta que aparecen factores externos o internos que le detienen. Pasado el acceso, puede abstenerse durante varias semanas, e incluso durante varios meses; es decir, « es capaz de abandonar la bebida », pero durante los accesos pierde evidentemente toda « continencia » en cuanto comienza a beber. Dadas sus graves consecuencias médicas y sociales, la « incontinencia » debe considerarse también como un criterio del alcoholismo.

En ciertos casos, la « incapacidad de abandonar la bebida » puede convertirse, al cabo de algunos años, en « incontinencia »; inversamente, la « incontinencia » que aparece durante los accesos irregulares de abuso del alcohol puede, en otros casos, convertirse en « incapacidad de abandonar la bebida ». Así pues, el proceso alcohólico puede pasar de los accesos intermitentes a una ingestión de alcohol diaria y continua. En todos los países existen ambas formas de alcoholismo, pero una de ellas puede estar tan generalizada que haga pasar desapercibida a la otra.

La distinción entre la « incapacidad de abandonar la bebida » y la « incontinencia » puede definirse en la forma siguiente: la « incapacidad de abandonar la bebida » es el resultado de una presión que incita al individuo a beber sin reparar en las consecuencias y que debe considerarse como una manifestación de impulsos primitivos o de dependencia física del alcohol. La « incontinencia », en cambio, indica un fallo de las presiones antagónicas que actúan a modo de freno.

Conviene observar que ciertos individuos cuyos excesos de bebida son esporádicos, y especialmente los llamados « bebedores de fin de semana », pueden presentar síntomas de « incontinencia » que les hacen prolongar la duración habitual de estos excesos. Tales bebedores deben considerarse como alcohólicos, aun cuando sus excesos semanales no se presenten más que cuatro o cinco veces al año.

5. Amnesias alcohólicas (« blackouts »)

La amnesia puede presentarse como un síntoma común de las intoxicaciones alcohólicas agudas. Pero la simple acción farmacológica del alcohol no basta al parecer para explicar un segundo tipo de episodios amnésicos, observado en muchos países en personas que han ingerido cantidades más o menos pequeñas de alcohol. Si bien no se ha logrado

determinar nunca el grado de alcoholemia de esas personas en el momento de presentarse este tipo de amnesia,¹ los informes de observadores ocasionales de tales fenómenos concuerdan en afirmar que las cantidades ingeridas eran relativamente pequeñas y que no existían síntomas manifiestos de intoxicación.

Conviene establecer una clara distinción entre estas amnesias, las que se producen en las «reacciones patológicas provocadas por el alcohol» después del «sueño final», y las amnesias características del síndrome de Korsakoff.

Los episodios amnésicos propios de la fase inicial del alcoholismo se han observado con mucha frecuencia en los Estados Unidos de América, en los Países Bajos, en los países escandinavos y en el Reino Unido. Por el contrario en Francia, y de modo general en los países vinícolas, parecen más bien constituir una excepción, aunque pueden presentarse en las fases muy avanzadas del alcoholismo.

La distribución geográfica de las observaciones registradas sugiere una posible explicación basada en las distintas formas de consumo de bebidas. Parece que los episodios amnésicos no suelen presentarse en las fases iniciales del alcoholismo en aquellos países donde las bebidas alcohólicas predominantes son el vino y la cerveza y donde el consumo diario de alcohol, aun siendo elevado, se reparte durante todo el día. En cambio, en los países donde se consumen alcoholes destilados y se bebe de preferencia a horas determinadas, la alcoholemia sufre oscilaciones repentinas que pueden precipitar la aparición de síntomas amnésicos. Se ha observado — y ello parece confirmar hasta cierto punto esta hipótesis — que en los países donde el síntoma es poco frecuente se manifiestan sin embargo episodios amnésicos en los bebedores que no siguen las costumbres nacionales de bebida.

La aparición de esos episodios precoces puede tener cierta relación con el comienzo del proceso patológico del alcoholismo, pero en el estado actual de los conocimientos nada concreto cabe afirmar a este respecto, ni es posible asegurar que la presencia o ausencia de episodios amnésicos precoces constituya un síntoma diferencial entre ciertas formas de alcoholismo. Ello no obstante, la posible significación de ese fenómeno aconseja estudiarlo a fondo.

Conviene observar, a este respecto, que las amnesias pueden tener distintos orígenes psíquicos o físicos. Por consiguiente, en toda investigación del origen de los episodios amnésicos se impone, en cada caso, tener en cuenta las características del episodio, las circunstancias en que se ha manifestado y la personalidad del paciente.

¹ Conocida también con el nombre de «palimpsestos alcohólicos».

6. Alcohol y toxicomanía

Al pasar al examen de este punto, el Comité tomó nota de la declaración sobre propiedades estupefacientes del alcohol, formulada en su primer informe por el Comité de Expertos en Alcohol,¹ que dice así :

« El Comité estudió la posibilidad de incluir el alcohol entre las drogas que inducen al hábito y, teniendo en cuenta ciertas características del alcohol, decidió que tal inclusión sería impropio.

