

La falta de conciencia del daño alcohólico, firme impedimento para la prevención primaria y secundaria del alcoholismo

Dr. Lluís Bach i Bach

*Ex-Director del Departamento de Alcoholología y Toxicología de la Generalitat de Catalunya.
Hospital Clínico y Provincial de Barcelona.*

Es sorprendente la peculiar valoración que del consumo del alcohol y sus consecuencias realizamos todos nosotros, en el aspecto socio-sanitario y jurídico. ¿Acaso no nos implican y comprometen humanamente los cotidianos y graves trastornos derivados del consumo excesivo y patológico del alcohol? Es obvio que no somos todos adictos ni estamos todos vinculados a la producción, comercio y distribución alcohólicas; sin embargo, una gran mayoría de nuestra población es víctima directa o indirecta de la globalización de este mercado.

En la última reunión de Socidrogalcohol celebrada en Bilbao, un grupo de juristas que presentaron una comunicación titulada "Delincuencia derivada del alcohol", decía en sus conclusiones:

1º.- El alcohol, droga legal por excelencia, que está al alcance casi indiscriminado de cualquier persona, sea mayor o menor de edad, es un importante factor delictígeno, en mayor medida incluso que las drogas ilegales.

2º.- Los delitos que genera el alcohol son habitualmente más graves, y por regla general afectan a bienes jurídicos de mayor relevancia que los delitos que generan las drogas ilegales.

3º.- A diferencia de los delitos derivados de las drogas ilegales, los delitos derivados del alcohol, en no pocas ocasiones no son percibidos

como tales en la sociedad, y cuando lo son, reciben un tratamiento y una valoración social mucho más benévola.

4º.- Los conductores de vehículos de motor que circulan bajo la influencia del alcohol, matan más personas en un año que las que matan a lo largo de varios años aquellos que son denominados asesinos u homicidas, y sin embargo, el grupo social escasamente los percibe como delincuentes.

Hemos mencionado la respetable opinión de estos juristas, porque en el ejercicio de su actividad laboral, y sin tener la formación propia de un profesional de la medicina, si tienen, en cambio, la experiencia habitual del médico de cabecera en el contacto con las personas alcohólicas.

Desafortunadamente, existe aún un mundo de tópicos y prejuicios respecto a las personas que sufren trastornos orgánicos y psicopatológicos a consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas, que dificulta y complica seriamente la implantación de normas sanitarias y socio-jurídicas concretas que posibilitan tanto la prevención como el ejercicio normativo y continuado de la prevención secundaria. Dudamos que exista un verdadero interés institucional para que nazca y se consolide en el tiempo una conciencia social de los que es la enfermedad alcohólica.



Hace muy poco, Amando Vega, un prestigioso profesional universitario especializado en docencia y prevención de drogas, se preguntaba desde esta misma revista "dónde queda la formación de los profesionales en esta materia", reclamada años ha por las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, UNESCO, y Plan Nacional de Drogas.

De las lecturas de este trabajo se deduce que los esfuerzos realizados en los distintos centros de formación, incluidas las universidades, en materia de docencia y sensibilización, demuestra que médicos de familia, trabajadores sociales y líderes comunitarios, son insuficientes y carecen de una información fiable, por lo que cree que la formación de los profesionales sigue siendo una necesidad exigida, no sólo por la realidad presente, sino porque el fenómeno del consumo de la droga es cambiante y comporta respuestas distintas.

Pese a las actuales discusiones entre sanitarios, médicos incluidos, sobre si existe o no la enfermedad alcohólica, su conceptualización como tal en nuestro mundo occidental, proviene del año 1945, cuando Jellinek y Fouquet primero y la OMS después (1950), establecen las bases de la dependencia alcohólica incluyéndola en la lista de las otras toxicomanías.

La visión alcohólica de Fouquet, propone un enfoque del alcoholismo de carácter interdisciplinario, pluridimensional y multiprofesional, teniendo en cuenta la multitud de factores que intervienen en el origen, desarrollo, mantenimiento y promoción de esta enfermedad, más compleja aún, desde el advenimiento y consolidación de la actual pandemia de las multiadicciones.

