

El alcoholismo como un problema médico importante*

Griffith Edwards**

Título original: Alcoholism as an important medical issue

Summary

This paper refers to the indifference of the medical profession towards the problem of alcoholism, and how to overcome it.

Six themes may be identified for this purpose:

1. Health is a political issue. Data obtained in Great Britain from 1885 to 1934, demonstrates that annual per capita consumption of alcohol is correlated with death rate due to alcoholism. The implication of such findings is that if a nation wishes to reduce the prevalence of alcohol related damage it will have to reduce the national consumption level, and this, of course, will cause economical and political consequences difficult to overcome.

2. Alcoholism has favored new scientific alliances, not only of medicine with other biological sciences, but also with social sciences.

3. Relevant research suggests that the doctor's apparent diagnostic "oversight" may in some ways be more intentional than accidental. One common reason for not asking about drinking is the doctor's own personally sensed lack of therapeutic competence in this area.

4. Alcoholic patients have coping mechanisms different in quantity and quality for dealing with alcoholism. These mechanisms may often be psychologically as well as socially and biologically determined. The following are a range of possibly and naturally occurring coping mechanisms which lie along such dimensions as:

AVOIDING RISK, keeping out of harm's way, not going into a bar, keeping away from other drinkers.

POSITIVE REHEARSAL, that is to say, rehearsing to oneself the positive advantages of staying sober, the rewards of sober happiness and good health.

NEGATIVE REHEARSAL is the obverse of the above: a mental rehearsal of the distress and damage which would result from renewed drinking.

SUBSTITUTION involves the intentional decision to find an activity which will provide a rewarding alternative to drinking —everything from stamp collecting to learning Arabic or taking the dog for a walk.

5. Health problems are family problems. Alcoholic behavior should be analyzed within the frame of family relations.

6. The conventional concept of unique pathology as the way to understand alcoholism should be questioned.

Advise as to how to overcome the obstinate resistance of physicians to confront problems caused by excessive alcohol intake is given.

Resumen

Este artículo plantea inicialmente la indiferencia de la medicina en general hacia el problema del alcoholismo, y cómo

* Texto de la conferencia dictada el 18 de noviembre de 1986, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Traducido por Marta Ontiveros.

** Addiction Research Unit, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AF, Inglaterra.

debe combatirse.

Bajo seis apartados aborda dicha problemática:

1. La salud es un problema político. Los datos recabados en Gran Bretaña desde 1885 hasta 1934 muestran que el consumo anual de alcohol *per capita* está relacionado con la muerte por alcoholismo. Indica que para reducir el consumo de alcohol se debe reducir la disponibilidad del mismo, lo que trae consecuencias económicas y políticas difíciles de evitar.

2. El alcoholismo ha favorecido nuevas alianzas científicas, no sólo de la medicina con otras ciencias biológicas, sino también con las ciencias sociales.

3. Discute el serio problema que implica la falta de conocimientos adecuados del médico para detectar los problemas ocasionados por el consumo excesivo de alcohol y aclara que, a veces, esto no se debe a la falta de conocimientos teóricos, sino más bien a que el médico evita identificar un problema ante el cual se siente incompetente.

4. Menciona que los pacientes alcohólicos cuentan con mecanismos de "contención" diferentes, tanto en cantidad como en calidad, para enfrentarse a su alcoholismo, y que estos mecanismos no sólo están determinados biológicamente, sino también por factores psicológicos y sociales.

5. Hace notar el impacto que el alcoholismo tiene sobre la familia y, a su vez, menciona que la conducta del alcohólico debe ser analizada dentro del marco de las relaciones familiares.

6. Cuestiona el concepto convencional de patología única, como medio para entender el alcoholismo.

Finalmente aconseja cómo luchar contra la resistencia obcecada del médico a enfrentarse a los problemas ocasionados por el consumo excesivo del alcohol.