« A este respecto, se pusieron de relieve los siguientes puntos :

a) Por las graves consecuencias sociales del abuso de alcohol, esta sustancia debe quedar excluida del grupo de drogas que inducen al hábito.

b) La súbita privación de alcohol provoca a menudo en los bebedores inveterados síntomas de abstinencia de breve duración, que implican cierto grado de dependencia. La privación de alcohol no provoca, en cambio, síntomas persistentes de abstinencia como los producidos por la privación de morfina y de otros estupefacientes afines.

c) El Comité vaciló en considerar como « alcoholismo experimental » el aumento de la ingestión voluntaria de alcohol que se observa en los animales, en determinadas condiciones de experimentación. Estas observaciones parecen indicar, sin embargo, que la « sed irresistible » de alcohol puede tener un fundamento físico, independiente de las causas psicológicas que, probablemente, predominan en el alcoholismo.

« Por estas razones, el Comité juzgó necesario incluir el alcohol en una categoría propia, intermedia entre las drogas toxicomaníacas y las que inducen al hábito. »

La discusión de este tema en el seno del Comité puso asimismo de manifiesto la existencia de importantes diferencias entre el alcoholismo y la opiomanía, a pesar del paralelismo que existe entre muchas de sus manifestaciones. Ciertas observaciones recientes indican, sin embargo, a juicio del Comité, que la abstinencia de alcohol y la abstinencia de opiáceos producen reacciones más semejantes de lo que hasta la fecha se creía.

Se ha llegado ahora a la evidencia de que la privación de alcohol después de un período prolongado de bebida provoca la aparición de síntomas agudos de abstinencia, entre los que pueden contarse, en un número limitado de casos, las convulsiones, el delirium tremens o ambos. Estos últimos síntomas son más peligrosos para la vida del paciente que cualquier manifestación de la abstinencia de morfina. Los síntomas graves provocados por la abstinencia de alcohol duran casi tanto como los consecutivos a la privación de opiáceos.

Aun cuando el alcohol puede dar lugar a una acusada dependencia física, que se manifiesta en los síntomas de abstinencia, su aparición no se produce hasta después de un prolongado abuso de la bebida. La administración de morfina en dosis terapéuticas, durante un período de 21 a

¹ *Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn. ; Wld Hlth Org. techn. Rep. Ser.*, 1954, **84**, 10

30 días, puede provocar, en cambio, un grado intenso de dependencia física. Por otra parte, la actitud de los individuos y de la sociedad ante el consumo de bebidas alcohólicas y ante el consumo de opiáceos es radicalmente distinta. La venta y el consumo en público de bebidas alcohólicas son fenómenos muy generalizados, que se consideran más o menos normales y que, en ciertos casos, incluso se fomentan, mientras que la venta de opiáceos, o está fiscalizada o es clandestina, y su consumo, que suele ser en inyecciones, siempre se hace ocultamente. El empleo de estupefacientes con fines no médicos se considera, por regla general, como algo completamente anormal y reprensible. El sentimiento de culpabilidad y la reprobación de la sociedad son, pues, mucho más fuertes en el caso de los estupefacientes que en el del alcohol. Por último, es un hecho clínico notorio que el tratamiento de los alcohólicos, aunque no siempre tenga éxito ni, cuando lo tiene, sea siempre duradero, arroja una proporción de reacciones favorables muy superior a la que se obtiene en el tratamiento de las opiománias.

Todas estas observaciones llevan a la conclusión de que, pese a las muchas analogías clínicas y bioquímicas que presentan el alcoholismo y la opiomanía, es preciso establecer una clara distinción entre ambos, tanto en la práctica médica como en el terreno médicosocial y legislativo.

Las consideraciones expuestas hacen innecesario modificar la opinión — ya expresada — de que el alcohol, considerado como una droga, ocupa un lugar intermedio entre las drogas toxicomanígenas y las que inducen al hábito.

7. Problemas marginales

En lugar de aplicar el término « alcoholismo » a todos los abusos de bebidas alcohólicas y crear una nueva terminología que establezca las necesarias distinciones, parece preferible hablar de « los problemas del alcohol » y considerar al « alcoholismo » como uno de ellos.

A este respecto, si la « incapacidad de abandonar la bebida » y la « incontinencia » han de servir como criterios para distinguir el verdadero alcoholismo, será preciso tener en cuenta la existencia de una zona marginal, delimitada, de una parte, por el alcoholismo propiamente dicho y, de otra, por ciertas formas muy frecuentes del abuso de alcohol.

En los países donde el vino y la cerveza son las bebidas alcohólicas predominantes, es relativamente raro que la « incontinencia » lleve al bebedor a un estado de embriaguez aguda.

