

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA

TESIS DOCTORAL

ESTUDIO SOCIO-CLÍNICO SOBRE
ALCOHOLISMO EN EL BIERZO

DEMETRIO NÚÑEZ CAUREL

MADRID, 2011

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**

TESIS DOCTORAL

**ESTUDIO SOCIO-CLÍNICO SOBRE
ALCOHOLISMO EN EL BIERZO**

**Demetrio Núñez Caurel
Licenciado en Medicina y Cirugía**

**Director:
Dr. Jose Luis Ayuso Mateos**

Una sociedad productora es una sociedad permisiva con el alcohol, hasta el punto de desarrollarse paralelamente la tolerancia bioquímica y la social.

El alcoholismo (enfermedad o patología) se produce al concurrir dos características, una personal y otra social: dependencia del alcohol (conducta de búsqueda inevitable del producto) y disponibilidad del producto.

Esta enfermedad o patología presenta características propias en cada zona, dependiendo de la tolerancia social y de la misma disponibilidad del producto.

Esta enfermedad es progresiva, iniciándose en la dependencia psicosocial, proveniente de todos los estratos sociales.

Por tanto, su tratamiento ha de ser largo (señala el autor unos dos a cinco años), pues, aparte de atender al organismo dañado, se debe atender su entorno, así como el estado socio-ambiental general.

Y, por tanto, no es sólo un problema de la conducta personal, sino también de la importancia que se le otorgue al alcohol en esa sociedad.

(Compendio esencial de la comunicación científica – Iª Semana Farmacéutica de Donostia. 1982. En: El correo español. El Pueblo Vasco. Dr. Francesc Freixa)

AGRADECIMIENTOS

Como siempre y en cualquier aspecto de la vida, toda obra implica una intercolaboración múltiple. Si bien, siempre hay algunos de los agentes que se hallan más implicados que otros.

En este momento quisiera presentar mis respetos y reconocimientos a todos los que, de un modo u otro, han contribuido en el presente trabajo.

Pero, de modo muy directo y concreto, quiero hacerlo a quienes han tenido, o se han visto envueltos en una implicación especial:

Al Profesor Dr. José Luis Ayuso Mateos, por comprometerse en la dirección final del presente trabajo.

A Dn. Pedro Ridruejo Alonso (In Memoriam), Orientador de la tesis, quien, con sus informaciones, correcciones y paciencia ha sido sin duda pieza fundamental de la misma.

Al Profesor de Sociología de la Universidad de León (ULE) y de la UNED en Ponferrada, Roberto Jáñez Álvarez, así como a su equipo, de cinco estudiantes de Sociología, y el experto informático, por su esmerado trabajo de campo.

Al Profesor de Medicina Preventiva y Estadística Médica, en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Dr. Juan Francisco Casanova Domingo, por el interés y la pulcritud de su análisis estadístico.

A la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, así como a la Consellería de Sanidade e Servizos Sociais de la Xunta de Galicia, por su atención en el envío de trabajos realizados y otros datos, cuando algunos se hallaban todavía en prospección.

A las Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados (BEDA, ARABI, SILOUROS), a las Gerencias (Hospitalaria y de AP de El Bierzo), por la información aportada.

Por la entrega de información y trabajos realizados, a los Delegados de los Laboratorios: Delagrang, Viñas, Pharmazam – Zambon Group, Bristol – Myers, S.A., Lylli, Lesvi, Wyeth-Lederle.

A Sedinfo y a la Denominación de Origen Bierzo (vinos) por la aportación de sus gráficos e información general, respectivamente.

A M^a Ángeles Herranz (Secretaria del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica), siempre atenta a informar, comunicar e interrelacionar, así como a Dn. Jesús Alcalde (ex-Profesor adjunto del mismo Departamento, y colaborador del Orientador de la tesis). A M^a Ángeles Villar, por su apoyo informático, traducción, orientación de ordenamiento y presentación.

A mi familia.

ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
LISTA DE TABLAS Y GRÁFICAS	7
ABREVIATURAS	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	13
I. INTRODUCCIÓN	16
I.1. <u>Presentación</u>	17
I.2. <u>Necesidad e interés del estudio</u>	25
II. ALCOHOLOGÍA	28
II.1. <u>Planteamiento inicial</u>	29
II.2. <u>Clasificación tipológica</u>	33
II.3. <u>Alcoholismo como enfermedad</u>	35
II.4. <u>Sustrato biológico. Secuelas</u>	43
II.5. <u>Consumo. UBB del Estudio</u>	55
III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	61
III.1. <u>Objetivos generales</u>	62
III.2. <u>Objetivos concretos</u>	64
III.3. <u>Hipótesis</u>	67
IV. METODOLOGÍA. EVOLUCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	68
IV.1. <u>El campo de estudio</u>	69
IV.1.1. Descripción.....	69
IV.1.2. Clima	73
IV.1.3. Producción y aproximación teórica al consumo	73
IV.2. <u>Literatura existente</u>	78
IV.3. <u>Medios. Redes existentes</u>	80
IV.4. <u>Estructura del Cuestionario</u>	87
IV.5. <u>Validación de los jueces</u>	89
IV.6. <u>Técnicas cualitativas y cuantitativas. Aplicación metodológica</u>	91
IV.6.1. Técnica cualitativa: Microestudio	91
IV.6.2. Técnica cuantitativa: Estudio Piloto.....	93
IV.7. <u>Cuestionario Definitivo. Diez apartados</u>	96
IV.8. <u>Estudio Socio-clínico: Desarrollo y rutas</u>	97

IV.8.1. Principios y objetivos	97
IV.8.2. Desarrollo y rutas	99
V. LA ENCUESTA: RESULTADOS	101
V.1. <u>Resultados obtenidos e indicios socio-clínicos</u>	102
V.2. <u>Acercamiento comparativo</u>	162
V.2.1. Castilla y León: 2000.....	162
V.2.2. Galicia: 1998.....	166
VI. DISCUSIONES.....	169
VI.1. <u>Deducciones de La Encuesta</u>	170
VI.2. <u>Implicaciones psicológicas</u>	190
VI.3. <u>Prevención - Intervención</u>	205
VI.3.1. Teorías de la Prevención. Tres pilares.....	205
VI.3.2. Aplicación de las teorías en la Comarca, según los resultados obtenidos	224
VII. CONCLUSIONES	236
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	241
ANEXOS	250
Anexo 1. Bibliografía (de).....	251
Anexo 2. Fuentes y Métodos Estadísticos	256
Anexo 3. Metodología (de).....	259
Anexo 4. Conclusiones (de)	306

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICAS**TABLAS****Página**

Tabla 1.	Estructura del Cuestionario Definitivo	96
Tabla 2.	Frecuencia y porcentaje por sexos.	102
Tabla 3.	Tabla comparativa del nivel social y económico familiar.	113
Tabla 4.	Consumo de alcohol y/o tabaco por familiares y amigos.	114
Tabla 5.	Alcohol. Problemas.	115
Tabla 6.	Indicios socio-clínicos de alcoholismo agudo/crónico.	115
Tabla 7.	Consumo de sustancias.	117
Tabla 8.	Tres motivos principales de inicio.	118
Tabla 9.	Comparación: Modo de inicio (Prg.22) - Motivos de inicio (Prg. 17).	123
Tabla 10.	Sujetos que beben. Total a la semana y al día.	135
Tabla 11.	Nº de copas/día (desvío hacia jóvenes).	135
Tabla 12.	Nº de copas/fin de semana (desvío hacia jóvenes)	136
Tabla 13.	Nº de copas/total semana (desvío hacia jóvenes)	136
Tabla 14.	Estratificación por edad.	149
Tabla 15.	Dependencia física.	155
Tabla 16.	Juegos (Participación en).	159
Tabla.17.	Consumo 30 últimos días.	162
Tabla.18.	Bebidas más consumidas.	163
Tabla 19.	Clasificación según gastos (en alcohol y lugares de ocio donde se consume alcohol). “Prototipo económico” de bebedores, según dinero invertido en alcohol/día.	185
Tabla 20.	Clasificación de jugadores en función del gasto.	188
Tabla 21.	Clasificación “económica” del bebedor.	196
Tabla 22.	Lugares de venta de alcohol en la provincia.	260
Tabla 23.	Consumo de alcohol: laborables/fin de semana por sexos.	308
Tabla 24.	Consumo/persona (últimos seis meses)	308

GRÁFICAS

Gráfica 1.	Nivel cultural. Encuestados.	112
Gráfica 2.	Nivel cultural. Padres.	112
Gráfica 3.	Edad de inicio.	121
Gráfica 4.	Años de consumo habitual.	122
Gráfica 5.	Años de consumo esporádico.	122

ABREVIATURAS

AAR	Asociación/es de Alcohólicos Rehabilitados
ALDH	Aldehido deshidrogenasa
AP	Atención Primaria
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
APAS	Asociaciones de Padres de Alumnos
CA	Comunidad Autónoma
CAD	Centro de Atención a Drogodependientes
CCAA	Comunidades Autónomas
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CS	Centro de Salud
DAT	Transportador de Dopamina
DM	Diario Médico (Revista de información y consulta)
EA	Enfermedad de Alzheimer
ED	Estudio Definitivo/Encuesta Definitiva
EP	Estudio Piloto
Fe ⁺	Hierro
GABA	Acido gamma-aminobutírico
GGT	Gamma-glutamyl-transaminasa
GOT	Transaminasa glutámico-oxalacética, o Aspartato amino transferasa (AST)
GPT	Transaminasa glutámico-pirúvica, o Alanino amino transferasa (ALT)
HDL	Lipoproteínas de alta densidad
ME	Microestudio
N	Número de sujetos
NA	Noradrenalina
NMDA	Receptor N-metil-D-aspartato
PÁG/PÁGS	Página/s
PND	Plan Nacional de Drogas
PRG/Prgs	Pregunta/s
RHB	Rehabilitación
S/s.	Síndrome
SEPD	Sociedad Española de Patología Dual
SK	Síndrome de Korsakov
SM	Salud Mental
SNC	Sistema Nervioso Central
SNS	Sistema Nacional de Salud
UAB	Universidad Autónoma de Barcelona
UB	Unidad de bebida
UBA	Unidad Básica de Alcohol
UBB	Unidad Básica de Bebida
UBE	Unidad de Bebida Estándar
ULE	Universidad de León
UNED	Universidad Nacional de Educación a Distancia
V	Variable
VCM	Volumen Corpuscular Medio
VI	Ventrículo Izquierdo

RESUMEN

Cada capítulo del presente estudio contiene alguno de los temas más importantes del presente trabajo.

La Presentación hace, desde luego, una aproximación a los diferentes capítulos. Pero también nos propone alguna esperanza de un futuro positivo, a medio plazo, cifrada en los avances genéticos y biofisiológicos, como base para un tratamiento farmacológico y una planificación de vacunas, así como en los nuevos planes preventivos que buscan la eficacia. Demuestra además el carácter socio-clínico de todo el estudio, así como el interés del mismo, siempre a través de datos o teorías extraídas de la experiencia.

Supone la Alcoholología un amplio trabajo de búsqueda de teorías y conclusiones de múltiples estudios, que, al fin y de momento, tiene que concentrarse en lo más elemental. Sin embargo, puedo asegurar que, en sí mismo, este capítulo sigue un recorrido completo por el tema tratado, si bien debo afirmar haberme interesado de modo especial en el apartado biológico, comprendiendo los campos de la genética y la biofisiología. Pues parece evidente que, a través de dichos campos, podrá resolverse (según se dé crédito a las afirmaciones de unos u otros analistas) entre un 55 % (teorías socio-sanitarias) y el 70-80 % (teorías más biológicas) de la enfermedad llamada alcoholdependencia.

También presenta, de modo razonado, el porqué de la Unidad Básica de Bebida (UBB) fijada en el presente trabajo.

No presento la Hipótesis desnuda, sino que se halla envuelta por una serie de Objetivos (generales y concretos) que, finalmente, suponen un listón de exigencia realmente alto, ampliando considerablemente el trabajo.

Esta autoexigencia se ve recompensada con unos resultados muy fiables y satisfactorios, coincidiendo incluso con los de otros estudios realizados por conocidos especialistas.

La Metodología, amplia y escrupulosamente desarrollada, ha sido sin duda el capítulo más extenso, en cuanto a tiempo de trabajo. Y, así, comprende la exploración del campo de trabajo (incluyendo una Aproximación Teórica a la realidad existente, también en cuanto a

consumo de alcohol, y esto a pesar del conocimiento de que lo más frecuente y recomendado no es realizar un trabajo de características teóricas, aunque, como veremos, el capítulo aquí expuesto se aproxima más a la realidad concreta que a la teoría, por fundamentarse sobre datos reales).

Dentro de la Evolución Metodológica, se incluyen también dos aplicaciones a nivel de campo de estudio, el Microestudio (prueba cualitativa) y el Estudio Piloto (prueba cuantitativa), que evidentemente dan un carácter de búsqueda de perfección a todo el estudio.

La evolución, hasta finalizar en el Cuestionario Definitivo, implica un avance metódico y sistemático. Para mí, es aquí en donde se debe buscar la fiabilidad cualitativa del trabajo, siendo la cuantitativa el número de encuestas aplicadas. Existe una elaboración que se perfecciona a medida que avanza, tanto en el aspecto estadístico-epidemiológico, como en la búsqueda de los “indicios clínicos”, incluidos en el aspecto anterior.

Los Resultados dejan de ser tan escuetos, fríos, arduos, al estar acompañados por las interpretaciones clínicas.

Ya en este capítulo se hacen múltiples interrelaciones entre diversos ítems numéricos e “indicios clínicos”, de los que empiezan a emerger futuras Deducciones y Conclusiones, precisamente por la fuerza psicológica inherente al cuestionario. También nos permite realizar algunas aproximaciones comparativas.

Los Resultados nos permiten asimismo obtener los índices de consumo, que son la auténtica confirmación de la hipótesis.

Las Deducciones brotan espontáneamente interrelacionándose entre sí, y suponiendo en realidad auténticas Conclusiones, que, una vez más, son interpretadas desde una perspectiva psicológico-clínica, no solo en el propio capítulo de Deducciones, sino también en el estudio específico de las Implicaciones Psicológicas.

Tanto los descubrimientos genéticos como los nuevos Planes Preventivos ponen un punto de luz sobre el Pronóstico Negativo, que se desprende del presente estudio.

Por tanto, con una carga psicológica tan amplia e intensa, con una metodología tan elaborada, con unos objetivos amplios y claros, y con gran esfuerzo y emotividad, las Conclusiones se objetivan por sí mismas, siendo además múltiples. Pero al mismo tiempo han sido tan razonadas (por exigencia incluso del carácter del trabajo en sí mismo, que obliga a tener que interrelacionar, repitiéndose datos, según el distinto capítulo en el que van clasificados), que se podría añadir que dichas conclusiones son evidentes desde capítulos anteriores.

Se confirma la hipótesis principal, a la vez que se cumplen cada uno de los objetivos generales y concretos... Brotando también espontáneamente un amplio número de conclusiones complementarias, como se expresa en el Anexo de las Conclusiones.

Este trabajo demuestra que una hipótesis (en este caso de mayor consumo de alcohol, en una zona vitivinícola) se confirma, aunque matizada por caracteres especiales, como es el modelo de consumo que llamo globalizado. En él la Juventud, y también la Mujer Joven de modo específico, son determinantes en dicha confirmación.

Son múltiples los factores determinantes y mantenedores del consumo. Pero veremos que sobresalen los afectivos y/o relacionales, integración en el grupo, predominio de un patrón de bebedor social, factores mágico-culturales, disponibilidad excesiva de: alcohol, dinero para consumo del mismo, y tiempo libre.

El Consumo de alcohol es superior a las medias comparativas de edad y sexo, especialmente en fin de semana.

Antiguamente, un porcentaje pequeño pero inexistente en otras zonas (en Galicia sí existe, aunque en menor proporción) se iniciaba en el consumo del alcohol, por razones mágico-culturales, en la primera infancia. Hoy, en el presente estudio, dicho inicio se produce en la adolescencia, y la razón es “mantener buenas relaciones”.

También es superior a la media, como es lógico, la cantidad de afectados o Alcoholdependientes. Y son múltiples las variables patológicas que acompañan dicha dependencia (afecciones físico-psíquicas y sociales, sólo patentes a través de los “indicios clínicos”).

Parece evidenciarse la necesidad de una formación, más que información, al mismo tiempo que una intervención, que a veces deberá ser urgente, en todos los aspectos de un completo Plan Preventivo: universal, escolar, familiar, prevención selectiva e indicada, llegando a la intervención familiar y personal.

Y estas exigencias suponen incrementar e implementar las Redes específicas existentes, asistenciales y preventivas, por parte de la Administración.

ABSTRACT

Each chapter of this study contains some of the most important topics of this work.

The Presentation is, of course, an approach to the different chapters. But it also gives some hope for a positive future in the medium term, based in the genetic and bio physiological developments, as a starting point for the pharmacological treatment and vaccine planning, and also in the new preventive plans pursuing efficacy.

It shows also the socio-clinic character of the whole study, as well as its significance, always by means of data or theories extracted from experience.

The chapter Alcoholology comprises a wide job research of theories and conclusions from multiple studies, and for the moment, must focus on the basic topics. However, this chapter is in itself a complete overview of the topic, although I have given special interest to the biological matter, comprising the fields of genetics and bio physiology. It is evident that through these fields, amongst 55% (according to socio-medical theories) and 70-80% (more biologicist theories) of the disease called alcohol dependency can be solved (depending on to which analysts credibility is given).

This chapter also shows, in a reasoned-way, the basis for the Basic Beverage Unit (BBU) established in this study.

The Hypothesis presented is not bare, but surrounded by a series of Objectives (general and specific) that, ultimately, involve highly demanding standards which significantly expand the work.

This self-demand is rewarded by the obtaining of very reliable and satisfactory results, even coincident with those from other studies performed by well-known specialists.

The Methodology, wide and meticulously developed, has been without doubt, the longest chapter, in terms of working time. It comprises the exploration of the study field (including a Theoretical Approach to the existing reality, in terms also of alcohol consumption, in despite of the fact that developing a study of theoretic characteristics is neither the most frequent nor recommended, although, as it will be observed, this chapter is closer to concrete reality than to theory, as being based on real data).

Two applications at the study field level are included also within the Methodology Evolution, the Micro-study (qualitative test) and the Pilot Study (quantitative test), which clearly provide the whole study with a character of pursuing perfection.

The evolution, up to the completion of the Definitive Questionnaire, involves a methodical and systematic progress. For me, this is where the qualitative reliability of this work should be looked for, being the quantitative, the number of surveys completed. Within this aspect, exists an elaboration that improves with progress, both in the statistical-epidemiological aspect, as well as in the search of “clinical evidences”.

Results are not so bare, cold, arduous any more, as being put together with their clinical interpretation.

Multiple interactions amongst different numerical items and “clinical evidences” are presented in this chapter, from which the future Deductions and Conclusions start to emerge, precisely because of the inherent psychological strength of the questionnaire. It also allows performing some comparative approaches.

The Results allow also to obtain the consumption rates, which truly confirm the hypothesis.

The deductions arise spontaneously interrelated, being in fact, real conclusions which, once more, are interpreted from a psychological-clinical point of view, not exclusively in the chapter dedicated to Deductions, but also in the specific study of the Psychological Implications.

Both, the genetic discoveries and the new Preventive Plans mean a spotlight on the Negative Prognosis emerging from this study.

Therefore, with a psychological load so broad and intense, with a high elaborated methodology, with wide and clear objectives, and with great effort and emotion, the Conclusions are self-analysed, besides being multiple. But at the same time, those have been so reasoned (by requirement of the character of the study itself, which forces to interrelation, repeating data, depending on the different chapter where they are classified), that it could be stated that the conclusions are made evident from previous chapters.

The main hypothesis is confirmed, while each general and concrete objective is met...arising also spontaneously a wide number of complementary conclusions, as indicated in the Annex of Conclusions.

This study shows that an hypothesis (in this case, higher alcohol consumption within a wine region) is confirmed, although clarified by special characters, as it is the consumption model which I call globalized. Youth, and also Young Women, in a specific way, are crucial to this confirmation.

There are multiple determinant and maintenance factors for consumption. The affective and/or relational factors, integration into the group, predominance of social drinking, magic-cultural factors, and excessive availability of: alcohol, money for consumption, and free-time stand up amongst the rest.

Alcohol consumption is higher than the comparative means of age and sex, especially during the weekend.

Formerly, a small percentage, nonexistent in other areas (in Galicia exists, although in smaller proportion) initiated into alcohol consumption in the early childhood, due to magic-cultural reasons. Nowadays, in this study, the start occurs during adolescence, being the reason "to keep good relationships".

Obviously, the quantity of affected or alcohol-dependents also exceeds the mean. And the pathological variables accompanying such dependency are multiple (physic-psychical and sociological conditions, only evident by "clinical signs").

It seems evident the need for training, more than for information, at the same time that an intervention, which sometimes must be urgent, in all aspects of a full Preventive Plan: universal, at school and family level, selective and indicated prevention, reaching personal and family intervention.

And these requirements mean an increase and implementation by the authorities of the specific existing welfare and preventive networks.

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

I.1. PRESENTACIÓN

Toda investigación debe orientarse hacia una posible aplicación, bien a nivel de aplicación concreta, bien a nivel de posibles conclusiones u orientaciones, que puedan ser útiles para mejorar una realidad.

El trabajo que inicio tiene en su base un estudio epidemiológico que, como se verá a continuación, es en realidad, y más exactamente, un estudio socio-clínico.

Se trata de un trabajo amplio, que puede dar opción a la realización de otro estudio o corte transversal (resultando, así y a la vez, un estudio longitudinal) y, en todo caso, podría enriquecerse con la aportación de datos ajenos, estudios o investigaciones, Planes Regionales y Nacionales.

Por suerte, este último pensamiento se ha realizado ya, pues estos años han sido los más productivos y enriquecedores, haciendo posible sin duda añadir que han sido también los más provechosos.

Aquel primer Plan Nacional de Drogas de 1985, ideado por el entonces Ministro Ernest Lluch (delegando su preparación en M^a Jesús Manovel), ya tuvo continuidad con varios más. El traspaso de Sanidad a las CC.AA. ha supuesto, además, que estos Planes se multiplicasen prácticamente por el número de autonomías, y éstos por varias veces.

Hoy los Planes son más concretos, directos, fraccionados, diría yo...con el fin de llegar a objetivos que puedan ser evaluados.

Antes los Planes eran más abiertos, siendo encomiable sus aspectos sociales. Hoy quizás se camina por una senda más sanitaria. Incluso la investigación ha iniciado su vuelo. Lógicamente la investigación biomédica se lleva la mayor y mejor parte.

Y, desde mi pequeña ventana, he podido contemplar la riqueza de los descubrimientos a nivel biofisiológico y, especialmente, a nivel genético.

Se ha encontrado lo que confío sea el punto de arranque de un futuro tratamiento genético y fármaco-biológico, posiblemente definitivo, de esta enfermedad, llamada alcoholismo o, mejor dicho, alcoholdependencia. Me refiero, sobre todo, a la confianza en hallazgos tan concretos, y que más adelante serán nombrados, como el receptor Sigma1 (CIMA. Universidad de Navarra), el gen AGS3 (C. V. Therapeutics. Palo Alto. California) y, algo que puede resultar todavía mejor, el hallazgo de la proteína ANKK1, relacionada con el

marcador genético Taqla (Hospital. 12 de Octubre. Dpto. de Psiquiatría. Laboratorio de Neurociencias).

Si mi esperanza fuese, más bien pronto que tarde, una realidad, ¿qué se haría con toda la estructura que gira en torno a ese sistema del alcohólico o alcoholismo? Pues todo seguiría de modo parecido, toda vez que seguirían existiendo los enfermos, aunque menos en número por tres razones: por un lado, es de esperar que las actuales técnicas de prevención consigan reducir el número, en la zona de inicio, y por otro lado, también es de esperar que el tratamiento bio-farmacológico reduzca, a medio plazo, el número de los enfermos, aunque a posteriori, reduciéndose también su incidencia a priori por efecto del tratamiento genético o biofisiológico. Debido a estas esperanzas, cabe preguntarse si existirá o no el alcoholismo crónico. La respuesta la encontramos en las diversas teorías que se expondrán posteriormente. Pero parece asomarse la perspectiva de que deberíamos aproximarnos a los teóricos que, a nivel práctico, aseguran que, a pesar de existir enfermedades crónicas, toda vez que una enfermedad puede curarse, podríamos decir que no se debe hablar de alcoholismo crónico, marcando con esa lacra para siempre a los enfermos.

Pueden estar tranquilos los agentes psicosociológicos, pues seguirán ocupándose de los mismos o similares aspectos. Por su parte, los agentes fisiobiológicos tendrán que seguir profundizando o, en todo caso, buscando en campos adyacentes y aplicando lo hallado.

Además, existen diversos grupos de investigación que afirman que existe una posible “idéntica base biofisiológica” de todas o, al menos, diversas adicciones, incluyendo el alcohol (y probablemente las “nuevas adicciones”). Desde luego, el mecanismo parece ser el mismo en todo tipo de adicciones. (Paul Kenny. Instituto de Investigación Scripps. California), (Vega González y col.).

Por tanto, doy por bueno el tiempo empleado hasta este momento en el presente trabajo, así como el tiempo de espera, aunque sólo sea por haber podido conectar todo el conjunto de datos, números y resultados, tanto los correspondientes a información general, como los obtenidos de la Encuesta (trabajo epidemiológico, socio-clínico, del presente estudio), en particular.

Durante este último tiempo, en lo concerniente al alcohol, la opinión acerca del mismo ha sufrido, al menos, dos transformaciones significativas. La primera ha sido el reconocimiento

de una realidad ancestral: el alcohol, el vino más exactamente, es algo propio de nuestra cultura (es “la cultura del vino”, culturalización según otros).

La segunda transformación estaría implícita, o sería inherente a la posible Ley de Prevención de Consumo de Alcohol en Menores, del año 2007. Parece que el alcohol, al menos en menores, se ve desde su aspecto más saludable...Según Sanidad, todo consumo de alcohol, incluido el vino, sería perjudicial en menores.

Esta Ley, según unos, fue aparcada por no atreverse el Gobierno a enfrentarse con el poder fáctico y mediático. Yo doy por buena la interpretación del mismo Gobierno, referente a que, dejando aparcadas, o mejor retiradas, leyes generales e ineficaces, se da paso a normas concretas, eficaces y evaluables.

Según los sectores contrarios a la Ley, el vino debería ser excluido del alcohol. Y esta opinión se basa en el hecho real de que el vino forma parte de la saludable dieta mediterránea, defendida, entre otros, por los cardiólogos. Pues los polifenoles y saponinas, y en concreto los del vino tinto, son cardiosaludables.

Esta transformación de opiniones tiene un claro reflejo a nivel socioeconómico concreto. Así, mientras la primera fase se acompaña de una gran expansión de las bodegas industriales (apoyadas económicamente, hasta en el 80%, por la C.E.E.), últimamente (coincidiendo en el tiempo con el origen y posterior desarrollo de la corriente más sanitaria, de prevención, tanto a nivel español como comunitario, en general) el apoyo económico de la U.E. se orienta hacia arrancar viñedo (hasta 400.000 hectáreas en España), de tal manera que, al menos en la Comarca de El Bierzo, se da la paradoja de que, mientras todavía se perciben ayudas para la ampliación y transformación del cultivo vitivinícola, ya se comienzan a percibir ayudas para arrancar viñedo de modo definitivo, tanto en el caso de los antiguos viñedos como de los de más reciente plantación. De algún modo, se apuesta por la calidad, en detrimento de la cantidad.

Los puros datos estadísticos estarían más correlacionados con un estudio epidemiológico, se enmarcarían en la Medicina Preventiva. Pero hoy, en el presente estudio, tan enriquecido con todos los capítulos que lo envuelven, los indicios clínicos y las resoluciones tan concluyentes de los datos de la Encuesta, así como los de otros capítulos, y la misma esperanza manifestada más arriba de cara al futuro, es un edificio terminado, a pesar de que

sí se puedan completar todavía flecos, cruces de variables o comparación de datos, que vendrían a ser como el garaje adosado al edificio, o el arreglo del jardín, respecto a dicho edificio.

Por otro lado, los datos no han perdido actualidad, pues se aproximan bastante entre sí los resultados de la Encuesta con los de otros estudios o, al menos, se pueden hacer estudios comparativos entre unos y otros (lo cual excede la posibilidad del presente estudio). (Comisionada Regional para las Drogas de Castilla y León), (OMS. Conferencia Ministerial Europea sobre los jóvenes y el alcohol), (Estudio de Castilla y León, y de Galicia), (Becoña: Datos de ludopatía)...

Por tanto, es necesario demostrar el carácter del trabajo que aquí presento, completamente encuadrado en la Psicología Socioclínica.

Los estudios de prevalencia e incidencia, tradicionalmente, medían la morbilidad de una población.

El trabajo que presento pertenece a los estudios de morbilidad a través de encuestas por entrevista. Por tanto, la morbilidad, en cuanto tal, es percibida por el encuestado como síntomas.

Por su parte, las encuestas de salud con exploración clínica miden morbilidad diagnosticada, proporcionando datos sobre prevalencia de enfermedades en la población. (“Las encuestas de salud (y II): aplicaciones, ventajas y limitaciones”).

Dice W. Feuerlein que incluso el cuestionario clínico solo nos permite una detección conflictiva acerca del alcoholismo. Y, en este caso, tendremos que:

- Nos orienta acerca de la toxicomanía (alcoholomanía de Feuerlein), o dependencia física, su grado de toxicidad e incluso la fase evolutiva de la enfermedad del alcohólico.
- Pero no siempre queda suficientemente clara la dependencia psicoconductual o auténtica alcoholomanía, que es lo que define (también según Feuerlein), y, en realidad, la enfermedad, pudiendo producirse esta toxicomanía o alcoholomanía sin que se den otra/s complicación/es. (Feuerlein W., 1982, 157-158).

Así entenderemos lo que significa el vocablo “indicios”, que reiteradamente leeremos a lo largo del presente trabajo.

En sí mismo indicios es el término equivalente a esos “síntomas” percibidos por el encuestado, dentro de su enfermedad, que, aunque no han sido diagnosticados clínicamente, sí son “intuidos” y/o “deducidos” de la Encuesta.

Si el Microestudio nos permite intuir una cierta intencionalidad psicológica, a través de La Estructura del Estudio Piloto podemos evidenciar ese carácter psicológico, incluyendo los apartados más propiamente sociológicos, que son realmente socio-clínicos.

Freixa y Bach en la tabla de Feuerlein, modificada para España, presentan los ítems (Feuerlein W., 1982, 177: Tabla 12. Items 2-10-22), que se corresponden así: la fase prodrómica de Jellinek con el ítem 2 de Feuerlein, y los ítems 10 y 22 de Jellinek con la fase crítica de Feuerlein.

Además de dar por sentado que estamos hablando de una enfermedad, nos dicen también que, efectivamente, todo cuestionario de salud no acompañado de un estudio clínico tiene un valor indicativo, de “indicio”, conteniendo un valor añadido por ser una adaptación a los modos de beber de un país vitivinícola.

En esas afirmaciones habría que hacer notar una cierta ambivalencia (según algunas interpretaciones, y a pesar de no quedar expresada en ese apartado con suficiente claridad), respecto a la consideración por parte de Jellinek de la alcoholomanía como enfermedad.

El campo de estudio, la Comarca de El Bierzo, es una zona productora de alcohol (vinos, sobre todo, pero también espumosos, cavas, aguardientes y licores varios).

Estos vinos son cada vez más elaborados y de mayor calidad, como se comprueba por los premios recibidos a nivel nacional e internacional. Incluso el vino de Denominación de Origen Bierzo incrementa su exportación a otras regiones en un 1%, en medio de la crisis globalizada, mientras que otra Denominación, tan arraigada como, por ejemplo, Rioja descende su exportación en el 1,5 %. También las exportaciones exteriores han crecido un 17%. Comercios de Europa recomiendan a los peregrinos del Camino de Santiago la cosecha de 2003, como la mejor, por supuesto en mención (uva local).

En estas zonas productoras, independientemente de lo que suele entenderse por la dieta o cultura, si se quiere, mediterránea, existe una cierta cultura del vino que, siendo más permisiva con el consumo continuo y moderado, no excluye, sino que implica, una probable

enfermedad de futuro (en un 50% de casos aproximadamente), a nivel personal, mientras que, a nivel colectivo, hablamos de una “sociedad alcoholizada”. (Santo Domingo J., 1990, 39 y 23, respectivamente).

La evolución del trabajo se ciñe al índice. Algunos capítulos (como el de Resultados Obtenidos de la Encuesta), por necesidad intrínseca, tienen que ser más extensos y áridos. Pero, ya desde ahora, deseo dejar claro que lo más árido, como pueden ser a veces los meros números, se acompañan de las explicaciones, interpretaciones o relaciones, que ayudarán, espero, a que todo resulte más ameno. Otros capítulos, como el Microestudio, los he querido abreviar al máximo, tratando únicamente de explicar de modo suficiente la evolución del mismo.

Todo el conjunto sigue una evolución metodológica, hasta llegar a la conclusión final, aunque pueden faltar otros campos posibles.

A partir del presente capítulo, de composición de lugar o situación, trataré de justificar brevemente el porqué del estudio, viendo su Necesidad o Conveniencia, así como su Interés.

Un apartado de Alcohología parece necesario. Pero tan extenso ha resultado que me veo obligado a presentar tan solo un somero compendio.

A través del capítulo de Alcohología, se recorren todos los demás, insertándolos en medio de teorías y explicaciones. La finalidad es que, al llegar a cada uno de los capítulos restantes, se pueda comprender fácilmente su contenido, por resultarnos más familiar el contexto. Vendría a ser algo así como el fondo, la pared, en donde situamos nuestro cuadro. El Campo del Estudio constituiría un marco más pequeño, más ajustado al lienzo, que sería el presente estudio.

Aquí ya entramos directamente en lo concreto, hablamos de nuestro Campo de Trabajo, real, incluso con datos numéricos cuando es necesario.

Confío en hacer patente la pulcritud metodológica utilizada en cada paso del capítulo Evolución General del Estudio. Es mucha la satisfacción (activación del mecanismo de

recompensa) que se obtiene cuando se supera una parte, y luego otra... hasta realizar el cuestionario definitivo que, al fin, era el objetivo perseguido.

Son más en número, pero no “tan cualitativamente específicas”, otras recompensas colaterales: ver que las preguntas o ítems son bien comprendidas y que los encuestados tienen un gran deseo de colaborar.

Deseo atraer la perspicacia del lector hacia esa, llamémosla “intencionalidad clínica” que desde el inicio, y perfeccionándose a medida que discurre la evolución, encierra en sí cada uno de los ítems.

Así pues, hemos llegado al capítulo más amplio y árduo, posiblemente, según he indicado anteriormente. La Encuesta exige todos los planteamientos explicados hasta el momento. Pero también es cierto que nos recompensa con los frutos que veremos a partir de aquí.

Aquella “intencionalidad clínica” anterior se transforma en los “signos clínicos” que iba buscando, casi por arte de magia, puesto que, al fin, sólo se trata de unas preguntas y unas respuestas.

Y estos resultados permiten una ligera comparación con nuestros vecinos, sin ninguna rara intención, tanto con Castilla y León como con Galicia.

De modo que, a través del capítulo Implicaciones Psicológicas, trato de explicar, bajo otro punto de vista quizás, aquella “intencionalidad”, aquellos “signos clínicos” anteriormente indicados.

A través de las Deducciones, presento datos concluyentes, que nos sirven para:

- Conseguir Resultados exactos, tal como buscaba, sin interferencias, asépticos, que nos permitirán hablar de modo concreto.
- Conocer, de modo orientativo, un Pronóstico.
- Tratar de planificar una posible Prevención.
- Realizar Estudios Comparativos.
- Extraer nuevos resultados, con las mismas posibilidades hasta aquí señaladas, pero excediendo el presente trabajo.

Al estar inmerso en un trabajo socio-clínico, me parece importante que, al igual que se realiza en una consulta clínica, se aclaren, dialoguen o expliquen lo mejor posible todos los temas, a fin de que se capten bien los mensajes.

Ésta es la razón de que, dentro del capítulo correspondiente, presente por un lado las Teorías de la Prevención y, por otro, una Prevención Concreta, en nuestro campo de estudio y según los resultados obtenidos en la Encuesta.

Naturalmente nunca será una aplicación tan exacta como lo sería un corsé adecuado a un cuerpo. Pero sí es cierto que se aproxima a los diversos grupos y subgrupos contenidos en la Encuesta.

La Conclusión nos ofrecerá la demostración de que, efectivamente, el consumo de alcohol en la Comarca es mayor que la media regional y/o nacional, sobre todo debido al patrón juvenil, y con incremento en el fin de semana. Además, existe un Pronóstico negativo de consumo, respaldándose el pronóstico más positivo en la esperanza de los Planes Preventivos más eficaces, y en la pronta comercialización de vacunas y/o fármacos adecuados, a partir de los descubrimientos biofisiológicos señalados, así como el posible tratamiento genético.

I.2. NECESIDAD E INTERÉS DEL ESTUDIO

Mucho ha cambiado todo el campo de trabajo en que se centra el presente estudio.

Hoy, la Comunidad Autónoma de Castilla y León, en la cual se encuadra la Comarca, ha realizado ya varios estudios y seis Planes sobre el consumo de drogas (incluyendo el alcohol) y la prevención.

En cambio, hace unos años era este campo, tanto geográfico como en cuanto al tema de mi estudio, un terreno casi sin cultivar.

Siempre se comentaba la mayor incidencia del alcoholismo en esta Comarca, pero sin presentar datos suficientemente fiables al respecto. Quizás la observación de esta realidad ha sido uno de los motivos que me han impulsado al presente estudio, al igual que la experiencia devenida de la colaboración con Alcohólicos Rehabilitados.

Esta necesidad no sólo ha sido percibida por mí, sino también por quienes han realizado trabajos, sobre el mismo o parecido tema, citados en el capítulo “Literatura existente” del presente estudio, así como también por la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados, y todo el que se ha asomado al tema.

Además, hay datos de carácter clínico y socioepidemiológico que demuestran tal necesidad. Así, en la Memoria Anual del Sanatorio Psiquiátrico Santa Isabel de León, 1985, referido a los ingresos, se dice que por partidos judiciales, en las toxicomanías, y en términos absolutos, la tasa de mayor incidencia corresponde a León, pero en cifras relativas corresponde a Ponferrada. (Memoria Psiquiátrica. Sanatorio Psiquiátrico Santa Isabel. León. Diciembre. 1985).

En esta misma Memoria, se cifra la población total de la provincia en 517.953 habitantes, de los cuales al partido judicial de León corresponden 46,47 %, mientras que el partido judicial de Ponferrada contaba con el 28,58% de los habitantes, perteneciendo el resto a otros partidos judiciales.