El reciente artículo del Dr. Velasco Fernández (1986), incluye un valioso informe acerca de las actividades de México en el campo del alcoholismo. La calidad y extensión de esa contribución nacional es notable y ha ganado un amplio reconocimiento. México no sólo ha producido ya un cuadro de psiquiatras, médicos y científicos interesados en los problemas del alcoholismo, sino que también ha demostrado tener una habilidad vitalmente importante para continuar atrayendo a jóvenes y talentosos investigadores hacia este campo. De esta manera, México contribuye significativamente a los programas sobre el alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud (Ritson, 1985).

Este artículo está escrito por un psiquiatra inglés que ha podido disfrutar de la amistad de numerosos colegas mexicanos, a lo largo de muchos años, y proviene de un trabajo preparado en respuesta a una generosa pero desafiante invitación, a pronunciar un discurso ante una distinguida audiencia de profesionales, en la Ciudad de México, en noviembre de 1986. Siempre hay dificultades para "trasladar" una exposición que fue originalmente propuesta para una ocasión particular y

para una presentación oral, a la palabra escrita, especialmente cuando, como en el presente caso, la atmósfera en la sala de lectura fue tan amistosa y la discusión tan excepcionalmente estimulante. El texto que ahora se publica busca, en lo posible, retener el sentido de debate abierto, que fue creado por todos los participantes en la ocasión original de la lectura.

¿Cómo superar la indiferencia? Una pregunta crucial

Todos los que tenemos interés en esta materia compartimos la creencia de que el alcoholismo constituye uno de los problemas más grandes que confronta actualmente la profesión médica, las autoridades de la salud pública, los profesores de las escuelas de medicina, los médicos y los investigadores. Aquellos que tienen un conocimiento profundo de esta materia asumen esta postura, cualquiera que sea su especialidad dentro de la profesión, tanto si han sido testigos de los problemas urgentes originados por el alcoholismo en las comunidades pobres del mundo en desarrollo, como en las naciones ricas. El asunto que se discutirá en este documento se refiere a la manera como podremos responder a alguien que no esté bien informado, que dude acerca de nuestra postura y crea que la preocupación médica por el alcoholismo es exagerada, aduciendo que el alcoholismo es un problema relativamente trivial comparado con otros problemas de salud más urgentes; que la dependencia al alcohol no es común, y que los pacientes con problemas de alcoholismo no merecen nuestra lástima ni nuestra preocupación. Estudiar, prevenir y tratar los accidentes originados por el alcoholismo, sería, de acuerdo con esta crítica, considerado como una actividad egregia que debería dejarse en manos de unos pocos especialistas, y no ser una preocupación legítima y fundamental de la profesión. Si el alcoholismo ha de ser tratado —continúa ese argumento— que se atienda en una clínica alejada de las instituciones médicas importantes.

Esa postura extremista puede parecer una caricatura, pero de hecho no es una fantasía. Hace una o dos décadas era común encontrar en muchos países actitudes antagónicas de esta clase, expresadas por aquéllos que ostentaban la autoridad. Algunos profesionistas destacados llegaron a expresar en alguna ocasión que "nunca atendían a un alcohólico", mientras que las manifestaciones clínicas ocasionadas por beber excesivamente eran desconocidas en los hospitales, de lo cual ellos mismos fueron los responsables. La situación actual es mejor, pero las actitudes negativas pueden encontrarse aun ocasionalmente.

¿Cómo puede, entonces, combatirse esta clase de negativismo prolongado, esta creencia de que los problemas relacionados con el alcohol no forman parte del grupo de problemas médicos respetables, y que dentro del curriculum médico no se dispone de tiempo para atender los problemas ocasionados por beber en exceso?