El tratamiento actual de la enfermedad alcohólica en la atención primaria, se caracteriza por su "bajo despistaje" médico, influido a veces por su escasa o nula formación en la materia, que propicia muchos errores diagnósticos, potenciados a menudo por la "mentalidad de usuario" y el rechazo al "vicio alcohólico". Otras dificultades aparecen cuando la detección del enfermo alcohólico no se acompaña de los recursos socio-terapéuticos precisos.

En ocasiones la variabilidad y la complejidad del Síndrome de Dependencia Alcohólica, impide establecer una pauta concreta de actuación. Con frecuencia, la ausencia de un familiar responsable en pacientes que viven solos o marginados, no la compensan ni los servicios de urgencias ni los dispensarios psiquiátricos, faltos también de recursos sociales específicos.

Sin embargo muchos médicos de cabecera ayudan eficientemente al enfermo alcohólico, establecen el diagnóstico pertinente, contactan con los familiares y los orientan a otras unidades especializadas.

En función de su grado de formación en materia de drogodependencias, el médico de cabecera es capaz de realizar una inestimable labor preventiva a través del diálogo que mantiene con el enfermo y familiares.

Cuando el médico dispone de antecedentes clínicos y alcohólicos del paciente, está en su mano la orientación diagnóstica y terapéutica correctas, así como el aprovechamiento de los recursos sociales disponibles.

Teniendo en cuenta el gran número de enfermos alcohólicos que lo visitan, pueden efectuar fácilmente desintoxicaciones alcohólicas ambulatorias, con la ayuda de un familiar



que colabore. Si el enfermo lleva una abstinencia alcohólica temporal y se encuentra estabilizado, puede servirle antes de acudir a un centro de referencia, de medicación interdictiva.

Mención especial merece el enfoque que del paciente, pueden realizar los psiquiatras, que por su especialidad parecen los más aptos para el diagnóstico y tratamiento de esta dependencia. La realidad es que algunos cumplen sobradamente estas expectativas y se muestran efectivos en la detección y el enfoque terapéutico correspondiente, o derivan al paciente a un campo específico de referencia.

Pero el enfermo alcohólico y sus familiares, cuando acuden al psiquiatra, esperan que recibirán un tratamiento que termine con su prolongada pesadilla de supervivencia. Con demasiada frecuencia estas expectativas se frustran. La dependencia, es o no, detectada y correctamente evaluada. La prioridad del consumo, en el marco de un cuadro clínico con abundante sintomatología psiquiátrica, no se aprecia como el problema de más urgente solución; y los frecuentes fallos de memoria y otros trastornos psicopatológicos del paciente, se engloban al conjunto sindrómico de un trastorno caracterial, depresivo o depresivo-ansioso, que remitirá con la administración de antidepresivos, benzodiazepinas y apoyo psicoterapéutico. Es posible que si el enfermo sigue este tratamiento, al cabo de unas semanas se instaure una poliadicción que refuerce el consumo adictivo alcohol-bezodiazepinas, con el aumento consiguiente de la depresión y la ansiedad.

En muchos de estos casos, el enfermo adicto, víctima de esta gratificación yatrógena,

ayuda al médico negando su consumo, y esta negación puede prolongarse durante años, aunque se practique psicoterapia individual.

Este lamentable proceder ante un enfermo, es moneda corriente en nuestra práctica psiquiátrica e ilustra las primeras páginas de las historias clínicas de los Centros de Alcoholismo y Toxicomanías.

Una toma de conciencia social de los daños provocados por el consumo abusivo de alcohol es urgente, así como el diagnóstico precoz de esta enfermedad a la que se llama Alcoholismo Crónico, en razón a un estado de opinión que la ignora, y abandona a quien lo padece a las consecuencias que ya conocemos.

La falta de información y criterio médicos facilitan la conversión de una adicción en una politoxicomanía, refuerza el prejuicio social de cronicidad, y el escepticismo y la indignación hacen mella en una familia que lleva años sufriendo el constante deterioro del enfermo. En consecuencia es imprescindible dar a los médicos de cabecera la formación necesaria para que asuman el papel que les corresponda, tanto en la prevención primaria como en la secundaria de la enfermedad.