

EDITORIAL

Alcoholismo en el arco mediterráneo: hacia un consenso sobre su abordaje

Alcoholism in the Mediterranean arc: towards a consensus on its boarding

El pasado mes de diciembre de 2004, se celebró en Sevilla un simposio sobre el abordaje del alcoholismo en el arco mediterráneo, con la participación de profesionales de algunos países de la zona mediterránea como Francia, Grecia y España.

A continuación se destacan algunos aspectos señalados por los ponentes en el citado simposio.

Se inició la reunión señalando que este simposio se enmarca en el reconocimiento que todos los profesionales, investigadores y responsables políticos implicados en drogodependencias (alcoholismo en este caso), han hecho de la gran importancia de los daños que generan las nuevas pautas de consumo de alcohol en estos países y de la importancia de llegar a un consenso sobre políticas de prevención, unificación de legislaciones y necesidades futuras de tratamiento del «nuevo paciente alcohólico» en los países del arco mediterráneo.

En este simposio se ha constatado lo que desde varios organismos (OMS, NIDA, Grupo Pompidou) se viene señalando, referido a que en las 2 últimas décadas en los países del arco mediterráneo las cifras de consumo de alcohol per cápita han disminuido y/o se han estabilizado. Esta disminución se ha producido concretamente a partir de la disminución en el consumo de vino en Francia, Grecia, Italia y España, a pesar de ser importantes países productores. Sin embargo, se viene observando que las pautas de consumo en Europa se están unificando, disminuyendo el consumo per cápita en los países del sur y aumentando en los del norte.

En España también se ha constatado esta disminución en el consumo de vino, no obstante, ha aumentado mucho el consumo de cerveza, existiendo detrás una potente industria productora.

Este fenómeno ocurrido en las últimas décadas, despierta la pregunta: ¿por qué estas cifras en los últimos años se han estabilizado y no siguen disminuyendo?

Es conocido que la humanidad ha tenido necesidad de consumir bebidas alcohólicas desde épocas ancestrales hasta nuestros días. Tradición, evasión, cultura, poder económico, se entremezclan para seguir proponiendo actualmente el consumo de bebidas alcohólicas; por tanto, para que esa disminución en el consumo siga siendo progresiva, se hace necesaria una regulación de las campañas de publicidad, que actualmente no se evidencia.

Los planes de prevención funcionan bajo unas determinadas condiciones y exigencias. La prevención es eficaz pero no hace milagros. Se hacen necesarios planes integrales de prevención y, puesto que ha cambiado el estilo de vida, aumentando el tiempo y la forma en que se consume alcohol, se deberían elaborar dichos planes de prevención basándose en estas características.

Sería también necesaria una homogeneización en la legislación referente a la venta, consumo y uso/abuso del alcohol (tráfico, seguridad ciudadana, etc.), ya que en el caso de España existe una gran dispersión y falta de homogeneización en la legislación según las distintas comunidades autónomas.

Las actuaciones preventivas en el consumo de alcohol contemplan la reducción de los factores de riesgo, el aumento de los factores de protección y la reducción del daño, enfocadas sobre todo hacia los jóvenes, y también incluyen información para los padres. En este sentido, la publicidad constituye un vector de expansión de la epidemia. Las industrias alcohólicas promueven campañas publicitarias muy agresivas, encaminadas a incorporar a los jóvenes al consumo de destilados. En este sentido, el alcohol se convierte en la única droga de la que se permite y promueve activamente su consumo con mensajes como «bebe con moderación, es tu responsabilidad».

Una pregunta lanzada en esta reunión fue: ¿consumo moderado o cuanto menos mejor? Hay que ser cautos en los mensajes que se lanzan desde colectivos e instituciones sanitarias, ya que se está cayendo en el error global de relacionar el consumo moderado de alcohol con el aumento de salud, esto nos podría llevar a aumentar el con-

sumo en los ya bebedores y añadir nuevos consumidores a los ya existentes. En España, este aspecto de salud no debería considerarse, puesto que ya existen otros factores cardiosaludables, y sin embargo existe un alto porcentaje de problemas de salud relacionados con el consumo de alcohol (accidentes de tráfico, altos índices de cáncer, cirrosis hepática, etc.). La máxima a seguir debería ser: «ALCOHOL, CUANTO MENOS MEJOR».

Los problemas relacionados con el alcohol constituyen un problema de salud pública importante con elevados costes sociales, económicos, sanitarios que exceden la problemática individual. Los pacientes dependientes del alcohol realizan una elevada demanda asistencial, tanto por el tratamiento de su dependencia como por los problemas asociados. Estas características deberían tenerse en cuenta a la hora de planificar y organizar los recursos y las redes asistenciales.

Entre la población laboral en España existe un alto porcentaje de consumidores excesivos de alcohol (12,3% de ocupados y 12,9% de parados en 2001) superior al presentado en la población general (6%). En Francia, el 71% de los trabajadores beben en el puesto de trabajo y el 35% consumen cantidades elevadas de alcohol, presentando también gran número de problemas en el ámbito laboral (absentismo, paro, accidentes laborales, etc.), este dato debería considerarse desde el punto de vista preventivo al realizar los exámenes de salud laboral.

El alcohol está implicado en gran parte de los accidentes de tráfico, España es uno de los países europeos con mayores tasas de accidentes de tráfico, los cuales suponen la primera causa de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 29 años. El riesgo relativo de sufrir un accidente mortal en los conductores con concentraciones de alcohol en sangre de 80 mg/100 ml es máximo entre los jóvenes de 16-17 años (165 veces) y entre los de 18-19 años (70 veces), por lo que son importantes las medidas de control y prevención a este nivel.