El alcoholismo debe recibir especial atención porque es un tema que desafía las concepciones mecanicistas y restringidas de la naturaleza y de los trastornos del ser humano; la naturaleza del contexto social que facilita o incapacita el funcionamiento humano, y las responsabi-

lidades inherentes a la profesión médica, cuando el mundo apunta ya hacia el año 2000. El argumento que planteamos aquí es, por lo tanto, temerario. Lejos de conceder que el alcoholismo no debe ser una preocupación de la medicina, se puede, por el contrario, afirmar que su estudio y tratamiento es un agente de cambio muy necesario. Más que excusarse con el pretexto de que el estudio del alcoholismo debería formar parte del curriculum de pre y postgrado, la postura que debía tomarse implica que los problemas relacionados con el alcoholismo no sólo son importantes por sí mismos, sino que, además, sirven para ilustrar las perspectivas y aproximaciones de la enseñanza y la práctica médica y de la organización de los servicios de salud.

Los problemas ocasionados por el alcoholismo, como agentes de cambio

Bajo este encabezado se identificarán seis temas. El material incluido es tan sólo ilustrativo, ya que la lista podría ser más extensa; el orden en que aparecen no implica prioridad.

1. *La salud es un problema político.* El estudio del alcoholismo y, en particular, la intención de elaborar un dispositivo de políticas de prevención, lleva inevitablemente al científico hacia la investigación de las fuerzas económicas y políticas que determinan la disponibilidad y el precio del alcohol (Grant, 1985; Walsh y Grant, 1985). Esto proviene de la convincente demostración estadística de que el consumo nacional de alcohol *per capita* se correlaciona frecuente y positivamente con la proporción de decesos por cirrosis y con otros indicadores sobre daños ocasionados por el alcohol (Bruun y cols, 1975). Por ejemplo, si un país duplica su consumo anual de alcohol absoluto *per capita* debe aceptar, como una consecuencia probable, que la prevalencia del consumo excesivo de alcohol y el daño que ocasiona será, al menos, del doble.

La Tabla 1 ilustra la validez de este argumento en relación con los datos de Gran Bretaña. En resumen, el alcohol tiene mucho que ver con el alcoholismo.

Estos hallazgos implican que si una nación desea reducir la prevalencia de los daños relacionados con el

TABLA 1.

El consumo de alcohol *per capita* y la mortalidad relacionada con el alcoholismo, por periodos quinquenales de 1885 a 1934, en Gran Bretaña. Adaptado del: Royal College of Psychiatrists (1986). Alcohol: Our Favourite Drug. Londres: Tavistock.

PERIODOS DE 5 AÑOS	CONSUMO ANUAL PER CAPITA (GALONES)	FALLECIMIENTOS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL POR MILLON DE HABITANTES
1885-1889	3.8	154
1890-1894	4.0	168
1895-1899	4.2	182
1900-1904	4.1	193
1905-1909	3.6	156
1910-1914	3.4	131
1915-1919	2.3	81
1920-1924	2.3	59
1925-1929	2.0	55
1930-1934	1.6	42

alcohol, deberá arrostrar la difícil tarea de reducir el nivel nacional de consumo de alcohol. Un médico de la salud pública que haga tal propuesta a sus gobernantes se encontrará inmediatamente dentro de un territorio desconocido, difícil e inevitablemente político.

La idea de los profesionales de la salud pública en el sentido de que la reducción del suministro de alcohol es el principal instrumento para la prevención del alcoholismo, está verdaderamente cargada de implicaciones políticas. Favorecer el aumento del impuesto sobre el alcohol no es lo más conveniente para que un gobernante gane votos en las siguientes elecciones. Los escoceses siempre estarán en contra de cualquier propuesta que restrinja la industria del whisky escocés, y *Francia, Italia y Chile nunca estarían de acuerdo en reducir el número de hectáreas dedicadas al cultivo de la uva*. Los gobiernos valoran los réditos que tanto los poderosos complejos multinacionales como los negocios nacionales obtienen de la producción y distribución de bebidas alcohólicas (Cavanaugh, 1985). Los países en desarrollo han sido etiquetados como mercados apropiados para la explotación.