En 1986, la Excma. Diputación Provincial de León publicaba un trabajo, (Excma. Diputación. P. de León, 1986) sobre toxicomanías, de cuyos resultados se extraen los siguientes datos:

- Población general de El Bierzo / respecto población total provincial.....30,07 %

- Adictos Bierzo / respecto adictos totales de la provincia.....45,62 %

En 1986, el responsable del presente trabajo exponía un estudio realizado en seis municipios en el entorno de Toral de los Vados, sobre “Juventud y Alcoholismo”. En el mismo, se obtienen datos explícitos: un 23,85% de la población estaría de algún modo afectada por el alcohol, existiendo un 16% de alcohólicos. (Núñez C. D., 1986).

Por entonces, se cifraba la media nacional de alcohólicos, según las diversas fuentes, entre un 9 y un 10,5 %.

Hoy el alcohol ha adquirido una gran importancia a nivel cultural y económico, desarrollándose, por ejemplo, numerosas bodegas industriales, con el propósito de hacer un vino de gran calidad, que cuentan, en la Comarca, con ayudas de los fondos europeos a través de la Junta de Castilla y León, de hasta el 80% de la inversión. Mientras que, por otro lado, el alcoholismo es objeto de estudio por la misma Junta de Castilla y León periódicamente.

En los últimos años, algunos resultados obtenidos de los estudios realizados por la Junta de Castilla y León demuestran que el consumo de alcohol de la C.A. (también productora en alza), tanto en cantidad como en calidad, se halla por encima de la media nacional (Comisionada Regional para las Drogas de Castilla y León).

Además, en Europa el alcohol se expande por doquier: los menores de 16 años, en su mayor parte, ya han probado el alcohol, y la mitad de los que han bebido se han embriagado alguna vez, siendo 57.000 los fallecidos al año por culpa del mismo. (OMS, 2001).

De forma que parece existir una continua necesidad de distinguir el uso y el abuso del alcohol. Pero, en todo caso, parece que los datos y razonamientos expuestos justifican la necesidad del presente estudio.

Si, cuando se ha iniciado el estudio, el interés del mismo se centraba en la ausencia de trabajos específicos y fiables al respecto, hoy el interés sobre el alcoholismo es creciente, tanto a nivel regional como en el P N D, así como a nivel de Prevención de la Comunidad Europea, o a nivel asistencial. (Decálogo de la UE, recomendaciones sobre políticas en materia de alcohol, 2003).

Por tanto, el presente estudio no es sino una aportación más, concreta y limitada, pero válida, que se une al resto de las múltiples aportaciones realizadas, respecto al uso y abuso del alcohol.

Podría parecer que hubiese perdido interés el presente trabajo. Sin embargo, a mi modo de ver dicho interés se ha revalorizado, por ejemplo al poder comparar sus resultados con los obtenidos a nivel regional, tanto de Castilla y León como de Galicia, así como a nivel nacional o europeo, a pesar de que los resultados no son extrapolables.

Sería prácticamente imposible abarcar en este trabajo un campo más amplio. Por eso, y por los razonamientos expresados anteriormente, ha sido necesario acotar el campo de las toxicomanías. De hecho, ya en el proyecto de tesis se hacía referencia exclusiva al campo del alcohol.

Y, por todo lo anteriormente expuesto, siguen siendo válidos tanto el interés del tema, como el esfuerzo realizado, así como los objetivos a investigar.

II. ALCOHOLOGÍA

II. ALCOHOLOGÍA

II.1. PLANTEAMIENTO INICIAL

Como su nombre indica, alcoholología significa tratado del, o acerca del, alcohol. Este capítulo será un posicionamiento teórico, general y explicativo acerca de todo el contenido del trabajo. Sus temas han sido compendiados, y finalmente reducidos a los siguientes capítulos: generalidades, la enfermedad, tipologías, métodos diagnósticos y prevención en AP, biología, UBB específica del presente estudio.

En el sustrato del presente trabajo se halla un estudio epidemiológico, al que denomino la Encuesta, constituyendo como la base de datos, y, como se ha demostrado, siendo en sí mismo un estudio socio-clínico.

Epidemiología puede traducirse como estudio del pueblo, ya que procede de los términos griegos: epi (encima), demos (pueblo) y logos (tratado, estudio).

El término alcoholismo lo utilizó por primera vez el médico sueco Magnus Haus, a mediados del siglo XIX, al observar la relación existente entre el excesivo consumo de alcohol y el surgir de múltiples afecciones físicas, sociofamiliares y laborales.

Por su parte el término de alcoholología fue usado por vez primera por Fouquet, en 1967, integrando en el mismo aspectos psicológicos, fisiológicos y sociológicos.

En nuestro ambiente, el Profesor F. Alonso Fernández se ha convertido en uno de los ejes de referencia en todo trabajo como el presente. Desde luego, y ya desde ahora, quiero expresar que, alrededor de dicho eje girará el entramado de muchas de las teorías en este capítulo expuestas.

Distingue Alonso Fernández tres tipos de bebedores: excesivo regular, alcoholómano y bebedor enfermo psíquico.

- El bebedor excesivo deja de ser bebedor normal cuando rebasa la ingesta del 20% de sus calorías diarias con el alcohol que consume (sabiendo que 1 g de alcohol es equivalente a 7 calorías). Este bebedor excesivo presenta dos características: no

pierde el control de la ingesta ni tiene impulso hacia la embriaguez. Este consumo se liga a formas socioculturales, y puede desarrollar dependencia biológica.

- El alcoholómano sí presenta una tendencia irresistible hacia el alcohol, consumiéndolo de forma recurrente, a medida que surge en él esa necesidad psicológica, buscando la bebida como medio de aliviar su ansiedad o vivencias. Además, la alcoholomanía aparece precozmente, en la infancia o adolescencia, y, según se avanza, son más los episodios de embriaguez.
- El enfermo psíquico (que ya de entrada hay que hacer referencia a su patología dual), bebe para mitigar sus emociones negativas de ansiedad (también el alcoholómano podría beber por ansiedad, pero con cierto matiz diferente), depresión o estado paranoide. Su consumo no es uniforme, embriagándose con frecuencia. Veremos cómo el bebedor “globalizado” oculta en sí, al menos, algunas implicaciones psicológicas, como: inseguridad, ansiedad, compulsión...

La OMS distingue dos conceptos: trastorno relacionado con el alcohol y síndrome de dependencia alcohólica. El primero, más genérico, hace referencia a cualquier alteración de tipo físico, psíquico o social, que se produce en el sujeto, teniendo como causa el alcohol. En cambio, el segundo sólo hace referencia a los sujetos poseedores de una dependencia conceptual y/o psicobiológica respecto del alcohol. De hecho, la dependencia quedaría englobada dentro del primero. El diagnóstico del síndrome de dependencia alcohólica se especifica en el CIE.10 y en la clasificación del DSM-IV. Su diagnóstico puede realizarse fácilmente a través del CAGE y AUDIT-C.

Hoy en España podría rondar en torno al 70% la población adulta consumidora de alcohol, siendo aproximadamente el 6,5% alcohólicos, a los que habría que sumar los bebedores excesivos habituales, llegando así a unas cifras, aproximadas, de un 12% de alcohólicos reales. Esta cifra es próxima al resultado obtenido en la Encuesta (Vega Piñeiro M., 1996).

El mismo Vega Piñeiro, citando a Rydberg y Skefving, asegura que, ya en 1977 se establece como dosis aceptable para metabolizar un organismo normal y con un peso normalizado de 70 Kg. en el varón, la cantidad de 0,1 gramo de alcohol puro por Kg. de peso y día. Por tanto, no sería aceptable el consumo de más de 7 gramos de alcohol puro al día en el

hombre, o bien 50 g a la semana, siendo menor en la mujer. También nos proporciona Vega Piñeiro material suficiente para realizar un diagnóstico adecuado.

Los descendientes de alcohólicos suelen presentar mayor índice de problemas con el alcohol, debido a una vulnerabilidad genética (algo que afirman también otros autores, según se verá en este mismo capítulo). Para mejor explicación, añade Piñeiro que dicha vulnerabilidad se acompaña de diversos elementos socioculturales y variables sociodemográficas, cambiantes, por tanto, entre los diversos países. Al comparar el riesgo relativo de padecer alcoholismo, respecto a la población general (citando a Robins y cols., y según estudio realizado por éstos en 1988 en América) se obtiene que dicho riesgo es doble en un pariente de segundo grado, triple o cuádruple en un familiar de primer grado, y diez veces mayor entre gemelos univitelinos (Vega Piñeiro M., 1996, 52). Por tanto, sí hay herencia, que consiste en una susceptibilidad al alcoholismo, mediada por la transferencia genética de algunos rasgos de personalidad y estructuras neurogénicas, que se reflejan en mecanismos de respuesta a la estimulación del alcohol, bien en la inhibición de respuesta, en la activación de la misma, o en el mantenimiento de la conducta (Clonninger y cols., 1989. En: *Ibíd.*, 53).

Se ha extendido la idea de lo provechoso del uso moderado del alcohol para la salud, específicamente en cuanto a sus beneficios cardiovasculares. Sin embargo, no se difunden tanto sus riesgos. De manera que puede afirmarse que, si bien, periódicamente, parece mantenerse o descender ligeramente el bebedor moderado y ligero, incrementándose notablemente el consumo de fin de semana entre jóvenes, sí es evidente que tanto unos como otros, pero especialmente los jóvenes, poseen un bajo índice de percepción de daño, en parte debido a su desconocimiento. Por lo cual, un plan preventivo deberá atender tanto a la información como a la formación.

Coincidiendo con Alonso Fernández, no parece de acuerdo Piñeiro con mensajes permisivos, a la hora de la prevención. Pues al no definirnos claramente por la abstinencia, sino solo por la reducción del consumo, queda abierta la puerta de interpretaciones subjetivas, facilitando el surgir de autoengaños o auto-justificaciones.

Y es aquí en donde puede intervenir, además de otras posibilidades, la prevención en AP. Toda vez que se nos ha dado medios adecuados de diagnóstico, y puesto que el médico de primaria suele conocer de cerca a sus clientes, este mismo médico puede y debe realizar una prevención tan sencilla y eficaz como el consejo breve, informando de la situación clínica y de las consecuencias de su conducta al cliente (Atención Primaria, Noviembre 2003).

II.2. CLASIFICACIÓN TIPOLÓGICA

Para el Profesor Joaquín Santo Domingo, la toxicomanía sería el grado supremo de dependencia. Este estado de dependencia puede ser psíquico o biológico, implicando tolerancia y síndrome de abstinencia o deprivación.

Pero para Santo Domingo propiamente no existe dependencia física y/o dependencia psíquica. En realidad la dependencia es un estado continuo, unitario de la persona, que lo vive como una unidad psico-física y psico-somática, y ésta es la realidad auténtica.

El modelo de Santo Domingo y Llopis, en 1963, distingue cuatro variantes, tipologías, de bebedores:

- Sin pérdida de control: tiene capacidad de abstinencia, pero no S. de abstinencia.
- Aumento de tolerancia: el metabolismo se adapta al alcohol, puede presentar S. de abstinencia, no hay capacidad de abstenerse, pero conserva el control.
- Metabolismo ya adaptado al alcohol con incremento mayor de tolerancia: puede presentar S. de abstinencia, no puede abstenerse y hay pérdida de control.
- Bebedores intermitentes: puede abstenerse y hay pérdida de control.

Es bien conocida la tipología alcohólica de Jellinek: alfa, beta, gamma, delta, épsilon. Gamma y delta son propiamente alcohólicos, beta puede convertirse en delta, y épsilon presenta dipsomanía (ingestas episódicas).

El bebedor gamma (que presenta pérdida de control) adquiere dependencia física y psíquica, siendo secundarios otros factores, como los socio-culturales y laborales.

Primero, aparecería la dependencia psíquica, evolucionaría con tolerancia, adquiriendo posteriormente la dependencia física. El bebedor gamma sería el auténtico toxicómano o alcoholómano.

El bebedor delta mantiene una ingesta regular y abundante durante todo el día, es incapaz de abstenerse, a pesar de que mantiene el control durante tiempo, teniendo a favor los factores socio-culturales y socio-económicos. Y por tanto en él aparece primero la dependencia física, y solo tardíamente aparece también la psíquica. Aquí se clasifican muchos bebedores normalizados (al menos el 50 %), pertenecientes a la “cultura del vino” indicada, de larga evolución.

Según las teorías de diversos autores, y según el compendio realizado por mí mismo, podría establecerse una aproximación clasificatoria de la tipología realizada por Jellinek y la realizada por Alonso Fernández. Dentro de la tipología de Jellinek, las dos primeras no tienen porqué ser enfermos alcohólicos. Serían el tipo alfa (no presenta enfermedad, su síntoma sería un trastorno subyacente, enfermedad dual), y el tipo beta (que bebe en exceso, y puede no presentar dependencia física ni psíquica).

La tipología de Jellinek es la descrita:

- Alfa: puede convertirse en gamma, que ya es un auténtico enfermo.
- Beta: puede convertirse en delta, siendo éste también un auténtico enfermo.
- Gamma: presenta pérdida de control, así como dependencia física y psíquica, siendo un auténtico alcohólico.
- Delta: presenta ingesta regular, incapacidad de abstinencia y mantiene el control, al menos durante un tiempo. Presenta primero la dependencia fisiológica y luego la psicológica, siendo entonces un alcohólico auténtico. Aquí podrían encuadrarse muchos bebedores moderados pero de larga evolución...y ya explicado más arriba.
- Épsilon: presenta dipsomanía.

Las posibles relaciones con los cinco tipos de bebedores (“enfermos”), según Alonso Fernández serían:

- Psíquico: puede pasar a dependiente físico.
- Alcoholizado: organismo alcoholizado.
- Alcoholómano: enfermo psíquico. Alteraciones biológicas, orgánicas o psíquicas. Propiamente alcohólico.
- Bebedor excesivo regular: enfermo psico-físico. Mantiene el control. Escasos trastornos psíquicos y sociales. Incapacidad de abstenerse.
- Bebedor episódico: bebedor cíclico. Enfermo psíquico. Puede denominarse “alcoholómano pseudoperiódico” (Alonso Fernández, F. 3ª ed., 49-50).

II.3. ALCOHOLISMO COMO ENFERMEDAD

Ya conocemos lo suficiente para preguntarnos qué es la adicción. Según el coordinador de la Red de Trastornos Aditivos (RTA), Fernando Rodríguez Fonseca, la adicción sería una enfermedad crónica y recidivante, no únicamente un estilo de vida. Para dar esta definición, Rodríguez Fonseca se basa en la propia definición de la OMS, en las experiencias de los 31 centros que integran la RTA, y en los estudio de los 300 investigadores integrados en dicha RTA. También dicha Red considera la adicción como una enfermedad, coincidiendo con la práctica totalidad de los autores. Pero, además, aboga por integrar las adicciones en el sistema público, al igual que la mayoría de redes y/o autores que tratan la prevención.

Como datos más sobresalientes, la RTA nos dice: hay un 10% de población entre 15-64 años que bebe diariamente, un 20% se emborracha al menos una vez al año, ascendiendo al 50% el número de los que lo hacen si la edad comprendida es de 14-18 años. El alcohol se ha convertido en la segunda causa de cáncer siendo la primera el tabaco, originando 10.000 muertes anuales.

En el curso de “Alcohol y otras adicciones en AP”, Unidad 3. Clínica y trastornos, también nos aseguran que la adicción es una enfermedad. No hay mejor confirmación que aplicar los criterios diagnósticos de la OMS (CIE 10 y DSM-IV).

Y, coincidiendo con la teoría de Santo Domingo, se asegura, en dicho curso, que no debe aplicarse la teoría del todo o nada ni a la dependencia ni al consumo perjudicial, más bien debemos atender a un enfermo que evoluciona gradualmente (de forma evolutiva) en su dependencia.

También en el mismo curso, se nos habla sobre la peligrosidad del s. de abstinencia del alcohol. En este informe se nos asegura que dicho s. es igual de peligroso que el de la heroína.

Y, puestos a recordar, recuerdo el vendaval del estudio publicado en Lancet el 10 de noviembre del año 2010, al afirmar que la dependencia del alcohol era igual a la de la heroína, y peor que la de algunas otras sustancias. También recuerdo cuando en los primeros años de mi contacto con el tema que nos ocupa, leía las tres cruces con las que se marcaba dicha dependencia, al igual que la de la heroína, en cuanto a peligrosidad. No parece nada

nuevo, por tanto, la afirmación realizada por el ex-Asesor del Primer Ministro Británico, y publicada en la revista señalada.

Claro que bien pudiera existir una explicación, si seguimos entendiendo el alcoholismo como un vicio. Por eso el Dr. Manuel Sanchís (Jefe de la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital Padre Jofré de Bétera, Valencia), después de asegurar que dicho síndrome es peor, incluso, que el de la heroína, nos dice que ya se ha quedado anticuada aquella valoración moral, que consideraba el alcoholismo como vicio, y no como enfermedad. La consideración del alcoholismo como tal enfermedad, ha posibilitado que los alcohólicos sean atendidos antes en el sistema sanitario.

Aproximándose a las afirmaciones de la revista Lancet (10.11.2010), Guillermo Ponce (Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre de Madrid), nos dice que se debe dejar claro que el alcohol es la sustancia más tóxica, incluso más que las sustancias de síntesis (Curso de alcohol y otras adicciones en AP, Junio 2003).

Otras teorías próximas a Sanchís y Ponce en cuanto a peligrosidad del s. de abstinencia alcohólico son las de Nora Volkow, que veremos más adelante.

Podemos distinguir cuatro niveles, según la evolución del alcoholismo:

- Consumo de riesgo: toda persona que consume más de 80 g de alcohol en unas pocas horas, al menos una vez al mes. En Europa, suele considerarse bebedor normalizado a quién no sobrepasa los 40 g de etanol/día, en caso del hombre, ni los 24 g/día en el caso de la mujer.
- Consumo perjudicial: personas que, independientemente de la cantidad consumida, presentan dificultades físicas o psicológicas debido a dicho consumo, sufriendo también problemas familiares, laborales o sociales.
- Consumo abusivo: hay un patrón desadaptativo en el consumo de alcohol. Presenta deterioro en las obligaciones personales, pudiendo seguir en el consumo a pesar de las consecuencias sociales o en situaciones de riesgo, o dicho consumo se asocia a problemas legales. Todos los problemas tienen distintos grados, incluso presentando las personas solamente formas leves de dependencia.

- Dependencia del alcohol: síntomas conductuales y fisiológicos, sigue bebiendo y aparecen consecuencias negativas: tolerancia, s. de abstinencia, pérdida de control, abandono de obligaciones o actividades, o pasar el tiempo bebiendo y recuperándose.

Mientras unos afirman que los jóvenes han disminuido su consumo de alcohol, los resultados del INE parecen desmentirlo. Según la Encuesta de Salud 2009, más del 11,6% de los jóvenes, entre 16 y 24 años, consumen alcohol de dos a tres veces por semana, mientras que el 28% lo consume entre dos y cuatro veces al mes, no existiendo diferencias entre sexos. Conocemos además el cambio de patrón, pues, debido a la globalidad, se ha pasado del beber moderado y continuo del adulto al consumo masivo y de alta graduación juvenil y en fin de semana. Por lo cual, nuestros jóvenes bebedores podrían clasificarse como bebedores de riesgo, de consumo perjudicial, o de consumo de abuso.

El Gobierno ha dejado atrás la Ley del Alcohol de 2007, dirigiendo sus esfuerzos hacia la educación. Los médicos de AP solicitan ser tenidos en cuenta como primer y fuerte eslabón, tanto en diagnóstico y control, como en prevención.

Es importante y urgente informar sobre los efectos del alcohol, de modo específico a sectores como los jóvenes. Según el Delegado del Gobierno para el PND (Noviembre 2010), a día de hoy, entre el 15-20 % de los jóvenes menores de 12 años consume regularmente alcohol, mientras que el 40 % de los jóvenes de 18 años beben de modo peligroso.

En esta situación no es difícil comprender tanto la preocupación generalizada por el tema, como el cambio de responsabilidades, desde un terreno penal y judicial, a otro más educacional y de prevención. En este contexto, José Zarco, Coordinador del grupo Intervención en Drogas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, afirma que el médico de familia debe actuar aconsejando de manera breve, reiterada y continuada para concienciar a la sociedad.

Sin embargo, frente a estas teorías, surgen otras más, o incluso puramente, biologicistas. En las XII Jornadas Nacionales de Patología Dual, celebradas en 2010 en Madrid, los psiquiatras Pablo Vega (vicepresidente de la SEPD), Pedro Rodríguez (Profesor de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Miller, Univ. de Miami) y Miquel Casas (U.A.B.) aseguran que más de la mitad de los pacientes con patología dual consumen sustancias de

abuso. Y parecen deducir rotundamente que se debe abandonar la idea de que las adicciones dependen del entorno de los jóvenes. El origen real de las mismas dependería de los mecanismos neurocerebrales de cada sujeto.

Miquel Casas asegura que la toxicomanía es una enfermedad crónica, que necesita un año de recuperación por cada tres de adicción. La droga sólo crea dependencia cuando encuentra un cerebro predispuesto.

Pedro Ruíz relata algunos indicios de última hora, según los cuales podrían ser verdad dos cosas: que todas las enfermedades mentales tienen una adicción en su base, y que la misma adicción pueda ser parte de una enfermedad mental en sí misma. Según estudios realizados por el NIDA (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos), y en colaboración con su directora Nora Volkow, dice Ruíz que, todas las enfermedades mentales que tienen en su base una adicción, poseen una relación neurocientífica entre sí. Y, por otro lado, el 80% de presos, en cárceles estatales, y que son enfermos mentales, son también adictos.

Independientemente Néstor Szerman (presidente de la SEPD), asegura que la multiplicidad de sustancias disponibles entre los jóvenes ha favorecido la mayor frecuencia de trastornos mentales, y a edades más tempranas (XII Jornadas Nacionales de Patología Dual, 2010).

En países vitivinícolas, como es nuestro campo de estudio, según Feuerlein (Feuerlein W, 1982, 157-158), se difumina el binomio o dicotomía dependencia física – psíquica.

Existe un uso normativo (comportamiento, cultura de consumo... con todas sus implicaciones) y, sin existencia de otros condicionantes, se adquiere, más o menos simultáneamente, la dependencia psíquica y física.

Roberto Secades Villa asegura que el uso continuado de alcohol crea tolerancia. Si le falta la dosis adecuada de alcohol a esta persona, se produce una serie de trastornos aislados, o más bien asociados, originándose la dependencia física.

La dependencia psíquica surge, dentro de un continuo, cuando existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico, que exige consumir alcohol de modo regular y continuo (Secades Villa R., 1996, 21-25). Por tanto, de modo similar a Santo Domingo, Secades nos habla de un estado de dependencia, que es un estado progresivo. Para Secades, existen las secuelas crónicas del alcoholismo, pero no el alcoholismo crónico. El concepto de crónico

se origina del modelo biomédico. Y se debe distinguir entre bebedores con problemas y alcohólicos.

La dependencia es un continuo con diferentes grados: leve, moderado, grave, en remisión parcial, en remisión completa.

Estos criterios diagnósticos del trastorno por dependencia no tienen que ver tanto con lo cuantitativo como con lo cualitativo, la manera cómo se bebe, la capacidad de resistencia ante una necesidad intensa de beber, el hecho de seguir bebiendo a pesar de las consecuencias negativas experimentadas.

Para José Guardia (Unidad de Conductas Adictivas del Hospital Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona), tanto el trastorno por dependencia, como el trastorno por abuso son formas distintas de presentarse el alcoholismo, que al fin es uno de los trastornos mentales más frecuentes (Curso de Alcohol y otras Adicciones, Noviembre 2002).

Para el Dr. Gabriel Rubio Valladolid, el sistema de atención a las adicciones debe ser el público, no las asociaciones de autoayuda. Su sistema terapéutico sería de tipo socio-sanitario. Y, a la hora de calificar la dependencia alcohólica, no la considera tan adictiva o peligrosa, comparada con la de otras sustancias (heroína, cocaína, éxtasis), al contrario de la teoría defendida por los autores biologicistas, e incluso de las que parecen deducirse de Santo Domingo, o del estudio presentado en Lancet.

Parece que Rubio se hallaría más próximo a Alonso Fernández en este aspecto. Una conducta adictiva, para ser tal, debe poseer dos características: sensación del sujeto de haber perdido la capacidad de libertad frente al alcohol, y la tendencia a la repetición. Entre los factores más decisivos en la conducta adictiva se hallan: los culturales, la diversión (encierra un mayor riesgo de adicción), la edad de inicio, la personalidad y factores genéticos (éstos solo explicarían el 55% de la conducta adictiva). Y, por el contrario a las teorías más biologicistas (que aseguran que el 70% al menos de los enfermos mentales tenían en la base una adicción, formando incluso la adicción parte de una enfermedad mental), para Rubio, cuyo modelo es más socio-sanitario, como se ha indicado, sólo el 10% de los bebedores de alcohol desarrollan conducta adictiva respecto a esta sustancia, adquiriéndola el 33% de los consumidores de cocaína, y presentándose el tabaco como la droga más adictiva (hasta en un 97% de los consumidores) (Curso Alcohol y otras Adicciones, Diciembre 2003).

El Profesor Alonso Fernández denomina al alcoholismo, por ser más adecuado, Alcoholdependencia o Enfermedad del Alcohólico. Piensa Alonso Fernández que debe mantenerse el concepto de alcoholdependencia, en cuanto a enfermedad. Pues esto supone la capacidad de curación, como cualquier enfermedad.

Es una afirmación gratuita decir que “un alcohólico siempre será un alcohólico”, como asegura Consuelo Guerri.

Nos explica Alonso Fernández que la clave de dicha enfermedad estaría en la pérdida de libertad, para los deterministas, haciendo referencia a la dependencia psicológica; en cambio, para los que admiten el concepto de toxicidad, la clave serían los trastornos (psíquicos, corporales o sociales), y hace referencia a la dependencia biológica.

Podemos ver que Alonso Fernández se situaría más bien en la primera concepción, pues para él existe un término clave de alcoholismo que es la alcoholdependencia, implicando la pérdida de libertad interior frente al alcohol.

Esta alcoholdependencia presenta dos vertientes:

- Psicológica: comprende el impulso a la embriaguez. Si hablamos únicamente de la dependencia psicológica, es posible la transformación del alcohólico.
- Fisiológica: sería como un resorte que se dispara ante la falta de control, al mínimo consumo. Esta segunda vertiente no presenta ni la ambivalencia de Jellinek, en cuanto al concepto de enfermedad, ni tampoco entraña el concepto de irreversible, en cuanto tal enfermedad.

Si solo existe el impulso a la embriaguez, en cuya base puede hallarse la necesidad de evadirse de una realidad, es posible la remisión de dicho impulso (dependencia psicológica), transformándose el alcohólico en bebedor normal (Alonso Fernández F., 3ª Ed., 8). Pero, si existe dependencia fisiológica, está de acuerdo con la abstinencia, por ser más accesible que la sobriedad, según le consta por su experiencia clínica.

Pero, además, está de acuerdo con Bolman (1975), quién afirma que la abstinencia se refiere a un comportamiento favorable en la personalidad y en el comportamiento, y de modo especial en las defensas caracteriológicas y en las técnicas adaptativas.

Por eso considera que la terapia permisiva es un planteamiento irreal y engañoso (Ibíd., 9).

Autores como Kohan (1975) aceptan que el beber es conducta aprendida y funcional, algo así como un responder activamente a las condiciones impuestas por el ambiente (Ibídem, 10).

Para Alonso Fernández el alcoholismo está al nivel del resto de las drogodependencias. Pero él se sitúa claramente del lado de la postura médica (en contra de la posición de Roberto Secades), no aceptando tampoco (y en esto coincide con Secades) la concepción de alcoholismo crónico, que sería equivalente a incurable.

Por tanto, ¿cómo atender esta enfermedad? El objetivo terapéutico puede ser doble: abstinencia total o sobriedad. La responsabilidad recae sobre el terapeuta, dependiendo de su experiencia. Sin embargo, en esta terapia hay dos errores que se deben evitar: uno es hablar de una posible conversión del alcohol-dependiente en un bebedor normal (debido a la posibilidad de conducir a recaídas); otro, aplicar, en la terapia con jóvenes, la teoría del beber controlado, siendo la realidad que dicha teoría solo es aplicable como teoría preventiva.

Dicha psicoterapia sistemática tiene tres enfoques diferentes, pero paralelos:

- Existencial: se enfoca hacia la comunicación.
- Cognitiva (forma adleriana): buscando las raíces de la inseguridad.
- Experiencia correctora: buscando antecedentes acumulados, relaciones interpersonales traumatizantes (Ibídem, 24).

Como veremos más adelante hoy predomina la teoría cognitivo-conductual en el tratamiento de la alcoholología y otras adicciones. Yo deseo señalar la importancia de la teoría cognitivo-emocional en dicho tratamiento.

Los distintos autores explicados nos hablan de la alcoholdependencia, aclarando diferentes fases evolutivas, diferentes tipologías, diferentes modos de beber. Pero siempre, según el Profesor Santo Domingo, en realidad, para hablar de la dependencia alcohólica tienen que existir dos características:

- Incapacidad de abstenerse: sería equivalente al impulso de Alonso Fernández, hablamos de la dependencia psicológica.
- Incapacidad de control: a fin de beber con moderación, siendo equivalente a la falta de control de Alonso Fernández, haciendo referencia a la dependencia fisiológica.

De tal manera que existiría, en un principio, un desarrollo reactivo de la personalidad, un trastorno psicosocial, o una anomalía en la existencia. Posteriormente sería cuando estas situaciones se transformarían en un auténtico trastorno biológico y, por tanto, con carácter patológico.

Desde este concepto de enfermedad, la reversibilidad del alcohólico es posible. Incluso, aparte de los beneficios en salud, la consideración de la alcoholdependencia como enfermedad, aporta también beneficios político-administrativos, aún en países poco evolucionados, al menos facilitando la difuminación de los prejuicios sociales, y el comienzo de posibilidades terapéuticas (Ibídem, 11).

Estos mismos conceptos son definidos por Alonso Fernández cuando asegura que, solamente a través de la comprensión psicológica, se puede llegar al diagnóstico del alcoholómano. Incluso, esta comprensión psicológica representa, en sí misma, una importante terapia. Y, a su vez, constituye la base de la terapia del alcoholómano, que comprende dos técnicas: primero, psicoterapia individual breve; y, en segunda fase, casi siempre se continuará con la psicoterapia de grupo.

II.4. SUSTRATO BIOLÓGICO. SECUELAS

El Profesor Alonso Fernández, en su defensa de la alcoholdependencia como enfermedad, rechaza las objeciones que se oponen a la misma, tachándolas de poco sólidas, cuando califican a dicha teoría por él defendida como irresponsable.

En su defensa cita a Keller (1976), del que asegura, que considera el alcoholismo como una enfermedad que se manifiesta por un trastorno de conducta, pero no tiene en su inicio una base anatómica ni bioquímica, al menos que se conozca (Alonso Fernández F, 3ª Ed., 10).

Parece, por tanto, que Keller pudiera negar, o al menos no tener en cuenta, una posible herencia. Pues de hecho sí acepta la función bioquímica, no al inicio (siendo anterior la dependencia primaria, psíquica), sino posteriormente (dependencia fisiológica, secundaria al consumo de alcohol), pasando varios años hasta que se establece ésta.

Este funcionamiento biofísico, posterior tanto a la dependencia física como a la tolerancia, funciona a dos niveles:

- Membrana neuronal: aquí se modifican los fosfolípidos, y disminuye la síntesis de proteínas.
- Metabolismo de neurotransmisores: en el consumo continuado de alcohol se produce un incremento en la síntesis y liberación de catecolaminas; se da una disminución en la síntesis y liberación de acetilcolina; disminuye la concentración de nucleótidos cíclicos cerebrales; y se reduce la sensibilidad de la adenilciclase (enzima mediadora) a los neurotransmisores.

Si existe una supresión brusca de alcohol, produciéndose el s. de abstinencia, pueden aparecer estos cambios: mayor incremento en la síntesis y liberación de catecolaminas, existiendo probablemente una correlación entre el grado del s. de abstinencia y la liberación de catecolaminas; se reduce la síntesis de serotonina (tanto catecolaminas como serotonina serían sistemas de balance); existe concentración, muy por encima de lo normal, de nucleótidos cíclicos en cerebro; la adenilciclase experimenta una sensibilidad muy notable hacia varios neurotransmisores.

Y, para reforzar sus explicaciones, acude nuevamente Alonso Fernández a las pruebas presentadas por diversos autores:

Hunt (1985): asegura que no existe la evidencia suficiente, exceptuando algunos casos, para pensar que el etanol actúa directamente sobre los transmisores.

Parece demostrado que el etanol actuaría, de modo directo, sobre:

- Receptores GABA, facilitando la unión GABA-receptor, lo cual inhibiría la función neuronal.
- También reforzaría la función de receptores de glutamato y opiáceos.
- Y además se produciría una alteración anatómica: habría una mayor fluidez de lípidos en las membranas. Por lo tanto, la superficie (la capacidad) de los receptores para contactar con los neurotransmisores aumenta, facilitándose las sinapsis.
- Los receptores también podrían verse afectados debido al efecto directo del etanol sobre las proteínas locales.

Por lo tanto, podría decirse cuál es el eslabón primario, preferente, que nos aclararía los efectos del alcohol sobre el SNC. Y no sería otro que la interacción del etanol sobre la membrana neuronal (Etanol → Membrana neuronal) (Alonso Fernández F., 3ª Ed., 40-41)

Morgenroth y cols. (1975): explican que la administración permanente de alcohol eleva el calcio existente en el SNC, produciendo dicho calcio una posible doble acción:

- Incrementa la afinidad de la enzima por su sustrato. Por ello la enzima tirosinhidroxilasa experimenta una exaltada hiperfunción.
- La noradrenalina (NA) se elevaría debido al consumo continuado de alcohol. Sin embargo, al elevarse el calcio, las neuronas incrementarían la captación de NA, por lo que disminuiría la actividad de dicha NA.

Pohorecky (1977): nos explica el s. de abstinencia, que se produce tras la interrupción brusca de la ingesta de alcohol, en los alcohol-dependientes:

- Dicho s. de abstinencia se explicaría por el incremento de liberación de NA (de su actividad), por un lado.
- Mientras que, por otro, la actividad de la serotonina no se modifica.

Roccagliata y cols. (1980): tratan el s. de abstinencia alcohólica con un potente bloqueante de los receptores de NA (noradrenérgicos), que es la trazodona, clasificando los resultados como muy buenos.

Concluye el Profesor Alonso Fernández que, de lo expuesto, parece deducirse que el s. de abstinencia del alcohol está mantenido por la hiperfunción noradrenérgica central (Ibídem, 41).

Expuesta la teoría biofisiológica de Alonso Fernández, es necesario explicar otras, que pueden coincidir en lo básico, pero añadiendo matices, o bien diferir hasta incluso contradecirla. Pero lo que se debe resaltar, en todo caso, son los nuevos hallazgos, de genes, marcadores o enzimas y proteínas, que parecen ser un auténtico futuro esperanzador en la resolución del alcoholismo.

Néstor Szerman nos aclara que efectivamente son los factores sociales los que ponen a los sujetos en contacto con la droga, pero no los que crean las adicciones, ya que del segundo aspecto se encargan los factores individuales o personales, como son: factores genéticos, de personalidad o trastornos mentales. El mismo Szerman, que, en alguna exposición anterior, parecía situarse en una posición más biologicista al explicar la compatibilidad de enfermedad dual hasta en el 70% de casos, nos dice que, efectivamente, hace todavía bien poco la adicción era abordada desde una perspectiva biologicista únicamente. También reitera que la patología dual debe ser abordada a la vez, en su tratamiento (coincidiendo así con otros muchos, como el Dr. G. Rubio), a fin de conseguir mejores resultados en ambas patologías.

Nora Volkow, Coordinadora del Instituto Nacional para las Toxicomanías de Estados Unidos, amplía, de modo demostrativo o experimental, las explicaciones dadas por otros autores ya señalados. De manera que los resultados de experimentos por ella coordinados demuestran que, al elevarse los niveles del receptor D2 de la dopamina, se produce un efecto protector, disminuyendo el consumo de alcohol, incluso en personas de alto riesgo y familiares de alcohólicos. Según ella, esto explica el porqué personas en idénticas circunstancias evolucionan unas hacia el alcoholismo, mientras que otras no. En el caso de

personas con antecedentes familiares de alcoholismo existen niveles elevados del receptor D2 sobre todo a nivel frontal, proporcionándoles un efecto protector frente al alcoholismo.

Por tanto, estos hallazgos deben ser útiles para el tratamiento de los alcohólicos.

Además, también Nora Volkow parece coincidir con quienes afirman que, si no todas, al menos diversas adicciones tienen un mismo mecanismo (alcohol, cocaína, metanfetamina, heroína o marihuana), que consistiría en un menor nivel de receptores D2 (Conferencia sobre voluntad y adicciones, Abril 2007).

Esta reducción de receptores D2 también está relacionada con una mayor frecuencia de recaídas, que se produce hasta en un 80% de los adictos. Igualmente se relaciona dicha reducción con el impulso a comer compulsivamente, propio de la obesidad mórbida, con un índice de masa corporal > 35%.

Nos habla Nora de los receptores dopaminérgicos D2, cuya reducción (que en los adictos es de hasta el 20%, y en persona normalizada disminuyen hasta un 5% cada diez años) supone una vulnerabilidad para posibles recaídas, y está en la base para posibles vacunas y fármacos dirigidos, precisamente, a prevenir recaídas.

Por tanto, la terapia farmacológica se dirige hacia la creación de vacunas y a mejorar los aspectos cognitivos. El sistema dopaminérgico regula la actividad de los centros asociados al placer y de los procesos cognitivos, que se asocian al juicio y al control.

Estos procesos se hallan alterados, en los procesos adictivos, al igual que los sistemas excitador e inhibidor (glutamatérgico y gabaérgico, respectivamente). Defiende Nora el uso de modafinilo (ya usado en narcolepsia), pues ha probado su eficacia para mejorar los procesos cognitivos ligados a corteza frontal regulada por sistema dopaminérgico, así como en la adicción a la cocaína, y posiblemente también en la adicción a metanfetamina.

También Nora Volkow coincide con Santo Domingo en la defensa de los grupos de autoayuda, y, como prevención de recaídas, aboga por vacunas, así como por la información.

Como hemos visto en la explicación de Nora Volkow, el alcohol produce daños cognitivos. Lo que se ignoraba, hasta estos últimos descubrimientos, era cómo y en dónde se producían esos daños. El cómo nos lo han explicado a través de los receptores dopaminérgicos. Y

parece que el lugar, o el dónde, es justamente en la formación de nuevas neuronas (que disminuiría hasta en un tercio, en el caso de alcoholismo), así como en la muerte celular (que se triplicaría, también en caso de alcoholismo). No obstante, hay autores que tratan de explicar el cómo a través del daño oxidativo producido por el alcohol, dificultando la neurogénesis. Y por eso sería recomendable la toma suplementaria de antioxidantes, así como vitaminas, en cuanto regeneradores hepáticos (Proceedings of The National Academy of Sciences, Junio, 2003).