En cuanto a las actuaciones que se realizan en otros países del arco mediterráneo, respecto al problema del alcoholismo, en Grecia, el consumo de alcohol se encuentra muy arraigado en el contexto sociocultural, lo que dificulta la obtención de informaciones fiables sobre consumo, dependencia y problemática relacionada con el alcohol; asimismo, las medidas preventivas no siempre son puestas en marcha ya que el decreto que impide la venta de alcohol a menores no se lleva a la práctica.

En Francia, ha disminuido el consumo de alcohol como en el resto de países del arco mediterráneo, bajando desde 17,7 l de alcohol puro per cápita en 1960 hasta 10,3 l en 2002, y las políticas se encaminan hacia este mismo objetivo, seguir disminuyendo el consumo y tratar adecuadamente a los consumidores excesivos o dependientes, dando a los médicos de atención primaria medios para la detección temprana y entrenándoles en intervención breve. En contrapartida al igual que en el resto de países, en cierto grado se promueve el consumo moderado de alcohol a petición de los productores de vino.

La utilización de la intervención breve es prioritaria y esencial en atención primaria, en la empresa, en programas de prevención, en colectivos de alto riesgo y también en la población general, ya que esta intervención breve ayuda a la toma de conciencia e identificación del problema de consumo de alcohol en un clima de entrevista motivacional, cuyo objetivo va dirigido a un consumo en límites de «bajo riesgo» (varones < 21 UBE/semana y mujeres < 14 UBE/semana).

La eficacia de la intervención breve a corto plazo (< 12 meses) se ha comprobado más allá de cualquier duda razonable en un metaanálisis de la evidencia para distintos niveles de la asistencia sanitaria. Los resultados de la aplicación de las intervenciones breves evidencian datos que, aunque pueden resultar modestos, son fiables y clínicamente relevantes, constituyen por tanto una buena forma de prevención primaria y secundaria de los problemas relacionados con el consumo de alcohol desde entornos sociosanitarios muy diversos, con bajo coste y fácil aplicabilidad.

En cuanto al tratamiento, se señaló que actualmente el perfil del alcohólico que lo demanda ha cambiado, es el de un paciente más joven, que hace unos años se va diluyendo la diferencia entre sexos, necesitan menos frecuentemente desintoxicación hospitalaria, no necesariamente tienen un patrón de bebida diaria. El patrón típico de bebida ha evolucionado también a expensas de una mayor frecuencia del uso de cerveza y combinados y con presencia cada vez más frecuente de comorbilidad, tanto de patología psiquiátrica como de otras adicciones concurrentes. El consumo de alcohol está con mucha frecuencia asociado al consumo de sustancias consideradas de uso recreativo como drogas de síntesis, cannabis y cocaína. Desde el punto de vista terapéutico, es importante evaluar el craving que presenta con frecuencia el paciente alcohólico, éste es un fenómeno subjetivo complejo, multidimensional, que hoy en día se puede evaluar por escalas. La EMCA (escala multidimensional del craving) es una escala sencilla, breve, simple, validada, autoadministrable y de fácil utilización en la actividad clínica cotidiana.

El perfil de alcohólico que se va imponiendo sería: joven (< 37 años); si es varón: trastorno de la personalidad, abuso de estimulantes, problemas legales, deterioro neuropsicológico; si es mujer: trastorno por descontrol de impulsos (atracones), abuso de tranquilizantes y cocaína.

Las necesidades en el tratamiento del paciente alcohólico para el futuro inmediato pasan por medidas:

A. Farmacológicas.

— Mayor utilización de fármacos antidepresivos, antiepilépticos, antipsicóticos.

B. Psicoterapéuticas.

— Adaptar las terapias a diferentes edades.

— Proponer grupos de terapia de comorbilidad psiquiátrica (psicóticos, impulsivos, otros).

— Aumento de los programas orientados a la disminución del daño.

C. Residenciales.

— Comunidades terapéuticas.

— Las unidades hospitalarias para otras drogodependencias se podrían utilizar para los nuevos alcohólicos.

D. Asociacionismo. Importante papel de asociaciones de enfermos mentales y alcohólicos rehabilitados.

En cuanto al tratamiento del paciente alcohólico en España, hay que señalar que no se ha cumplido el objetivo de que «la asistencia a los drogodependientes debe realizarse a través del Sistema Nacional de Salud», tal como quedó reflejado en la estrategia del Plan Nacional sobre Drogas 2000-2008, así como el punto que señalaba: «en 2003 deberá garantizarse, por el Sistema Nacional de Salud, la asistencia ambulatoria especializada a los drogodependientes en cada área de salud». La asistencia se viene realizando fuera del sistema sanitario por distintas organizaciones relacionadas con ONG, etc.

Es necesario señalar, que todos los pacientes tienen derecho a ser tratados de la misma manera, independientemente del tipo de enfermedad que presenten. Hay que desestigmatizar al enfermo alcohólico/drogodependiente. Cuando se consigue su integración en la red sanitaria aumentan los niveles de retención en el tratamiento como ha demostrado la experiencia valenciana.

En el citado simposio, se han revisado las características del alcoholismo en los países del arco mediterráneo, concluyendo que es necesario actuar desde todos los frentes (prevención, investigación y tratamiento) para conseguir que las cifras de consumo y los problemas asociados continúen con la tendencia descendente.

M. Trinidad Gómez-Talegón

Investigadora. Instituto de Estudios de Alcohol y Drogas. Universidad de Valladolid. Médico de AR-VA (Alcohólicos Rehabilitados de Valladolid). Valladolid. España.

E-mail: trinigt@med.uva.es

Esther García Usieto

Directora Asistencia Sanitaria. Hospital Guadarrama. Madrid. España.

E-mail: egarcia.hgua@salud.madrid.org