Cualquier trabajador de la salud pública que haya empezado a interesarse en la prevención del uso excesivo del alcohol y que haya estudiado la literatura científica más relevante al respecto, debe haberse dado cuenta de los aspectos políticos implícitos en estos problemas de salud pública. No son aspectos que puedan ser evadidos por el médico que opine que la política es un campo minado del cual debe mantenerse apartado (Kendell, 1979). El problema del suministro de alcohol es tan importante para la medicina preventiva como el agua limpia para evitar el cólera. De pronto el alcoholismo nos recuerda que la salud de la gente es inevitablemente un problema político, y sería presuntuoso creer de otra manera. En el siglo pasado, los grandes reformadores de la salud pública se enfrentaron valientemente a los problemas políticos. Tómese nota que las palabras "políticas" y "político", no se usan en un sentido partidista.

Lo que se sugiere es que el alcoholismo actúa como un agente de cambio, haciendo que se reconozca que, en cierto sentido, los problemas de salud pública son inseparables de los procesos que determinan el funcionamiento de la sociedad, al igual que la salud a nivel individual es inseparable de los procesos fisiológicos corporales.

2. Los problemas del alcohol como catalizadores de nuevas alianzas científicas. El siglo XIX y los inicios del siglo XX fueron testigos de una era de avances médicos que surgieron, en parte, de alianzas fomentadas entre la medicina y diversas ciencias de laboratorio, por ejemplo, la bacteriología, la bioquímica, la electrofisiología, etc. Estas y otras alianzas de laboratorio siguen siendo muy importantes actualmente.

Lo que generan los estudios sobre el alcohol, sin embargo, es la conciencia de que, si la medicina se dirige efectivamente hacia sus más amplias responsabilidades, tendrá además que forjar una fuerte alianza con las ciencias sociales. Muchos médicos han reconocido esta verdad, pero no siempre la han transmitido adecuadamente en sus enseñanzas impartidas en las

escuelas de medicina, ni en la estructura de las instituciones dedicadas a la investigación. Puede ser difícil que un investigador logre conseguir una revisión justa, imparcial y adecuada de un trabajo en el que se involucre una ciencia social o una perspectiva multidisciplinaria, si acude a instituciones médicas ortodoxas.

Los estudios sobre el alcohol ejemplifican la importancia que tiene la alianza con las ciencias sociales. Si exponemos nuestro punto de vista en el sentido de que el precio del alcohol se relaciona con la cantidad de alcohol que se consume, estaremos considerando la economía como la ciencia social más importante (Grant y cols, 1983): actualmente, pocos países parecen contar con un adecuado curso de postgrado en economía de la salud, y la cooperación entre la economía y la salud a nivel académico, es aún muy joven. El científico político, el experto en análisis político y el académico experto en relaciones internacionales, necesitan involucrarse en esta área de trabajo si han de enfocarse las decisiones gubernamentales y la relación entre el gobierno y las industrias del alcohol, nacionales e internacionales (Cavanaugh, Makela y cols, 1981; Single y cols, 1981). La antropología ha hecho muchas contribuciones valiosas a los estudios culturales sobre los bebedores (Babor, 1986; Heath y cols, 1981), pero la antropología social debería estar más dispuesta hoy en día a estudiar nuestro propio ámbito urbano, así como los bares de nuestras ciudades (Cavan, 1966). Los vínculos entre los estudios sobre alcoholismo y los métodos empleados por la geografía humana y social ofrecen excitantes posibilidades. Los estudios sobre el alcoholismo han dado ejemplos persuasivos acerca de la importancia que tiene la historia y el saber histórico para entender los fines y procesos de la medicina (Calderón, 1986).

Hay, por supuesto, muchos problemas que necesitarían ser abordados por los sociólogos médicos (Thom, 1986), y esta aseveración lleva al siguiente punto de la lista de atributos del alcoholismo como agente de cambio.