Fernando Torrealba, de la Universidad Católica de Chile, centraliza en la ínsula o corteza insular el deseo compulsivo de consumir drogas. De hecho, al inhibir su funcionamiento con anestésico local, se bloquean los canales de sodio, desapareciendo, de modo temporal y reversible, el deseo de consumo de sustancias tóxicas.

Por tanto, debe ser tenido en cuenta dicho bloqueo, a la hora de programar terapias farmacológicas.

Simplificando, la etiología del alcoholismo podría considerarse doble, y las dos etiologías tienen que ver con el principio o sistema de recompensa: se consume alcohol por sentirse bien (refuerzo positivo), o para aliviar los síntomas del s. de abstinencia (refuerzo negativo) (Curso de Alcohol y otras Adicciones en AP, Noviembre, 2002).

En el s. de abstinencia intervienen: refuerzo negativo, NMDA, GABA y canales del calcio; y en cuanto al refuerzo positivo o búsqueda de ciertos efectos concretos del alcohol (efectos positivos, supuestamente) intervienen los opioides. Dicha abstinencia se produce cuando se ha instaurado la dependencia, tras un consumo que puede ser crónico.

A través de ambos caminos o refuerzos, se llega a un mismo lugar, el circuito mesocorticolímbico, reforzándose definitivamente la conducta de consumo de alcohol.

Se admite la transmisión genética de esta enfermedad (los hijos de alcohólicos presentan hasta cuatro veces más posibilidades de sufrir alcoholismo), pero todavía no se habrían descubierto los mecanismos.

Precisamente por esto, debemos atender a las explicaciones ya dadas, y las que se exponen más adelante sobre genes y proteínas.

En el mismo curso, se nos dice que la herencia tendría que ver con dos factores genéticos heredables: trastorno del abuso o dependencia de drogas, y trastorno antisocial.

Y, así, la dependencia alcohólica podría situarse dentro del síndrome de déficit en la recompensa (en el cual podrían incluirse otros trastornos, como los de personalidad, por déficit de atención e hiperactividad, algunos casos de descontrol de impulsos).

Al fin, los responsables directos de esta heredabilidad serían genes, alterados, que son regulados por neurotransmisores implicados en el circuito de recompensa: dopamina, serotonina, NA, GABA y los opioides internos.

Estos mismos marcadores serían los implicados en la vulnerabilidad para las recaídas.

Entre los factores etiológicos del alcoholismo se ha hablado mucho de una personalidad prealcohólica. Pero realmente no se han podido identificar características específicas. Sí se han identificado rasgos y/o factores que modulan el consumo: baja tolerancia al estrés, trastornos de personalidad o por déficit de atención e hiperactividad, descontrol de impulsos o impulsividad, ansiedad, depresión, baja autoestima...que pueden coincidir con ingesta incrementada de alcohol. En general, los factores etiológicos pueden ser: los que incrementan la disponibilidad del alcohol, y los que incrementan la vulnerabilidad del sujeto.

En cuanto a la disponibilidad, siendo factor determinante, puede ser de tipo económico (precio) y de tipo físico (número de bares y locales de venta, edad mínima exigida para comprar, días y horario de venta).

Además, estos factores deben agruparse en: macroambientales (socioeconómicos, de clase social, y culturales) y microambientales (familia y grupo, de relaciones, de presión, etc.).

Otra posible explicación, acerca de la fisiopatología del alcoholismo, la encontramos en la revista Adicciones (Socidrogalcohol, Vol. 14, 2002).

Según esta revista, los efectos agudos del etanol son mediados, fundamentalmente, por la interacción del mismo etanol con neurotransmisores: receptores GABA y NMDA, así como los cambios que paralelamente se producen en algunas aminos (dopamina y noradrenalina).

Las respuestas neuroadaptativas (en los receptores de aminoácidos) probablemente estarían debajo, en gran número, en el s. de abstinencia, con lo que contribuiría, en el caso del alcoholismo crónico, a la muerte neuronal.

Estas propiedades reforzantes, o reforzadores del etanol, parecen (no están bien comprendidas) estar mediadas, fundamentalmente, por: la activación de los receptores GABA, la liberación de péptidos opioides, la interacción con receptores nicotínicos, y la liberación indirecta de dopamina.

También, sin comprobación suficiente, la teoría del gen de transporte de la serotonina trata de explicarnos la dependencia alcohólica. Según explica Dirk Lichtermann (Universidad de Bonn, en Alemania), en los alcohólicos que presentan la forma corta (una degeneración) de dicho gen y la larga, podría esperarse una transmisión del 50% de cada caso en la herencia. Según la explicación dada, la asociación del gen corto del transporte de serotonina y alcohol, justificaría sin más la existencia de dependencia alcohólica. Pues dicha circunstancia provocaría un déficit de serotonina, lo cual justificaría dicha dependencia.

Por esta razón parece importante la realización de tests genéticos, cuyos resultados podrían permitir que, los poseedores de dicho gen corto, fuesen tratados farmacológicamente, bien de modo preventivo, bien de modo curativo.

Consuelo Guerri (Fundación Valenciana de Investigaciones Biomédicas) nos remite al gen de la dopamina (receptor de la dopamina D2) para explicarnos que el alcohólico tiene un polimorfismo especial. Este polimorfismo en este receptor está asociado a todas las sustancias.

Por eso hay autores que dicen que todas las drogas tienen las mismas bases de actuación o mecanismos iguales.

Guerri centra también en la región mesolímbica la liberación de dopamina, siendo éste el mecanismo real que participa en el refuerzo positivo de cualquier droga, estando implicado en cualquier adicción. Pero, a pesar de lo afirmado, cada droga interacciona en el cerebro con un mecanismo molecular diferente.

El glutamato (glutamaérgico) es el principal estimulador, o excitador principal, del SNC, mientras que el GABA es el principal inhibidor.

Por el contrario al Profesor Alonso Fernández, Guerri parece aceptar el alcoholismo como crónico (visión más biologicista), cuando dice que aún no sabemos el porqué una persona alcohólica será siempre alcohólica (Curso de Alcohol y otras Adicciones en AP, Noviembre, 2002). Para ella, parece ser una razón fundamental la teoría que considera la dependencia como un aprendizaje, a través del cual se van creando redes o conexiones sinápticas, que se reactivan ante el mínimo consumo.

Tanto Matt McGue (Universidad de Minnesota) como Ting-Kai Li (Universidad de Indiana) nos explican que mutaciones genéticas en la enzima hepática ALDH (aldehído-deshidrogenasa) pueden hacer que su portador presente alteraciones debidas al alcohol.

La metabolización del alcohol se regula por dos enzimas: la deshidrogenasa, que convierte el alcohol en acetaldehído, y la ALDH, que convierte el acetaldehído en acetato. Éste se metaboliza en los tejidos, fuera del hígado.

El acetaldehído es tóxico para el organismo, y justamente el antabús (medicación utilizada para tratamiento del alcoholismo) bloquea el funcionamiento de la ALDH, impidiendo el paso de acetaldehído a acetato. Por eso quien toma antabús nota efectos adversos (complicaciones cardiovasculares, hipotermia, náuseas, asma y sofocos) al consumir alcohol (Publicado en: Alcoholism: Clinical & Experimental Research, Mayo, 1999).

Ambos autores recuerdan que también los factores sociales, psicológicos y culturales son importantes, si bien predominan los genéticos sobre los ambientales.

Edith Sullivan (Psiquiatría y Ciencias del comportamiento. Universidad de Stanford) estudia posibles correlaciones entre daños físicos del cerebro, incluida posible atrofia y disminución de volumen, con alteraciones más psicológicas. Efectivamente, encuentra déficits de volumen significativos, en los alcohólicos, a nivel de: hemisferio cerebelar, vermis, tronco y tálamo, así como a nivel de la corteza parietal, prefrontal y frontal. A nivel psicológico estos pacientes presentaban dificultades en referencia a: resolución de problemas, capacidad visoespacial, equilibrio postural estático.

Las estructuras dañadas se unen por circuitos, permitiendo así la posibilidad de incremento de los efectos perjudiciales (por ej., la corteza prefrontal y el cerebelo (Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Septiembre, 2003).

Entre los efectos nocivos, a nivel cerebral, del alcoholismo se hallan la amnesia y la afasia. La amnesia parece producirse debido a una falta de tiamina (vitamina B1), que puede producirse debido a la mala alimentación que suele acompañar al alcoholismo, o bien a que, incluso con una adecuada alimentación, no se absorbe adecuadamente dicha vitamina en los alcohólicos. Esta falta de tiamina resulta ser también la principal causa del s. de Korsakov, que viene a ser la máxima evolución del problema.

De manera que (según Jerónimo Sancho, Mayo 2010), iniciando con el déficit de tiamina, se evolucionaría, normalmente, a la Enfermedad de Wernicke, terminando con el S. de Korsakov, que sería una lesión de los cuerpos mamilares.

A nivel cardíaco, el alcoholismo avanzado puede producir miocardiopatía alcohólica, manifestándose sobre todo en varones adultos.

Joaquín Fernández Solá (Hospital Clínico de Barcelona) ha coordinado un estudio cuyo objetivo es hallar la correlación entre ingesta abusiva de alcohol y efectos nocivos, dosis dependientes, sobre el miocardio. Parece que esta patología se debería a la alteración de la enzima convertidora de la angiotensina DD, consistiendo la patología en una disminución del VI, descendiendo la fracción de eyección en un 0,50.

Este polimorfismo de la enzima convertidora de la angiotensina DD, aunque puede encontrarse en un 7% de personas con función cardíaca normal, puede ser estudiado con el fin de la detección precoz de miocardiopatía alcohólica (susceptibilidad por lesión miocárdica, debida al consumo de alcohol).

Sitúa Solá el umbral de riesgo de lesión miocárdica en 80 g. de alcohol/día y durante diez años. Sin embargo, advierte que aquellos bebedores controlados, que consumían entre 20 y 60 g./día, con alteraciones funcionales del V.I., al año los que se abstuvieron de beber mejoraron significativamente dicha función.

Esta cardiopatía alcohólica (hipertrófica y dilatada, con disminución de volumen de VI y de su fracción de eyección) está presente en un 3 – 40% de cardiopatías dilatadas de nuestras sociedades avanzadas, apareciendo sin otra justificación, y siendo, como se ha indicado dosis-dependiente.

A nivel preventivo, Solá defiende los equipos multidisciplinarios y las unidades especializadas. Sin embargo (y contrariamente a Alonso Fernández) habla del consumo

moderado como alternativa para quienes no consigan la abstinencia (consiguiéndola solamente el 40% de los casos).

Según la teoría de Paul Kenny, todas las adicciones tienen el mismo mecanismo biológico. En este caso, su experimento se centra en una dieta hipercalórica. Se activa el mecanismo de recompensa ante una experiencia positiva, apareciendo la pérdida de control sobre su conducta alimentaria. Y esta pérdida de control es la primera especificidad de la adicción. Esta conducta se mantiene a pesar de haber experimentado su daño o, en el caso de las ratas del estudio, su daño colateral, que podría ser, por ej., una pequeña descarga. Por tanto, tendríamos una segunda especificidad de la adicción. Y el mecanismo sería siempre a través de un receptor de dopamina específico, que, al incrementarse, produce un incremento paralelamente de la recompensa (Nature Neuroscience, Marzo 2010).

Contamos también con la afirmación de Pedro Ruiz, quien sitúa una adicción (al menos en un 70- 80% de los casos, índice en que se produce una patología dual) siempre en la base de la enfermedad mental.

Nos aclara Miquel Casas que dual no es lo mismo en España que en el mundo anglosajón. Mientras aquí significa una suma (adicción más enfermedad mental), en el mundo anglosajón significa que primeramente aparece la dependencia respecto de alguna sustancia, siendo posteriormente cuando se realiza el diagnóstico de una posible enfermedad mental emergente.

En este ya largo camino de lo concreto y, esperemos, de lo resolutivo, se sitúa otro estudio de la Universidad de San Francisco. Según el mismo, la enzima PKCe interviene en la reducción del s. de abstinencia y en la disminución del abuso del alcohol. Su ausencia produce mayor sedación, y el resto de los efectos del alcohol.

El mecanismo neurobiológico sería idéntico siempre. El receptor GABA-A sería el canal de transmisión entre la sustancia y el cerebro.

La teoría de Ivan Diamond (perteneciente a CV Therapeutics, Palo Alto), identifica el gen AGS3, que tendría un papel fundamental, crítico dice Diamond, en el control de la ansiedad y de las recaídas.

Por otra parte, el núcleo accumbens estaría muy implicado en la sensación de placer y de recompensa, y por tanto también en la adicción. El alcohol, por ej., activaría el núcleo accumbens, entonces el gen *AGS3* aumentaría la producción de señales específicas, iniciándose el mecanismo neurobiológico ordinario y regulando las vías de control de la ansiedad, y de las recaídas. Si se inhibe la expresión del gen en el núcleo accumbens, desaparece el deseo por la sustancia.

Sin embargo, Rafael Franco nos habla del receptor *Sigma1*, que se uniría al receptor *D1* (existen cinco receptores *D* diferentes), regulando su función. Esta función reguladora la ejerce directamente *Sigma1* al unirse a *D1*, formando el complejo *Sigma1-D1*, sin interferencias de la dopamina (siendo por tanto indiferente el nivel de dopamina presente). La sustancia utilizada en el experimento, la cocaína, alteraba profundamente el complejo formado, en su estructura y en su función. En el experimento no se usa el *DAT*, y por tanto no se puede acumular dopamina. Así entraríamos en el circuito normal de recompensa sin mediar la dopamina, o al menos no sólo la dopamina, sino a través del receptor *Sigma1*.

En octubre del 2010, el equipo del Laboratorio de Neurociencias del Hospital Doce de Octubre halla la proteína que, al parecer, muchos buscaban, la *ANKK1*. Esta proteína, relacionada con el marcador genético *Taq1a*, se halla presente ya en el desarrollo neuronal del embrión, en las células astrogiales. El polimorfismo de este marcador genético pudiera ser el factor biológico más estudiado, en cuanto a la predisposición genética al alcoholismo y otras adicciones.

El marcador *Taq1a* se halla dentro del gen y no del receptor, en contra de lo que se suponía, puesto que se suponía que se hallaba dentro de *DRD2*. La proteína *ANKK1* se relaciona con el sistema dopaminérgico cerebral, siendo clave en distintos procesos: Aprendizaje, trastornos adictivos, de personalidad y psicóticos.

No obstante, esta vulnerabilidad biológica debe acompañarse del entorno multifactorial y propicio para manifestarse o desarrollarse. De modo que esta proteína podrá dar mucha información sobre los procesos que tienen lugar dentro de las neuronas, en la embriogénesis, o en el proceso de enfermedad. Y, según la forma de dicha proteína, la respuesta al tratamiento dopaminérgico podrá variar. Por lo tanto, dicha proteína parece ser en sí misma

un marcador pronóstico y también de respuesta al tratamiento (Publicado en: *Biological Psychiatry*, Octubre, 2010).

También en 2010 se explica que el metilfenidato, según un estudio de Chiang-Shan Ray Li (Psiquiatría, Universidad de Yale. New Haven), puede ser útil en las adicciones, en cuanto que ayuda en el control de los impulsos, actuando a nivel de corteza frontal (según se comprueba con RM), que es donde se localiza la capacidad inhibitoria (en este caso, inhibiendo el descontrol de los impulsos hacia el alcohol) (*PNAS*, Julio, 2010).

II.5. CONSUMO: UBB DEL ESTUDIO.

La OMS, y también la Junta de Castilla y León (a través de dípticos) se muestran más condescendientes con el consumo de alcohol, que el PND. Mientras éste utiliza como medida o UBE la copa de vino (100 ml, o 9,6 g de etanol) o bien la copa o caña de cerveza (200 ml, o 6,8 g de etanol), la OMS, al igual que la Junta de Castilla y León, sitúan la UBE en una lata de cerveza (330 ml al 5% de alcohol), o bien una copa de vino (140 ml al 12% de alcohol).

Teniendo en cuenta estas UBE, la OMS recomienda el consumo de: 2 o menos UBE para las mujeres/día, y menos de 17 UBE/semana; para los hombres la recomendación es de menos de 4 UBE/día, y menos de 28 UBE/semana (Guía para la intervención de los profesionales de AP en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, 2007, 14).

En cuanto al consumo de riesgo lo sitúan la OMS y la Junta de Castilla y León en cifras superiores a las contempladas como estándar; es decir, más de 280 g. de alcohol puro /semana (28 UBE, de 10 g. de alcohol puro/semana para los hombres) y más de 168 g. de alcohol puro/semana para las mujeres (17 UBE de 10 g. de alcohol puro/semana) (Ibídem, 13).

Ya hemos visto cómo el riesgo para la fibra del miocardio se sitúa en 80 g. de alcohol/día durante 10 años (Fernández Solá J.).

A nivel europeo en general, suele entenderse como medida regularizada de riesgo la de 40/24 g. de alcohol puro al día, para hombres y mujeres, respectivamente.

Sin embargo, a nivel del presente estudio, considero como normal (y teniendo en cuenta la UBE del PND), el consumo de 2 copas de vino /día para hombres = 18,2 g. de alcohol puro al día, correspondiendo 14 copas por semana; mientras que para la mujer se considera normal copa y media de vino al día, y 10,5 copas /semana.

Atendiendo a la cerveza, podría considerarse normal el consumo de 3 copas/día para los hombres (unos 600 ml, o 20,4 g. de alcohol puro/día); mientras que para la mujer podría considerarse normal 2 copas/día (unos 400 ml o 13,6 g. de alcohol puro/día). En ambos casos multiplicaríamos por 7 para obtener el consumo normalizado por semana.

Como quiera que no se hace distinción por sexos (aunque sí se hacen cruces de dicha variable) al igual que otros estudios – Encuesta Salud, 2009 –, aunque sí por el tipo de bebidas (Anexo Conclusión 1) en la Encuesta y, aplicando la UBE del PND señalada, en el presente trabajo la UBE que se establece es el vaso de vino (100 ml = 9,6 g. de etanol). Esta UBE se debe multiplicar por dos para obtener el consumo normalizado por día y persona, considerando normal el uso de 14 copas de vino por semana, o su equivalente en otra bebida alcohólica.

La cantidad de alcohol que se considera normal no se establece por casualidad, sino por razones muy claras y concretas, según se explica a continuación:

1. Existe un consenso generalizado, no unánime, por parte de los cardiólogos, de que dos copas de vino tinto pueden ser cardiosaludables. Dicho mecanismo se ubicaría en los efectos de las saponinas. Éstas son sustancias vegetales de estructura similar a los glicósidos, que se encuentran en algunos alimentos, como el aceite de oliva y el de soja, y también en el vino. Estas saponinas, que se hallan en la piel de la uva, se disuelven en el proceso de fermentación, y su función cardioprotectora estaría a un nivel similar a la del resveratrol (polifenol también contenido en la uva y cuya función es antioxidante). Así pues, el vino tinto tendría la misma proporción de saponinas que de resveratrol, pero, mientras éste impediría la oxidación del colesterol, las saponinas se unen al colesterol e impiden su absorción, evitando por tanto el proceso inflamatorio, con lo cual sería una barrera protectora, tanto a nivel cardiovascular, como respecto al cáncer. Pues, así, se ha resuelto la “paradoja francesa”. Los franceses habían observado la correlación entre ingesta normalizada de vino tinto y disminución de cardiopatías. Pero ignoraban los motivos, aunque solía atribuírsele al efecto antioxidante del resveratrol. La ingesta media necesaria de saponinas diaria se ha cifrado en 15 mg (siendo su consumo diario insuficiente). Como quiera que una copa de vino tinto contiene unos 7-8 mg. de saponinas, dos copas de vino serían la cantidad óptima diaria. Además, el mismo descubridor del efecto de las saponinas, Andrew Wayterhouse (enólogo de la Universidad de California) ha visto que el vino tinto tiene de tres a diez veces más

saponinas que el vino blanco (CCXXVI Reunión anual de la Sociedad Americana de Química, 2003).

2. Un estudio realizado en Escocia, concluye que el riesgo de mortalidad, por cualquier causa, sería similar entre los que no consumían alcohol y los que consumían más de 14 unidades de alcohol en la semana. Parecería, por tanto, que se niegan los efectos positivos de un consumo moderado de alcohol.

Sin embargo, al estudiar la muerte súbita, sí se asocia gradualmente, dentro del estudio, con el consumo de alcohol. De tal manera que se incrementaría la muerte súbita en los bebedores según la siguiente proporción:

- Consumidores de 15-21 unidades, se incrementa la probabilidad de m. súbita en 1,34 %.
- Consumidores de 22-34 unidades, se incrementa la probabilidad de m. súbita en 1,49 %.
- Consumidores de 35 unidades, se incrementa la probabilidad de m. súbita en 1,74 %.

Al ajustar los factores de riesgo, se atenúa el peligro de mortalidad, pero sigue siendo significativo en los consumidores de más de 22 unidades semanales (Estudio longitudinal de 21 años de seguimiento a 5766 varones, entre 35 y 64 años de edad, coordinado por Carole L. Hart (Dpto. de Salud Pública, Universidad de Glasgow, 1999).

3. Martinette Streppel (Dpto. Salud Pública. Universidad de Wageningen, Holanda), de un estudio realizado al respecto, concluye que el consumo de un vaso de vino al día se asocia con una tasa menor de mortalidad cardiovascular, así como por todas las causas (XLVII Conferencia Anual de Epidemiología y Prevención Cardiovascular, 2007).

4. Umberto Benedetto (Universidad de La Sapienza de Roma) encuentra que el consumo moderado de alcohol (no más de dos o tres unidades, menos de 30 g. al día), en los hombres intervenidos de bypass coronario, reduce en un 25% los eventos cardiovasculares posteriores. Sin embargo, si sobrepasa las seis unidades al día, se triplica su riesgo cardiovascular.

También demuestran los trabajos realizados la no conveniencia de consumo de alcohol en caso de disfunción ventricular izquierda o insuficiencia cardiaca.

En el caso de la mujer, Qi Sun (de la Universidad de Harvard), en un estudio titulado Estudio de Salud de las Enfermeras, concluye que el consumo moderado de alcohol

mejora la supervivencia, sobre todo en la edad avanzada. Y, si se ajustan los factores de vida saludable (como tabaco y actividad física), dicho consumo moderado se asocia con un incremento de supervivencia entre el 11-26%, siendo todavía mayores los beneficios en las mujeres que consumen con regularidad (Reunión Anual de la Asociación Americana del Corazón, 2010).

5. Kathryn Graham (Universidad de Dakota del Norte) asegura que en el caso de mujeres con patología dual, depresión y dependencia del alcohol, la depresión es la que lleva al consumo de alcohol (contrariamente a lo defendido por autores como Miquel Casas o Pedro Ruiz, que situarían la adicción a la base). Sin embargo, el consumo moderado y frecuente o continuado de alcohol (menos de dos unidades, o nunca más de cinco al día) no esconde, por sí, ningún síntoma depresivo (Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Noviembre, 2007).
6. Rydberg y Skerfving, citados por M. Vega Piñeiro (Alcoholismo (I). En: Problemas en Medicina Práctica: Alcoholismo y Drogodependencias, Enero 1996, 51) opinan que la cantidad aceptable diaria de alcohol se puede cifrar en 0,1 g. /Kg./día para el hombre. Es decir, que para un hombre de peso medio de 70 Kg, podrían ser 7 g. de alcohol por día. El mismo Piñeiro afirma que resulta difícil saber a partir de qué punto puede decirse que comienza el alcohol a ser perjudicial, toda vez que hay personas a las que cualquier cantidad puede ocasionar un perjuicio.
7. Ian White (Consejo Médico de Investigación Bioestadística de Cambridge), tras un estudio sobre hábitos de consumo de alcohol en hombres y mujeres de Inglaterra y Gales, en edades comprendidas entre 16-85 años concluye:
El intervalo de mayor riesgo se sitúa entre 16 y 54 años.
Para mantener un riesgo de muerte de sólo el 5%, las mujeres deberían mantener un consumo de:
 - Una unidad para las menores de 44 años.
 - Dos unidades/día para las comprendidas entre 44-74 años.
 - Tres unidades para las mujeres de 75 años o más.

En cuanto a los hombres, a fin de mantener el mismo riesgo (sabemos que el alcohol no es tan perjudicial, tempranamente), debería limitarse a un consumo de:

- Una unidad/día hasta los 34 años.
- Dos unidades entre 34-44 años.
- Tres unidades entre 45-54 años.
- Cuatro unidades, como máximo, entre 54-84 años.
- Puede consumir hasta cinco unidades a partir de los 85 años.

Además, Ian White es tan explícito que, incluso, nos señala que para él la unidad de bebida es un vaso de vino o unos 200 ml de cerveza (British Medical Journal, Julio 2002).

8. El 20% de las hospitalizaciones en el Complejo Hospitalario de León (año 2006) estarían vinculadas al alcohol. El 15% de los atendidos en sus urgencias presentaría problemas relacionados con el alcohol. Cada año se diagnostican en dicho centro unos 25 hepatocarcinomas nuevos, de los cuales el 70% se vinculan a cirrosis alcohólica. El 20% de las camas de dicho centro (aprox. 200), estarían ocupadas por consumidores de alcohol. Y en el 30% de accidentes de tráfico estarían implicadas personas que habían consumido alcohol, que, a su vez, causa el 20% de muertes prematuras.

En 2004 se crea la unidad de alcoholismo crónico del Complejo Hospitalario, dentro del servicio de Medicina Interna. Según el Dr. Juan Llor, jefe de dicha unidad, existen valores estándar para sospechar una posible afección hepática:

- Tres vasos de vino al día para los hombres.
- Dos vasos de vino al día para las mujeres.

El mismo Dr. Juan Llor manifiesta que un consumo de dos copas de vino en los hombres, o una en las mujeres no es negativa, a no ser que sea durante el embarazo, la adolescencia o en mayores de 65 años.

También nos confirma el Dr. Llor que ingresan tres hombres por cada mujer. Y de nada vale abandonar el alcohol, cuando se ha dañado el hígado. Pues, cuando el hígado ha evolucionado con una hepatitis, prácticamente ya no puede regenerarse. Y, cuando el hígado desarrolla hacia cirrosis, ya es irrecuperable.

9. Una investigación coordinada por Douglas A. Corney (División de Investigación del Centro Kaiser Permanente, California) buscaba posibles relaciones entre el Esófago de Barrett (precursor del cáncer esofágico) y el consumo de alcohol. Su conclusión fue que las personas que tomaban uno o dos vasos de vino tinto o blanco presentaban un 56% menos probabilidades de padecer dicho Esófago (Gastroenterology, Marzo, 2009).

10. Christine M. Albert (Universidad de Harvard) concluye, en un estudio, que el riesgo de muerte cardíaca súbita se reduce en un 60%, entre los consumidores de dos a cuatro bebidas por semana, y hasta un 79% en consumidores de cinco a seis bebidas por semana.

En cambio advierte que el consumo de dos o más bebidas al día, se asocia con el incremento de muerte cardíaca súbita.

Parece que la causa de la menor incidencia, de muerte cardíaca súbita, se debería a la menor formación de trombos arteriales, evitándose también así la alteración del ritmo cardíaco (Circulation, Agosto, 1999).

Asegura Jerome Abramson (Universidad de Emory, en Atlanta), que la insuficiencia cardíaca en la vejez disminuiría consumiendo moderadamente alcohol, independientemente del tipo de bebida. Es decir, sería el alcohol puro, en sí, lo que influiría en la disminución del riesgo.

III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

III.1. OBJETIVOS GENERALES

Después de organizar el conglomerado de ideas, tras muchos borradores y múltiples consultas (González Vázquez M^a Isabel, 1992; López González C., 1988; F.A.D., 1996) he podido plasmar las líneas conductoras del presente trabajo:

- Análisis de recursos: Redes de prevención y/o asistenciales existentes en la zona.
- Epidemiología: Prevalencia e incidencia de la alcoholdependencia en el campo de estudio.
- Demanda futura de servicios, dentro del mismo campo, a la vista de los resultados obtenidos.

Por tanto, se plantea:

- Volumen de población que, debido a su patología, requeriría asistencia.
- Población que, según los resultados, necesitaría atención especializada o específica.
- Pronóstico (evolución previsible de las tasas de adicción) y posibilidad de planificación eficaz del futuro.
- Relación entre: afectados atendidos por los servicios existentes dentro del campo de estudio, y el número de personas que necesitaría dicha asistencia.

Hay tres conceptos que adquieren relevancia especial (Barker DJP. y cols., 1992, 52-53):

- Morbilidad: “cantidad” de enfermedad en la población, expresada en índices epidemiológicos.
- Índice de prevalencia: proporción de casos, respecto a la población general (en nuestro caso, adictos al alcohol), existentes en el campo y momento del estudio.
- Índice de incidencia: proporción o número de casos nuevos en las adicciones al alcohol, en el espacio de tiempo prefijado.

Se debería realizar además una definición de casos de estudio, que implicaría la detección de personas afectadas en su conducta, así como posibles patologías consecuentes a su adicción.

Caminando hacia una mayor concreción, y situándonos en un estadio intermedio entre los objetivos generales y los concretos, los objetivos del estudio son:

- Determinación de las redes y medios existentes, tanto a nivel de prevención como asistencial.
- Estudio de la epidemiología existente.
- Estudio comparado entre ambos (Redes y medios), con una última finalidad concreta: posible solución, o al menos mejoría de la realidad existente.

III.2. OBJETIVOS CONCRETOS

Y así hemos llegado al momento de expresar la estructura de los objetivos concretos, clasificados por apartados o capítulos, así como en diversos subcapítulos específicos (sin atender la ludopatía, que se integra en la estructura definitiva a partir del Estudio Piloto), y que son los siguientes:

1º. Objetivo epidemiológico:

Hay que distinguir: nivel de consumo y frecuencia de consumo.

Se puede buscar la relación entre consumo de alcohol y otras sustancias (tabaco de modo específico), así como con ludopatía¹.

1º.1) Tipos y cuantificación del consumo de alcohol, patrones de consumo:

C-4, 5, 7, D-3.

1º.2) Niveles y y/o frecuencias de uso de alcohol:

- Tipología del bebedor: ligeros, moderados, altos, excesivos, de gran riesgo: C-4, 5, 7, 8, 1. B-2.

- Tipología del abstinencia: A- capítulo completo, B-2.

1º.3) Aspectos o caracteres sociológicos y personales:

Sexo, edad, estado civil, hábitat y convivencia, situación profesional (tipo y cualificación), nivel cultural-educativo, clase social (subjettiva y por ingresos): A - de 1 a 13.

1º.4) Tendencias: inicio y continuidad en el consumo, evolución del consumo:

Dependencia física, síndrome de abstinencia, tolerancia: B - 3, C - 1, 8, 3, 2.

2º. Motivaciones del consumo:

2º.1) A nivel personal, microsotial y macrosotial, motivación de inicio y continuidad: B-3,

4. C-3.

2º.2) Oferta y facilidad de obtención del alcohol.

¹ Debe entenderse que las letras y números hacen relación al cuestionario del Microestudio. Así, A sería el capítulo de variables sociológicas o generales, B corresponde al capítulo de factores asociados al consumo, factores de riesgo... Por su parte, los números se refieren a los diferentes ítems o preguntas, dentro del capítulo correspondiente. Así: A-4 sería el capítulo A y la pregunta 4. En cambio, los objetivos 6 y 7 se incluyen dentro del capítulo anterior, por lo cual sólo estudiando La Encuesta y sus resultados se puede, en realidad, comprobar o comprender estos objetivos, especialmente el séptimo.

2º.3) Mitos acerca del alcohol: B-6.

2º.4) Otros factores de riesgo: B-5, y resto del apartado B.

3º. Indicadores de las consecuencias del consumo de alcohol: C-10...

3º.1) Personales:

- Problemas de salud: física, psíquica.
- Problemas de adaptación y relación.

3º.2) Familiares:

- Relación y conflictividad.
- Dificultades económicas.

3º.3) Socio-laborales:

Absentismo, menor productividad, accidentes (laborales y de tráfico), sanciones y despidos laborales, conflictos legales, alteración de la relación.

4º. Juventud: D-completo.

5º. Mujer: E-completo.²

6º. Actitudes (del consumidor): alto, excesivo y de gran riesgo para abandonar el alcohol:

6º.1) Dependencia psíquica: C-9.

6º.2) Opinión sobre el consumo propio: C-6.

6º.3) Deseo intenso de abandonar el consumo: C-9.2.

7º. Pronóstico, previsiones, posibles pautas de prevención.

Como se evidencia, más que se intuye, el estudio propiamente epidemiológico se encuadra con claridad, y con todas sus ventajas e inconvenientes, dentro del campo de:

- La epidemiología descriptiva (Martí Tusquets J.L., 1987, 75): se realiza, de hecho, un estudio transversal o de prevalencia. (Ibídem, 75).

² A cada nivel concreto, juventud y mujer, se trata de hacer un pequeño estudio, lo más completo posible: epidemiológico, motivaciones, consecuencias, actitudes... Y, dentro del capítulo "Juventud", se trata el fenómeno de "la movida".

- La epidemiología analítica: penetramos, al menos someramente y al mismo tiempo, en dicho campo. Y esto por dos razones fundamentalmente:
 - Se perfilan etiologías (Golberg M., 1994, 8-10).
 - Y, además, se realizan estudios comparativos (con Castilla y León y Galicia).También deberían poder incluirse las diversas comparaciones entre estudios específicos (juventud y mujer) con resto del estudio (Martí Tusquets J.L., 1987, 75).

Siguiendo las indicaciones de un proyecto operativo, explicado por Gloria Pérez Serrano (Pérez Serrano G., 1993, 32), y conocida la naturaleza del proyecto (objetivos, metas, campo de estudio o localización y metodología), todavía debemos exponer las tareas a realizar (cuestionario), así como los modos de realizarlas.

Nos hallamos, por tanto, en la esencia y razón del estudio epidemiológico. Sustrato a su vez del propio Estudio Socio-Psicológico-Psiquiátrico, que nos ocupa.

El transcurso evolutivo parece lógico y suficientemente explicado, a través del devenir de los sucesivos capítulos.

Los recursos humanos son amplios, según exige el carácter del Estudio, que en principio sólo cuenta con la financiación propia.

III.3. HIPÓTESIS

En cualquier estudio como el presente, socio-clínico (con un sustrato epidemiológico), los objetivos anteriormente expuestos son considerados equivalentes a la hipótesis de otros estudios de investigación.

No obstante, atendiendo a las exigencias de una mayor claridad y definición más concreta, cabe explicar que la hipótesis se puede formular así:

- En una zona productora existe una cierta cultura respecto al alcohol, difuminándose desde sus orígenes...hasta sus secuelas. Esto puede implicar un incremento espontáneo del consumo.
- Necesariamente este posible incremento en el consumo debe ocasionar unas secuelas.
- Se trata de determinar si estas premisas del posible silogismo nos proporcionan una conclusión positiva, o no, así como de evaluar los objetivos generales y concretos del Estudio.

Efectivamente, veremos que se cumplen ampliamente estas premisas, pero el incremento del consumo es debido al cambio de patrón en el beber.

IV. METODOLOGÍA. EVOLUCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

IV. METODOLOGÍA. EVOLUCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

IV.1. EL CAMPO DE ESTUDIO

IV.1.1. DESCRIPCIÓN

La Comarca de El Bierzo, nuestro campo de trabajo, se halla geográficamente en el extremo noroccidental de la C.A. de Castilla y León y de la provincia de León. Tiene una superficie de 2954,28 Km², y una población de 136.839 habitantes, según el censo de 1991, y de 134.734 en el censo de 1996, así como 132.229 habitantes en el año 2002 y 132.413 en el 2003.

La densidad poblacional, por tanto, es de 46,32 habitantes/Km² en el año 1991, de 45,60 hab./Km² en 1996, de 44,75 hab./Km² en el 2002 y de 44,82 hab./Km³ en el 2003.

Esta densidad es muy variable, comprendiendo la ciudad de Ponferrada, en el año 2003, el 49,08% del total de la población de la Comarca, en detrimento de zonas rurales y, especialmente, de las cuencas mineras y de la subcomarca que denominaremos Bierzo Oeste, o correspondiente a la Montaña Sur-Occidental de la Comarca.

Vemos, por tanto, que la Comarca pierde población progresivamente hasta el año 2003, en que gana 184 habitantes, respecto al 2002.

La superficie de la Comarca representa el 18% del total provincial. Su población, en cambio, comprende respectivamente: el 26,02% en el año 1991, el 26,05% en 1996 y el 26,69% en el 2003 (INE Censo Provincial de León, 2003).

Como vemos, la provincia pierde, proporcionalmente, más habitantes que la Comarca de El Bierzo.

La población activa de la Comarca era de \cong 72.000 personas, existiendo un índice de paro registrado en el INEM del 12,75% (INEM. Datos de actividad y paro. Oct.-Nov. 1997).

Tradicionalmente, se puede contemplar esta Comarca dividida en tres subcomarcas:

- Bierzo Alto: sus poblaciones más relevantes son: Fabero, Toreno, Vega de Espinareda, Páramo del Sil y Matarrosa. Predomina, al menos en número, la minería del carbón, cuenta con una térmica también de carbón, varias centrales hidroeléctricas y algo de turismo.

- Alto Bierzo: con poblaciones como Bembibre, Torre del Bierzo, Igüeña, Tremor de Arriba, Noceda y Folgoso de la Ribera. Predominantemente cuenta con minería del carbón, algo de agricultura, varios polígonos industriales.
- Bierzo Bajo: Ponferrada, Cacabelos, Villafranca del Bierzo, Camponaraya, Carracedelo, Toral de los Vados, Puente de Domingo Flórez y Cubillos. El Bierzo Bajo dispone de la mayoría de hoteles, hostales y restaurantes de la Comarca, así como del más importante sector comercial en sus diversos aspectos, y cultural (ULE, UNED).

Sin embargo, a nivel real, y siguiendo la pedagogía expresada en el trabajo “Estudio de la población marginal del Bierzo Oeste” (Cordero del Castillo P., 1986), debemos considerar una cuarta subcomarca, que correspondería a la conocida como Montaña Sur-Occidental de El Bierzo.

En El Bierzo Bajo se centralizan los servicios político-administrativos, concretamente en Ponferrada, así como servicios sanitarios, servicios culturales y educativos, servicios sociales y económicos, representaciones sociales de las empresas. Es una zona rica en turismo, especialmente de naturaleza e histórico, posee diversas centrales hidroeléctricas, una térmica de carbón, una cementera, varias canteras de piedra y arena, así como múltiples polígonos industriales.

En la subcomarca Sur-Occidental se incluirían también los Ayuntamientos de la Cabrera Baja (Benuza y Puente de Domingo Flórez, hoy integrados a todos los efectos en el Bierzo Bajo), en cuyos términos se hayan casi todas las explotaciones de pizarra. Cuenta con la mayor y mejor producción de castañas de la Comarca, y con el paraje de Las Médulas (Patrimonio de la Humanidad).