Además de los casos de alcoholismo caracterizados por la « incapacidad de abandonar la bebida » sin reparar en sus peligrosas consecuencias,

es muy posible que el consumo de alcohol, en cantidades consideradas « normales », tenga efectos perniciosos para la salud. Algunos estudios estadísticos indican que los elevados índices de mortalidad de varones adultos por afecciones que no tienen relación directa con el alcohol pueden estar asociados con un elevado consumo de vino. Este es uno de los « problemas del alcohol » a los que no cabe aplicar el término « alcoholismo ».

En cambio, en las regiones donde se consumen de preferencia alcoholes destilados, existe un grupo de bebedores ocasionales que, por su importancia numérica, por la naturaleza de los perjuicios que el alcohol les causa o por ambas razones, pueden plantear problemas mucho más graves que los originados por bebedores de hábitos distintos.

Entre otros efectos, los abusos esporádicos de bebidas alcohólicas pueden dar origen a manifestaciones de violencia (manifestaciones que pueden presentarse asimismo, en los bebedores excesivos, sintomáticos y regulares, aunque sin constituir en modo alguno una característica del grupo) y a accidentes del trabajo y de la circulación. Pueden, por último, ocasionar la pérdida de jornadas de trabajo, con la consiguiente disminución de ingresos en el presupuesto familiar.

8. Clasificación de los trastornos provocados por el alcohol y sus consecuencias para la salud pública

El Comité propone la siguiente clasificación para los trastornos provocados por el abuso de bebidas alcohólicas :

1. Trastornos debidos a la acción farmacológica del alcohol
 - 1.1 Intoxicación aguda
 - 1.1.1 simple
 - 1.1.2 atípica (con reacciones patológicas)
 - 1.2 Abuso continuo o frecuente
 - 1.2.1 Estados consecutivos a psicosis, conmociones u oligofrenia
 - 1.2.2 Estados consecutivos a tensiones de orden social, psicológico o físico
 - 1.2.3 Alcoholismo inveterado o idiopático (que se caracteriza por la « incapacidad de abandonar la bebida », por la « incontinencia » o por ambas formas)

- 1.3 Trastornos debidos a la dependencia física del alcohol
 - 1.3.1 Temblores
 - 1.3.2 Convulsiones
 - 1.3.3 Alucinaciones, delirios o ambos estados
2. Trastornos frecuentemente asociados con el abuso prolongado de bebidas alcohólicas
 - 2.1 Carencias nutritivas (cirrosis hepática, polineuritis, pelagra, etc.)
 - 2.2 Afecciones de etiología dudosa (síndrome de Korsakoff, algunas formas de delirio, estados paranoides, etc.)
 - 2.3 Intoxicaciones crónicas producidas por sustancias distintas del etanol, presentes en determinadas bebidas alcohólicas (por ejemplo, el absintismo), y por el consumo de alcoholes no destinados a la bebida (por ejemplo, el metilismo).

Conviene advertir que los estados descritos, aun siendo trastornos desde el punto de vista médico, no pueden considerarse como entidades nosológicas, y que son posibles e incluso frecuentes los estados anfibólicos y las transiciones de un estado a otro. Su diagnóstico se basa en criterios diferentes y también difieren sus consecuencias prácticas en el orden de los problemas médicosociales.

Las medidas de salud pública que requiere cada una de las categorías indicadas son totalmente distintas :

La intoxicación aguda provoca muchos accidentes de la circulación y del trabajo. Puede precipitar la aparición de un comportamiento delictivo y aumentar la exposición a los contagios venéreos. La intoxicación aguda con reacciones patológicas puede conducir a actos de violencia criminal y crear otros problemas generalmente asociados a los trastornos psiquiátricos agudos.

Cuando el abuso de bebida tenga su origen en un trastorno psicótico, habrá que tratar, como es lógico, ese trastorno. Cuando el abuso del alcohol se deba a una tensión ordinaria, las medidas que se tomen dependerán evidentemente de la naturaleza diversa de la tensión : unas veces serán de orden social, otras de orden psicoterapéutico, etc., pero, en cualquiera de los casos, se completarán con otras medidas encaminadas a detener el proceso alcohólico. De la definición de alcoholismo formulada por el Comité (véase sección 4) se desprende la necesidad de una amplia intervención por parte de las autoridades sanitarias. Esa intervención debería ajustarse a las indicaciones formuladas por el Subcomité de

Alcoholismo en dos informes anteriores,¹ donde se insistía sobre la necesidad de crear dispensarios para el tratamiento precoz del alcoholismo. Los medios de evitar las carencias nutritivas son evidentes ; la aparición de esas carencias como trastornos provocados por el alcohol dependerá, en gran parte, del estado general de nutrición del conjunto de la población.

El Comité, consciente de la importancia que las medidas de índole jurídica y social tienen en la prevención del alcoholismo y los problemas afines, desea reiterar la opinión expresada en su primer informe por el Subcomité de Alcoholismo :

« 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. »²

¹ *Org. mund. Salud : Ser. Inform. técn.*, 1953, 42 ; 1954, 48

² *Org. mund. Salud : Ser. Inform. técn.*, 1953, 42, 2