3. La capacidad médica se basa no sólo en los conocimientos empíricos del médico. En la Gran Bretaña se ha demostrado que sólo una pequeña proporción de los pacientes con problemas serios de alcoholismo serán correctamente diagnosticados por el médico general. En una unidad hospitalaria la mayoría de los problemas ocasionados por consumir alcohol no serán detectados. Algunas investigaciones recientes muestran que en la mayoría de los casos el internista no se preocupa de preguntar a su paciente acerca de su consumo de alcohol (Barrison y cols, 1980).

¿Cómo puede entenderse semejante descuido en el diagnóstico? De pronto, es el propio médico o la interacción médico-paciente, lo que se convierte en el sujeto de estudio, más que el propio paciente. Una investigación más profunda sugiere que el aparente "descuido" en el diagnóstico médico, puede ser más intencional que accidental. Por ejemplo, una de las razones por las que no pregunta nada acerca del consumo de alcohol del paciente es su sensación de incompetencia en esta área: no quiere revelar problemas que sólo lo harían sentirse terapéuticamente inadecuado (Shaw y cols 1978; Thom y Tellez, 1986). Su dificultad no estriba

en su falta de información acerca del significado objetivo que tiene el consumo de alcohol en la salud de su paciente: él lo sabe, pero no lo quiere saber.

Este aspecto de los estudios de alcoholismo nos invita a tomar conciencia de que las tareas médicas (y el entrenamiento médico) deben considerar tanto las actitudes profesionales como los conocimientos básicos. La conducta del médico debe estudiarse tanto como la conducta del paciente.

4. *Los pacientes pueden tener ventajas y desventajas invisibles.* Un área desarrollada en la investigación sobre el alcoholismo es la que se refiere a la conducta del paciente frente al problema y a la prevención de recaídas (Litman y cols, 1983; Marlatt y Gordon, 1985). Los estudios recientes han revelado el hecho interesante de que los pacientes alcohólicos dejan el hospital muy diferentemente equipados respecto a los recursos psicológicos que los capacitarán o no para poder evitar la recaída. Hasta ahora, los terapeutas no se han percatado de que cada paciente tiene recursos que, como una bolsa de palos de golf, varían enormemente en sus características y adecuación. Ni los terapeutas ni los investigadores se han preocupado por buscar con suficiente curiosidad dentro de esa bolsa.

Cuando se abre esa bolsa metafórica, cuando se empiezan a estudiar los mecanismos de lucha (*coping*), lo que se encuentra es que hay un rango de mecanismos de lucha que descansan en dimensiones tales como:

Evitar el riesgo alejándose del problema, no acudiendo a los bares y alejándose de otros bebedores.

Reforzamiento positivo, es decir, repitiéndose uno mismo las ventajas positivas de permanecer sobrio, esto es, que la recompensa es la dicha de estar sobrio y con buena salud.

Reforzamiento negativo, que es lo inverso de lo anterior: un reforzamiento mental del malestar y el daño que podría resultar de volver a beber.

Sustitución, que es la decisión intencional de encontrar una actividad que provea de una alternativa gratificante al acto de beber —cualquier cosa, desde coleccionar estampillas, hasta aprender árabe o sacar al perro a pasear.

Los detalles de la investigación sobre los mecanismos de lucha deben examinarse más detenidamente, pero para los fines de este estudio, el mensaje crucial es que los pacientes no sólo tienen atributos biológicos, sino también muchos y complejos atributos socio-psicológicos. Los parámetros biológicos, como el estado hepático del paciente o la integridad de su cerebro, son importantes, pero también lo son el repertorio, la diversidad y lo apropiado de su habilidad para luchar. Otro de los mensajes que pueden impactarnos de los estudios del alcoholismo, es que la forma en la que cualquier paciente se enfrenta a las consecuencias que tiene el estrés sobre la salud, con la edad, con el asma, con la viudez, en fin, con las consecuencias de ser un ser humano, pueden, a menudo, estar tanto psicológica como biológicamente determinadas. Por ello es muy importante buscar dentro de la bolsa.