El Bierzo es recorrido por:

- *Ferrocarril Palencia-A Coruña*: De sureste a oeste, recorriendo Torre – Bembibre – Ponferrada – Toral.
- *A-VI y N-VI*: Recorrido similar, saliendo hacia Villafranca y puerto de Piedrafita del Cebrero.
- *N-120*: Coincidiendo con la N-VI, se separa de ésta para dirigirse hacia Galicia-sur.

- *Río Sil*: Desde la vecina comarca de Lacia, recorre Villablino y Palacios del Sil, Toreno, Ponferrada, saliendo hacia Galicia por Puente de Domingo Florez, tras ver incrementado su caudal con el de otros ríos como Boeza, Noceda, Oza, Cúa, Burbia, Selmo y Cabrera.
- *Carretera C-631*: Une Villablino con A-6 y N-6, a las afueras de Ponferrada, siguiendo el estrecho valle del río Sil, de gran riqueza paisajística.
- *Tren de vía estrecha (conocido por algunos como “El carbonero”)*: transporta el carbón desde Villablino a la central térmica de Endesa, en Cubillos. Serpentea continuamente al lado del Sil, y existen esperanzas de reconvertirlo como tren turístico de fin de semana.

Se produce un continuo trasvase (emigración-inmigración) en El Bierzo: hasta los años sesenta la emigración se dirige a Hispanoamérica; en los años cincuenta (construcción de Endesa, resurgir de la Minero-Siderúrgica de Ponferrada y minería del carbón, construcción de embalses) El Bierzo recibe inmigración procedente de Galicia, Andalucía, Portugal, Cabo Verde; en los años sesenta se inicia la emigración exterior hacia Europa, e interior hacia Cataluña, Asturias, Vascongadas y Madrid; en las últimas décadas se produce el retorno de algunos de los emigrados a Europa y América, así como de otros procedentes de la previa emigración interior, y al mismo tiempo la Comarca recibe, además de pakistaníes, emigración similar a la del resto de España: hispanoamericanos, marroquíes y del este europeo.

Pero conviene fijarse en la emigración del interior de la Comarca, despoblándose la montaña sur-occidental y poblaciones mineras, en favor de las ciudades (Ponferrada y Bembibre), así como de poblaciones semiurbanas del Bierzo Bajo (Cacabelos, Camponaraya, Arganza, Cubillos).

Hablamos de una Subcomarca (la montaña Sur-Occidental) con un tradicional aislamiento geográfico, social y cultural, que lógicamente ha experimentado un cambio en los últimos treinta años, pero que sigue arrastrando el lastre de su historia y de su propia realidad presente.

Antes de terminar la descripción del Bierzo Oeste debo mencionar una vez más el “Estudio de la Población Marginal”, en concreto en su cuarto capítulo, apartado 10, y referido al alcohol.

En contraposición a otras drogas, (que son auténtico tabú generalizado), señala dicho estudio, en la Subcomarca, y respecto del alcohol, dos características:

- Consumo muy elevado, tanto por parte de los hombres como de las mujeres, con 129 casos de alcoholismo en 1986, año de realización del estudio.
- Existe una iniciación muy temprana al consumo del alcohol, en el propio ámbito familiar. Y aunque no constata el Estudio casos de alcoholismo infantil, sí se observa un consumo desproporcionado de alcohol a edades muy tempranas, entre niños en edad escolar, e incluso antes, coincidente, por tanto, con el presente estudio.

Parece que es la Subcomarca del Bierzo Oeste la que proporciona los datos, pertenecientes a la Encuesta del presente trabajo, con edades de inicio en el consumo de alcohol más tempranas, y cuyo inicio es precisamente en el ámbito familiar.

Para mí, esta realidad (constatada en el Estudio de Población Marginal y confirmada en la Encuesta) tiene su origen en el concepto, que se incluye como “mito acerca del alcohol”, de que el alcohol es un alimento, todo ello favorecido por las circunstancias históricas, en una zona marginal.

Además, a esta Subcomarca corresponden los casos de la Encuesta en que se inicia el trabajo (el pastoreo, arar, recolectar) antes de los nueve años, incluso a los siete y a los cinco años. Por tanto, también deberían “alimentarse” con los productos disponibles por entonces en la zona, como el alcohol.

Es, asimismo, en esta zona del Bierzo Occidental donde se hablaba, al igual que en algunos otros pueblos del Bierzo Bajo, un gallego algo alterado o adaptado. Hoy la lengua gallega es asignatura optativa en las escuelas primarias de, al menos, ocho municipios del Bierzo Bajo y Bierzo Oeste.

IV.1.2. CLIMA

El Bierzo posee un microclima especial: suave, benigno, templado y con cierta humedad. Posee, por tanto, un clima similar al gallego por su humedad y, en contraposición, tiene otra parte seca como en Castilla, guardando siempre un equilibrio hídrico.

La Subcomarca del Bierzo Oeste, al igual que toda la Comarca de El Bierzo, presenta microclimas, que oscilan desde la presencia variable de nieve en la montaña durante el invierno, hasta las temperaturas cálidas y clima húmedo, oceánico, de los valles.

La Comarca se incluye en la Confederación Hidrográfica del Miño-Sil, por desembocar todas sus aguas en el río Sil, afluente del Miño.

La pluviosidad es mínima en verano, y máxima en los meses de invierno. La fluctuación de la humedad es muy baja en largos períodos, pasando de sub-húmedo a húmedo, o de seco a sub-húmedo, pero sin variaciones extremas.

La pluviometría es de 721 mm, de media anual en un año medio, mientras que la insolación media anual oscila entre 2.100 y 2.200 horas de sol (Consejo Regulador de la Denominación de Origen de Vinos del Bierzo).

Las temperaturas extremas se dan en invierno y verano. De manera que, siendo la media anual de 12,3°C, se registran unas mínimas medias de 3,6°C en invierno y medias máximas de 23,6°C en verano.

IV.1.3. PRODUCCIÓN Y APROXIMACIÓN TEÓRICA AL CONSUMO

Según un estudio dirigido por José María Martín Patino y Agustín Blanco, y patrocinado por la Fundación Areces e Iberdrola, el mayor gasto de los españoles se concentra en bares y restaurantes debido a la sociabilidad de la gente. Estamos por tanto hablando de un probable bebedor social, que sí se confirma en la Encuesta.

Adquiere, dentro del conocimiento de la Comarca, un carácter especialmente importante el campo de la producción de alcohol (vino, de modo específico), así como posibles circunstancias que rodean su consumo.

Dentro del impulso que dan los romanos a la agricultura en la Comarca, además del arado romano, implantaron la especie *Vitis Vinífera*, traída desde el Cáucaso y Armenia (Consejo Regulador de la Denominación de Origen Bierzo).

Los monasterios cistercienses medievales³ originan la mayor expansión del viñedo en El Bierzo, por las siguientes razones: es un elemento necesario en el culto, y además se considera un elemento básico en su alimentación.

Quizás hay que fijarse en este segundo razonamiento como posible origen del mito que, llegando hasta nuestros días, considera el vino como alimento. Esto, que pudo tener fundamento en épocas de escasez de alimentos, no es sostenible hoy. Pues, además de gastar menos calorías en trabajos físicos, en la inmensa mayoría de personas de nuestra sociedad, sabemos que las calorías proporcionadas por el alcohol son las primeras en ser utilizadas por el organismo, impidiendo el uso de las restantes, que se almacenan.

Este mito se conserva en la Comarca hasta nuestros días, pasando, en virtud del marketing y de las ayudas europeas, a ser considerado un prototipo cultural imprescindible.

De tal manera que aquella “cultura del vino”, supuestamente propia de los países mediterráneos, es hoy uno de los distintivos (no sólo gastronómicos), y en parte debidos a la Denominación de Origen, dentro y fuera de la Comarca.

Cada vez más se consume un vino de marca, que, al menos en parte, supone una demostración del nivel de vida conseguido.

A día de hoy, la Denominación de origen comprende más del 90% de la producción vinícola de la Comarca, quedando únicamente fuera, según las informaciones verbales del Consejo Regulador, sólo dos bodegas y los pequeños agricultores no asociados en cooperativas, y cuya producción es, sobre todo, de autoabastecimiento (Datos del año 2006).

Por tanto, la producción se concentra, en su inmensa mayoría, en municipios del Bierzo Bajo. De hecho, las cooperativas vitivinícolas existentes se sitúan en dicha subcomarca.

³ El Monasterio más importante fue el de Carracedo, cuyo Abad controlaba de hecho gran parte de toda la Comarca, no sólo desde el aspecto religioso, sino también político. Otros monasterios importantes fueron: San Pedro de Montes, San Miguel de las Dueñas, y San Andrés de Vega de Espinareda.

Según el Consejo Regulador, la calidad de los vinos del Bierzo, en cuanto a localización se refiere, viene determinada por situarse los viñedos en terrazos de poca inclinación, próximos a los ríos, o en laderas semiabancadas, o bien en inclinaciones pronunciadas y desde 450 hasta 1.000 ms. de altitud.

Estas características, unidas al clima de la Comarca, ya expuesto, y a la humidificación y mineralización del suelo, son los determinantes de la calidad del vino.

La producción, en 1997, fue de 24.043.902 Kg. de uvas, y 168.308 Hl de vino. Mientras que, a modo comparativo, en 2.003 la producción de uva fue de 21.074.193 Kg., con un rendimiento de 147.519 Hl de vino (Consejo Regulador: Gráficas). Esto nos indica que, en 1997, el rendimiento ha sido de 1,428 L de vino/Kg. de uva, siendo la cosecha calificada de buena en cuanto a calidad. Y, en 2003, la cosecha en cuanto a calidad, fue calificada como muy buena, y el rendimiento fue de 1,420 L de vino/Kg. de uva.

La tendencia, cada año creciente, es vender el vino embotellado, según se expresa en las gráficas del Consejo Regulador.

De igual modo, existe una creciente exportación, habiéndose incrementado notablemente en los últimos años hasta un 17%, sobre todo hacia países de la UE (y específicamente Dinamarca y Alemania), al igual que a EEUU, Canadá y otros países.

Como dato concluyente, y directamente relacionado con el presente trabajo, se puede afirmar que, haciendo las extrapolaciones correspondientes, por no existir datos concretos de la producción y comercialización registrados, en 1997 (sin atender a ese 8% aproximado, de producción no controlada por el Consejo Regulador), en la Comarca de El Bierzo se vende o comercializa exactamente el 30% de la producción vinícola.

Es decir, que podemos concluir que se han vendido 5.049.090 litros de vino en la Comarca, correspondientes a la cosecha de 1997, y, según se ha expresado, dejando fuera ese porcentaje no controlado por el Consejo Regulador.

Se debe tener presente que los pequeños cultivadores elaboran y consumen su propio vino, y se hallarían dentro de ese pequeño porcentaje que no controla el Consejo Regulador.

En consecuencia, atendiendo sólo al vino controlado por el Consejo Regulador, corresponde a cada uno de los habitantes de El Bierzo (teniendo en cuenta el censo de 1991, por ser la

base de la Encuesta, en la que se trabajaba con la cifra de $\cong 136.500$ habitantes) un consumo medio de 36,89 litros de vino per cápita y año (de vino producido y comercializado en la Comarca, sin atender a cualquier otro que viniese de fuera).

Pero, si en el afán de aproximar los datos reales, añadimos ese 8% a la producción, obtenemos que dicha producción asciende a 181.772,64 Hl de vino en la cosecha de 1997.

Como quiera que sólo hay dos bodegas no inscritas en el Consejo Regulador (que, lógicamente, son las que más pueden comercializar su vino, tanto dentro como fuera de la Comarca, en comparación con el resto de pequeños productores (que consumen parte de su vino y venden el resto), vamos a seguir dando por válido (siendo conscientes de que sólo es una aproximación) el hecho de que se consume y/o vende en la Comarca ese 30% anteriormente señalado.

Por tanto, se venden y/o consumen en la Comarca (teniendo en cuenta también ese 8% más) unos 5.453.179,2 litros de vino, correspondientes a la cosecha de 1997.

Si de nuevo tomamos como base el censo de 1991 (modificado a los 136.500 habitantes, sobre los que trabaja la Encuesta), obtenemos un consumo aproximado de 39,95 litros de vino per cápita y año.

Pero si todavía queremos conocer la realidad más concreta, ceñida al estudio en el que se encuadra el presente capítulo, deberemos restar a la población general las personas menores de trece años, que no entran en la Encuesta. Y, así, tenemos que, de la población total de unos 136.500 habitantes, los mayores de 13 años suman 116.000 habitantes.

Por tanto, de los 5.453.179,2 litros de vino, correspondientes a la cosecha de 1997, vendidos en la Comarca, obtenemos un consumo aproximado de 47,01 litros de vino per cápita y año.

Sabiendo que las graduaciones medias de los vinos son: blancos = 11,5°, tintos = 12,5°, rosados = 12,5° y crianzas y reservas = 13° (y no conociendo los litros de vino correspondientes a cada clase de vino), podemos aproximar una media de 12,37 grados de alcohol puro por litro de vino producido y vendido en la Comarca.

Y, por tanto, cada habitante de la Comarca (atendiendo al vino controlado y vendido por el Consejo Regulador, y teniendo en cuenta los 136.500 habitantes de la Encuesta) toma, aproximadamente, 456,32 gramos de alcohol puro/año.

Pero, si atendemos a la producción real, teniendo un 100% de la producción, cada habitante de la Comarca tomaría, aproximadamente, unos 494,18 gramos de alcohol puro/año.

Y, si aproximamos más la realidad a las cifras de mayores de 13 años, edad a partir de la cual estudia la Encuesta, tenemos que cada habitante de la Comarca toma unos 581,51 gramos de alcohol puro/año.

Si bien es verdad que en una zona productora de alcohol, una parte importante del consumo se realiza en el propio domicilio o en locales particulares, es conveniente conocer, teniendo en cuenta la observación anterior, los locales en donde se puede adquirir o consumir las bebidas alcohólicas (Cámara de Comercio de León, 1997). Anexo 3.- Metodología).

Como aclaración final, a las cifras señaladas de consumo de vino, y también de alcohol, habría que sumar las correspondientes a todas las demás bebidas alcohólicas, propias de la Comarca o importadas (vinos, orujos, cerveza, licores...).

Además, como se verá en el capítulo “Resultados” de la Encuesta, y como es lógico, no todos los habitantes de la Comarca consumen alcohol.

Por tanto, hay que suponer que los consumos totales, tanto en miligramos de alcohol como en gramos puros de etanol deben ser, al menos, similares al resto de España, pero estimándolos como superiores ya desde el momento presente.

IV.2. LITERATURA EXISTENTE

Poco ha sido estudiado, hasta 1997 – 2001, el alcoholismo en El Bierzo, a pesar de la existencia de, al menos, tres AAR en la Comarca, que reiteran continuamente la importancia del consumo de alcohol, y sus consecuencias, en la zona.

A nivel público, son conocidos los siguientes estudios:

Una tesis doctoral, presentada en la Facultad de Medicina de Oviedo, en 1992, por la Dra. M^a Isabel González Vázquez, y la tesina o Memoria presentada en La Escuela Universitaria de Trabajo Social de León en 1989, por el Trabajador Social D. Carlos López González.

Sin duda existen, además, múltiples artículos aparecidos en la prensa provincial o regional, así como otros tres pequeños estudios.

La tesis doctoral, titulada “Estudio Epidemiológico del Consumo de Alcohol en el Área de Salud de El Bierzo” es un estudio clínico (más exactamente un estudio de salud). De él, se deben hacer notar varios resultados o conclusiones (González Vázquez M^a Isabel, 1992, 63):

1. La prevalencia del consumo de alcohol en el área estudiada es del 14%, que supera la media nacional, situada en torno al 10%.
2. La relación de consumidores se inclina claramente en favor de los varones con respecto a las mujeres: 11,5 varones por cada mujer.
3. La edad de inicio en el consumo de alcohol, dentro del grupo de bebedores, se sitúa, de modo predominante, alrededor de los 20 años, con un 49% de los varones encuestados, mientras que aproximadamente el 50% de las mujeres bebedoras se inician a partir de los 40 años.
4. Ambos sexos presentan, dentro del grupo de bebedores, un consumo elevado, situándose entre 150 – 200 g. de alcohol/día, y con una duración media en el consumo de alcohol de 17 años.
5. El tipo de bebida se distribuye así: vino = 82%; licores = 10% y cerveza = 8%.
6. Y, en cuanto a la propia conciencia de autoconsumo, obtiene estos resultados: el 80% reconoce estar bebiendo demasiado, el 68% han sido advertidos por sus familiares al respecto, y el 67% son conscientes de que el exceso de bebidas alcohólicas les está perjudicando.

Debe tenerse en cuenta que se trata de un estudio clínico, dentro de gastroenterología, a donde acuden los casos patológicos.

La tesina, presentada en la Escuela Universitaria de Trabajo Social de León, es un amplio trabajo, cuyo título “El alcoholismo en El Bierzo Bajo”, nos orienta ya hacia un área geográfica concreta, delimitada, y más bien hacia un tratado descriptivo en torno al alcoholismo.

Se delimitan muy bien los diferentes capítulos: nociones básicas sobre alcoholismo, investigación, rehabilitación, y tratamiento social.

Utiliza el Cuestionario Breve para Alcohólicos (K.F.A.– C.B.A.), descrito en la versión española y analizado por A. Rodríguez Martos y Dawer (González López C, 1989, 174).

Se trata (de acuerdo con la cita realizada por el propio autor, y de acuerdo con la teoría de Rodríguez Martos A. y Dawer) de un cuestionario, cuyo punto de corte indica alcoholismo, o no alcoholismo, abarcando desde los principios de la dependencia alcohólica, hasta el estadio de dependencia alcohólica plenamente establecida.

No es, pues, un estudio epidemiológico, poblacional, propiamente dicho. Si hubiera que encuadrarlo de un modo concreto, pienso que trata de incluirse como un estudio de carácter más bien clínico, siendo, desde luego, un trabajo descriptivo.

Por otra parte, tampoco el autor trata de realizar, desde un punto de vista puramente estadístico, un estudio epidemiológico, sino más bien orientativo – aproximativo. Es decir, no obtiene datos estadísticos, ni epidemiológicos, fiables.

Según los resultados obtenidos, el 16,1% serían enfermos alcohólicos reales, existiendo otro 14,3% de la muestra situados en la banda de consumidores de alcohol de alto riesgo de convertirse en alcohólicos.

Y ambos (el 16,1% más el 14,3%) se hallan comprendidos entre los 25 – 44 años de edad.

Hay constancia periodística de dos trabajos realizados en la empresa ENDESA, con sede en Cubillos del Sil, cuyos datos han quedado archivados en dicha empresa.

De igual modo, el firmante del presente estudio ha realizado, en 1986, un estudio sobre juventud y alcoholismo (Núñez C., D., 1986)

IV.3. MEDIOS. REDES ASISTENCIALES

Los medios disponibles en la Comarca no son otros que las redes asistenciales (socio-sanitarias), además de algunas entidades con carácter privado, u homologadas.

Podríamos hablar de tres entidades con carácter específico, en cuanto a alcoholismo: BEDA. (Bérgidum Exalcohólicos Dependientes), ARABI (Alcohólicos Rehabilitados Alto Bierzo) y ARSOT (Alcohólicos Rehabilitados Silouros de Toral).

De entre los medios existentes, y que veremos a continuación, pueden atender de modo específico: BEDA. Hospital Comarcal, Equipo de S.M. y Proyecto Hombre.

1. Hospital comarcal de El Bierzo: Es el centro de internamiento de referencia. Pues los otros dos centros hospitalarios (Clínica Ponferrada y Hospital de La Reina), no atienden casos específicos de alcoholismo. Estos casos son atendidos, sobre todo, en el Servicio de Urgencias, Digestivo y Unidad de Psiquiatría del mismo hospital. Esta unidad posee algunas camas para posibles desintoxicaciones, pero genéricas, no específicas de alcohol.

Son múltiples los trabajos que demuestran la influencia del consejo médico de urgencias, en cuanto a alcoholismo se refiere. Por eso, la especialista investigadora sobre alcoholismo, Alicia Rodríguez Martos (de la Ejecutiva del Plan de Acción Sobre Drogas de Barcelona, y a la vez del Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona – IMSP), y en colaboración con el Servicio de Traumatología del Hospital del Valle Hebrón, ya en el año 2000 pusieron en marcha un consejo médico en urgencias, para todos los accidentados por causa del alcohol.

2. Salud Mental: Cuenta con un equipo para toda la Comarca. Es un equipo multidisciplinar (tres psiquiatras, tres psicólogos, un trabajador social, además de tres ATS/DUE). Se hallaba adscrito a la Gerencia de AP, dependiendo actualmente de la Gerencia Hospitalaria. Atiende los casos de alcoholismo, en el CS Ponferrada IV. En Castilla y León, como en el resto de CC.AA. de España, la SM todavía no tiene un marco o límite bien concreto, por falta de carteras de servicio al respecto (Ministerio de Sanidad, y CC.AA, Febrero, 2003).

La mayor parte de pacientes que llega a SM lo hace a través de AP.

3. Atención Primaria: Son diez los CS que cubren nuestro campo de estudio. Se distribuyen así: cuatro en Ponferrada y uno en cada una de las poblaciones siguientes: Bembibre, Cacabelos, Fabero, Puente de Domingo Flórez, Toreno y Villafranca del Bierzo. Asimismo se atiende en los consultorios locales. Cuentan con unos \cong 140 médicos y un número algo inferior de ATS/DUE, y un trabajador social en cada uno de ellos.

El Profesor Santo Domingo asegura que el 90% de los alcohol-dependientes son tratados ambulatoriamente. Asimismo, asegura que la mayoría de las derivaciones llegan a la atención especializada desde asociaciones de exalcohólicos (Curso de Alcohol y otras adicciones, Enero, 2004). Además, la depresión y ansiedad, que suelen presentar los pacientes, no siempre requieren tratamiento específico, pues con frecuencia desaparecen con la desintoxicación.

Santo Domingo es partidario de la psicoterapia individual, a fin de que surja y se mantenga en ellos su motivación. También defiende que este tratamiento se halle integrado en S.M.

Por otro lado, es el médico de AP quien debe también tratar de mantener la motivación, en colaboración con SM y con el grupo de autoayuda de los cuales es defensor.

Según la revista *The Lancet*, los servicios de AP son los mejor situados para identificar y manejar los problemas relacionados con el alcohol.

José Zarco (coordinador de área en Madrid) asegura que el médico de AP, en pocos minutos con cada paciente, puede, además de la entrevista motivacional, hacer intervenciones breves, entre las que destaca el consejo dirigido, en este caso antialcohol, que es eficaz en alto porcentaje, e informa al paciente de una conducta que es perjudicial para él.

Por su parte la entrevista motivacional trata de que el propio individuo se responsabilice de su problema, a fin de que adopte un cambio de conducta.

Los tipos de intervención breve son:

- *Consejo médico*: para el bebedor de riesgo.
- *Intervención muy breve*: para el bebedor de riesgo.
- *Intervención breve*: para el bebedor de riesgo y uso perjudicial.

Según Semfyc (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria), en un estudio realizado sobre 7.500 historias, el 20% de los bebedores excesivos dejaron el hábito a raíz del consejo médico (Parece deducirse que se trata de un estudio clínico).

Resultados similares se confirman en otros estudios.

Entre las medidas diagnósticas, además de las ya conocidas como el AUDIT, CAGE, el CBA (Cuestionario Breve para Alcohólicos), en las XXX. Jornadas de Socidrogalcohol, Enriqueta Ochoa (Hospital Ramón y Cajal) y Josep Guardia (Hospital de la Santa Cruz y San Pablo) afirmaron que el craving (necesidad imperiosa de una sustancia) es un marcador de la evolución de la dependencia alcohólica.

Debido a su brevedad, validez y sencillez, los cuestionarios más utilizados en AP son: el AUDIT (Test de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol), sobre todo, y el CAGE.

De manera que, con la historia clínica, el AUDIT, y los marcadores biológicos (los valores analíticos más específicos son: GGT, GPT, AST (GOT), VCM, HDL-colesterol, cociente AST/ALT) sabremos cuándo se debe intervenir.

Con una dependencia leve, se puede abordar el tratamiento en A.P. Con una dependencia moderada o grave, el tratamiento debe ser realizado en atención especializada, aunque se inicie la desintoxicación en A.P. (Curso de Alcohol y otras adicciones en AP, Diciembre, 2002).

4. CEAS (Centro de Acción Social): La red de trabajadores sociales, en la Comarca, se coordina desde la Diputación Provincial para El Bierzo, en Ponferrada.

El Ayto. de Ponferrada tiene su propia red de trabajadores sociales, que, coordinados desde el Ayto., atienden al público, normalmente, en los centros cívicos de cada barrio. También el Ayto. de Ponferrada atiende otros campos específicos como inmigrantes, marginación, etc.

La atención social a los diversos municipios se coordina más directamente por zonas. Desde una oficina coordinadora central, un trabajador social se desplaza, una o dos veces por semana, durante dos-tres horas cada día, a las capitales de los municipios, en horario prefijado, desde donde atiende las necesidades del municipio.

Según el II. Plan Socio-sanitario de Castilla y León, el trabajo social ha sido integrado en un todo con la asistencia sanitaria, tratando de potenciar la coordinación socio-sanitaria, al contar cada CS con un/una trabajador/a social para toda su área de influencia.

El trabajo social, en drogadicción, no tiene por qué ser nada original, sino que debe responder a la realidad de un problema (Becerra R. M., 1999, 8).

Dentro del enfoque biopsicosocial actual, se encuadran los equipos pluridisciplinarios; en ellos tienen relevancia especial dos categorías profesionales: los médicos de A.P. y los trabajadores sociales, según Carmen Párraga (trabajadora social).

El enfoque biopsicosocial considera la dependencia como un problema socio-sanitario, atendiendo la prevención y la reducción del daño. Esta reducción del daño hace referencia a la integración sociolaboral.

5. El C.A.D. (Consejo Comarcal): Como su nombre indica (Centro de Atención a Drogodependientes) no atiende el alcoholismo como tal, de modo específico, remitiendo a BEDA los casos indicados.

Cuenta con un equipo multidisciplinar. Dispone de convenios con el Hospital Comarcal de El Bierzo, Hospital de La Reina, Fundación de la ULE.

Su objetivo principal es conseguir el no consumo de drogas. Su orientación es biopsicosocial.

6. Proyecto Hombre (Fundación CALS): Proyecto Hombre de León cuenta con dos sedes, una en León y otra en Fuentesnuevas – Ponferrada.

El programa Proyecto Hombre estaba diseñado para atender a drogodependientes, no específicamente a alcohólicos. Los alcohólicos los orientaban a BEDA. Pero últimamente también atienden, de modo específico, el alcoholismo.

En caso de politoxicómanos, si predominaba el alcoholismo, se derivaba a BEDA, tratando Proyecto Hombre el resto de adicción/es. En el presente, si el alcoholismo es secundario, se deriva a una Comunidad Terapéutica específica de Proyecto Hombre (en concreto, Zamora o Galicia).

La asociación más frecuente, en caso de politoxicomanía, que encuentra el centro de Proyecto Hombre de Ponferrada, es alcohol con cocaína.

7. Cruz Roja: Representa la acción del voluntariado. La Asociación Local de Ponferrada ha tenido diversas actuaciones, tanto en el campo del alcohol, como de otras adicciones.

8. BEDA (Bergidum Exdependientes Asociados): Está en funcionamiento desde hace más de 25 años, con características de grupo de autoayuda hasta 1992. Desde entonces, se ha ido especializando hasta lo que hoy representa.

BEDA es un Centro Específico de Tratamiento y Asistencia Ambulatoria de Enfermos Alcohólicos, acreditado desde 1998 por la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

A la vez que trata al paciente alcohólico, realiza programas informativos y asistenciales con sus familiares.

Cuenta con un equipo multiprofesional, que, en el año 2000, lo componían: tres psicólogos, dos médicos y dos trabajadores sociales. Estos técnicos trabajaban con carácter semiprofesional o paraprofesional.

Las técnicas, lógicamente, son diversas: terapia individual, de grupo, familiar. En el año 2000 estuvieron integrados en el programa 193 personas, de las cuales 88 accedieron por primera vez. Los atendidos presentaban el siguiente perfil: varón, de mediana edad, casado, con estudios primarios, trabajador, residente en medio urbano o semiurbano, la mayoría acude a BEDA por indicación familiar o iniciativa propia, la mayoría tiene antecedentes familiares de alcoholismo (110 casos, frente a 77), la inmensa mayoría cuenta con apoyo familiar y ha hecho uno o más intentos por abandonar el alcohol (137, frente a 51 que no lo han intentado), aunque sólo el 39% habían hecho algún tratamiento por efectos del alcohol (no necesariamente un tratamiento específico).

El patrón de consumo es, mayoritariamente, diario (153, frente a 36 de consumo discontinuo). En 139 casos se consume a la vez tabaco, y 30 casos han dejado de fumar. En 23 casos coexisten alcohol y juego problemático, y hay 10 casos de jugadores habituales.

La proporción hombre/mujer era de 4,07/1 respectivamente, el 14% se hallaba en paro. La edad media de los atendidos en el año 2000 era de 42,44 años. Su edad media de inicio en el consumo de alcohol fue de 14,24 años. Y la edad media de aparición de los primeros síntomas fue a los 31,99 años. En el año 2000, recibieron el alta terapéutica 29 personas. Desde 1992 hasta 2006 BEDA ha dado de alta a 295 alcohólicos (BEDA, 2000).

9. ARABI (Alcohólicos Rehabilitados Alto Bierzo): Asociación a mitad de camino entre los grupos de autoayuda y los centros específicos. Cuenta con algunos técnicos especializados, pero con carácter de voluntariado, en general.

En el año 2001, esta Asociación atendía pacientes de ocho Aytos. La organización parece recaer sobre trabajadores sociales, y la sede se halla en Bembibre.

10. ARSOT (Alcohólicos Rehabilitados Silouros de Toral): Asociación de exalcohólicos, que funciona como grupo de autoayuda. Se halla en funcionamiento desde 1986. Está asociada a FARE (Federación de Alcohólicos Rehabilitados de España) – y a FARCAL (Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Castilla y León).

Su objetivo principal, por tanto, es el reforzar la abstinencia (manteniendo la motivación), y se fundamenta en: la autoestima, la satisfacción personal, la participación en la comunidad y el trabajo, presentando ayuda y apoyo mutuo entre los miembros del grupo.

Los alcohólicos rehabilitados surgen, en España, en 1967, concretamente en Madrid, con el nombre de exalcohólicos.

Sus características son: el alcoholismo es una enfermedad médica; aceptan tratamiento farmacológico; ponen énfasis en un líder experimentado, como apoyo en la rehabilitación; mantienen estrecha relación con profesionales de la salud; su programa

no está preestablecido, es abierto; no existe anonimato entre los componentes del grupo; se paga una cuota anual.

J. Santo Domingo asegura que son útiles para continuar la RHB, conociendo situaciones cercanas a su experiencia, manteniendo así su motivación. Pueden permanecer durante años en el grupo, con un mínimo de 3 – 6 meses, colaborando con los que se van integrando o realizando campañas comunitarias (Curso de Alcohol y otras adicciones en AP, Febrero, 2003 y Enero, 2004).

Nora Volkow, en una conferencia sobre Voluntad y Adicciones, invitada por la Obra Social de La Caixa, asegura que las personas adictas al alcohol tienen menos receptores dopaminérgicos D₂, siendo más vulnerables a las recaídas.

Esta evidencia también explicaría que los grupos de terapia para distintas adicciones (alcohólicos, cocainómanos, heroínómanos, etc) sean efectivos, a la hora de ayudar a los drogadictos a no recaer.

Según las ponencias presentadas, en octubre de 2002, en el encuentro trimestral de asociaciones de alcohólicos rehabilitados, celebrada en Ponferrada, el 85% de los alcohólicos, que acuden en busca de ayuda, consiguen superar plenamente su adicción. Debe notarse la diferencia que apuntan diversos especialistas de los citados en el presente estudio, para los cuales estas cifras suelen ser desorbitadas. Aseguran los especialistas que no puede hablarse, con realidad, de más de un 4 o 5% de auténtica recuperación.

Ya en junio de 1999 el psiquiatra Gabriel Rubio (Presidente por entonces de Socidrogalcohol – Madrid) pedía la instauración de programas de alcoholismo en cada equipo de salud mental o equivalente a nivel de todas las CC.AA. Para él no es normal la existencia de una red para drogodependientes y otra paralela para alcohólicos, y ambas fuera de la sanidad pública.

11. Oficina de Información del Ayto. de Ponferrada. Taller OH. com (Intervención en consumos abusivos de alcohol). Plan municipal sobre drogas. Concejalía de acción social del Ayto. de Ponferrada. Situación: Bajos del estadio municipal El Toralín.

IV.4. ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO

El presente capítulo nos describe el surgir y la evolución del cuestionario hasta su elaboración definitiva, tratando de hacer más comprensible el sustrato, no sólo de este capítulo, sino de todo el estudio, en tanto en cuanto se halla contenido en lo que se denomina la Encuesta.

En todo caso, este capítulo metodológico puede resultar el más árduo, y a la vez ser el más creativo, permitiendo que otros capítulos (como el análisis de resultados) resulten más entretenidos y concretos.

Según Gloria Pérez Serrano (Pérez Serrano G., 1993, 32), desde un punto de vista operativo, progresar en una acción comporta dar respuesta a las siguientes cuestiones:

<u>IDEA</u>	<u>CORRESPONDENCIA</u>
- Qué se quiere hacer	Es la naturaleza del proyecto.
- Por qué se quiere hacer	Se refiere al origen y fundamentos del mismo.
- Para qué se quiere hacer	Equivale a los objetivos.
- Cuánto se quiere hacer	Son las metas perseguidas.
- Dónde se quiere hacer	Es el campo de estudio.
- Cómo se quiere hacer	Se corresponde con los métodos.
- Quienes lo van a hacer	Son los recursos humanos disponibles.
- Con qué se va a hacer	Son los medios materiales a utilizar.
- Con qué se va a costear	Medios económicos con los que se cuenta.

Todos estos aspectos y/o conceptos quedan aclarados, explícitamente unos y más tácitamente otros, en el total del presente estudio.

Para realizar cualquier trabajo es necesaria una planificación. Por eso se inicia la clasificación de los múltiples ítems o preguntas, en diferentes apartados o capítulos.

En dicha estructuración se utilizan diferentes fuentes (estudios y cuestionarios), indicados en su apartado correspondiente. Pero ninguno de ellos ha podido servir más que como referencia o mera orientación (Apartado Fuentes).

Desde el primer momento, han coincidido el orientador de tesis, el asesor estadístico y el sociólogo en la imposibilidad de llevar adelante un cuestionario tan amplio como el inicial (con 188 variables), que, a nivel práctico, resultarían incontrolables y difuminadas, perdiendo muchas variables toda su significación.

Desde el inicio hasta la finalización del cuestionario, ED, éste ha evolucionado en general, y a modo orientativo, así:

- El cuestionario se ha transformado de modo completo siete veces, sufriendo además variaciones parciales y/o cualitativas en su formulación.
- Las 124 preguntas iniciales, a través de las reformulaciones indicadas, se han quedado compendiadas en las 107 (más las dos correspondientes a ludopatía) definitivas del ME. (Anexo 3. - Metodología. Cuestionarios).

Así se confirma el cuestionario del ME. Con sus resultados se confeccionará el cuestionario del EP. Y, a su vez, sus resultados determinarán la estructura del ED.

IV.5. VALIDACIÓN DE LOS JUECES

Acordado con el orientador de tesis el cuestionario base, éste es sometido a la opinión de dos técnicos, como son el sociólogo encargado del trabajo de campo, y el asesor estadístico. Ambos aceptan la estructura global del cuestionario. Pero ambos también señalan diversas recomendaciones o modificaciones a realizar:

1. Necesidad de codificar todas las preguntas, así como las diversas respuestas.
2. Conveniencia de condensar las respuestas múltiples, desde un punto de vista estadístico, aproximando el número de respuestas a seis, siempre que sea posible.
3. Estructurar más lógicamente algunas preguntas, afectando en realidad a tres de las mismas.
4. Conveniencia de modificar las preguntas referidas a profesión y estudios, estructurándolas según la clasificación utilizada a nivel general, con el fin de que sea posible realizar comparaciones, entre los estudios existentes a nivel nacional y el presente.
5. Modificar la pregunta relativa a clasificación de la familia en un estatus social, por resultar indefinida (Prg. 12 del EP).
6. Recomendación de no dejar ninguna pregunta abierta.
7. Necesidad de especificar las sustancias (Prg. 14 del EP).

Casi todas las recomendaciones han sido tenidas en cuenta, modificándose la formulación de los ítems.

Sin embargo, se mantiene la Prg. 12 del EP, así como la clasificación de profesiones y estudios, en espera de que los resultados del mismo confirmen o no la conveniencia del cambio.

Además, se han realizado otra serie de modificaciones:

Se transforma la redacción de la página inicial del cuestionario, en lo referente a la presentación del mismo.

La Prg. 12, se desdobra en dos ítems, comprendiendo la Prg. 12 del EP la opinión del encuestado sobre el estatus social de su familia, y la Prg. 13 los ingresos mensuales de la familia, como un índice objetivo de dicho estatus.

En la Prg. 13 se anula el apartado correspondiente a fármacos, quedando estructurada la Prg. en tres variables en vez de cuatro (alcohol, tabaco y otras sustancias). Se entiende que, así, en el apartado “otras sustancias”, los encuestados pueden englobar toda esa especie de nebulosa, que se forma por una cantidad de sustancias no específicas, legales o ilegales, y que, de algún modo, puede ser un factor que incida favoreciendo o aumentando el riesgo de consumo de alcohol.

Las Prg. 19, 20 y 21 se fusionan en una sola (Prg. 20), incluyendo los tres tipos de prejuicios (físico, anímico y conceptual), que se quieren explorar.

En la Prg. 28 (Prg. 27 del EP) se anula un apartado (el 03-“Normal”), pero se mantiene el resto de la Prg. debido, sobre todo, al apartado que explora si se embriaga alguna vez.

En las Prg. 42 y 43 (Prg. 41 y Prg. 42 del EP) se modifica el término “desgraciado” por “desafortunado”, que sin duda resulta más adecuado.

Y, así, se inicia ya la aplicación de los diversos cuestionarios, del ME.

IV.6. TÉCNICAS CUALITATIVAS Y CUANTITATIVAS: APLICACIÓN METODOLÓGICA

IV.6.1. TÉCNICA CUALITATIVA: MICROESTUDIO

Con este primer estudio aplicado se trata de comprobar características del cuestionario: comprensión, tiempo de aplicación requerido, cansancio del encuestado, pues es algo imprescindible en una encuesta psicosociológica, como el presente ME.

En un estudio como el presente, se considera adecuado aplicar el uno por ciento sobre el total del cuestionario definitivo.