5. *Los problemas de salud son problemas familiares.* El alcoholismo nos enseña que los problemas de salud son problemas familiares, y parte muy importante de la

investigación sobre el alcoholismo está relacionada con este punto (Edwards, 1987). Probablemente, los problemas de alcoholismo sean, en parte, genéticamente transmitidos, pero también son socialmente transmitidos por la familia: el modelo del niño es la manera como bebe su padre, y el de la niña, la manera como bebe su madre. El consumo de alcohol de los padres se revela inmediatamente en las alteraciones de los niños: la falta de amigos, el aislamiento, la delincuencia, el consumo de drogas. Con respecto a las reacciones entre el esposo y la esposa, la reacción puede ir desde los intentos desesperados por buscar ayuda, hasta el aislamiento emocional sin esperanza. La teoría de los sistemas familiares y la terapia familiar sugieren que la conducta individual del bebedor sólo puede ser comprendida dentro del marco de las relaciones familiares.

Si las escuelas de medicina pudieran entrenar una generación de médicos capaces de comprender la perspectiva y el beneficio de lo que se sabe tan bien respecto al alcoholismo, ésta podría ser una pequeña contribución para desarrollar una perspectiva familiar en la medicina.

6. *El concepto de patología única.* La creencia de que hay una relación uno a uno entre las patologías identificables, los factores patógenos o las lesiones, y las entidades médicas moderadas, está profundamente arraigada en las tradiciones filosóficas de la medicina. Dentro de este tipo de infraestructura, la tuberculosis es originada por el bacilo de Koch y esto es todo lo que se tiene que decir al respecto.

¿Cómo hemos de interpretar los hechos presentados en el siguiente extracto de un caso?

“Por la mañana me despertaba temblando tanto que difícilmente conseguía llevarme la botella a los labios. Al beber de nuevo me sentía bien en 30 minutos. Entonces me sentaba en una banca del parque con otros hombres, tomando y hablando acerca del alcohol y pensando en beber. Los doctores dicen que tengo dañado el hígado. . .”

¿Cuál es la única causa del daño hepático de este hombre? Esta es una breve historia en la que se demuestra rápidamente que la estructura analítica convencional es inadecuada. Hay poderosas determinantes biológicas en los síntomas de abstinencia de ese hombre y una gran necesidad de entender más acerca de lo que esta sucediendo en la sinapsis o en la membrana celular. Hay procesos de aprendizaje involucrados en el mecanismo de dependencia de este hombre, cuando se expone repetidamente a la experiencia del malestar ocasionado por la supresión del alcohol y la mejoría que experimenta al seguir bebiendo: éste es un paradigma del condicionamiento operante. El compromiso de este hombre con su pandilla de amigos bebedores, que lo lleva a sentarse en la banca del parque, le da a la dependencia su dimensión social. Más allá de este párrafo vemos múltiples determinantes familiares, culturales y sociales para el alcoholismo de este hombre.

Los estudios sobre el alcoholismo enfatizan, como mensaje de agente de cambio, que es un peligroso reduccionismo el creer que el elemento físico en la patología es siempre la real y respetable patología sobre la cual se deben examinar los estudiantes, y que

el resto es periférico. El alcoholismo nos enseña que las patologías son, generalmente, más sistemas que entidades (Edwards y cols, 1981).

Los problemas del alcoholismo son responsabilidad de la práctica médica

Mucho se ha dicho en esta breve exposición de argumentos acerca de lo que la bebida y los problemas que ocasiona deberían producir en la profesión médica y en sus agendas de investigación —el tema del agente de cambio y sus seis variaciones.

Cómo debería uno responder si, a pesar de todo, alguien lo dudara y dijera: "Muy bien, pero a mí aún no me convencen de que el alcoholismo tenga mucho que ver con mi práctica clínica, con mis pacientes. Yo soy médico general, cirujano, obstetra. . . Tengo un sinnúmero de cosas más importantes acerca de las cuales preocuparme en vez del alcoholismo".