De manera que, aceptadas las líneas básicas del cuestionario, se aplica el mismo a:

- Cinco varones, todos mayores de 29 años, que fueron bebedores excesivos o importantes.
- Dos jóvenes y dos mujeres. Estos apartados no aportan datos significativos.

De la experiencia del ME surgen algunas anotaciones, se clarifican incorrecciones, y se completan algunas cuestiones.

A nivel global, el cuestionario es comprendido por los encuestados.

Se realizan supresiones: Pregunta 17 (“u otras sustancias”); la Prg. 8 se repetía inútilmente en el apartado “juventud” (Prg. 52); Prg. 27: se suprimen los apartados 09. – “De prisa” y 10. – “Espacio, degustando” (en cuanto al modo de beber). Pues estos apartados constituyen por sí solos la Prg. 31; Desaparece la Prg. 52, pues su contenido (inicio de vida laboral) queda comprendido en la Prg. 8, a nivel de Encuesta general.

También se practican diversas correcciones: En la Prg. 7 se introduce el apartado 05. – “Pensionista”; en la Prg. 15 se introduce el apartado 10. – “Ninguna”; la Prg. 16 se completa con los apartados 06. – “Por aburrimiento”, 07. – “En el trabajo, durante la comida”, y 08. – “No recuerda, NS/NC”; en la Prg. 17 se introduce el apartado 06. – “Tranquilo, al comer”; se reforma la Prg. 22, añadiendo “o ha consumido”; en las Prgs. 24, 25 y 46, el encuestador debe esforzarse en la aplicación, por su complejidad, y en la Prg. 24 además, se reformula el apartado 02. – “Para sentirse bien, por placer, en la comida”; en la Prg. 29, en vez de la respuesta única inicial, se plantean tres como posibles; la Prg. 35 se amplía con el apartado 03. – “No procede, NS/NC”; también la Prg. 40 se completa con un tercer apartado; la Prg. 44 se completa con el apartado 03., tratando de evitar que

los consumidores tengan que enfrentarse a una escueta afirmación o negación en cuanto a una posible dependencia psicológica respecto del alcohol.

Por fin, algunos ítems parecen más indefinidos o genéricos, pero se mantienen en el EP tal como están en el ME: Prg. 28, se confirman sus planteamientos por tres razones: nos puede esclarecer el número de sujetos que bebe hasta embriagarse, y si el individuo reflexiona sobre su propio consumo (culpabilidad), puede presentar alguna tendencia al ocultamiento, o engaño; se mantiene la Prg. 31 por contener, en sí, los apartados 09. y 10. de la Prg. 27, que no eran más que una coletilla reiterativa; la Prg. 37 merece permanecer como está por evitar que los mayores bebedores puedan evadirse de una respuesta concreta o directa; la Prg. 51 permanece igual, a pesar de su posible escasa concreción, pues podría resultar útil para entender el camino seguido, en su evolución, por la personalidad del sujeto; por fin la Prg. 53 (Prg. 51 del EP) se mantiene, por ser más clara y directa que la Prg. 29, acerca del gasto diario en alcohol, permitiéndonos, además, diversas comparaciones (Anexo 3.- Metodología. Cuestionario del ME).

Son, por tanto, suficientes cualidades las derivadas de dicha aplicación, que justifican la razón de ser del ME.

IV.6.2. TÉCNICA CUANTITATIVA: ESTUDIO PILOTO

Los objetivos generales del EP son los mismos que se repiten en todos los cuestionarios aplicados (ME, EP y ED).

Los objetivos concretos del EP, a través de su cuestionario, son:

- Comprobar la comprensibilidad del mismo cuestionario.
- Comprobar si dicho cuestionario cumple los objetivos generales, e incluso los específicos o concretos de la Encuesta.
- Y, por tanto, contribuir a la elaboración de la Encuesta definitiva.

Es, precisamente, a través de los datos obtenidos del EP, de donde surge la idea de conveniencia respecto de un apartado más, la ludopatía.

El EP se aplica a 47 sujetos (30 en Ponferrada y 17 en Bembibre), en varias rutas (en Ponferrada, y en Bembibre) y, por tanto, urbanas y semiurbanas, comprendiendo en conjunto, al menos, el 80% de la población diana.

El estudio de los primeros resultados se centra en cinco variables, además de limitarse a la/s ciudad/es: sexo, edad, estudios, existencia de consumo, cantidad de consumo (Anexo 3. - Metodología. Primeros resultados del EP).

Y la razón de este primer sondeo, extraído de 25 sujetos, es comprobar si su aplicación y los resultados obtenidos se corresponden con las leyes y previsiones, tanto sociológicas, como estadísticas.

La comprobación de que los resultados son válidos y aceptables nos demuestra la fiabilidad de todo el trabajo (Anexo 3. - Metodología. Histograma).

Por eso se procede al compendio estadístico de todo el EP (Anexo 3. – Metodología. Datos Estadísticos del EP).

De los resultados obtenidos, extraemos algunas conclusiones:

- Generales:
 - o El cuestionario funciona adecuadamente. Parece estructurado y redactado adecuadamente, siendo su contenido comprensible para los encuestados.
 - o El muestreo es aleatorio, y por rutas, además de estratificado (sexo y edad).

- Asimismo, se puede realizar un muestreo por conglomerados, siendo posible el contraste Ponferrada – resto de El Bierzo.
- Concretas:
 - En la Prg. 16 hay algún caso que no consume nada. En una primera impresión, el cuestionario podría darse por invalidado, pero son muy pocos en el EP los sujetos que pertenecen a este rango. Por tanto, es correcta su aplicación tal y como está.
 - Se cambia el código hombre-mujer (de “1 y 2” pasan a “0 y 1”, respectivamente). Además, en las respuestas múltiples, se complementarán los códigos (por ejemplo, Prg. 24: 24.1 y 24.2...).
 - La misma Prg. 24, debido a su complejidad, podría parecer que debería ser remodelada. Sin embargo, existen dos razones para mantenerla tal y como se plantea: es una pregunta clave y funciona con este planteamiento (siempre que el encuestador se implique en la explicación de la pregunta).
 - Tanto en la Prg. 19 como en la Prg. 46 debe incluirse la opción NS/NC.

Así, pues, según se ha explicado, se completan los apartados existentes en el EP con uno nuevo, Ludopatía, en la Encuesta definitiva.

El EP se estructura en cinco grandes grupos (frente a los diez de que constará la Encuesta definitiva), comprendiendo 58 Prgs.:

- A. Variables generales y/o sociológicas: clasificatorias o de identificación. Ítems: 1-13.
- B. Factores asociados al consumo, y/o factores de riesgo: Ítems 14-20.
- C. Consumo personal de alcohol: inicio y sus modalidades, consumo y cantidades, posibles dependencias (física y psíquica), consecuencias. Ítems 21-46.
- D. Grupo “específico” de juventud: desde 14-29 años, inclusive. Ítems 47-52.
- E. Otro apartado “específico”: mujeres: Se trata de un tema emergente, con características dignas de ser atendidas por sí mismas. Ítems 53-58.

Tanto el apartado “Juventud” como el de “Mujeres” nos darán unos resultados propios, a la vez que nos permitirán su comparación con los obtenidos en el apartado 3 “Consumo personal”.

El EP se aproxima al modelo demográfico, por las siguientes razones:

- La población ha disminuido, desde 1991 a 1996, en los municipios mineros y de montaña, incrementándose en municipios urbanos o semiurbanos (Ponferrada y Bembibre), y en municipios agrícolas-semiurbanos (Cacabelos, Carracedelo, Camponaraya...).
- Las rutas, municipios, estudiados (Ponferrada y Bembibre) comprenden más del 50% de la población total, y más del 80% de la población diana.
- El índice de encuestas nos indica que, con los 617 cuestionarios que se aplicarán en el ED, llegaremos al 90 – 95% de la población, a través de 9 – 10 rutas (Anexo 3. Metodología. Estructura de la Encuesta. Estudio Piloto).

IV.7. CUESTIONARIO DEFINITIVO. DIEZ APARTADOS.

La metodología aplicada nos ha proporcionado una seguridad fundada, tanto en la correcta y completa aplicación, como en la fiabilidad obtenida en la misma encuesta.

El cuestionario definitivo se ve ampliado, al añadirle el capítulo de juego-ludopatía. Por lo cual, se establecen los diez grupos o aspectos diferentes que se reflejan más abajo.

Este nuevo apartado del juego no es precisamente un apéndice, sino que parecen existir ciertas bases biofisiológicas comunes a diversas adicciones, entre ellas, el alcohol y el juego. Confirmando esta afirmación, Julia de Pablo, concluye que, según los estudios realizados en su centro de trabajo, una cuarta parte de los adictos al alcohol también son, a la vez, ludópatas.

Surge, por tanto, una pregunta: ¿Existe también correlación, entre ambas adicciones, en los indicios socio-clínicos? La respuesta la obtendremos a través del estudio de campo, o aplicación del cuestionario definitivo, sabiendo ya desde ahora que, efectivamente, existen ciertas correlaciones (De Pablo Ezcurra J., Abril, 2001).

Dicho cuestionario consta de 59 ítems o Prgs., que encierran, en sí, más de 100 variables, y cuyos resultados nos mostrarán “indicios”, algunas patologías que convierten este trabajo en un estudio socio-clínico.

Por tanto, esta encuesta se considera completa y sumamente elaborada. Por lo cual parece oportuna su aplicación en el campo predeterminado (Anexo 3.- Metodología. Cuestionarios).

	Ítems incluidos
A. Variables generales.	1 - 13
B. Factores de riesgo (afectivos, relacionales) y asociados al consumo.	14 - 15
C. Consumo personal: motivos, modos, mitos.	16 - 20
D. Estudio específico del consumo personal: inicio, consumo, motivos de mantenimiento, cantidad y clase de bebida, dinero gastado...	21 - 28
E. Dependencia física	29 - 39
F. Dependencia psicológica	40 - 44
G. Secuelas del alcohol	45
H. Juventud	46 - 51
I. Mujer	52 - 57
J. Juegos de azar	58 - 59

Tabla 1. Estructura del Cuestionario Definitivo.

IV.8. ESTUDIO SOCIO-CLÍNICO: DESARROLLO Y RUTAS

IV.8.1. PRINCIPIOS Y OBJETIVOS

El muestreo de esta encuesta, como se ha indicado, es aleatorio y por rutas. Pero, además, es un muestreo estratificado por edades. Pues, debido al apartado Juventud, la población se divide en tres grupos de edades: 13 – 29, 30 – 65, y 66 y más años.

Por tanto, los menores de 13 años quedan excluidos, no son objeto del estudio o de la Encuesta.

También existe una segunda estratificación, debida al sexo, y gracias al apartado Mujeres.

Según se ha indicado previamente, el modelo de la Encuesta es demográfico:

- La población, desde 1991 a 1996, ha ido disminuyendo en los municipios mineros, mientras aumentaba en municipios urbanos (Ponferrada) y semiurbanos (Bembibre, Cacabelos, Camponaraya...).
- El 80% de la población se sitúa en siete municipios. Más del 50% se halla en dos municipios (Ponferrada y Bembibre).
Este 80% y 50%, respectivamente, se refiere a la población objeto de la Encuesta (los habitantes de la Comarca de El Bierzo de 13 y más años).
- La población total, según el censo de 1991, era de 136.839 habitantes en la Comarca de El Bierzo.

Como quiera que aún no se disponía de los datos del censo de 1996, se redondea el censo global a 136.500 personas.

La población objeto de la Encuesta se cifra en 116.000 personas, mayores de 13 años.

Y la población real estudiada corresponde al 99,9% de los encuestados, y a un 95 – 97% de la población. Es decir, que las 616 encuestas válidas (de las 617 aplicadas) corresponderían, sociológica y estadísticamente hablando, a unos 112.000 habitantes, sobre las 116.000 personas mayores de 13 años.

Por tanto, la Encuesta, es sumamente fiable, abarcando entre el 95 – 97% de la población objeto de estudio.

Este porcentaje de población se llegará a conseguir estableciendo una serie de rutas, entre once municipios.

- Este estudio sólo es válido para El Bierzo. Para ser extrapolado a nivel nacional, sería necesario aplicar, al menos, dos mil encuestas.
- Asimismo, se puede hacer un muestreo por conglomerados (Bierzo/Ponferrada). Por tanto, la variable de las tres zonas (urbana, agrícola o rural y minera), no será exactamente estudiada. Podrá compararse la única población urbana, a nivel real (Ponferrada), con el resto (rural o semiurbana), pues incluso Bembibre, que posee más de 12.000 habitantes, dispone, más bien, de una estructura semiurbana.
Pero este muestreo no comprenderá específicamente la zona minera, como tal, para lo cual serían necesarias unas mil doscientas encuestas aplicadas.
- Objetivos estadísticos de la Encuesta:
 - Descripción global: Incidencia/prevalencia en un número de sujetos (N), entre 116.000 habitantes.
 - Comparación: Ponferrada / Bierzo. Esta comparación, posible, excede los objetivos del presente estudio. En todo caso, explicaciones por subcomarcas, nos aclaran los tiempos y modos del beber rural, que presenta ciertas variantes con el consumo urbano. Éste tiene, por ejemplo, mayor carácter de “consumo social”, y viene marcado por el/los grupo/s (botellón).
 - Indicios: en las tres zonas (urbana, rural y minera).
 - Se podrá explorar el resto de variables (más de cien), a través de las 59 Prgs.

IV.8.2. DESARROLLO Y RUTAS

La realización de la Encuesta se establece en los siguientes municipios: Ponferrada, Bembibre, Torre del Bierzo, Camponaraya, Cacabelos, Villafranca del Bierzo, Toreno, Fabero, Vega de Espinareda, Villadecanes – Toral de los Vados y Puente de Domingo Flórez.

La población objeto del estudio (mayor de 13 años) supera el 80% de la población, de la misma edad, existente en el total de la Comarca. Este porcentaje se repite a nivel de población general. Así, a modo de ejemplo, si atendemos al censo del año 2003 (con 132.413 habitantes en El Bierzo), el conjunto de los once municipios aquí señalados suma el 80,40% (106.462 habitantes) de la población total. Y porcentajes similares obtenemos en los censos de 1991 y 1996.

Se establecen siete rutas para el trabajo de campo:

- Primera: zona centro de Ponferrada y barrio de Flores del Sil. Se aplican 90 cuestionarios.
- Segunda: zona alta de Ponferrada, con 110 encuestados.
- Tercera: comprende los siguientes barrios de Ponferrada: Polígono de Las Huertas, Compostilla, Cuatrovientos y Fuentesnuevas, con 96 encuestados.
- Cuarta: Camponaraya, Cacabelos y Villafranca del Bierzo. Se aplican 137 encuestas.
- Quinta: Bembibre y Torre del Bierzo, con 56 y 21 encuestados, respectivamente (con un total de 77).
- Sexta: Toreno, Fabero y Vega de Espinareda, aplicándose 74 encuestas.
- Séptima: Toral de los Vados (con 21 encuestas aplicadas) y Puente de Domingo Flórez (donde se aplican 12 encuestas), siendo aplicadas en total 33 encuestas.

Por tanto, se aplican en Ponferrada 296 encuestas, correspondiéndole las tres primeras rutas. En el resto de municipios se aplican 321 encuestas, a través de las cuatro rutas restantes.

Estas encuestas han sido distribuidas atendiendo a la estratificación de edad (intervalos de 13 – 29, 30 – 65 y > 65), y de sexo (hombres y mujeres).

Una de las encuestas de la ruta segunda, en Ponferrada, ha sido anulada. Por lo cuál obtenemos un total de 616 encuestas válidas, correspondiendo 295 al municipio de Ponferrada, y 321 a los diez municipios restantes.

De las 616 encuestas válidas, 291 se han aplicado a hombres, y 325 a mujeres, comprendiendo, por tanto, al 47,2% y 52,7%, respectivamente, de las encuestas válidas, mientras que a nivel de población total de la Comarca (sobre los 136.500 habitantes de la Encuesta), el 49% son hombres, y el 51% mujeres.

V. LA ENCUESTA: RESULTADOS

V. LA ENCUESTA: RESULTADOS

VI. RESULTADOS OBTENIDOS E INDICOS SOCIO-CLÍNICOS

La población total de la Comarca comprende \cong 136.500 habitantes, en 1991, siendo hoy aproximadamente la misma, si bien ha cambiado la distribución, aumentando mucho la población urbana y/o semiurbana, en detrimento de la población rural.

Las 617 encuestas corresponden al 95-97% de la población. Es decir, correspondería a \cong 112.000 habitantes, sobre la población de 13 y más años, que sería = 116.000.

De esta población total (\cong 136.500 habitantes), el 49% son hombres y el 51% mujeres. Conviene, pues, señalar que se da una aproximación o proporción, entre realidad y encuesta, en el porcentaje entre sexos.

<u>Encuesta</u>	<u>Frecuencia</u>	<u>Percentil válido</u>
Hombres	291	47,2
Mujeres	325	52,7
Se pierde	1	0,1
Total	617	100,0

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje por sexos.

Por tanto, los casos válidos son 616, que corresponde al 99,9% de los encuestados.

GRUPO A: Variables Generales, sociológicas

➤ **Prg. 1. Sexo**

La proporción de sexos, en la población general, es de 49% varones y 51% de mujeres. La Encuesta, pues, guarda relación, se aproxima, a esta proporcionalidad de sexos, siendo el 47,2% (N=291) varones, y el 52,7% (N=325) mujeres.

El sexo es una variable cualitativa dicotómica.

Esta variable se ha relacionado con las otras variables cualitativas, mediante la prueba χ^2 de Pearson.

También esta variable del sexo se ha relacionado, asimismo, con las variables cuantitativas, utilizando la prueba t de Student.

Además, el sexo adquiere importancia específica en el apartado “Mujeres”, que comprende desde la Pgr. 52 a la Pgr. 57, ambas inclusive.

➤ **Prg. 2. Edad**

Se hace una estratificación, debido al interés que representa el estudio de diversas variables. Así, tenemos un apartado específico denominado “Juventud”, que comprende desde la Prg. 46 a la Prg. 51, ambas inclusive.

A su vez, este apartado “Juventud” se divide en dos (subestratos):

- De 13 a 21 años.
- De 22 a 29 años.

Ya desde la primera estructura del cuestionario se pensó en esta subdivisión, que nos permitiera apreciar las diferencias entre una edad de inicio en el consumo, coincidente con una personalidad en formación y desarrollo, y un posible consumo más afianzado, coincidente con una personalidad ya definida o, al menos, mucho más definida.

Esta estratificación nos permitiría también atender el fenómeno de la “movida”, concentrándola precisamente alrededor de los 21 años.

Por otra parte, esta estratificación también permitiría clasificar diversos tipos de bebedores: incipientes, moderados, excesivos... al menos, atendiendo a una clasificación longitudinal.

Atendiendo a los cinco grupos de edades estudiados, vemos que la población encuestada se distribuye, de más a menos, así:

- El 28,8% del percentil válido (N=178) ocupa el espacio de 30-45 años.

- El 23,7% (N=129) se halla entre los 45 – 65 años.
- El 20,9% (N=129) ocupa el espacio de los 13-21 años.
- El 14,7% (N=91) se halla entre los 22 – 29 años.
- El 11,8% (N=73) tiene 66 y más años.

La EDAD, precisamente al contemplar estos cinco estratos, deja de ser una variable cuantitativa, para convertirse en variable cualitativa politómica.

Como se ha indicado, mediante la χ^2 de Pearson, se relaciona la variable Edad con las otras variables cualitativas.

En cambio, la relación entre EDAD y las variables cuantitativas se realiza con un doble método:

- a) Mientras el intervalo EDAD 2 (variable cualitativa politómica) con relación a otras variables cuantitativas se hace por medio del Análisis de la Varianza...
- b) Las comparaciones particularizadas entre grupos de edad se efectúan con la prueba de STUDENT – NEWMAN – KEULS.

Si resumimos, pues, la Edad, que es una variable cuantitativa en su formato original, al subdividirse en estratos, se convierte en variable cualitativa politómica.

➤ **Prg. 3. Estado civil**

El número de encuestados casados y solteros se halla en un relativo equilibrio, con un 47,6% (N=293) de casados, y un 41,7% (N=257) de solteros.

Los viudos constituyen el 5,3% (N=33).

Hay un 2,8% (N=17) de separados.

Y el 1,3% (N=8) corresponde a divorciados, siendo el mismo percentil válido, 1,3%, el de los que viven en pareja.

El 0,2% (N=1) se pierde.

El estado civil es importante, por ejemplo, en el apartado “Juventud”, que dispone, dentro de la Encuesta, de un tratado especial, con estudios muy concretos, como “la movida” (hoy se habla más de “botellón”, pero es algo diferente), valorada, sobre todo, a través de

la Prg. 51 o número de salidas nocturnas, relacionadas, de algún modo, con las salidas de fin de semana, y en, el presente estudio, con el consumo de alcohol.

El estado civil guarda, respecto a la variable sexo, una relación significativa de $p < 0,001$, existiendo la misma relación significativa con la variable edad.

➤ **Prg. 4. Comparte vivienda con...**

La Pregunta. 4 es una pregunta cualitativa.

La Prg. 4.01 (convive con padre y/o madre), con el 36,6% (N=226), y la Prg. 4.02 (convive con hijo/s), con el 36,8% (N=227), guardan una correlación significativa de $p < 0,01$ con la variable sexo.

Asimismo, las Prg. 4.01, Prg. 4.02, al igual que la Prg. 4.03 (convive en pareja), con el 48,3% (N=298) y la Prg. 4.04 (convive con otros familiares), con el 26,4% (N=163), y Prg. 4.06 (vive solo), con un 7,6% (N=47), tienen una relación significativa de $p < 0,001$ con la edad.

En la Prg. 4.01 hemos visto que el 36,6% (N=226) afirma convivir con su padre y/o madre. Ésta es una cifra algo mayor, pero próxima, al 35,6% (N=220) de personas comprendidas entre los 13 y 29 años, ambos inclusive. Se debe presumir, por tanto, que un 1% (N=6) (que es la diferencia entre el 35,6% de jóvenes hasta 29 años, y el 36,6% que vive con sus padres) corresponden a personas mayores de 29 años, que viven con padre y/o madre.

Por otra parte, el 36,6% que dice convivir con padre y/o madre, también se aproxima al 36,8% (N=227), que dicen vivir con sus hijos.

En cuanto al apartado 4.03 (viven en pareja), sin duda, ha sido una pregunta mal interpretada por los encuestados. El 48,3% (N=298) afirma vivir en pareja. Se observa que es un porcentaje aproximado al 47,6% (N=293) que aseguraba estar casado. Sin embargo, la pregunta tenía una clara intencionalidad, referida a las parejas de hecho.

Si al número de casados unimos el 1,3% (N=8) de la Prg. 3.06, que dicen vivir en pareja, obtenemos efectivamente un 48,9%, que sigue próximo al porcentaje de casados más los que dicen vivir en pareja.

Tal vez este ítem debería de haber sido mejor explicado por los encuestadores.

También se debe resaltar el 7,6% (N=47), que dicen vivir solos. Y esto debido a que con frecuencia, y tal vez más en el medio rural, a esta circunstancia parece unirse un incremento en el consumo de alcohol.

Existe discordancia entre la Prg. 4.07 y la Prg. 4.06. Pues, mientras en ésta el 7,6% (N=47) vive sólo, en la Prg. 4.07 son 31 casos los que responden que viven solos.

No obstante, hay que tener en cuenta que en la Prg. 4.07 se pierden 29 casos, parte de los cuales podrían corresponder a personas que viven solos, y que, incluso, no dan respuesta válida debido al hecho de haber comprendido que ya habían dado respuesta a dicho ítem, en la pregunta anterior.

Se presume que, tanto el estado civil como la convivencia, aparte de las correlaciones que pueden ser contempladas en el presente estudio, por sí mismas pueden constituir factores influyentes en el consumo de alcohol.

La Prg. 4.07 es cuantitativa.

➤ **Prg. 5. Nº de hijos**

La Pregunta 5 es una pregunta cuantitativa, que mantiene correlación significativa de $p < 0,001$ con la variable edad.

De las 335 respuestas obtenidas, el 59,7% (N=200) se sitúa en la franja de 1 - 2 hijos.

El 32,8% (N=110) dicen tener 3 - 4 hijos.

El 3,6% (N=12) tienen 5 hijos.

Son el 1,5% (N=5) los que dicen no tener hijos, mientras que el resto, el 2,4% (N=8) se reparte entre los que tienen 6, 7 y 8 hijos.

➤ **Prg. 6. Inmigración**

La Prg. 6 tenía un objetivo principal, como era el valorar y/o relacionar la situación de inmigración con un posible incremento en el consumo de alcohol.

La Prg. 6.2 es cuantitativa. Y se correlaciona con una significación de $p < 0,001$ con la variable edad.

En general, parece que podría afirmarse que las inmigraciones han sido así:

- a) Los inmigrados antiguos iban hacia las cuencas mineras y hacia poblaciones agrícolas.
- b) Hacia las zonas mineras emigraban ciudadanos de otras regiones (Galicia, Extremadura, Andalucía), así como de la propia Comarca.
- c) Hacia poblaciones agrícolas inmigraban, sobre todo, los habitantes de pueblos de montaña, especialmente de la Montaña Occidental y Sur-Occidental de la propia Comarca, así como de la vecina comarca de La Cabrera.

En muchos casos, estos emigrantes fueron con anterioridad emigrantes en Europa, pasando, a su retorno, a residir en núcleos rurales de fuerte producción agrícola (como los del Bierzo Bajo), donde hicieron sus casas y compraron terrenos de más fácil cultivo que en sus poblaciones de origen.

Sin embargo, en los últimos años, especialmente en los veinte últimos, la inmigración se produce desde las zonas rurales (mineras o agrícolas) hacia las urbanas o semiurbanas.

La posible relación inmigración-mayor consumo de alcohol se confirmará más adelante.

➤ **Prg. 7. Situación laboral**

La Pregunta 7 es una variable cualitativa, que guarda una relación significativa de $p < 0,01$ con la variable sexo, al igual que con la variable edad.

Esta pregunta tiene, sobre todo, dos posibles variables a relacionar con el mayor o menor consumo de alcohol. Se trata de la situación de parado o trabajador activo.

Y, así, vemos que el 31,7% (N=142), sobre las 448 respuestas válidas, se hallan trabajando, con trabajo estable.

El 13,4% (N=60) trabaja de modo eventual.

El 14,1% (N=63) trabajan, o ayudan, en trabajos propios y/o negocios familiares.

Sólo el 15,8% (N=71) son parados.

Mientras que el 25% (N=112) de respuestas válidas son jubilados o pensionistas.

Será en otro apartado donde se relacionen las variables trabajador-parado con mayor o menor consumo. Pero, en general, podemos adelantar el principio de que “para consumir hay que tener dinero”. Y, en contra de otros estudios, parece que el paro no guarda relación significativa, precisamente, con el aumento del consumo (FAD, 1996, 66-68).

➤ **Prg. 8. Edad de inicio laboral**

La Prg. 8 es una variable cuantitativa. Guarda una relación significativa de $p < 0,001$ en relación tanto a la variable sexo como a la variable edad.

Se obtienen 434 respuestas válidas (70,3%), que necesitan una aclaración, aunque sólo sea general.

Naturalmente, la mayoría de los posibles lectores no podrán comprender que alguien responda que inició su trabajo a los 4-5 años.

Sin embargo, debido a circunstancias, como por ejemplo la Guerra Civil y las restricciones económicas siguientes, la falta de movilidad de la población, etc., efectivamente los niños se iniciaban, por ejemplo, como pastores de ovejas. De esta forma, a los 8-9 años ya podían ser considerados auténticos profesionales, uniéndose los niños para pastorear juntos las ovejas familiares, en lo que se conoce como “becera”.

De todos modos, podría pensarse en un modo propio, o lenguaje propio, de hablar. Es decir, no se trataría, en este caso, de una expresión dicha con toda propiedad. Sino que, para expresar que trabajaban desde niños, dirían que han iniciado la vida laboral desde que recuerdan, los 4 – 5 años...

Además, antes de los 10 años, algunos niños de entonces se iniciaron en labores agrícolas, como arar, deforestación, etc....

En este contexto, podemos entender que un 4,6% (N=20) de las 434 respuestas válidas nos digan que iniciaron su vida laboral antes de los 10 años.

El 25,4% (N=110) dicen haber iniciado la vida laboral entre los 10 – 15 años.

Para entender estas respuestas, también deberá tenerse en cuenta que los adolescentes se iniciaban como pinches (o “guajes”, si era en la mina), de forma ordinaria, en trabajos

como la construcción, talleres, servicios, o en el mismo campo. Pues, además, no existía un ordenamiento escolar, como en la actualidad.

Entre los 16- 18 años, ha iniciado el trabajo un 16,3% (N=71).

En 197 casos, 45,4%, se inicia la vida laboral entre los 18 – 25 años, ambos inclusive.

El 5,3% (N=23) se inician entre los 26 – 30 años.

Y el 3% restante a partir de los 32 años...aproximándose más a cánones actuales.

Un factor que debe tenerse en cuenta, y con el que debe relacionarse el inicio temprano en el trabajo, es un inicio temprano en el consumo de alcohol y/o mayor tiempo en el consumo, atendiendo, lógicamente, al tipo de trabajo, estabilidad y otras variables.

Sin duda factores como: disponer de dinero, imitación de los mayores, influencia del grupo, etc..., pueden y deben ser tenidos en cuenta en cuanto factores de inicio, desencadenantes o precipitantes, en un pronto y/o mayor consumo de alcohol (Prg. 24 y apartado Juventud).

➤ **Prg. 9. Nº de empleos**

La Pregunta 9 es una variable cuantitativa. Se correlaciona significativamente al nivel $< 0,001$ con la variable sexo.

Se obtiene un 70,3% (N=434) de respuestas válidas. De ellas, el 74,7% (N=324) han desempeñado entre 1-3 empleos, ambas cifras inclusive.

Es decir, podríamos hablar de clara estabilidad en el trabajo, en este 74,7%.

El 21,9% (N=99) han desempeñado entre 4-9 empleos diferentes. Parece que esta cifra podría relacionarse con la realidad del trabajo eventual.

El 3,4% (N=15) han desempeñado de 10 a 20 trabajos diferentes. Sin duda, con estas cifras, podemos empezar a pensar en cierta inestabilidad personal, tal vez. De todos modos, sigue siendo realidad la eventualidad laboral, especialmente de los últimos años.

Naturalmente, todo lo que implique inestabilidad personal debe relacionarse con una posible predisposición al incremento en el consumo de alcohol.

➤ **Prg. 10. Profesión**

La Prg. 10 es una variable cualitativa. Se han encontrado relaciones significativas con la variable sexo:

- Con la Prg. 10.2 a nivel $p < 0,05$.
- Con la Prg. 10.7, a nivel $p < 0,01$.
- Y a nivel $p < 0,001$ con las Prg. 10.0, 10.11, 10.12, 10.13 y 10.14.

Se trata de una Prg. abierta, en un doble sentido: porque admite múltiples respuestas, y porque, en su apartado 10.19, permite especificar otras respuestas.

Es importante resaltar una doble posibilidad que nos brinda esta Prg., además de la lógica distribución existente:

- En primer lugar, nos permite realizar una comparación con otros estudios.
- En segundo lugar, nos permite observar si existe realmente una correlación significativa entre algunas profesiones y un mayor consumo de alcohol.

Se obtienen 434 respuestas válidas (70,3%), perdiéndose el 29,7% (N=183), que coincide con el mismo porcentaje que se pierde en la Prg. 9 (diferentes trabajos realizados). Entendiéndose que las Prgs. que se pierden corresponden a las personas que se hallan trabajando.

Además, es un porcentaje que también se aproxima al 27,4% que se pierde en la Prg. 8 (edad que tenía al inicio de la vida laboral).

A pesar de ser una Prg. abierta a múltiples opciones, parece darse una sola respuesta. De los resultados obtenidos, podemos resaltar:

- Son obreros el 7,9% (N=49), de los cuales el 6% (N=37) lo son cualificados, y el 1,9% (N=12) son no cualificados.
- El 4,1% (N=25) son empresarios.
- El 6,8% (N=42) son trabajadores autónomos.
- Y el 4,4% (N=27) trabajan en negocios familiares.
- Los funcionarios sanitarios son el 2,4% (N=15). Se debe observar que, según todos los indicios, y según literatura existente al respecto, en general, los sanitarios son

profesionales afectos de altos índices de adicción al alcohol (suele hablarse de un 15-17%), así como al tabaco (hasta un 35%).

- Cabe destacar el 18% (N=111) de amas de casa, que convendrá relacionar con todo el apartado de mujeres, así como los niveles de consumo.
- Hay un 3,6% (N=22) de agricultores, tan sólo un 2,4% (N=15) de empleados de la construcción, y sólo un 6,2% (N=38) trabajan en la minería.
- El 6,5% (N=40) trabaja en servicios, que es otra ocupación que podría relacionarse con un mayor consumo.
- También se considera ocupación de alto riesgo la de vendedores o representantes, donde se sitúa el 2,4% (N=15) de los encuestados.
- El 2,9% (N=18) son funcionarios de la administración, y el 2,6% (N=16) son funcionarios de la enseñanza.

Encontramos aquí dos variables de interés, como son la construcción y la minería. Ambas ocupaciones o profesiones son consideradas como de alto riesgo.

La minería, en concreto, ocupa una de las zonas geográficas que, desde el principio, señalamos como una de las tres zonas importantes de la Comarca, a saber: zona urbana, zona agrícola (y además semiurbana), y zona minera (con Aytos. tan importantes como Fabero y Toreno) que comprende, en general, todo el Bierzo Alto, y también el Alto Bierzo (con Aytos. Como Torre, Igüeña o el mismo Bembibre).

Además, hay una minería emergente, que es la de las canteras de arena y/o canteras de pizarra. Y también quedaría (con caracteres peculiares y cada vez con menos peso poblacional – unos 10.000 habitantes – pero con más influencia turística, por ejemplo, la zona de Montaña Occidental y Sur-Occidental.

Otros resultados son:

- Profesión liberal: 0,8% (N=5).
- Técnico medio: 3,6% (N=22).
- Técnico superior: 1,8% (N=11).
- Empleados por cuenta ajena: 7,1% (N=44).
- Con más de una profesión: 0,8% (N=5).
- Otros: 1,9% (N= 12), habiéndose especificado sólo el 0,7%, a saber:

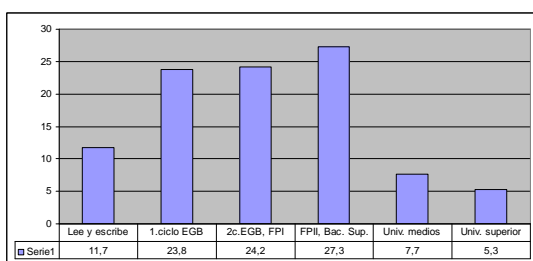
- Estudiantes: 0,5% (N=3).
- Profesor: 0,2% (N=1).

➤ **Prg. 11. Nivel cultural**

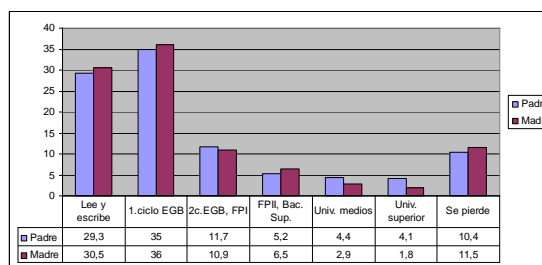
La Pregunta 11 es una variable cualitativa. Guarda una relación significativa con la variable edad de $p < 0,001$, tanto a nivel del encuestado, como del padre y la madre.

Se pierde el 10,4% (N=64) de respuestas relativas a padres, y el 11,5% (N=71) referente a madres.

El nivel cultural queda establecido del siguiente modo:



Gráfica 1. Nivel formativo-cultural.
Encuestados.



Gráfica 2. Nivel formativo-cultural.
Padres.

De los resultados obtenidos se evidencian las siguientes conclusiones:

- Es mayor la formación cultural de los encuestados, si se les compara con sus padres.
- Es mayor la formación de los padres, en comparación con las madres.

➤ **Prg. 12. Nivel socio-cultural**

La Prg. 12 es una variable cualitativa, cuyas respuestas nos presentan una situación socio-familiar, con tendencia centralizadora.

Se pierde el 0,6% (N=4).

➤ **Prg. 13. Nivel económico**

La Pregunta 13 es una variable cualitativa, que, respecto a la variable sexo, guarda una relación significativa de $p < 0,001$.

También el nivel económico familiar tiene, asimismo, una tendencia central.

P12 y P13	N. social		N. económico		
	Nivel	Percentil válido	N	Ingresos (€)	Percentil válido
Bajo	4,9	30	<450	6,6	39
Medio-Bajo	16,3	100	450 – 600	9,8	58
Medio-Medio	62	380	600 – 900	20,1	119
Medio- Alto	15,5	95	900 – 1200	23,3	138
Alto	0,8	5	1200 – 1500	18	107
MoE/Mo	0,5	3	1500 – 1800	12,1	72
			>1800	10,1	60

Tabla 3. Tabla comparativa del nivel social y económico familiar.

Dada por válida la equivalencia señalada, que corresponde, desde luego, a una hipótesis subjetiva (pero para la cual se tienen en cuenta indicios profesionales y de formación cultural), vemos que existe una desviación a favor del nivel económico, con detrimento del nivel social (socio-cultural).

Parece ser éste un dato observable a nivel de realidad. Es decir, que la Encuesta parece adaptarse a los indicios reales, o que parecen existir en la sociedad estudiada.

Esto podría deberse, precisamente, a profesionales como: minería (6,2%), funcionariado (7,9%), autónomos (6,8%), negocios familiares (4,4%), empresarios (4,1%), obreros cualificados (6%), vendedores – representantes (2,4%).

Este grupo de profesiones (el 37,8% del total), sin duda pueden elevar el nivel económico medio, pero no tiene por qué corresponderse, necesariamente, con un nivel cultural también elevado.

GRUPO B: Factores afectivo-relacionales de riesgo y/o asociados al consumo

Comprende las Preguntas 14 y 15.

➤ **Prg. 14. Consumo de alcohol/tabaco familiares/amigos**

La Prg. 14 es una variable cualitativa. Se trata de una pregunta con la posibilidad de múltiples respuestas, de modo que comprende, exactamente, quince variables.

De ellas, guardan una relación con la variable sexo de $p < 0,001$ las siguientes: V.14.ALC.1, V.14.ALC.5, V.14.TAB.1, V.14.TAB.5

Asimismo, guardan una relación con la edad de $p < 0,05$ las siguientes de las quince variables: V.14.ALC.5, V.14.OTR.3.

También con la variable edad guardan una relación de $p < 0,01$ las siguientes: V.14.ALC.1, V.14.ALC.3, V.14.OTR.1.

Guardan una relación de $p < 0,001$ con la variable dicotómica edad: V.14.ALC.2, V.14.TAB.1, V.14.TAB.2, V.14.TAB.3, V.14.TAB.4, V.14.TAB.5, V.14.OTR.5.

Tiene interés esta Prg. por la influencia imitativa, afectiva o relacional.

En realidad, las variables que nos interesan son alcohol y tabaco, en sí mismas (cada una de las dos sustancias), así como la relación entre ambas.

En cuanto al apartado “otras sustancias”, se puede destacar el 9,1% (N=56) de las respuestas correspondientes al consumo por parte de amigos, con alta probabilidad de que se trate de sustancias ilegales.

Podemos, pues, relacionar el consumo de alcohol y tabaco (por parte de familiares y/o amigos) en la siguiente tabla:

PREGUNTA 14				
Relación	Alcohol		Tabaco	
	Perc. válido	N	Perc. válido	N
Pareja	17,8	110	25,1	155
Padre-madre	20,3	125	22,5	139
Otros familiares	17,3	107	23,5	145
Amigos	49,8	307	55,4	342
Hermanos	17,8	110	24,5	151

Tabla 4. Consumo de alcohol y/o tabaco por familiares y amigos.

➤ **Prg. 15. Problemas y RHB por alcohol**

La Pregunta 15 es una variable cualitativa, que puede relacionarse con la Prg. Anterior, en el aspecto del alcohol. Y, así, podemos verlo en la siguiente tabla:

Alcohol	Problemas		Rehabilitación		
	Relación	Perc. válido	N	Perc. válido	N
Pareja		1,3	8	0,8	5
Padre-madre		1,8	11	0,3	2
Otros familiares		5,3	33	2,4	15
Amigos		7,9	49	4,1	25

Tabla 5. Alcohol. Problemas: Han tenido problemas con...
Han necesitado algún tipo de rehabilitación.

Guarda una relación de $p < 0,05$ con la variable sexo, en el apartado 4 (amigo/s), es decir, V.15.PRO.4.

También con el sexo guarda una relación significativa de $p < 0,01$ en el apartado V.15.PRO.1.

Con la variable dicotómica edad guarda una relación significativa de $p < 0,05$ en sus apartados: V.15.REH.2 y V.15.REH.4.

También podemos observar, comparativamente, el índice de problemas y/o necesidad de tratamiento, debido al alcohol, por parte de algún familiar o amigo del encuestado.

Naturalmente, se trata de percentiles bajos. Pues, de algún modo, estas respuestas nos señalan posibles índices de alcoholismo, siendo más bien alcoholismo crónico en el caso de necesitar rehabilitación, y correspondiendo a índices de alcoholismo crónico y/o agudo en la incidencia de problemas debidos al alcohol.

En todos los ítems, de este apartado, se consideran válidas las 616 respuestas. Es decir, que N. corresponde al número real de síes, mientras que el resto (hasta 616) son NO.

Alcohol	Relación	Consumo		Agudo		Crónico	
		Perc. válido	N	Problemas		Rehabilitación	
				Perc. válido	N	Perc. válido	N
	Pareja	17,8	110	1,3	8	0,8	5
	Padre-madre	20,3	125	1,8	11	0,3	2
	Otros familiares	35,1	217	5,3	33	2,4	15
	Amigos	49,8	307	7,9	49	4,1	25

Tabla 6. Indicios socio-clínicos de alcoholismo agudo/crónico.

Se debe hacer notar cómo, en el consumo, al igual que en la existencia de problemas o necesidad de tratamiento, aumenta considerablemente la incidencia en el ítem “amigos”.

Sin duda, son más los amigos, en número, que los familiares próximos. También se debe comprender que son situaciones sociales y culturales distintas.

Y, además, como posible hipótesis, sin justificación estadística, debe tenerse en cuenta que podría haber más libertad para manifestar los problemas de aquellos que se hallan más distantes, afectivamente.

En todo caso, parece evidente que, al menos en los casos de rehabilitación, como se ha indicado, estamos dentro de los niveles de incidencia de alcoholismo crónico.

GRUPO C: Consumo personal: Sustancias, motivaciones, planteamiento personal, y motivos actuales

➤ **Prg. 16. Consumo de sustancias**

El consumo personal, de diferentes sustancias, se distribuye del siguiente modo:

Sustancia	Percentil válido	N
Alcohol	63,5	392
Tabaco	44,7	276
Otras sustancias	2,8	17
Ninguna sustancia	25,6	158

Tabla 7: Consumo de sustancias.

Es una variable cualitativa. Mantiene una correlación significativa al nivel $p < 0,05$ con la variable sexo, en su apartado V.16.2 (Tabaco), y de $p < 0,001$ en sus apartados V.16.1 (Alcohol) y V.16.4 (Ninguna sustancia).

Con la variable edad mantiene una relación significativa de $p < 0,01$ en sus apartados V.16.1 (Alcohol) y V.16.3 (Otras sustancias); y de $p < 0,001$ en los apartados V.16.2. (Tabaco) y V.16.4 (Ninguna sustancia).

Se produce el 100% de respuestas válidas en cada ítem.

Es una pregunta con respuestas múltiples, es decir, abierta a la posibilidad de varias respuestas.

Se trata de una Prg. general, de aproximación, pero que se relacionará, por ejemplo, con otros ítems de nivel de consumo.

Nadie especifica, en el ítem V.16.3, qué otras sustancias consume.

➤ **Prg. 17. Motivos de inicio**

La Prg. 17 es una variable cualitativa, con posibilidad de respuestas múltiples.

Guarda relaciones significativas con la variable sexo de $p < 0,05$ en su apartado V.17.3 (le animaron sus amigos); y de $p < 0,01$ en la V.17.7 (al comer, durante el trabajo).

Asimismo, se relaciona significativamente con la variable edad en las siguientes variables:

- Relación de $p < 0,05$ en la V.17.4 (quería sentirme adulto).
- Relación de $p < 0,01$ en la V.17.5 (olvidar, animarse, colocarse).

- Relación de $p < 0,001$ en V.17.1 (curiosidad), V.17.2 (se lo dieron sus padres o familiares, en casa), V.17.3 (le animaron sus amigos), V.17.7 (al comer, durante el trabajo).

Así se distribuyen los motivos o circunstancias de inicio en el consumo de alcohol:

Hay tres motivos que comprenden, en conjunto, el 47,4%:

	Percentil	N (Nº de casos)
Animado por amigos	17,3	107
En casa, dado por padres o familiares	15,2	94
Por curiosidad	14,9	92

Tabla 8. Tres motivos principales de inicio.

El motivo siguiente, por frecuencia y en orden descendente, para iniciarse en el consumo de alcohol fue “comiendo o durante el trabajo”, con el 6,8% (N=42).

Otros motivos son:

- Olvidar, animarse, divertirse: 5,3% (N=33)
- Deseo de sentirse adulto: 5,2% (N=32)
- Aburrimiento: 0,8% (N=5)
- NS / NC: 13,8% (N=85)
- Se pierde el 0,2% (N=1)

Como vemos, los amigos son la primera fuente informativa, o la ocasión más frecuente, para el inicio en el consumo de alcohol.

Pero en segundo lugar aparece la familia abriendo la puerta para el inicio en el consumo.

Esto parece ser original y específico. Se relaciona con lo ya explicado sobre inicio laboral, alimentación, hábitos...

El tercer motivo es la curiosidad. En este apartado se vuelve a una situación de normalidad, entendiendo por tal la frecuencia estadística.

Pero, igualmente, parece original el hecho de que un 6,8% se inicia en el consumo de alcohol mientras come, o en el descanso del trabajo para comer.

El resto de motivos vuelve a coincidir con cánones de normalidad o frecuencia estadística.

➤ **Prg. 18. Estado de ánimo en el consumo**

La Prg. 18 es una variable cualitativa, que guarda relación de $p < 0,001$ con la variable edad. Se trata de una Prg. que desde el inicio se ha planteado como una pregunta muelle.

Se pierde, en total, el 32,4%.

De las respuestas válidas, sobresale el 84,6% (N=352) que dice beber tranquilo, despreocupado.

De igual modo, un 13,2% (N=55) señala que bebe en estado eufórico.

A modo de conclusión, cabe señalar: exceptuando el 2,2% (que bebe en estado deprimido, angustiado, malhumorado), los encuestados no se plantean problemas a la hora de consumir alcohol.

➤ **Prg. 19. Motivaciones actuales**

La Prg.19 es una variable cualitativa, abierta a múltiples respuestas.

Mantiene una relación significativa con la variable sexo de $p < 0,05$, y de $p < 0,01$ con la variable política edad.

De las motivaciones actuales, para continuar el consumo de alcohol, existe una muy sobresaliente, respecto a las demás:

- El 26,7% (N=100), sobre un total de 375 respuestas válidas, asegura continuar consumiendo alcohol debido al tipo de relaciones que mantiene.
- El exceso de tiempo libre es causa para el 8,5% (N=32).
- Para el 5,1% (N=19) la causa reside en la facilidad para la adquisición de alcohol.
- El 2,7% (N=10) afirman que la causa es la dureza de su profesión.
- Para el 1,1% (N=4) la causa es su situación de parado.
- Mientras que el 0,8% (N=3) señala el estrés, debido a su profesión como causa.
- El 55,2% (N=207) señalan otras causas, si bien sólo se hacen dos tipos de especificaciones:
 - El estrés lo vuelve a señalar el 0,3% (N=2).
 - Y el 0,2% (N=1) vuelve a especificar la facilidad de la adquisición.

➤ **Prg. 20. Mitos**

La Prg. 20 afronta claramente los prejuicios sociales (favorables al consumo de alcohol) y enraizados en grupos culturales, que continúan la tradición o creencias de la zona estudiada. Lógicamente, pues, el nivel de preparación cultural subyace en estas respuestas.

Se trata de una variable cualitativa, que guarda relación significativa con la variable sexo de $p < 0,05$, en su apartado V.20.2.

Respecto a la variable edad, guarda la relación significativa de $p < 0,001$ en todos sus apartados (V.20.1, V.20.2 y V.20.3).

- El 16,4% (N=101) sobre los 617 sujetos entrevistados, atribuye al alcohol una utilidad curativa (en catarros, frío, y lipotimias).
- El 37,6% (N=232) considera que el alcohol es un estimulante del estado de ánimo, favorecedor de las relaciones sociales, y por tanto, cuya presencia es buena en toda fiesta que se precie.
- El 21,2% (N=131) sigue pensando que el alcohol es un estimulante del apetito, e incluso un alimento

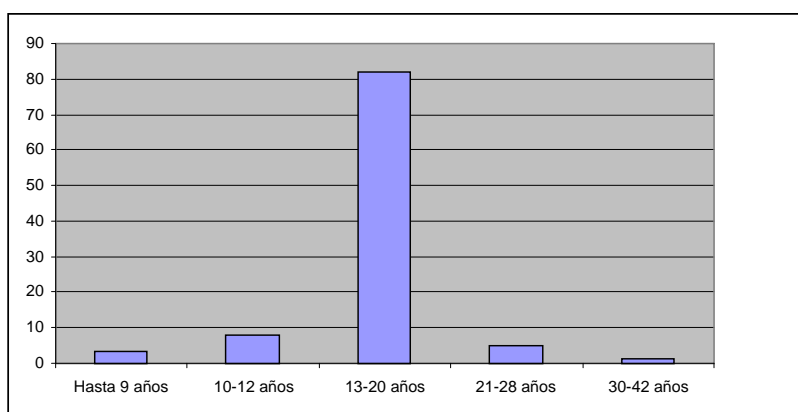
GRUPO D: Estudio específico del consumo personal de alcohol

➤ Prg. 21. Edad de inicio y años de consumo habitual, y años de consumo esporádico

La Prg. 21 es una variable cualitativa, que se correlaciona con la variable edad al nivel de $p < 0,001$ en sus apartados V.21.1, V.21.2 y V.21.3, así como con la variable sexo al nivel $p < 0,001$ en su apartado V.21.1.

• Edad de inicio

Quizás alarma el hecho de ver un 3,5% (N=16) (percentil válido 4,7%) de respuestas válidas que inician el consumo entre los 4 – 10 años: a los 4 años (N=2), a los 5 años (N=1), a los 6 años (N=1), a los 7 años (N=4), a los 8 años (N=3) y a los 9 años (N=5).



Gráfica 3. Edad de inicio

Esta edad de inicio habrá que relacionarla con el modo de inicio, a fin de comprender mejor estas respuestas de inicio tan temprano.

Y, así, encontramos, en la Prg. 22, que un 27,8% (N=128) de las respuestas válidas, afirman haberse iniciado en la familia, en casa.

Por ello, y también para una correcta interpretación, habría que acudir a la creencia de que el alcohol es alimento, da fuerza, especialmente en un tiempo y una zona donde hace 50 – 70 años existía la necesidad (había escasez de alimentos), tanto cuantitativa como, y sobre todo, cualitativamente.

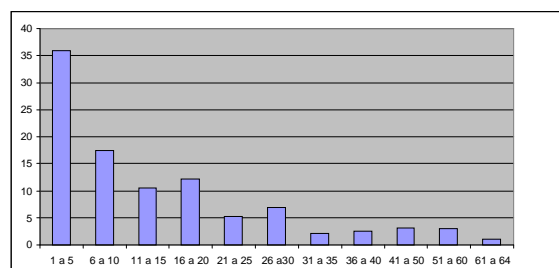
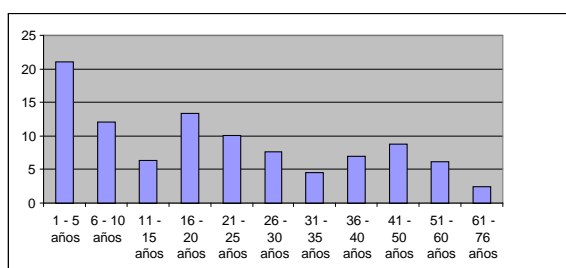
Existe una moda de inicio que va desde los 13 hasta los 20 años, situándose en ella el percentil 81,9, similar al obtenido en Galicia, que comprende, entre 12-18 años, el percentil 82,2%. La media se sitúa en los 15,89 años.

- **Años de consumo habitual**

Quienes dan respuestas válidas son el 25,4% (N=157), que se aproxima al 24,7% que dicen consumir vino cada día en los últimos seis meses (Prg. 2.4.1). Esto parece avalar la teoría cultural de ver el vino como alimento, según se ha señalado en el apartado anterior.

Se debe recordar que, con frecuencia y por ejemplo, la merienda de los niños consistía en una rebanada de pan mojado por encima con vino y azúcar...

- **Años de consumo esporádico**



Gráfica 4. Años de consumo habitual

Gráfica 5. Años de consumo esporádico

➤ **Prg. 22. Modo de inicio**

La Prg. 22 es una variable cualitativa, que se correlaciona significativamente a nivel $p < 0,01$ con la variable sexo, y al nivel $p < 0,001$ con la variable edad.

Destaca el 37,3% (N=172) que refiere haberse iniciado con amigos, en la calle.

Es la confirmación de las afirmaciones más frecuentes, en general.

Señalar, asimismo, el 29,7% (N=137) que se ha iniciado en una fiesta.

Este apartado, de algún modo, podría relacionarse con el 37,3% del apartado anterior.

El 27,8% (N=128) el inicio del consumo del alcohol se produce en casa, y en la familia.

Quizás aquí podríamos hallar la causa del 11,5% (N=53) que se inician en el alcohol entre los 4 – 12 años, ambos inclusive (Prg. 21.01).

Otras situaciones de menor importancia son la mili y el trabajo, con un 2,6% cada una (N=12, cada una).

Se pierde el 25,3% de casos (N=156), siendo, por tanto, válidas 461 de las respuestas (74,7%).

Si comparamos la Prg. 22 con la Prg. 17, vemos que:

Comparación P22 – P17				
Modo inicio	Prg. 22		Prg. 17	
	<i>N</i>	<i>Percentil válido</i>	<i>N</i>	<i>Percentil válido</i>
<i>Casa familia</i>	128	27,8	94	15,2
<i>Amigos, calle</i>	172	37,3	107	17,3
<i>En fiesta</i>	137	29,7	33	5,3

Tabla 9. Comparación: Modo de inicio (Prg.22) - Motivos de inicio (Prg. 17).

También cabe relacionar esta Prg. 22 con la Prg. 20, en cuanto parece que, debido a los prejuicios existentes (Prg. 20), se puede favorecer el inicio en el consumo.

Por ejemplo, la idea de que el alcohol estimula el ánimo y las relaciones sociales (37,6%, N=232) podría relacionarse con el 29,7% (N=137) de la Prg. 22.02, que afirman haber iniciado el consumo en una fiesta, o bien con la Prg. 22.05 que dice haberse iniciado en el consumo de alcohol con los amigos y en la calle (37,3%, N=172).

➤ **Prg. 23. Motivaciones del consumo actual de alcohol**

La Prg. 23 es una variable cualitativa, que se correlaciona con la variable edad al nivel $p < 0,001$ en V.23.3, y al nivel $p < 0,01$ en V. 23.4.

Con la variable sexo mantiene una relación significativa de $p < 0,01$ en V.23.4 y de $p < 0,001$ en V.23.2.

Se trata de una Prg. con posibilidad de respuestas múltiples. Incluso se deja la posibilidad de señalar y especificar otras causas o razones (es una Prg. abierta).

El 13,9% (N=86) afirma tener otras causas, sin que nadie especifique ninguna de las mismas.

La principal razón, con el 36,3% (N=224) de las respuestas válidas, respecto al consumo actual de alcohol, es el hecho de que resulta agradable, por ejemplo, acompañando la comida.

Por acomodarse al grupo de relaciones lo consume el 7,8% (N=48).

Suele apuntarse este razonamiento como una de las causas de consumo de alcohol en los jóvenes, y sobre todo en los adolescentes, con gran dependencia del ambiente.

Hay también otras respuestas que pueden asociarse con la juventud. Así, el 4,2% (N=26) afirma consumir alcohol por huir de la rutina, el 1,3% (N=8) por curiosidad, por tener nuevas experiencias.

Sólo el 1,5% (N=9) dicen beber debido a diversos problemas (salud, trabajo, familia, etc).

El 0,3% (N=2) son los que en esta Prg. 23 se declaran dependientes del alcohol, hasta el punto de no poder dejar de beber.

Y el 0,2% (N=1) viene a declararse enfrentado, marginado/a de la sociedad, lo cual bien podría asociarse, sin duda, al 0,3% anterior, pues este último caso podría cobijarse tras este parapeto, por parecerle, tal vez, más aceptable que la dependencia del alcohol.

➤ **Prg. 24. Cantidad, en cada tipo de bebidas, por día, en fin de semana y en total, durante los últimos seis meses**

La Prg. 24 es una variable cuantitativa, con una correlación, con la variable sexo, de $p < 0,001$ en V.24 DIA.1, V.24.DIA.2, V.24 SEMANA.1, V.24. SEMANA.2., V.24.SEM.6, V.24 TOTAL.1., V.24.TOT.2., V.24.TOT.6., y se correlaciona al nivel $p < 0,01$ en: V24 SEM.4, V.24.SEM.7, V.24.TOTAL.4., V.24.TOT.7., y al nivel $p < 0,05$ en V.24.TOT.4.

Asimismo se relaciona con la variable edad al nivel $p < 0,05$ en V.24 SEM.7., al nivel $p < 0,01$ en V.24.TOT.7., y al nivel $p < 0,001$ en: V.24.DIA.1., V.24.DIA.2., V.24.SEM.2., V.24.SEM.4., V.24.SEM.6., V.24.TOT.1., V.24.TOT.2., V.24.TOT.4.

El consumo, en esta pregunta 24, se refiere siempre a los últimos seis meses.

• **Prg. 24.01.1: Beben (Nº Copas/Día – VINO)**

Lo primero que llama la atención es que sólo el 24,7% (N=152) consume vino.

Por tanto, el 75,3% (N=464) parece que no consumen vino.

Dentro de los consumidores y del percentil válido, el grupo más numeroso, 9,1% dice consumir dos copas de vino al día, es decir, el máximo normal.

A continuación se halla el 7,3%, que toma una copa al día.

En tercer y cuarto lugar están respectivamente, el 2,8% en cada caso, que dicen consumir tres y cuatro copas al día.

El 1% consumen ocho copas al día.

En sexto y séptimo lugar se hallan los que dicen beber por día seis y diez copas, respectivamente, y que corresponde al 0,6% en cada caso.

Con el 0,5%, y en octavo lugar según el percentil válido, están quienes dicen consumir cinco copas de vino al día.

A continuación se sitúa el 0,3%, que bebe siete copas al día.

Y en último lugar está el 0,2%, que consume veinte copas al día.

Según el concepto establecido, se entiende consumo normal hasta dos copas de vino al día. Por tanto, en rigor, todos los que consumen más estarían en un consumo mayor de lo normal o incluso abuso de alcohol.

- **Prg. 24.01.2. Beben (Nº de copas/Fin de semana – VINO)**

El 83% de los casos dicen no beber en fin de semana. Bebe el 17%.

Los que consumen siguen este orden descendente de frecuencia:

- El 5,1% bebe dos copas.
- En segundo lugar, el 4,2% bebe una copa en fin de semana.
- Ocupa el tercer lugar el 2,9%, que bebe cuatro copas.
- En cuarto y quinto lugar, se halla el 1%, que bebe, respectivamente, tres y diez copas de vino en fin de semana.
- En sexto lugar se sitúa el 0,8%, que consume seis copas.
- Con el 0,5%, y en séptimo lugar, se hallan los que beben cinco copas en fin de semana.
- El 0,3% ocupa el octavo, noveno y décimo lugar, con ocho, quince y veinte copas, respectivamente.
- Y, finalmente, en undécimo, duodécimo y decimotercer lugar se halla el 0,2%, en cada caso, que beben doce, treinta y cinco, y cuarenta copas, respectivamente.

- **Prg. 24.01.3: Beben (Total Nº de copas/Total semana – VINO)**

De las respuestas válidas, dice beber el 33,2%, puesto que el 76,8% asegura no beber nada.

Los que aseguran beber, guardan este orden decreciente, por frecuencia de número de sujetos:

- El 7,9% dice beber catorce copas/semana. Lo cual nos da una media de dos copas/día.
- El 6,8% bebe siete copas/semana.

- El 3,9% consume dos copas por semana.
- El 2,3% consume veintiuna copas por semana.
- El siguiente puesto lo ocupa el 1,8%, que consume veintiocho copas por semana.
- El 1,3% bebe cuatro copas por semana.
- A continuación se hallan tres percentiles válidos, con el 0,8% cada uno, que consumen cinco, diez y doce copas por semana, respectivamente.
- Cuatro percentiles válidos, con el 0,6% en cada uno de ellos, consumen, respectivamente, seis, cuarenta y dos, cincuenta y seis, y setenta copas de vino por semana.
- Tres percentiles válidos, con el 0,5% cada uno, se hallan en niveles respectivos de dieciséis, veinte y treinta copas por semana.
- Tres percentiles válidos, del 0,3% en cada caso, consumen ocho, quince y treinta y cinco copas por semana.
- El 0,2% de percentil válido se hallan diez rangos de consumo por semana, con nueve, veinticuatro, veintiséis, treinta y dos, treinta y seis, treinta y nueve, cuarenta y nueve, cincuenta y cinco, ciento cuarenta, y doscientas ochenta copas por semana.

Se debe hacer notar el 0,3% y el 0,2% de bebedores de fin de semana, coincidentes con los bebedores durante la semana, y asimismo en el total, que parecen bebedores abusivos o excesivos.

Este percentil, del 0,3%, se repite en el apartado cerveza, de la misma Prg. 24, tanto en el nº de copas /día, como en el consumo de fin de semana.

Asimismo, es reiterativo el 0,3% y el 0,2% en cuanto al consumo de cerveza total. También es coincidente el consumo de cerveza por día y/o en fin de semana con los percentiles reseñados en el apartado de consumo de vino, y que se apuntaba como consumo abusivo, tratándose probablemente de personas dependientes físicos del alcohol.

De igual modo y, a mi entender, con el mismo significado aparece el 0,2% en consumo diario de vermut, el 0,3% y 0,2% , respectivamente, en el consumo de vermut de fin de semana, y el 0,20% del consumo total de vermut.

También se repite el 0,2% en el consumo abusivo de licores, tanto diario como total, y/o de fin de semana.

Y, de igual modo, se observan porcentajes similares en el consumo de combinados.

- **Prg. 24.02.1: CERVEZA. Beben (Nº de copas/día)**

Dice beber cerveza diariamente el 13,3%. Mientras que el 86,7% dice no beber.

De los que dicen beber, un 5% dice tomar dos copas al día.

El 4,1% bebe una copa al día.

El 1,8% bebe cuatro copas.

El 1% bebe tres copas/día.

El 0,8% toma cinco copas al día.

Los dos percentiles válidos del 0,3%, en cada caso, beben seis y siete copas de cerveza al día, respectivamente.

- **Prg. 24.02.2: CERVEZA. Beben (Nº de copas/fin de semana)**

Asegura beber cerveza en fin de semana un 24,3%. Aumenta, por tanto, un 11% el número de consumidores de cerveza en fin de semana, respecto a los consumidores diarios.

El 75,7% no consume cerveza.

El 7,3% beben dos copas.

El 5% bebe una copa.

El 4% beben tres copas.

El 2,9% toma cuatro copas.

El 1,5% beben seis copas.

El 1,1% bebe cinco copas.

El 1% bebe 10 copas de cerveza.

El 0,5% en cada uno de sus dos percentiles, consumen, respectivamente, ocho y doce copas de cerveza.

El 0,3% consumo siete copas.

Y el 0,2% toma veinte copas.

- **Prg. 24.02.3: CERVEZA. Beben (Nº de copas / total semana)**

El 69,16% (N=393) no bebe cerveza; sí la consume el 36,2% (N=223).

De ellos, el 5,2% bebe dos copas en la semana.

El 4,4% bebe una copa.

El 3,6% bebe catorce copas en la semana.

El 3,4% toma cuatro copas.

El 3,1% bebe tres copas/semana.

El 2,9% toma siete copas.

El 1,9% bebe seis copas.

El 1,5% bebe doce copas en la semana.

El 1,3% toma veintiocho copas a la semana.

Los dos percentiles válidos de 1,1%, consume, en cada caso, cinco y ocho copas, respectivamente.

Un 1% consume veintiuna copas.

Hay dos percentiles válidos del 0,8%, que consumen, respectivamente, diez y quince copas/semana.

Los dos percentiles del 0,5% consumen nueve y treinta y cinco copas, respectivamente.

Hay tres percentiles del 0,3%, que consumen, en cada caso, once, dieciséis y cuarenta y nueve copas de cerveza, en total, por semana.

Y los once percentiles válidos del 0,2% consumen, respectivamente, trece, veinte, veinticuatro, veinticinco, veintiséis, veintisiete, treinta, treinta y tres, treinta y ocho, cuarenta, y cuarenta y dos copas de cerveza por semana.

- **Prg. 24.03.1: VERMUT. Bebe (Nº de copas/día)**

El 99,5% no bebe cada día vermut.

El 0,3% bebe una copa al día.

El 0,2% bebe dos copas/día.

Por tanto, sólo el 0,5% bebe cada día algo de vermut.

- **Prg. 24.03.2: VERMUT. Bebe (Nº de copas total/en fin de semana)**

Bebe vermut en fin de semana el 6,6%. NO bebe nada el 93,4%.

El 3,1% bebe una copa.

El 1,5% bebe dos copas en el fin de semana.

El 1,3% consume tres copas.

El 0,3% bebe cuatro copas.

Los dos percentiles de 0,2% beben cinco y seis copas en el fin de semana.

- **Prg. 24.03.3: VERMUT. Bebe (N° de copas / total semana)**

Bebe, en total, el 8% (N=48). Mientras que el 92% (N=568) NO bebe.

De los que beben:

El 4,2% bebe una copa/semana.

El 2,1% bebe dos copas.

El 0,6% consume cuatro copas/semana.

El 0,5% bebe tres copas en la semana.

Los tres percentiles válidos de 0,2% consumen, en cada caso, seis, siete y catorce copas por semana.

- **Prg. 24.04.1: LICOR DE FRUTA. Bebe (N° de copas/día)**

Nadie consume cada día este licor.

- **Prg. 24.04.2: LICOR DE FRUTA. Bebe (N° de copas/fin de semana)**

Lo consume el 6,6%. Mientras que el 93,4% NO bebe.

Entre los que beben:

El 3,1% bebe una copa en fin de semana.

El 1,5% bebe dos copas.

El 1,3% consume tres copas.

El 0,3% bebe cuatro copas.

Hay dos percentiles válidos del 0,2%, que bebe, respectivamente, cinco y seis copas en fin de semana.

- **Prg. 24.04.3: LICOR DE FRUTA. Bebe (N° de copas / total semana)**

No bebe el 93% (N=574), mientras que consume el 7% (N=42).

De ellos: el 2,4% bebe una copa a la semana.

El 1,9% bebe dos copas.

El 1,5% consume tres copas/semana.

El 0,5% bebe seis copas por semana.

El 0,3% consume cuatro copas.

Y los dos percentiles del 0,2%, bebe cada uno, respectivamente, cinco y ocho copas por semana.

- **Prg. 24.05.1: OTROS LICORES. Bebe (N° de copas/día)**

Solamente el 1% los consume diariamente, mientras que el 99% NO bebe.

De los que beben:

El 0,8% consume una copa/día.

El 0,2% bebe dos copas al día.

- **Prg. 24.05.2: OTROS LICORES. Bebe (N° de copas /en fin de semana)**

NO bebe el 98,2%, en absoluto. Mientras que sí bebe el 1,8%. De estos últimos:

El 0,6% bebe una copa.

El 0,5% consume dos copas/semana.

El 0,3% bebe cinco copas.

Y, de los dos percentiles válidos de 0,2%, beben, respectivamente, tres y seis copas en fin de semana.

- **Prg. 24.05.3: OTROS LICORES. Bebe (N° de copas / total semana)**

El 96,6% (N=595) no bebe nada, mientras que sí bebe el 3,4% (N=21). De éstos:

El 1% bebe dos copas a la semana.

El 0,6% bebe siete copas.

El 0,5% corresponde a dos percentiles válidos, que consumen, respectivamente, tres y seis copas a la semana.

Hay dos percentiles válidos de 0,3%, que beben, respectivamente, una y cinco copas a la semana.

El 0,2% consume catorce copas/semana.

- **Prg. 24.06.1: COMBINADOS. Bebe (N° de copas /día)**

El 98,6% (N=609) no bebe, mientras que consume el 1,4%. De éstos últimos:

El 0,5% bebe una copa al día.

El 0,3% bebe dos copas a la semana.

Los tres percentiles válidos de 0,2% toman, respectivamente, tres, cuatro y cinco copas al día.

- **Prg. 24.06.2: COMBINADOS. Bebe (Nº de copas/en fin de semana)**

No bebe el 78,4%, mientras que bebe el 21,6%.

Hay dos percentiles válidos de 5,7% cada uno, que consumen una y dos copas cada uno en fin de semana.

Hay también dos percentiles válidos de 2,4% que consumen, respectivamente, tres y cuatro copas cada uno.

El 1,1% consume seis copas.

Dos percentiles válidos del 1% consumen cinco y diez copas cada uno.

El 0,6% consume ocho copas.

El 0,5% bebe siete copas en fin de semana.

Los dos percentiles válidos de 0,3% consumen doce copas uno y quince el otro.

Hay tres percentiles válidos de 0,2%, bebiendo respectivamente cada uno dieciséis, veinticinco y treinta copas en el fin de semana.

- **Prg. 24.06.3: COMBINADOS. Bebe (Nº de copas / total semana)**

En fin de semana, bebe combinados el 23,2% (N=141), mientras que no bebe el 76,8% (N=475).

El 6,2% bebe dos copas.

El 4,5% bebe una copa por semana.

El 2,6% consume cuatro copas.

El 2,3% bebe tres copas/semana.

El 1,6% consume diez copas.

Hay dos percentiles válidos de 1,3% cada uno, consumiendo, respectivamente, seis y ocho copas.

El 0,6% bebe doce copas/semana.

El 0,5% consume cinco copas.

Tres percentiles válidos de 0,3% cada uno, beben catorce, quince y veinticinco copas respectivamente.

Hay siete percentiles válidos del 0,2%, consumiendo cada uno: siete, dieciséis, veintiuna, veinticuatro, veintiocho, treinta, y treinta y siete copas/semana.

- **Prg. 24.07.1: WHISKY. Bebe (Nº de copas /día)**

El 98,7% no bebe, mientras que sí lo hace el 1,3%.

De los que beben:

El 1% bebe una copa.

El 0,3% bebe dos copas al día.

- **Prg. 24.07.2: WHISKY. Bebe (Nº de copas/en fin de semana)**

No bebe el 90%. En cambio, sí bebe el 10%.

El 4,5% consume una copa en fin de semana.

El 2,8% bebe dos copas.

El 1% toma tres copas/fin de semana.

El 0,8% bebe cuatro copas.

El 0,3% toma cinco copas.

Hay tres percentiles válidos del 0,2%, que beben, respectivamente, siete, diez y doce copas en fin de semana.

- **Prg. 24.07.3: WHISKY. Bebe (Nº de copas / total semana)**

El 89% (N=540) no toma whisky. En cambio, sí lo bebe el 11% (N=68).

El 4,1%, de los consumidores, toman una copa en la semana.

El 2,6% bebe dos copas.

El 1,3% toma tres copas/semana.

El 0,8% consume cinco copas.

Hay dos percentiles válidos de 0,5%, que beben, respectivamente, siete y diez copas por semana.

Los cuatro percentiles válidos de 0,3%, beben, cada uno: cuatro, seis, ocho y catorce copas de whisky por semana.

- **Prg. 24.08.1: OTRAS BEBIDAS. Bebe (Nº de copas /día)**

Se debe hacer notar que nadie especifica qué bebidas consume.

El 99,8% no bebe.

El 0,2% bebe una copa al día.

- **Prg. 24.08.2: OTRAS BEBIDAS. Bebe (N° de copas/en fin de semana)**

El 97,7% no bebe. Sí consume otras bebidas el 2,3%. De ellos:

El 1,6% bebe una copa en fin de semana.

El 0,5% toma dos copas/fin de semana.

El 0,2% bebe cinco copas durante el fin de semana.

- **Prg. 24.08.3: OTRAS BEBIDAS. Bebe (N° de copas / total semana)**

No consume otras bebidas el 97,7% (N=601). Sí las bebe el 2,3% (N=15).

El 1,6%, de los que beben, toma una copa en total/semana.

El 0,3% consume dos copas.

De 0,2% hay dos percentiles válidos, que beben, respectivamente, cinco y siete copas, en total, por semana.

Si comparamos, en cada tipo de bebidas, el fin de semana y el consumo de la misma en día laboral, se observa que:

a) VINO

Desciende el porcentaje del consumo desde el 24,7% diario al 17% en fin de semana.

b) CERVEZA

Se incrementa su consumo en los fines de semana, desde un 13,3% de consumo diario al 24,3% de los fines de semana. Este aumento parece tener relación con el apartado juventud, como se verá en el mismo.

De igual modo, se aproxima el consumo continuado de cerveza (36,2%) a la suma de los que beben cerveza en fin de semana (24,3%), y los que la beben en días laborables (13,3%).

c) COMBINADOS

Es llamativo el incremento de su consumo en los fines de semana. Mientras que, en días laborables, sólo los consume el 1,4% del total, hasta un 21,6% asegura consumir estas bebidas en fin de semana. También aquí debemos indicar que guardan relación,

estos resultados, con el apartado juventud, en donde se volverán a contemplar estos datos.

d) WHISKY y otras bebidas

En estos apartados específicos, además de observar un descenso, en general, como sucedía con el VERMUT, sigue apareciendo ese 0,2% y 0,3%, que más arriba se había señalado como posibles personas, incluso físicamente, dependientes del alcohol.

Por lo tanto, podemos concluir que, las personas dependientes del alcohol, son consumidores de varias o diferentes bebidas.

La misma afirmación podemos hacer respecto a los consumidores abusivos, y/o importantes o excesivos, en los últimos seis meses.

Bebida	mL - UB	Graduación – UB (grs. etanol puro)	Porcentaje de los que beben (%)	Últimos seis meses Cada sujeto bebe (grs. etanol puro) /semana	Últimos seis meses Cada sujeto bebe (grs. etanol puro)/día
Vino	100	9,6	33	27,46	3,92
Cerveza	170	6,8	36,2	17,50	2,50
Vermut	70	9,52	8	20,20	2,88
Licor de fruta	45	8,28	7	20,21	2,88
Otros licores	45	8,28	3,4	36,66	5,23
Combinados	50	15,2	23	84,34	12,04
Whisky	50	17,2	11	55,9	7,98
Otras bebidas (Brandy, ginebra, ron, anís...)	45	13,6	2,3	25,25	3,60
TOTALES			124,1	287,52	41,07

Tabla 10. Sujetos que beben. Total a la semana y al día.

Tipo de bebida	Sexo	Edad	Media	Resto – Población total	Media General	Media Hombres	Media Mujeres
VINO	Hombres	13 - 21	0,0702	1,8109	0,7094	1,1993	0,2708
		21 - 29	0,3585				
	Mujeres	13 - 21	0,0000	0,3814			
		21 - 29	0,0789				
CERVEZA	Hombres	13 - 21	0,2632	0,4747	0,3247	0,5704	0,1046
		21 - 29	0,8679				
	Mujeres	13 - 21	0,0563	0,1037			
		21 - 29	0,0789				
COMBINADOS	Hombres	13 - 21	0,0526	0,0476	0,0308	0,0653	0,0000
		21 - 29	0,0755				
	Mujeres	13 - 21	0,0000	0,0000			
		21 - 29	0,0000				

Tabla 11. N° de copas/día (desvío hacia jóvenes). Tres bebidas más consumidas.

Tipo de bebida	Sexo	Edad	Media	Resto – Población total	Media General	Media Hombres	Media Mujeres
VINO	Hombres	13 - 21	1,1930	0,7928	0,7435	1,1718	0,3600
		21 - 29	2,0943				
	Mujeres	13 -21	0,6338	0,2752			
		21 -29	0,1316				
CERVEZA	Hombres	13 - 21	2,4386	0,4302	0,8295	1,2509	0,4523
		21 - 29	2,3019				
	Mujeres	13 -21	0,9577	0,1674			
		21 -29	0,8684				
COMBINADOS	Hombres	13 - 21	2,5614	0,3571	0,8425	1,2474	0,4800
		21 - 29	2,4717				
	Mujeres	13 -21	0,8451	0,2440			
		21 -29	0,7368				

Tabla 12. N° de copas/fin de semana (desvío hacia jóvenes). Tres bebidas más consumidas.