Para tratar con esta clase de resistencia, podemos mencionar 3 puntos:

(i) La preocupación del médico debe hoy en día no sólo limitarse a la dependencia al alcohol, sino también debe ocuparse del impacto que tienen sobre la salud los diversos grados y patrones de conducta del bebedor (Edwards y cols, 1977). Por analogía, el médico espera interesarse en la presión arterial y no sólo en la hipertensión maligna.

(ii) Los datos epidemiológicos estiman diferentes grados de prevalencia en los diferentes escenarios médicos y, por supuesto, en los diferentes países. En muchos países se ha visto, sin embargo, que entre el 10 y el 50% de los pacientes de una unidad del hospital general, tendrán problemas de salud relacionados con el alcohol (Moser, 1980). Entre la población general de varios países se ha encontrado una prevalencia de cerca del 5% o más entre los varones que beben y que tienen problemas de salud, pero la diferencia de la prevalencia entre hombres y mujeres, se está estrechando.

(iii) El tercer punto que debería ser cortésmente señalado a cualquier colega que aún sostenga que en su práctica médica él puede enfrentarse con los problemas de alcoholismo de sus pacientes cerrando los ojos, es que tales problemas no desaparecerán. Los pacientes regresarán una y otra vez con el médico; la úlcera péptica se perforará de nuevo; el medicamento prescrito interactuará adversamente con el alcohol ingerido; un síntoma reemplazará a otro; un marido no identificado como bebedor seguirá comprometiendo la salud del resto de la familia. Está contra los intereses de todos, pacientes y médicos, empeñarse en negarlo.

Pero quizá en este punto nuestro obcecado colega simplemente replique "He oído lo que usted dice, y será mejor que los gastroenterólogos abran mejor los ojos a estos problemas, pero mi práctica es diferente. Yo soy pediatra, cirujano ortopeda, radiólogo. . . Nunca veo problemas de alcoholismo". Si es esa su opinión podríamos mostrarle los datos de la tabla 2, que menciona algunas de las complicaciones físicas originadas por el consumo excesivo de alcohol; y la tabla 3, en la cual se muestran los problemas psiquiátricos relacionados con el consumo excesivo de alcohol. Es muy difícil creer que haya alguna rama de la medicina que no esté

relacionada con alguna de estas enfermedades, y que pueda decir "no es mi especialidad, no son mis pacientes, no es asunto mío".

TABLA 2

Algunos problemas físicos que pueden estar asociados con el consumo excesivo de alcohol

Accidentes	Lipemia
Intoxicación aguda, coma	Enfermedad hepática
Problemas causados por la anestesia	Desnutrición, deficiencias vitamínicas
Trastornos sanguíneos	Miopatía, miositis
Oseos: fracturas patológicas	Obesidad
Daño cerebral	Esófago y estómago: Esofagitis, gastritis, Malory-Weiss, úlcera péptica
Problemas torácicos	Pancreatitis
Estados cushinoides	Neuritis periférica
Epilepsia	Enfermedades de la piel
Síndrome alcohólico fetal	Función testicular, impotencia
Gota	Interacción medicamentosa
Corazón: arritmias	Síndrome de Zieve
cardiopatía	Cetoacidosis
hipertensión coronarias	
ataque	
Hipoglucemia	

TABLA 3

Problemas psiquiátricos asociados al consumo excesivo de alcohol

Presentaciones clásicas
Amnesias inducidas por el alcohol
Alucinosis alcohólica
<i>Delirium tremens</i>
"Intoxicación patológica"
Wernicke-Korsakoff
Psicosociales
Crímenes
Accidentes de tránsito
Problemas maritales
Suicidios
Problemas en el trabajo
Interacciones importantes
Enfermedades afectivas
Anorexia y bulimia
Daño cerebral
Dependencia a las drogas
Celos patológicos
Trastornos de personalidad
Estados fóbicos

En resumen, los problemas debidos al alcoholismo son inexorablemente parte del quehacer médico. Nos confrontan con problemas que cambian y amplían nuestra comprensión del verdadero quehacer de la medicina. El reto existe a nivel conceptual, donde se relacionan con cuestiones fundamentales que concierne a la evolución de la ciencia médica. El desafío también se ubica, tangible y directamente, en el nivel ordinario, trivial y cotidiano de la buena práctica médica. De cualquier manera y a cualquier nivel, el alcoholismo es un problema médico de primer orden y de amplio significado.