Tipo de bebida	Sexo	Edad	Media	Resto – Población total	Media General	Media Hombres	Media Mujeres
VINO	Hombres	13 - 21	1,7193	15,3399	5,7256	9,6289	2,2308
		21 - 29	4,5472				
	Mujeres	13 -21	0,6338	2,9243			
		21 -29	0,7632				
CERVEZA	Hombres	13 - 21	4,3684	3,4964	3,2695	5,2096	1,5323
		21 - 29	9,2642				
	Mujeres	13 -21	1,6338	1,1093			
		21 -29	2,2632				
COMBINADOS	Hombres	13 - 21	3,5614	0,6613	1,2240	1,8454	0,6677
		21 - 29	3,2642				
	Mujeres	13 -21	1,0704	0,3576			
		21 -29	1,1053				

Tabla 13. N° de copas/total semana (desvío hacia jóvenes). Tres bebidas más consumidas

➤ **Prg. 25. Consumo en los últimos 30 días**

Es una variable cuantitativa, que se relaciona con la variable sexo al nivel $p < 0,001$.

Se pierden 19 casos, el 3,1%.

El 33,4% (N=200) afirma no beber nunca.

Otro 28,3% (N=169) consumen de modo habitual alcohol, en días laborables y fines de semana.

Se debe subrayar el 22,7% del percentil válido (N=136) que beben sólo los fines de semana.

Parece que aquí deberían considerarse incluidos los jóvenes.

Por contraposición, el 1,8% (N=11) sólo consume alcohol los días laborables, y el 13,7% (N=82) sólo consumen en ocasiones especiales...

➤ **Prg. 26. ¿Cómo y dónde ha consumido alcohol en el último mes?**

Se trata de una variable cualitativa, que se relaciona con la variable sexo a nivel significativo de $p < 0,05$ en: V.26.6 y V.26.7, y a nivel de $p < 0,001$ en: V.26.4.

Su relación significativa con la variable edad se sitúa a nivel de $p < 0,05$ en V.26.7, y a nivel de $p < 0,001$ en: V.26.2, V.26.4 y V.26.5.

Esta pregunta permite la posibilidad de múltiples respuestas.

De nuevo los amigos, en bares o similares comprende el grupo de respuestas más numerosas, 44,9% (N=277).

Además, hay otro 7,5% (N=46) que también consumen con los amigos, pero en casa.

El 19% (N=117) bebe con la familia, en casa.

El 4,2% (N=26) consume en discotecas (pudiendo, tal vez, unirse al percentil 44,9% de los que consumen con sus amigos en bares, etc.), mientras que el 3,1% (N=19) realiza el consumo en el barrio de residencia habitual.

Se debe atender especialmente a ese 1,5% (N=9) que bebe solo, y el 4,1% (N=25) fuera del barrio donde reside.

Estos dos últimos percentiles se deben tener en cuenta para correlacionarlos con los casos de alcohólicos avanzados, que suelen beber solos y/o bien fuera del lugar de residencia habitual, para no ser reconocido como alcohol-dependientes.

El 44,9% señalado conformaría el clásico grupo de bebedores sociales, que beben en bares y con amigos.

En cambio, el grupo que podría pertenecer a alcohólicos avanzados, habría que relacionarlos con el 0,2% y 0,3%, que hemos señalado repetidamente, con anterioridad, en relación con bebedores abusivos.

➤ **Prg. 27. Opinión propia sobre autoconsumo**

Es una variable cualitativa, que guarda correlación al nivel $p < 0,001$ con la variable edad, así como con la variable sexo.

Se pierde el 3,4% (N=21).

Hay que hacer notar el 5,7% (N=34) que afirma haberse embriagado alguna vez, en los últimos treinta días. Este porcentaje está próximo a la suma del 1,5% que bebe sólo, más el 4,1% que bebe fuera de su entorno (Total = 5,6%). Corresponden ambos a alcohol-dependientes avanzados.

Naturalmente, este percentil podría no interpretarse como el correspondiente al número de alcohol-dependientes, siendo entonces mucho más probable que se trate de jóvenes, y en fines de semana, así como de otros afectados de etilismo agudo.

No obstante, parece confirmarse la hipótesis planteada a partir de los resultados de la Prg. 24, y que consistía en afirmar que es 0,2 y 0,3%, respectivamente, de bebedores excesivos, serían en realidad personas dependientes, incluso físicamente, del alcohol.

Más correlación podría tener el número de los que afirman haber bebido bastante con el número de sujetos adictos al alcohol, suponiendo el 8,4% (N=50).

El 50,3% (N=300) del percentil válido se ve como consumidor normal.

El 35,6% (N=212) no ha bebido nunca durante el último mes.

➤ **Prg. 28. Dinero gastado / día**

Se trata de una variable cualitativa, que guarda una relación al nivel $p < 0,001$ con las variables sexo y edad.

Se pierde el 38,9% (N=240) de las respuestas.

Atendiendo al dinero gastado en consumo de alcohol, obtenemos una clasificación, y a la vez una confirmación, del “prototipo (o tipología) económico”, si es que esto último puede afirmarse, de los consumidores:

- a) Un 6,4% de respuestas válidas (N=24) consumen por encima de 6 € cada día, correspondiendo, evidentemente, a un gasto excesivo, y dejando vislumbrar su correspondencia con los bebedores severos, de muy alto riesgo.
- b) Hay, desde esta óptica, un 9,5% (N=36) que gastan entre 3 – 6 € cada día en alcohol, y que se corresponderían con los bebedores excesivos, o de alto riesgo.
- c) El grupo de bebedores importantes o abusivos, sería un 17,2% (N=65), cuyos gastos en alcohol oscilan entre 1,8 – 3 €/día.
- d) Los bebedores moderados – ligeros son un 28,4% (N=107), y sus gastos en alcohol ascienden a 0,90 – 1,80 €/día.
- e) Finalmente, podemos clasificar como bebedores normales, no bebedores o bebedores normalizados, al 38,5% (N=145).

GRUPO E: Dependencia física

Se propone una batería de ítems o preguntas, a través de las cuales se plantean distintas características (síntomas) de alcoholdependencia física. Sus resultados nos pueden llevar a:

- a) Comprobar la incidencia de esta dependencia.
- b) A través de su correlación con preguntas claves anteriores (Prgs.23, 24, 27, 28), podemos comprobar la fiabilidad de los resultados obtenidos. De algún modo, podríamos hablar de preguntas de validación, respecto a las respuestas anteriormente obtenidas.

➤ Prg. 29. Pueden interrumpir, cuando han iniciado

Se pierde el 24,6% (N=152) de los casos, o encuestados.

Es significativo ese 8% (N=37) de las respuestas válidas, que se declaran incapacitados para interrumpir el consumo de alcohol, una vez iniciado éste.

Es, sin duda, uno de los signos característicos, clínicamente hablando, de la alcoholdependencia, así como uno de los signos claves, por tanto, para el diagnóstico de la misma.

Esta incidencia se correlaciona, de modo significativo, con el 8,4% de la Prg. 27.03 (quienes dicen haber bebido bastante en los últimos 30 días).

De igual modo estos resultados se relacionan (se aproximan, o no se diferencian demasiado) con las respuestas obtenidas en los ítems 28.04 (gasta entre 3 – 6 €/día en alcohol), y 28.05 (los que gastan más de 6 €/día).

Asimismo, ante los resultados de la Prg. 29.02, se debe revisar, con juicio comparativo, aunque no estrictamente estadístico, naturalmente, todos los apartados de la Prg. 24, especialmente los relacionados con las bebidas más consumidas.

El 92% de las respuestas válidas (N=428) sí puede interrumpir dicho consumo.

➤ Prg. 30. Pasó de degustar a tomar con avidez...

Es una variable cualitativa que guarda relación significativa al nivel $p < 0,001$ con la variable edad, y de $p < 0,01$ con la variable sexo.

Se pierde el 23,5% (N=145) de los casos.

Contesta negativamente el 90,3% (N=426) de respuestas válidas.

Mientras que responde positivamente el 9,7% (N=46) de casos válidos.

Estamos hablando de otro signo clínico característico, de los habitualmente utilizados en el diagnóstico de alcoholismo, o mejor, en el diagnóstico de la alcoholdependencia.

Aquel 8% de respuestas positivas (patológicas, o con signo clínico positivo) de la Prg. 29, se incrementa hasta el 9,7% (N=46) que bebe con avidez.

Y, aquí, podríamos preguntarnos si puede inferirse, ya que no deducirse, un incremento en un futuro próximo del número de alcohol-dependientes.

➤ **Prg. 31. Mayor cantidad o mayor graduación**

Es una variable cuantitativa, que se relaciona con la variable edad al nivel $p < 0,001$.

Se pierde el 22,2% (N=137).

En concordancia con la posible inferencia o deducción de la Prg. 30., también aquí se observa que un 11,3% (N=54) de las respuestas válidas, afirman que consumen ahora mayor cantidad y/o bebidas alcohólicas de mayor graduación.

Por tanto, sí parece oportuno deducir que nos hallamos ante un incremento de la dependencia alcohólica, es decir, del número de personas dependientes, según la opinión de los propios consumidores.

Asimismo, estamos ante otro de los signos utilizados, clínicamente, para el diagnóstico de la alcoholdependencia.

Responden negativamente a esta pregunta 426 casos (88,8%...) de respuestas válidas.

➤ **Prg. 32. Se pone nervioso, si no dispone de bebidas alcohólicas**

Se trata de una variable cualitativa, con relación significativa al nivel $p < 0,05$ con la variable sexo.

Se pierde el 19,3% (N=119).

El 99,2% (N=494) responde negativamente, entre las respuestas válidas.

El 0,8% (N=4), que da respuesta positiva, se relaciona con las respuestas positivas de ítems anteriores (Por ejemplo: Prg. 23.07: donde el 0,3% asegura que la motivación para seguir bebiendo hoy es, precisamente, el hecho de no poder dejar de beber, y con las Prgs. 29 y 30).

Estamos, pues, ante otro signo clínico utilizado de modo habitual para el diagnóstico de la alcoholdependencia. Pero, además, y al mismo tiempo, podría ser utilizado como base de una posible existencia del síndrome de abstinencia, a fin de investigar más profundamente sobre la existencia real del mismo.

Se trata de una pregunta muy directa y que, además, todos los encuestados interpretan como un ítem que busca, precisamente, saber hasta qué punto la persona es dependiente del alcohol. En otras preguntas este interrogante es más indirecto.

➤ **Prg. 33. Pasar algún día sin beber nada**

Es una variable cuantitativa, que se relaciona significativamente al nivel $p < 0,05$ con la variable edad, así como con la variable sexo.

Se pierde el 14,1% (N=87).

Responde positivamente el 92,8% (N=492).

Mientras que el 7,2% (N=38) responde negativamente. Es decir, no pueden prescindir, ni un día, del consumo de bebidas alcohólicas.

Es otro signo clínico evidente de alcoholdependencia.

Sigue existiendo relación estrecha (correlación significativa) entre respuestas demostrativas de la dependencia del alcohol, como por ejemplo: entre esta Prg. 33 y la Prg. 31, así como con las Prgs. 32 y 24.

➤ **Prg. 34. Más fácil beber menos, si no bebe por la mañana**

Es una variable cualitativa, correlacionada significativamente a nivel $p < 0,05$ con la variable edad, y a nivel $p < 0,01$ con la variable sexo.

Se pierde el 28,2% (N=174) de los encuestados.

Responde afirmativamente el 54,9% (N=243) de casos válidos. Es decir, le resulta más fácil el no beber, si retrasa su inicio.

Mientras que el 45,1% (N=200) entiende, sin duda, que puede controlarse de todos modos.

Efectivamente, los encuestados no parecen darle mayor importancia a esta pregunta, que, al fin, no es más que complementaria, respecto a otras anteriores.

➤ **Prg. 35. Necesita beber todos los días, y más por la mañana**

Se trata de una variable cualitativa que guarda relación significativa a nivel $p < 0,05$ con la variable edad.

Se pierde el 13,8% (N=85).

El 95,3% (N=507) de casos válidos está muy seguro de sí mismo, y dice claramente no.

El resto: 2,4% (N=13) que bebe todas las mañanas en su casa, el 1,3% (N=7) que lo hace muchos días en el bar, y el 0,9% (N=5) que bebe algunos días en su casa, representan en conjunto el 4,6% (N=25) de percentil válido, que necesita beber todas las mañanas para sentirse bien.

Es éste otro de los signos clínicos utilizados para el diagnóstico de la alcoholdependencia, con la cual hay posiblemente que relacionar, en un índice alto de correlación, este 4,6% de percentil válido.

➤ **Prg 36. Temblores**

Se pierde el 18,8% (N=116) de casos.

De los casos válidos, el 99,4% (N=498) asegura no presentar este signo.

En cambio, el 0,6% (N=3) responde sí, que es lo mismo que afirmar su dependencia del alcohol, en cuanto signo típico dentro del diagnóstico clínico de la enfermedad.

Dado que es una pregunta clara y directa, la respuesta en principio no debe plantear dudas.

Al igual que en el ítem 32, se trata de una pregunta directa, personal, a la que siempre resulta difícil responder, pues, de algún modo, pone en evidencia nuestra intimidad (clínica en este caso), a lo cual es tan sensible (produce reacción en) el alcohólico.

➤ **Prg. 37. Hace más daño el alcohol ahora**

Estamos ante una variable cualitativa, relacionada significativamente a nivel $p < 0,05$ con la variable edad, y a nivel $p < 0,001$ con la variable sexo.

Se pierde el 22,7% (N=140).

El 85,7% (N=409) de casos válidos, responde no, mientras que el 14,3% (N=68) dice ser cierto el planteamiento de la pregunta.

Parece que habría que interpretar esta respuesta positiva, siguiendo la lógica más comúnmente utilizada, como una caída de la tolerancia del organismo respecto del alcohol. Lo cual implicaría entrar en lo que tradicionalmente se ha llamado “tercera fase de la enfermedad alcohólica”.

➤ **Prg. 38. Afectan más las cosas**

Se trata de una variable cualitativa, con una relación significativa al nivel $p < 0,001$ con la variable sexo, así como al mismo nivel con la variable edad.

Se pierde el 18,8% (N=116) de casos.

Responde negativamente el 78% (N=391).

La respuesta es afirmativa en el 22% (N=110) de percentil válido.

Naturalmente, es otra de las preguntas complementarias o genéricas, que sólo han sido planteadas como demostrativas de las preguntas principales, dentro de las que buscan la posible dependencia del alcohol.

Sin duda, dentro de las respuestas afirmativas se halla un grupo de personas sensibles, y más en estos momentos y por diversos motivos. Pero, sin duda también, se halla aquí incluido el número de personas en los que la tolerancia inicia un declive o empieza a ser menor.

➤ **Prg. 39. Mayor cansancio**

Es una variable cualitativa, relacionada significativamente a nivel $p < 0,001$ con la variable edad, y al nivel $p < 0,05$ con la variable sexo.

El cansancio, en esta pregunta, viene a representar otro ítem complementario a preguntas anteriores, relacionadas con la dependencia física.

Es sin duda una pregunta muy general, y a la que, en sí misma, de modo aislado, no se le puede conceder ningún valor efectivo o práctico. Existe la posibilidad de dos respuestas.

Se pierde el 16,5% (N=102) de los casos.

Se hallan más cansados el 11,7% (N=60).

Responde negativamente el 62,9% (N=324).

El 25,4% (N=131) atribuye su mayor cansancio a la edad o enfermedad.

Nos interesa, por tanto, señalar ese 11,7% (N=60), que parecen ser los que podrían relacionarse, o presentar indicios de que, su mayor cansancio se correspondiese a su mayor consumo de alcohol (en cantidad o durante más tiempo (Prg. 31).

GRUPO F: Dependencia psicológica

A través de los cinco próximos ítems, se trata de vislumbrar los casos de dependencia psicológica. Sus resultados pueden ser útiles a la hora de plantear unas conclusiones y un programa preventivo, pudiendo incluso exceder el ámbito del presente trabajo.

➤ Prg. 40. Se siente mal cuando ha bebido una cierta cantidad...

Este ítem indaga sobre el posible sentimiento de culpabilidad y autocrítica. Se puede relacionar con la Prg. 27, en donde se expresa la propia opinión sobre la cantidad que se consume.

En esta Prg., el 8,4% responde que bebe bastante, y un 5,7% se habría embriagado alguna vez durante los últimos 30 días.

Aquí, en la Prg. 40, el 8,9% (N=43) se siente a disgusto consigo mismo, al beber cierta cantidad.

El 73% (N=352) no presenta este sentimiento. Pienso que podría relacionarse con el 67,7% (N=298) que no se ha planteado problemas con el consumo del alcohol (Prg. 44).

El 18% (N=87) sólo se auto-recrimina si bebe demasiado.

Se pierde el 21,9% (N=135) de los casos.

➤ Prg. 41. Sentirse desafortunado por no poder dejar de beber

Se pierde el 21,9% (N=135) de los encuestados.

El 98,3% (N=474) del percentil válido niega sentirse desafortunado nunca.

El 1,7% (N=8) afirma sentirse desafortunado por no poder dejar de beber para siempre. Este percentil puede representar un número de personas con dependencia física del alcohol (Grupo E: Dependencia física).

➤ Prg. 42. Desafortunado si no está bebiendo

Se pierde un 19,3% (N=119) de casos.

Responde negativamente el 99,4% (N=495) de casos válidos.

El 0,6% (N=3) de los casos válidos afirma su total dependencia del alcohol, llegando a sentirse desafortunado, a no ser cuando se halla consumiendo alcohol.

Este 0,6% coincide con el percentil válido de la Prg. 43, que afirma su dependencia psicológica, al decir que, incluso, desea terminar cuanto antes los trabajos para poder beber alcohol.

Este 0,6% también guarda estrecha relación con el 0,7% (N=3) que asegura, en la Prg. 44, haber intentado dejar el alcohol, pero sin conseguirlo.

➤ **Prg. 43. Terminar los trabajos para beber...**

Es una variable cualitativa, que guarda relación significativa al nivel $p < 0,01$ con la variable sexo.

Se pierde el 20,4% (N=126) de los casos.

Como se ha señalado anteriormente, el 0,6% (N=3) parecen tener clara su dependencia física y psicológica respecto del alcohol, el cual determina, incluso, su actitud mental en el trabajo. No piensa en el alcohol, durante el trabajo, un 96,9% (N=476).

Mientras que el 2,4% (N=12) desvía la respuesta, diciendo que sólo piensan en el alcohol, durante el trabajo, en verano y debido al calor...Se debe notar que ésta es una opción señalada en la Encuesta al respecto, y con esta intencionalidad, ante el posible conflicto que pudieran significar estas preguntas para algunos de los encuestados.

➤ **Prg. 44. Desea / ha intentado abandonar el consumo de alcohol**

Es una variable cualitativa, que se relaciona significativamente a nivel $p < 0,05$ con la variable sexo.

Se pierde el 28,7% (N=177) de los casos.

El 67,7% (N=298) del percentil válido no se plantea la posibilidad de dejar el consumo de alcohol. Naturalmente, aquí entraría el percentil de los que no consumen.

El 28,9% (N=127) desea seguir consumiendo, puesto que son consumidores moderados.

El resto del percentil válido son los casos que podrían tener problemas serios con el alcohol.

Así:

El 2,7% (N=12) lo ha intentado, y lo ha conseguido durante un tiempo.

Mientras que el 0,7% (N=3) lo ha intentado varias veces, pero sin conseguirlo. Es éste 0,7% (N=3) el percentil a correlacionar con el 0,6% (N=3), en ambos casos, de las Prgs. 42 y 43.

GRUPO G: Secuelas del alcohol**➤ Prg. 45. Secuelas**

Es una variable cualitativa, que se relaciona al nivel $p < 0,01$ con la variable sexo en V.45.01 y V.45.02, y al nivel $p < 0,05$ en V.45.11., también con la variable sexo.

Esta pregunta tiene la posibilidad de respuesta múltiple, siendo, por tanto, una pregunta abierta.

Solamente el 0,2% (N=1) especifica que el lunes es el día que suele faltar al trabajo. Es éste un indicativo frecuentemente utilizado para el diagnóstico clínico de alcoholdependencia.

Por orden de mayor a menor frecuencia, éstos son los porcentajes válidos, respecto a los problemas ocasionados por el alcohol:

El 7,6% (N=47) ha tenido conflictos familiares.

El 4,7% (N=29) ha sufrido problemas físicos y/o psíquicos.

El 1,6% (N=10) ha faltado algún día al trabajo.

El 1,3% (N=8), en cada uno de los tres casos siguientes, ha tenido problemas respectivamente, de: relación con amigos y vecinos, menor rendimiento laboral, problemas con la ley o la policía.

El 1% (N=6) ha sufrido accidentes de tráfico, debido al alcohol. Se debe hacer notar aquí la diferencia existente entre este 1% y el 40 % (incluso más) que suele afirmarse, a nivel general, nacional, del total de accidentes de tráfico en que se halla presente el alcohol.

Un 0,8% (N=5) han visto disminuidos sus ingresos, o han pasado dificultades económicas, o bien han sufrido otros problemas de esta índole.

Un 0,2 % (N=1) ha sufrido accidentes laborales, o han sido penalizados y/o despedidos de la empresa.

Parece poder deducirse, lógicamente, que el resto de casos no ha sufrido ningún tipo de problemas, debido al alcohol.

GRUPO H: Juventud

Este subcapítulo constituye uno de los apartados generales, o autónomos, de los que componen la Encuesta.

Dentro de la población general de los encuestados, el apartado juventud se distribuye en la siguiente estratificación, atendiendo a la edad:

Edad (años)	N (n° de casos)	Percentil válido respecto total	Percentil válido total de jóvenes
13 -21	N = 129	20,9 %	35,6 % (N=220)
22 - 29	N = 91	14,7 %	-

Tabla 14. Estratificación por edad.

➤ **Prg. 46. Relaciones paterno - filiales**

De los 220 jóvenes comprendidos entre los 13 – 29 años, hay 216 respuestas válidas (35% del total de casos), perdiéndose el 0,6% (N=4) de los casos.

Las buenas relaciones con los padres suelen asimilarse con estabilidad afectiva y, por tanto, y también en general, con una mejor predisposición para mantenerse alejado de las adicciones.

Por tanto, interesa ver, los casos negativos, como son:

El 1,4% (N=3) que aseguran mantener unas relaciones paterno-filiales francamente malas.

El 4,2% (N=9) aseguran mantener unas relaciones con sus padres insatisfactorias o conflictivas.

El 10,6% (N=23) mantiene relaciones indiferentes.

Por el contrario, el 57,4% (N=124) dice relacionarse bien con sus padres.

Y el 26,4% (N=57) mantienen muy buenas relaciones.

Las mujeres aventajan a los hombres, tanto en muy buenas y buenas relaciones, como en relaciones francamente malas.

➤ **Prg. 47. Situación actual**

Es una variable que guarda relación significativa al nivel $p < 0,01$ con la variable sexo, y de $p < 0,001$ con la variable edad.

Da respuesta válida a esta pregunta el 33,9% (N=188), perdiéndose el 1,7% (N= 32) de los casos de jóvenes encuestados.

La mayoría de los jóvenes (56,4% del percentil válido – N=106) se halla estudiando.

El 22,9% (N=43) trabaja, y lo hace por cuenta ajena.

El 12,8% (N=24) estudia y trabaja de modo regular.

El 6,9% (N=13) trabaja por cuenta propia o negocio familiar.

Mientras que el 1,1% (N=2) estudia, y sólo de vez en cuando, eventualmente, trabaja.

Estas respuestas hay que relacionarlas con las obtenidas acerca del nivel cultural y de estudios (Grupo A. del presente capítulo). Y, por tanto, podemos concluir que ese 56,4% (N=106) de jóvenes que estudian, corresponde a niveles de FP y/o bachillerato, COU o equivalente.

Atendiendo al sexo, obtenemos que los varones trabajan en mayor medida, mientras que las mujeres, prioritariamente, estudian.

➤ **Prg. 48. Años a los que abandonó los estudios**

Es una variable con relación significativa a nivel $p < 0,05$ con la variable sexo, y $p < 0,01$ con la variable edad.

Si atendemos al sexo, los varones abandonan más los estudios (N=50), frente a 33 de las mujeres.

A los 10 años deja sus estudios, de los 220 jóvenes encuestados, el 1,2% (N=1).

De 13 a 16 años, ambos inclusive, los ha dejado el 33,7% (N=28). Lo cual podría corresponder al final de la EGB.

El 32,6% (N=27) los abandona en la fase correspondiente al final del bachillerato superior, a los 17 – 18 años.

Hay 24 casos (28,8%) que los abandonan entre los 19 y los 23 años, ambos inclusive. Parece tratarse de casos de retraso en los estudios de bachillerato (es decir, casos de repetidores...).

El 3,6% (N=3) los abandona a los 25, 26 o 27 años.

Debe hacerse notar que sólo existen 83 respuestas válidas, sobre 220 posibles.

Se trata de otra pregunta complementaria, que busca posibles causas u ocasiones que pudieran relacionarse con un desvío hacia el consumo de alcohol. Asimismo, al igual que otros ítems de este apartado de juventud, e incluso otros anteriores, completan los aspectos culturales y educativos.

➤ **Prg. 49. Motivo de dicho abandono**

Esta variable tiene una relación de $p < 0,05$ con la variable sexo, y de $p < 0,01$ con la variable edad.

La motivación principal, por sexos, es el trabajar o no querer estudiar, para los hombres en una mayor proporción que para las mujeres.

Sólo se dan 80 respuestas válidas.

Sobresale el 57,5% (N=46) de las respuestas, que manifiestan no haber querido seguir estudiando.

El 16,3% (N=13) abandona los estudios por el trabajo, por tener que trabajar.

El 13,8% (N=11) por otros motivos. Sólo el 0,2% (N=1) de los mismos especifica que se hallaba desmotivado para los estudios.

El 12,5% (N=10) abandona los estudios al tener que repetir curso.

El nivel de respuestas válidas es equivalente al de la pregunta anterior.

Parecen existir varias razones en la obtención de estas respuestas válidas. El 56,4% se halla estudiando, y sólo estudia. Existe otro 43,6% que, aunque trabajan, siguen estudiando. Por tanto, en sentido estricto, esta pregunta, al igual que la anterior, no les correspondería responderla. En consecuencia, sólo el 56,4% debería tenerse en cuenta. Sin embargo, hay

que inducir que, parte de las respuestas, corresponden a jóvenes que alternan estudio y trabajo.

Además, parece confirmarse, como se ha señalado con anterioridad, que algunas preguntas son consideradas tema muy personal. Por eso, tanto en el presente ítem como en el anterior, solamente existen alrededor de 80 respuestas válidas, de las 220 posibles.

➤ **Prg. 50. Dinero disponible para gastos semanales**

Esta variable se relaciona significativamente con la variable sexo al nivel $p < 0,001$, y al nivel $p < 0,001$ igualmente con la variable edad.

Atendiendo al sexo, son más numerosos los hombres en los índices extremos superiores (mayor cantidad de dinero disponible/semana, 60 € y más). En cambio, las mujeres aventajan a los hombres en los índices más bajos (entre 6-18 €/semana).

Se dan 212 respuestas válidas sobre las 220 posibles.

Entre dichas respuestas válidas, destaca el 9,4% (N=20) que dispone de más de 90 €/semana.

El 10,4% (N=22) dispone de 60-90 €/semana.

El 12,7% (N=27) dispone de 30-60 €/semana.

El resto dispone de cantidades progresivamente menores:

- El 18,9% (N=40) entre 18-30 €/semana.
- El 21,2% (N=45) de 12-18 €/semana.
- El 27,4% (N=58), del percentil válido, gasta menos de 12 €/semana.

Naturalmente, a los encuestados se les ha explicado que la pregunta se refiere a los gastos en diversión, en general, y, de modo específico, en consumo de alcohol (pubs, bares y alterne en general).

Por tanto, se puede hacer una aproximación comparativa con la Prg. 28, así como con la Prg. 59, del apartado de ludopatía.

➤ **Prg. 51. Salidas nocturnas en el último año**

Es una variable que se relaciona a nivel de $p < 0,001$ con la variable sexo, y a nivel $p < 0,01$ con la variable edad.

Atendiendo a sexos, los hombres han salido mayor número de veces de noche (todos los fines de semana = 55 varones/ 27 mujeres), siendo mayoritarias las mujeres que no han salido nunca (14 mujeres / 7 hombres), o lo han hecho una sola vez al mes (25 mujeres / 7 hombres), o incluso dos veces al mes (27 mujeres/ 15 hombres).

De las 220 respuestas posibles, existen 216 válidas. Se pierden 401 casos, lo cual supone un 65% (que son mayores de 29 años).

El 9,7% (N=21) no sale nunca de noche.

El 14,8% (N=32) de respuestas válidas sale una vez o menos al mes.

El 19,4% (N=42) ha salido dos veces al mes.

El 17,6% (N=38) ha salido tres o cuatro veces al mes.

Y el 38,4% (N=83) ha salido todos o casi todos los días festivos y fines de semana.

De algún modo esta pregunta, aunque no nos proporciona valores significativos, nos aproxima a la idea de un estilo de vida, vemos la posible participación en una supuesta movida, que de hecho existe en la Comarca, centrándose en dos barrios de Ponferrada (Flores del Sil y Cuatrovientos), pero existiendo asimismo, en menor medida, en pueblos como Vega de Espinareda o incluso Villafranca del Bierzo, Molinaseca o Bembibre.

GRUPO I: Mujeres

Este grupo está formado por una batería de preguntas, que va de la Prg. 52 a la Prg. 57, ambas inclusive.

Cada día adquiere mayor importancia el incremento del consumo de alcohol entre mujeres, que parece relacionarse de modo importante con la denominada “liberación de la mujer”.

Es por esta razón por lo que se ha querido, dentro del presente trabajo y de modo específico, buscar un acercamiento a los posibles signos clínicos existentes, con un doble objetivo: primeramente detectarlos, y en segundo lugar tratar de marcar pautas preventivas.

De los 617 encuestados, son mujeres el 52,7% (N=325) del percentil válido, mientras que los hombres suponen el 47,2% (N=291), perdiéndose 1 caso (0,1% de percentil válido), correspondiente precisamente a un varón. Como se ha hecho notar, esta proporción hombre/mujer de encuestados se aproxima a la proporción entre ambos existente a nivel de población general de la Comarca.

➤ Prg. 52. Cuidado Personal

Esta variable se correlaciona significativamente al nivel $p < 0,001$ con la variable dicotómica edad.

De las 325 respuestas posibles, se dan 308 respuestas válidas.

De estas respuestas válidas, el 86,7% (N=267) se cuida como siempre.

En cambio, el 13,3% (N=41) afirman haber descuidado el aspecto personal, en su cuidado personal.

Sólo el conjunto de signos clínicos (a los que se pretende acercar con el conjunto de preguntas del grupo o apartado) nos puede hacer vislumbrar una posible influencia del alcohol en cada uno de ellos. Por lo tanto, estamos hablando de indicios, bajo el aspecto clínico (que requeriría estudio personalizado en cada caso).

Es decir, que cada uno de los signos clínicos (representados cada uno por un ítem), asiladamente, no representa el valor diagnóstico que, sin embargo, sí puede poseer relacionado con todos los demás signos, o ítems en este caso.

➤ **Prg. 53. Más pesadas las tareas domésticas**

Es una variable que se correlaciona a nivel de $p < 0,001$ con la variable dicotómica edad.

Se pierde el 50,2% (N=310) de los casos totales.

De las respuestas válidas, para el 61,2% (N=188) no resultan más pesadas las labores domésticas.

En cambio el 38,8% (N=119) reconoce que sí le resulta más pesada la misma faena doméstica.

Se dan, por tanto, 307 respuestas válidas, de las 325 posibles.

Múltiples factores pueden influir en dicha respuesta. Pero, sin duda, uno de ellos (un indicio más, que apunta a un signo para el diagnóstico clínico) podría ser precisamente el alcohol.

➤ **Prg. 54. Molestias...**

Esta variable en su apartado V.54.PAD guarda una correlación de $p < 0,05$ con la variable edad.

Es una pregunta doble, y trata de hallar una relación más directa con el consumo de alcohol.

Se dan 269 respuestas válidas sobre 325 posibles.

SÍ/NO	Padece molestias		Desaparecen con alcohol	
	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Sí	31	11,5	2	0,3
No	238	88,5	615	99,7

Tabla 15. Dependencia física.

El 11,5% del percentil válido (N=31) manifiesta padecer molestias de todo tipo.

Mientras que las otras 238 respuestas (de las 269 válidas que se han emitido) (el 88,5%) no padece molestias generalizadas.

Interesa resaltar ese 0,3% (N=2) del percentil válido, que aseguran les desaparecen todas las molestias al tomar algo de alcohol. Parece que hablamos, con claridad, de al menos dependencia física.

Este ítem incide más directamente sobre otro signo clínico de alcohol-dependencia. De tal manera que parece guardar alta correlación, dicha dependencia física, con el hecho de la desaparición de molestias por efecto del consumo de alcohol. Desde esta perspectiva, se puede afirmar que ese 0,3% son mujeres con dependencia del alcohol.

Si relacionamos esta pregunta con el ítem 57, vemos que el 1% (N=2) del percentil válido de la Prg. 57 afirma beber a solas, o escondidas... Otro signo clínico usado para el diagnóstico. Vemos que son coincidentes N=2 en las Prgs. 54 y 57.

Podría decirse, de algún modo, que la Prg. 54 es el ítem clave, central, o más específico del apartado Mujeres.

➤ **Prg. 55. Han empeorado las relaciones de pareja**

Se pierden 401 casos, 65% del total, siendo 216 las respuestas válidas, sobre 325 posibles o correspondientes a las mujeres encuestadas.

Para el 97,2% (N=210) no han empeorado sus relaciones de pareja. En cambio, para el 2,8% (N=6) es cierto este empeoramiento.

Se trata de otra pregunta complementaria, que sólo adquiere algún valor específico (como indicio, según se viene indicando) junto a los demás posibles signos clínicos, como son el conjunto de ítems del apartado Mujeres.

➤ **Prg. 56. Piensa que su pareja la engaña**

Se producen 217 respuestas válidas, sobre las 325 posibles.

Respecto a los encuestados totales, se pierden o quedan fuera 400 encuestados, el 64,8% (corresponden a varones, solteros, etc.).

De las respuestas válidas, el 96,8% (N=210) no se plantean esta problemática.

El 3,2% (N=7) del percentil válido, de las mujeres que dan respuesta válida, aseguran que sí se plantean este problema.

Tanto esta pregunta como la anterior, Prg. 55, sólo tienen interés, relativo, desde la intencionalidad diagnóstica clínica más arriba señalada, y dentro del conjunto del apartado. No se puede, con propiedad, hablar de celotipia (considerado el ítem aisladamente), a pesar de corresponder con esta calificación, dentro de la clasificación de Feuerlein, como se verá en las conclusiones, o deducciones.

➤ **Prg. 57. Bebe a solas**

Respecto al número de encuestados general, se pierde el 68,7% (N=424).

Se dan 193 respuestas válidas, sobre las 325 mujeres encuestadas.

El 99% (N=191) del percentil válido no bebe en solitario.

Da respuesta positiva el 1% (N=2).

Como es conocido, este hecho es considerado un signo clínico respecto a la dependencia del alcohol. Estas mujeres beben a solas, cuando su marido se ha ido de casa. Parece tratarse de una dependencia, al menos, física.

Como se ha señalado en la Prg. 54, ese 1% (N=2) parece confirmar la alcoholdependencia existente en dos de las 193 mujeres que dan respuesta válida.

En sí mismo, dentro del diagnóstico de alcoholdependencia, este signo manifiesta ese deseo de ocultarse, beber a escondidas, porque se sospecha que ya el entorno se ha dado cuenta de que el afectado o interesado consume alcohol en exceso.

Este signo corresponde a un estadio avanzado (estadio II-III/sobre IV) de la alcoholdependencia física, según la literatura existente a nivel general. Pues se relaciona este ítem con el alto consumo de alcohol, descartando otras causas.

Como conclusión del apartado Mujeres, se puede señalar que existe estrecha correlación y/o coincidencia en el percentil existente, por un lado, dentro del presente apartado (y que se

puede afirmar que contienen indicios clínicos de ser mujeres con dependencia física, respecto del alcohol), y por otra parte, con el número de dependientes que aparece en el estudio o Encuesta General.

Es decir, que se debe correlacionar ese 0,2 – 0,3% que se repite reiteradamente, a nivel general, como probables dependientes físicos con este 1% (N=2) que presentan características similares, dentro del apartado Mujeres.

GRUPO J: Juegos

La ludopatía es reconocida como una adicción, que podría compatibilizarse con otras adicciones, como el tabaco y alcohol. Es en este contexto donde se enmarca este apartado, que consta de dos ítems. De tal manera que las dos preguntas podrían ser consideradas como testigos o comprobantes de la posible coexistencia de múltiples adicciones.

➤ Prg. 58. Participa en...

Esta variable se correlaciona al nivel $p < 0,01$ con la variable sexo en V.58.1, y al nivel $p < 0,001$ con la misma variable sexo en V.58.3.

Se correlaciona significativamente también con la variable dicotómica edad al nivel $p < 0,001$ en V.58.1, y con la misma variable edad al nivel $p < 0,05$ en V.58.3.

En cuanto al nivel de participación, en cada uno de los ítems, se obtienen estos datos:

	Frecuencia	Percentil válido (%)
Loterías	343	55,6
Bingo	19	3,1
Máquinas tragaperras	37	6
Otros...especificar...	24	3,9

Tabla 16. Juegos (Participación en).

El 55,6% (N=343) juega a la lotería, en alguna de sus modalidades.

No lo hace el 44,4% (N=274).

El 3,1% (N=19) apuesta en el bingo. Debe hacerse constar que sólo existe un bingo que funcione regularmente, y se halla en Ponferrada, si bien hay algún otro funcionando eventualmente, y en ciertos círculos más reducidos.

No apuesta nunca el 96,9% (N=598).

El 6% (N=37) juega en las máquinas tragaperras de modo más o menos regular.

No juega nunca el 94% (N=580).

Participa en otros juegos de azar y/o pasatiempos el 3,9% (N=24).

En cambio, no lo hace el 96,1% (N=593) del percentil válido.

Otros juegos, especificar...:

No especifica el 99,4% (N=614).

Dentro de los que sí lo hacen, tenemos:

- Cartas: 0,2% (N=1)
- Cartas R...: 0,2% (N=1)
- Quinielas: 0,2% (N=1)

Debe quedar bien claro que se trata de otros juegos en los que se arriesga dinero.

Esta pregunta lo es de información general, o complementaria como se ha indicado en otras anteriormente. Sin embargo, refuerza los resultados obtenidos en el ítem 59, que será más específico, desde la perspectiva de un posible diagnóstico clínico.

➤ **Prg. 59. Dinero invertido en juegos**

Es una variable que presenta una correlación de nivel $p < 0,05$ con la variable edad en V.59.1 y V.59.2. Asimismo, presenta, respecto a la variable sexo, una correlación del nivel $p < 0,05$ en V.59.1, y de $p < 0,01$ en V.59.2, respectivamente.

• **Prg. 59.1. Invierte cada día**

Sólo da una respuesta válida el 5% (N=31). No contesta el 95% (N=585). Se supone que éste último percentil corresponde a las personas que no gastan nada en juegos.