REFERENCIAS

1. BABOR TF: Alcohol and culture: Comparative perspectives from Europe and America. *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol 472. New York Academy of Sciences. Nueva York, 1986.
2. BARRISON I G, VIOLA L, MURRAY-LION I M: Do house-men take an adequate drinking history? *British Medical Journal* 281: 1040, 1980.
3. BRUUN K, EDWARDS G, LUMIO M: *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1975.
4. CALDERON N G: Consideraciones acerca de alcoholismo entre los pueblos prehispánicos de México. *Rev. Instit. Nat. Neurol* 2:5-13, México, 1968.
5. CAVAN S: *Liquor License: an Ethnography of Bar Behaviour*. Chicago: Aldine, 1966.
6. CAVANAUGH J, CLAIRMONTE FF: *Alcohol Beverages: Dimensions of Corporate Power*. Croom Helm, Londres, 1985.
7. EDWARDS G: Alcoholism and the family. En: *The Treatment of Drinking Problems*, Cap. 3: 46-56, 2a. Ed. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1987.
8. EDWARDS G, ARIF A, HODGSON R: Nomenclature and classification of drug and alcohol-related problems. *Bulletin of the World Health Organization* 59: 225-242, 1981.
9. EDWARDS G, GROSS M M, KELLER M: Alcohol-related disabilities. WHO Offset Publication, No. 32. World Health Organization, Ginebra 1977.
10. GRANT M (Ed): *Alcohol Policies*. WHO Regional Publications, European Series No. 18. World Health Organization. Copenhagen, 1985.
11. GRANT M, PLANT M, WILLIAMS A (Eds): *Economics and Alcohol: Consumption and Control*. Croom Helm, Londres, 1983.
12. HEATH D B, WADDELL J O, TOPPER M D (Eds): *Cultural Factors in Alcohol Research and Treatment of Drinking Problems*. *Journal of Studies on Alcohol*, Suplemento 9, 1981.
13. LEVINE H G: The discovery of addiction: changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 39: 143-174, 1978.
14. LITMAN G K, STAPLETON J, OPPENHEIM A N: An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction*, 78: 269-276, 1983.
15. MAKELA K, ROOM R, SINGLE E: *Alcohol, Society and the State. 1: A Comparative Study of Alcohol Control*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1981.
16. MARLATT G A, GORDON J R (Eds): *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addiction Behaviours*. Guildford Press, Nueva York 1985.
17. MOSER J: *Prevention of Alcohol-related Problems*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1980.
18. RITSON E B: *Community Responses to Alcohol-related Problems: review of an international study*. World Health Organization, Ginebra, 1985.
19. SHAW S, CARTWRIGHT A, SPRATLEY T, HARWIN J: *Responding to Drinking Problems*. Croom Helm, Londres 1978.
20. SINGLE E, MORGAN P, DE LINT J (Eds): *Alcohol, Society and the State. 2: The Social History of Control Policy in Seven Countries*. Addiction Research Foundation, Toronto, 1981.
21. THOM B, TELLEZ C: A difficult business: detecting and managing alcohol problems in general practice. *British Journal of Addiction*, 81: 405-418, 1986.
22. THOM B: Sex differences in help-seeking for alcohol problems. 1: The barriers to help-seeking. *British Journal of Addiction*, 81: 777-778, 1986.
23. VELASCO FERNANDEZ R: *Alcohol and alcohol problems research 7. Latin America*. *British Journal of Addiction*, 81: 11-16, 1986.
24. WALSH B, GRANT M: *Public Health Implications of Alcohol Production and Trade*. World Health Organization Offset Publication 88, Ginebra 1985.