Dentro de las respuestas válidas, obtenemos estos porcentajes:

- El 2,1% (N=13) gasta entre 0,30 – 0,90 €/día. Sobresale el 1,1% (N=7) que invierte 0,90 €/día.
- El 2,2% (N=14) gasta entre 1,20 – 3 €/día. Dentro de este grupo, el 1% (N=6) invierte 3 €/día.
- El 0,7% (N=4) gasta entre 6 – 30 €/día. Dentro de este percentil, especifican:
 - El 0,2% (N=1) gasta 6 €/día.
 - El 0,3% (N=2) gasta 18 €/día.
 - El 0,2% (N=1) gasta 30 €/día.

- **Prg. 59.2. Invierte a la semana**

No responde el 63,8% (N=393). Dan respuesta válida el 36,2% (N=223) del total de encuestados, que serían los apostantes en los diversos juegos. Entre las respuestas válidas y positivas, obtenemos:

- El 23,5% (N=144) gasta en juegos entre 0,36 – 3 € semanales.
- El 3,5% (N=21) gasta en juegos entre 3,60 – 4,80 € semanales.
- El 8,3% (N=49) gasta en juegos entre 6 – 24 € semanales.
- El 0,9% (N=5) gasta en juegos entre 30 – 90 € semanales.

- **Prg. 59.3. Invierte al mes**

No da respuesta el 68,9% (N=426) del percentil válido. Las respuestas válidas son el 31,1% (N=191). De éstas últimas:

- El 12,3% (N=75) invierte en juegos entre 0,60 – 4,80 €/mes.
- El 12,7% (N=78) invierte en juegos entre 6 – 29 €/mes.
- El 3,2% (N=20) invierte en juegos entre 30 – 48 €/mes.
- Y el 2,9% (N=18) invierte en juegos entre 60 – 120 €/mes.

Habría que señalar las cifras máximas, a nivel de los tres apartados de que consta la Prg. 59, que son las que nos podrían estar indicando una posible clínica ludópata. Es decir, parece excesivo el gasto que se hace en juegos en los siguientes casos:

- El 2,2% (N=13) que gasta entre 1,20 – 3 €/día.
- El 8,3% (N=49) que gasta entre 6 – 24 €/semana.
- El 3,2% (N=20) que gasta entre 30 – 48 €/mes.

Hay que suponer que la mayoría de los que no responden corresponde a no jugadores.

Podemos, pues, concluir, que existe una correlación (aproximación clínica y estadística) entre alcoholdependientes y ludópatas, según se explica en el capítulo de Conclusiones y sus anexos.

V.2. ACERCAMIENTO COMPARATIVO

V.2.1. CASTILLA Y LEÓN: 2000.

Si no exhaustivo, este apartado sí tratará de incidir en algunos de los puntos y preguntas más importantes del trabajo. Y, desde luego, será más concreto que el capítulo siguiente, o comparación con Galicia.

Ambos estudios, el de Castilla y León (Del Río, M.C. y cols., 2000) y el presente trabajo, que denomino Encuesta, coinciden en ser un muestreo estratificado por edad y sexo (Ibídem. Tabla 4, 18 y 21. - Encuesta Prg. 2).

Consumo en el ámbito familiar: en la mayoría de los hogares de Castilla y León es frecuente, y sólo no bebe nada el 26,8% de los mismos, frente al \cong 18,3%, que no consume en la Encuesta (Ibídem, 67. - Encuesta Prg. 14), si bien en ésta se pregunta acerca del consumo de una cantidad relativamente importante.

En la Prg. 16 de la Encuesta, el 63,5% dicen consumir habitualmente alcohol, mientras el 21,6% dicen ser abstemios.

En Castilla y León: son bebedores habituales el 54,2% de los hombres, y el 54,4% de las mujeres, siendo abstemios el 13,1% (Ibídem, 68. Tablas 36 y 37. - Encuesta Prg. 16).

En la Prg. 25 de la Encuesta (Ibídem, 69. Figura 28. - Encuesta Prg. 25) se pregunta por el consumo durante los últimos 30 días, mientras que el estudio de Castilla y León hace la pregunta correspondiente, pero referida a los seis últimos meses, obteniendo la siguiente tabla comparativa:

	Castilla y León (%)	Encuesta (%)
Días laborables	-	1,8
Fines de semana	\cong 18,7	22,7
Diariamente	40,7	28,3
En ocasiones	45,8	13,7

Tabla 17. Consumo 30 últimos días.

Las bebidas alcohólicas más consumidas según ambos estudios, por orden descendente, son las siguientes (Ibídem, 72. Tabla 31. - Encuesta. Prg. 24):

	Castilla y León (%)	Encuesta (%)
Cerveza	33,5	35,8
Vino	30,5	25,1
Whisky	14,0	11,5
Ron	6,3	-
Vermut	5,7	7,9

Tabla 18. Bebidas más consumidas.

La edad de inicio en el consumo de alcohol se produce:

- Castilla y León: 16,17 años es la media de inicio.
- Encuesta: en el 3,5% de casos, se produce entre los 4 – 10 años, hallándose la moda en el rango de 13 – 20 años (Ibídem, 79. - Encuesta. Prg. 21), siendo dos los sujetos o respuestas válidas que iniciaron el consumo a los cuatro años. La media de inicio en la Encuesta se sitúa en 15,89 años.

Las tres principales razones del consumo de alcohol son:

- **Castilla y León:** %
 - o Me gusta su sabor.....32,2
 - o Por costumbre, todo el mundo lo hace (¿integración?).....13,4
 - o Porque le va bien a la comida12,8
- **Encuesta:** %
 - o Para sentirme bien, por placer o en la comida36,3
 - o Por integrarse en grupo, todos los amigos beben.....7,8
 - o Por vivir intensamente, huir de la rutina.....4,2

(Ibídem, 80. - Encuesta. Prg. 23).

Se ha embriagado alguna vez (etilismo agudo, que nos sirve para comparar con estudios anteriores): mientras el Estudio de Castilla y León pregunta por los seis meses últimos, la Encuesta lo hace sobre los treinta últimos días (Ibídem, 82. Tabla 46. - Encuesta. Prg. 27.04) (Anexo Conclusión primera).

- Castilla y León	%
○ Últimos seis meses.....	20,9
○ Alguna vez en la vida.....	48,6
- Encuesta	%
○ Último mes.....	5,7
○ Alguna vez en la vida.....	-

Principales consecuencias del consumo de alcohol, por orden descendente (Ibídem, 84-85. - Encuesta. Prg. 45).

- Castilla y León	%
○ Riña, discusión o conflicto, sin agresión física.....	7,8
○ Faltar al trabajo (o colegio).....	7,6
○ Pelea, agresión física.....	6,6
○ Accidente, de cualquier tipo, con atención médica.....	5,5
○ Accidente sin atención urgente	2,8
○ Detención por policía o fuerzas de seguridad	2,8
- Encuesta	%
○ Conflictos: familiares (7,6%) – con amigos (1,3%)	8,9
(Se debe notar que, en el apartado Mujeres, un 2,8% refiere tener conflictos familiares).	
○ Problemas de salud	4,7
○ Faltar al trabajo (1,6%), faltar algún día: lunes, de modo específico (0,2%)	1,8
○ Problemas con la Ley o la Policía.....	1,3
○ Accidentes: laboral (0,2%), tráfico (1%)	1,2

Se ha sentido a disgusto alguna vez por la bebida (relación a culpabilidad) (Ibídem, 87 - 90. - Encuesta. Prg. 40):

	%
- Castilla y León	11
- Encuesta	8,9

Ha tenido que beber a primera hora para sentirse en forma (relación a dependencia física)
(Ibídem, 87-90. - Encuesta. Prg. 35).

	%
- Castilla y León	4,6
- Encuesta	4,6
○ Algunos días.....	0,9
○ Muchos días	1,3
○ Todos los días	2,4

Algunos otros datos de interés:

- El 8,2% son bebedores problemáticos, en Castilla y León (Ibídem, 94. - Encuesta. Deducción 22.d.). Mientras que en la Encuesta, el 8,9% pueden considerarse alcoholdependientes físicos, pudiendo equipararse a los bebedores problemáticos (dos o más puntos en el test de CAGE).
- Consumidores habituales de alcohol (al menos una vez por semana): en Castilla y León, lo son el 52,2%, siendo el 20,3% bebedores diarios, el 28,1% son bebedores ocasionales, y el 13,1% nunca ha bebido, mientras que el 4,6% ha dejado de beber (Ibídem, 93. - Encuesta. Deducción 7).
En las conclusiones de la Encuesta, el 63,5% consume alguna vez alcohol, el 28,3% bebe a diario, el 13,7% sólo en ocasiones especiales, y el 33,4% no bebe nunca.
- En Castilla y León, se incrementa ligeramente el porcentaje de bebedores habituales, y hay un descenso de los abstemios, la reducción es mayor en los bebedores diarios, manteniéndose igual los consumidores ocasionales (Ibídem, 93. - Encuesta. Prg. 31).
En las conclusiones de la Encuesta, se observa un incremento del consumo en fin de semana. Y el 11,3% ha incrementado la cantidad o la graduación de las bebidas alcohólicas que consume.
- El consumo de alcohol sigue siendo más frecuente entre los hombres que entre las mujeres, pero se van atenuando las diferencias (Ibídem, 93. - Encuesta. Deducción 26).

En la Encuesta, las mujeres alcohol-dependientes, alcanzan el mismo percentil válido (0,3%) dentro del apartado Mujeres, que a nivel general de la misma Encuesta.

- La media, entre los bebedores habituales de Castilla y León, una vez realizadas las desviaciones estándar, es de 32,4 g. de alcohol puro/día y sujeto (o por cada sujeto bebedor habitual). Por tanto, se trata de un bebedor abusivo. (Ibídem, 93. - Encuesta. - Prg. 24).

En cambio, en la Encuesta, a cada uno de los que consumen le corresponde 41,07 g. de etanol puro/día, tratándose de un bebedor excesivo.

V.2.2. GALICIA: 1998.

El estudio de drogas en Galicia. IV fue realizado en 1996, y publicado por la Xunta de Galicia en 1998. A él se refieren las citas del presente capítulo, con la referencia de Estudio en Galicia.

Ambos estudios, el de Galicia y la Encuesta, coinciden en algunos objetivos generales: acercamiento a una prevalencia en el consumo y perfiles de los consumidores, principales motivaciones para el consumo, factores de riesgo, consecuencias del uso y abuso.

El muestreo es estratificado por edades en ambos, y distribuido por áreas en una, o rutas, con puntos de muestreo, en otra.

Asimismo existe en ambos estratificación por sexos (Xunta de Galicia, 1998, 49. Tabla 2.6. - La Encuesta. Prg. 2).

Un 53,9% de la población general de Galicia, mayor de 12 años, ha consumido alguna bebida alcohólica, durante el último mes. En la Encuesta es el 63,5% de la población general, quienes consumen alcohol habitualmente (Ibídem, 37-38. - Encuesta. Prg. 16).

En el Estudio de Galicia, un 8,4% serían bebedores abusivos (> 75 ml/día de alcohol, comprendiendo los consumidores altos, excesivos y de gran riesgo), mientras en la Encuesta se ha concluido que el 8,9% puede considerarse alcoholdependiente (Ibídem, 37. - Encuesta. Deducción 22.d).

En el último mes, los hombres bebieron en mayor proporción que las mujeres, y con mayor frecuencia. Pero en la Encuesta se van atenuando las diferencias (Ibídem, 38. - Encuesta. Dedución 26).

El consumo mayor por parte de los jóvenes constituye el patrón dominante, y más en fin de semana (Ibídem, 48. - Encuesta. Deduciones 17 y 16.b).

En Galicia, la edad de inicio en el consumo de alcohol se sitúa entre los 5 – 9 años, en un 0,6% de casos, mientras que la media se halla en los 16,61 años, con un intervalo, o moda, desde los 12 – 18 años, que comprende el 82,2%.

En la Encuesta, el 3,5% inicia el consumo entre los 4 – 10 años, situándose la moda en el intervalo de los 13 – 20 años, y la media en los 15,89 años (Ibídem, 53. Tabla 2.9. - Encuesta. Prg. 21).

Además, en Galicia, los hombres se inician antes que las mujeres.

En Galicia, el 39,9% asocian alcohol de forma abusiva (> 75 ml de alcohol/día) y tabaco (fuman diariamente), o bien con alguna otra droga.

En la Encuesta: un 63,5% bebe, y un 44,7% fuma, mientras que un 2,8% utiliza otras sustancias a la vez (policonsumo) (Ibídem, 53. - Encuesta. Prg. 16).

Sin embargo, en la Prg. 14 de la Encuesta, se nos dice que, entre los familiares o amigos que consumen bastante, son más los que fuman que los que beben alcohol.

En los casos de monoconsumo, en la Encuesta predomina ampliamente el grupo de bebedores, mientras que en Galicia es mayoritario el grupo de fumadores (63,5% y 63% respectivamente).

Tabaco y alcohol (fuman a diario y beben abusivamente) se asocian, en Galicia, en un 16,2%. Y la asociación más frecuente, en caso de policonsumo, es: tabaco, alcohol y cannabis.

En la Encuesta, se asocian las dos primeras sustancias, según queda expresado en el apartado anterior. Pero no se especifica cuál sería la tercera sustancia, unida al alcohol y al tabaco, en los casos de policonsumo.

En Galicia, el consumo de alcohol descende, en un estudio longitudinal desde 1988 a 1994, consolidándose en 1996.

En la Encuesta, se incrementa el consumo de cerveza, sobre todo en fin de semana. Y, si bien es verdad que desciende el consumo de vino, sobre todo en fin de semana, se incrementa el consumo total de otras bebidas alcohólicas de mayor graduación (vermut, licor de frutas, otros licores, whisky, otras bebidas), y sobre todo debido al mayor consumo de los jóvenes.

VI. DISCUSIONES

VI. DISCUSIONES

VI.1. DEDUCCIONES DE LA ENCUESTA

El presente capítulo trata de llegar a datos psicológicos (clínicos, personales y de grupo), dando origen a patrones y/o prototipos, y dejando entrever algunos datos dignos de ser tenidos en cuenta para un posible programa preventivo.

A través de veintisiete puntos de discusión, se recogen los datos de más interés, atendiendo a los objetivos del presente estudio. Sin embargo, no debe desligarse este capítulo de los Resultados de la Encuesta, ni de los patrones y prototipos, así como del Programa Preventivo.

Es así, según mi entender, del único modo como quedará suficientemente esclarecido todo el contenido que se desprende del estudio. Esto no implica que se hayan agotado todos los recursos que pueden extraerse del trabajo presentado, aunque sí los que se consideran necesarios según los objetivos planteados.

Algunas de las deducciones repiten resultados estadísticos, pues, al reunir o compendiar dichos datos, incluso los de un capítulo entero, podemos deducir una formulación más general.

Dichos apartados se enumeran del uno al veintisiete, siguiendo el orden de la propia Encuesta.

1. El número de encuestados es amplio y suficiente, por abarcar el 95-97% de la población objeto de estudio. Por lo cual, la Encuesta adquiere gran fiabilidad.
2. El sexo es una variable cualitativa dicotómica, que se relaciona con las otras variables cualitativas, así como con las variables cuantitativas.
3. La edad, que en origen era una variable cuantitativa, se convierte, debido a la estratificación realizada, en variable cualitativa politómica, que se relaciona con las otras variables cualitativas, así como con las cuantitativas.

4. Estado civil y convivencia pueden ser considerados como factores influyentes (promotores, desencadenantes, mantenedores) en el consumo de alcohol.
5. La prematura incorporación al trabajo (aunque sólo sea como ayuda en el negocio familiar) implica, a la vez, una pauta de integración al grupo de los adultos y sus costumbres, entre las cuales, sin duda (tanto a nivel urbano, como en las labores agrícolas o minería), se halla el consumo de alcohol.
6. Los factores de riesgo afectivo-relacionales se presentan como preguntas bien diferenciadas, formando en sí mismas un núcleo específico, debido a su influencia imitativa y educativo-cultural, configurándose, por tanto, como un factor desencadenante, así como mantenedor del consumo de alcohol.

Por una parte, es aquí donde se inicia realmente la llamada “cultura del vino”, en el entorno familiar, que constituye en realidad el primer eslabón social.

Por otra parte, resulta difícil romper los lazos afectivos que unen estas costumbres o cultura, según la cual consumir alcohol es lo normal. ¿Acaso podrían los padres inculcar a sus hijos una idea nociva para su salud?

En la Prg. 14 nos interesan dos sustancias, que son el alcohol y el tabaco, tanto en sí mismas como por la posible interferencia entre el consumo de una y otra. El resto de sustancias serían algo complementario.

Vemos que se consume más tabaco que alcohol, en todos los apartados de la pregunta: amigos, pareja o familiares.

Parece reseñable el 48,85% de amigos que consumen alcohol, en cuanto son los amigos los que inician a los jóvenes, en dicho consumo, hasta en un 17,3 % de los casos (Prg. 15).

De igual modo hay que subrayar ese 20,3 % de padres y el 17,85 % de los hermanos que consumen alcohol, y que en el 15,2% de los casos son quienes inician (factor desencadenante) a los jóvenes en el consumo de alcohol.

Se constituye este factor desencadenante, por tanto, en un campo de trabajo para el Programa Preventivo.

En la Prg. 15 podemos afirmar la certeza de lo que no era más que una hipótesis en la pregunta anterior. Como se señala en los resultados de la Prg. 14 (Resultados de la Encuesta), podríamos vislumbrar la existencia de un cierto alcoholismo en personas

próximas a los encuestados. En esta Prg. 15 los resultados nos indican claramente (y de modo especial en los casos en que han necesitado rehabilitación, debido al consumo de alcohol) la existencia de un cierto grado de alcoholismo (que puede ser agudo, en los casos en que han presentado problemas debido al alcohol, y de carácter más crónico, en los casos en que ha sido necesaria la RHB).

Y, así, podríamos hablar de un total de 3,5% (pareja o familiares próximos), más un 4,1% (amigos) que han necesitado RHB por consumo de alcohol. Es decir, son casos bastante evidentes de alcoholismo crónico.

A este porcentaje (un 7,6% en total) se debe sumar el 0,2% y el 0,3%, respectivamente, que reconocerán ser alcoholdependientes (Prg. 24). Y este 8,1% vemos que guarda correlación estrecha con los resultados expresados en la deducción 22.

7. El 63,5% consume, alguna vez, alguna cantidad de alcohol. Según las respuestas obtenidas, sólo el 44,7% fumaría tabaco. Estos resultados difieren con los obtenidos en la Prg. 14, en donde, en vez del autoconsumo (como indican los resultados aquí señalados), se indagaba el consumo por parte de otras personas.

Esta cifra de consumo de alcohol (63,5%) se aproxima a resultados comúnmente publicados en otros trabajos, a nivel nacional.

8. Hay tres motivos o factores claros, en el inicio de l consumo de alcohol: los amigos, los padres o familiares, y la curiosidad (Cfr. Prg. 17). Por frecuencia, la familia aparece en segundo lugar. Esta respuesta parece tener un claro fundamento (Resultados de la Encuesta. Prg. 21.a): la creencia, sobre todo en el pasado, de que el vino es un alimento, incluso con matices curativos, y también la misma necesidad alimenticia, ingesta de calorías, tanto cuantitativa como cualitativamente.

Por eso, debe relacionarse esta Prg. 17 con la Prg. 21.a (en donde vemos un inicio realmente llamativo, incluso a los cuatro años (3,5%, N=16).

También debe tenerse en cuenta el 6,8% (N=42) que se ha iniciado al comer, durante el trabajo (bien trabajando, bien en el descanso de la comida).

Este porcentaje guarda relación, por un lado, con la edad de inicio en el trabajo (Prg. 8), y por otro lado con la Prg. 21.1 (edad de inicio en el consumo, así como con el apartado 17.02 (se lo dieron sus padres o familiares, en casa).

Tanto el apartado 17.01 (curiosidad) como el 17.03 (le animaron sus amigos) guardan estrecha relación con el capítulo Juventud. Si relacionamos el ítem 17.03 con la Prg. 19, vemos que el 26,7% sigue bebiendo, debido a las relaciones que mantiene.

9. La mayoría de los encuestados (84,6%, N=352, de las encuestas válidas, y bebedores), consume alcohol sin plantearse ningún tipo de preocupación, mientras que el 13,2% (N=55) lo consume en estado eufórico (fiestas, celebraciones, etc.) (Relación al concepto de alcohol como estimulante de relaciones sociales y/o droga de ocio).

10. La situación de parado no parece un factor desencadenante de importancia, en cuanto al consumo de alcohol, pues sólo el 1,1% (N=4) lo señala como tal. Este resultado, contradice los de otros estudios (FAD, 1996).

Los factores mantenedores en la actualidad del consumo de alcohol son:

- Las relaciones que mantiene (26,7%, N=100)
- El exceso de tiempo libre (8,5%, N=32)
- La facilidad para la obtención del alcohol (5,1%, N=19). Estos tres factores (desencadenantes y mantenedores) se consideran fundamentales en todos los estudios consultados.

Existen otras razones de menos entidad, como el estrés o la dureza de la profesión, siendo mayoritarios los que dicen tener otras causas, que no especifican (55,2%, N=207).

11. Existe en el medio un cierto “pensamiento mágico” en torno al alcohol.

Así, el 16,4% de respuestas válidas a esta pregunta (N=101), le atribuye poderes curativos; el 37,6% (N=232) lo considera estimulante del estado de ánimo, y de las relaciones sociales y fiestas; y el 21,2% (N=131) considera el alcohol como estimulante del apetito.

Son, estos tres aspectos, conceptos que suelen valorarse para la clasificación de este pensamiento mágico.

Lógicamente, uno de los aspectos preventivos deberá centrarse en la formación real de las personas, en cuanto al uso y abuso del alcohol.

12. Existe una estrecha relación entre: pensamiento mágico respecto del alcohol, el vino más en concreto, y la fácil disponibilidad del mismo en la zona, por un lado, así como entre la temprana edad de inicio en el consumo y el factor desencadenante más temprano, la familia, por otro, siendo estos factores determinantes en el consumo de alcohol.

Queda explicado, y razonadamente demostrado, por qué un 3,7% (N=16) de respuestas válidas en el ítem 21.01 aseguran haberse iniciado en el consumo de alcohol entre los 4 – 10 años.

Esta respuesta es, sin duda, alarmante. Y, a su vez, esta alarma se incrementa cuando en la Prg. 22 vemos que un 27,8% (N=128) afirma haberse iniciado en el consumo de alcohol en casa, en el seno de la familia.

La interpretación, como se ha señalado en el capítulo “Resultados de la Encuesta”, hay que hacerla dentro de ese “pensamiento mágico” o cultura del vino, existente en esta zona productora, sobre todo de vino.

Sin duda, es difícil que esta edad de inicio en el consumo pueda ser igualada en los resultados de cualquier otro estudio, regional o nacional, si bien, Galicia se aproxima (Acercamiento comparativo. Galicia. 1998).

Como se ha señalado en una deducción anterior, uno de los objetivos a tener en cuenta en la Prevención será el reformar esta mentalidad o pensamiento mágico (coincidente, por cierto, con otros aspectos mágicos del pensamiento: creencia en la brujería, curanderismo, actitud mental pasiva, de expectativa o espera de “un señor o salvador” que resuelva los problemas concretos), y que claramente parece existir, al menos, y especialmente, en la zona centro – occidental y sur – occidental de la Comarca (Edad de inicio, Grupo D. “Estudio específico del consumo personal de alcohol”).

Esta mentalidad o pensamiento mágico es difícil de desarraigar. Al fin y al cabo ha sido la propia familia quien ha instruido a la persona o consumidor, y no es fácil dudar de que la propia familia busca siempre lo mejor para sus miembros.

Por eso, será necesario llegar a la demostración intelectual, dejando de lado los aspectos afectivos, del error que se encierra en gran parte del denominado pensamiento mágico, acerca del alcohol.

El inicio temprano, lógicamente, presupone un posible mayor periodo longitudinal en el consumo,. A su vez, este periodo más dilatado, predispone a un mayor número y grado de afecciones físicas, psíquicas y sociales.

13. El modo, u ocasión, de inicio en el consumo de alcohol nos presenta tres factores destacables:

a. En primer lugar, con el 37,3%, se hallan los amigos, como inductores. Podemos recordar aquí todo lo que sabemos sobre la influencia y/o adaptación, aceptación, por parte del grupo y/o líder...Así como la falta de formación e información, a nivel de familia y escuela.

b. En segundo lugar, con el 29,7%, tenemos la ocasión de una fiesta.

Parece relacionarse, en los resultados del presente trabajo, fiesta y/o consumo de alcohol. Es decir, no hay fiesta si no se consume alcohol...el alcohol sirve como animador social...favorece las relaciones. Y, así, es aquí donde encajan todos esos mitos socio-culturales.

c. Pero en tercer lugar, con un 27,8%, vemos que es la familia el factor inductor del consumo de alcohol.

Como se ha explicado, en la capacidad inductora de la familia intervienen diferentes condicionantes: El pensamiento mágico por un lado (en donde los factores que apoyan la economía, en una zona productora, podrían ser considerados factores o subfactores desencadenantes y/o mantenedores del mismo pensamiento mágico), así como por otro lado, desde luego en el pasado, la escasez de alimentos (en una zona dedicada, años atrás, y dejando de lado la minería del carbón, hierro, etc, a la producción agrícola, en gran parte de autoabastecimiento).

Esta escasez de alimentos, a nivel real, serviría para mantener viva una parte o porción del pensamiento mágico: “El vino es un buen alimento”. No cabe duda que el vino producía unas calorías, que, por entonces, sí se consumían o quemaban, dado que, aparte del propio alcohol, en algunas zonas de montaña especialmente, sólo abundaban las castañas, las patatas, el centeno y, si acaso, la leche de las propias vacas de tiro, la carne de las ovejas, además del cerdo y las gallinas.

Y, aunque las calorías del alcohol parecen ser las primeras en quemarse, debido a la escasez y poca variedad de calorías almacenadas, aquí sí era cierto, por tanto, el refrán que dice “Con pan y vino se anda el camino”...

De nuevo, y bajo estas perspectivas, quiero resaltar ese dato de la edad de inicio, que sin duda contradice o sobrepasa, comparativamente, con la edad de inicio en el consumo de alcohol de nuestra sociedad actual, urbana, que se cifra alrededor de los 13 – 14 años.

Es decir, estas explicaciones nos aclaran por qué, en un pequeño porcentaje, en el presente estudio obtenemos un inicio en el consumo de alcohol, de hasta diez años anterior al inicio medio nacional de nuestra sociedad urbana.

14. Hay un motivo, o razonamiento, que destaca sobre los demás, en el momento de justificar el consumo de alcohol. Se trata, con el 36,3% de respuestas válidas, de esa razón un tanto indefinida, pero que nos resulta fácilmente comprensible o aceptable: “bebo porque me resulta agradable”...el vino con la comida, por ejemplo.

Esta respuesta se repite con frecuencia en muchos estudios semejantes. De igual modo, se repiten también otras respuestas dadas:

- Por acomodarme al grupo de relaciones (7,8%)
- Huir de la rutina (4,2%)
- Por curiosidad (1,3%)

Sin embargo, quiero resaltar, en este capítulo de discusiones, otras dos respuestas, aparte de la explicada. Primeramente, ese 7,8% que reconoce la necesidad de acomodarse al grupo. Esta respuesta debemos relacionarla, probablemente, con la pubertad o con los bebedores más jóvenes (Capítulo Juventud). Pienso que este ítem, Prg. 23.04, es útil para hacer consciente una situación, que, al menos en los más jóvenes, podemos presuponer que se vive o realiza de modo subconsciente.

De algún modo, la prevención debería también explicar y hacer razonar acerca de este ítem. En segundo lugar aparece ese 0,3% de clara dependencia física (que “no puede dejar de beber”), así como ese 0,2% de marginados, y con una clara dependencia psicológica y/o

físico-psíquica, para quienes el beber es uno de sus, quizás, escasos actos “autónomos” (si ello es posible) y, por tanto, de ningún modo pueden renunciar a esa, ya por sí escasa, “capacidad de decisión o autodeterminación”.

De manera que, con claridad, se nos presenta aquí un total de 0,5% que podemos definir como dependientes (para mí, físicos en realidad, pero que se podría admitir, en parte, como psicológicos - ¿ese 0,2% quizás? -), y que podremos ir comparando con los resultados de otros ítems.

15. Referido a los últimos seis meses, el primer dato sobresaliente, en cuanto a consumo, es el hecho de que tan solo el 25,1% dice consumir vino, frente al 74,9% que no lo consumen.

Parecería normal que, en una zona productora, fuese un porcentaje mucho más alto el que consumiese vino.

De los consumidores, el grupo más abundante, con el 9,1%, dice consumir dos copas de vino al día. Esta cantidad sería la recomendada, al menos últimamente, por los cardiólogos como medida saludable.

Por el contrario, el 0,2% dice consumir veinte copas al día. Como vemos, se repite este 0,2%, al que siempre se hace referencia como alcohol-dependiente.

De tal manera que encontramos, en las respuestas a este ítem, además de los abstemios, tres patrones de consumidores:

- a. Normales o normalizados: beber dos copas al día.
- b. Excesivos o abusivos: los percentiles intermedios, entre los normales y el 0,2% siguiente.
- c. El 0,2% que dice consumir veinte copas, bebedores dependientes.

Además, en el fin de semana, aparece el 0,3% (con ocho, quince y veinte copas, respectivamente) más el 0,2% (que bebe doce, treinta y cinco, y cuarenta copas, respectivamente), los cuales, sumados, representan el grupo de los que expresamente se manifiesta alcohol-dependientes, según se repite en diversos ítems.

Y este mismo porcentaje de dependientes físicos aparece en el consumo total de vino en el total de la semana.

16. Es menor el número de bebedores diarios de cerveza (13,3%) frente a los de vino (25,1%).

Sin embargo, es mayor el número de los consumidores de cerveza en fin de semana (24,3%) frente a los de vino, que desciende en fin de semana (lo consume el 17%).

Además, los consumidores de cerveza, durante los últimos seis meses, en el total de la semana, supera ligeramente (35,8%) a los consumidores de vino (35,6%) en el mismo periodo.

Parece coincidir este patrón con el observado a nivel de estadísticas generales: aumenta el consumo de alcohol en fin de semana (en general, se afirma que este hecho se debe al mayor consumo por parte de los jóvenes, y al fenómeno llamado “movida”), y específicamente aumenta el consumo de cerveza en fin de semana, que ya supera al consumo de vino.

También en el consumo de cerveza aparecen esos reiterados percentiles del 0,3% y 0,2%, que nos están señalando el grupo de quienes se declaran alcoholdependientes.

Y, asimismo, existe el grupo de bebedores normales o normalizados, así como otro conjunto de bebedores excesivos y/o abusivos.

Como se ha señalado en el capítulo Resultados de la Encuesta, se obtienen unos patrones de consumo:

- a) Mientras el consumo de vino desciende en el fin de semana, respecto a los días laborables, el consumo de cerveza aumenta en el fin de semana.
- b) El incremento del consumo de combinados es todavía más llamativo en fin de semana (21,6%), respecto a los días laborables (1,3%).

Este consumo parece guardar estrecha relación con el capítulo Juventud, en donde podremos comparar los resultados.

- c) El consumo total de cerveza, gracias a los fines de semana, supera ya ligeramente (0,2%) al consumo de vino.
 - d) El consumo total de otras bebidas alcohólicas (vermut, licor de frutas, otros licores, whisky, otras bebidas) aumenta en todos los casos, gracias al mayor consumo del fin de semana.
 - e) A través del resultado general de la Prg. 24, observamos ese constante 0,3% más el 0,2% que se vienen señalando como alcohol-dependientes, según la propia autocalificación. Asimismo, se reiteran los bebedores excesivos y los bebedores abusivos.
-

La prevención debe de ir, pues, encaminada a la información – formación, sobre todo, de la juventud, y en cuanto a distribución y organización, búsqueda de alternativas de ocio y tiempo libre en fin de semana, que es cuando realmente aumenta el consumo de alcohol.

17. Referido al último mes, el primer dato sobresaliente resulta ser que sólo el 33,4% dice no beber nunca, frente al 63,4% que dice no beber vino en los últimos seis meses, el 64,2% asegura no bebe cerveza, o el 77% que asegura no beber combinados (considerando estas tres bebidas como las más representativas).

Por tanto, estas cifras nos situarían en un importante ascenso en el consumo de alcohol durante el último mes, respecto a los últimos seis meses.

Es éste un dato importante de cara a la prevención, que, adquiere carácter de urgencia.

También durante el último mes (Prg. 25) sobresale un 22,7% que sólo bebe en fines de semana, frente al 1,8% que sólo bebe los días laborables, mientras que el 28,3% afirma beber los días laborables y los fines de semana.

Una vez más, por tanto, aparece el patrón de incremento del consumo en fin de semana.

Además, y también de cara a la prevención, se debería atender a ese 13,7% que sólo consume alcohol en ocasiones especiales.

Cómo reorientar este consumo parece un buen trabajo a realizar preventivamente.

18. En la Prg. 26 encontramos, de nuevo, otra serie de patrones de consumo:

- a) Frente al 27,8% (Prg. 22) que inició su consumo en la familia durante el último mes, un 19% bebe con la familia y en casa.
- b) El 37,3% se inició en el consumo de alcohol con los amigos. Durante el último mes, el 44,9% ha consumido alcohol con los amigos, en bares o asimilados, y el 7,5% ha consumido también con los amigos, pero en casa. Además, el 4,2% afirma realizar el consumo en discotecas.

Por tanto, existe un fuerte predominio del bebedor social, que ha experimentado un gran incremento en los últimos meses.

- c) También encontramos otros patrones: el bebedor avanzado (o de larga evolución y en fase avanzada en la enfermedad de la alcoholdependencia), que parece coincidir con

ese 1,5% que bebe solo, más el 4,1% que bebe fuera de su barrio de residencia (un total de 5,6%).

Como se ha señalado (Prg. 26), este bebedor avanzado parece corresponder con el bebedor abusivo clásico, así como con ese 0,2% más 0,3%, que aparece en múltiples resultados, y que vienen siendo clasificados, predominantemente, como alcohol-dependientes físicos.

Parece, además, poder vislumbrarse la pérdida de actualidad que ha sufrido el término discoteca, aunque sea tan sólo un indicio, frente a las cafeterías o pubs.

19. A través de las Prgs. 27 y 29, obtenemos cinco deducciones importantes, dentro del presente capítulo:

- a) Un 5,7% afirma haberse embriagado en el último mes. Es un porcentaje más alto del que habitualmente solemos conocer.

La hipótesis más probable para su explicación es la siguiente:

Se trata de jóvenes, en fin de semana, más algunos casos aislados de etilismo agudo.

Si se multiplica por seis meses obtenemos un 34,2%, que supera ampliamente al 20,9% que se ha embriagado en Castilla y León los últimos seis meses.

Por tanto, se confirma (Deducciones anteriores) que no sólo ha aumentado el consumo de alcohol, sino que también aumentan los casos de etilismo agudo.

Es éste otro dato a tener en cuenta para la prevención.

- b) Se confirma, una vez más, la hipótesis de la Prg. 24, según la cual parecía existir un 0,2% más otro 0,3% de bebedores excesivos, que serían personas físicamente dependientes del alcohol.
- c) Hay un 8,4% que afirma haber bebido bastante. Este juicio supone una autocrítica (culpabilidad) que parece coincidir, a nivel clínico, con una fase avanzada de la alcoholdependencia (fase II – III / sobre IV), en donde existe una mayor tolerancia por parte del organismo al alcohol, y un querer...abandonar el alcohol, pero sin poder.

d) Además, el 8% asegura no poder interrumpir el consumo de alcohol, una vez iniciado (Prg. 29).

Este percentil corresponde con claridad a dependientes físicos.

e) Hablamos, por tanto, de un 8,4% de adictos, más un 0,2% y otro 0,3% de alcohol-dependientes manifiestos, que venimos contemplando, y que, sumados, nos da ese 8,9% que podemos señalar, en este momento (Deducción nº 22) como auténticos adictos físicos al alcohol, o alcohol-dependientes físicos.

No obstante, debe quedar constancia de que, para llegar a esta conclusión, es necesario tener en cuenta no sólo los resultados estadísticos, sino también la hipótesis o deducción clínica, signos clínicos (Grupo E. Dependencia Física).

20. Como ha quedado analizado en el capítulo Resultados de la Encuesta, teniendo en cuenta el dinero gastado por día, obtenemos cinco prototipos de consumidores de alcohol (Prg. 28):

	%
- Bebedores severos, de muy alto riesgo.....	6,4
- Bebedores excesivos, o de alto riesgo	9,5
- Bebedores importantes, o abusivos.....	17,2
- Bebedores moderados – medios, o ligeros.....	28,4
- Bebedores normales, normalizados, o no bebedores	38,5

21. A través de diversos signos clínicos de la alcoholdependencia, se ha configurado esta batería de ítems, tratando de llegar a definir, estadísticamente, el número de afectados físicamente por el alcohol, hasta el punto de poder ser considerados como auténticos dependientes físicos.

Dentro de esta batería, hay ítems muy directos o específicos, mientras que otros son más generales o inespecíficos.

Quizás la Prg. 29 es la más específica, y clínicamente el signo más preciso o indicativo de dependencia física. Un 8% presenta este signo de dependencia física.

Por ello, como se ha indicado en la deducción 19, y atendiendo a las preguntas: Prg. 24, 27.3, 28.04, 28.05, 29.02, así como a la Prg. 30.01 (con el 9,7%), Prg. 31.01 (con el 11,3%), Prg. 32.01 (con el 0,8%), Prg. 33.02 (con el 7,2%), Prgs. 35.02 – 35.03 – 35.04

(con un total del 4,6% que necesita beber todas las mañanas), y la Prg. 39.01 (con el 11,7%), en cuanto a resultados estadísticos...Pero, sobre todo, atendiendo a aquellos ítems en los que obtenemos un dato estadístico fiable, junto a una opinión, autocrítica y/o deseo – intención (como es el caso de la Prg. 27.03, con el 8,4%, la Prg. 29.02, con el 8%, la Prg. 40.01, con el 8,9%), así como el resultado de claros dependientes físicos, obtenidos de diferentes ítems (el 0,2% más el 0,3%), y el 0,6% de la Prg. 42.01 y el 43.01, respectivamente, podríamos concluir que los alcoholdependientes, en el presenta trabajo, en general, habría que cifrarlos en una moda que oscila entre un mínimo del 8,5% (correspondiente a la suma del 8% de la Prg. 29.02, más el 0,2% y el 0,3% de la Prg. 24, y señalados reiteradamente), y un máximo del 11,8% (correspondiente a dependientes físico-psíquicos, quizás con un predominio del factor psicológico, y atendiendo a la batería de ítems correspondientes a “Dependencia psicológica”: Prg. 40.01, con el 8,9%, más la Prg. 41.01, con el 1,7%, más la Prg. 42.01, con el 0,6%, más la Prg. 43.01, con el 0,6%, que nos da ese 11,8% señalado).

Un resultado similar al anterior (11,6% en este caso), lo obtenemos de la suma de los dos signos clínicos más típicos de la dependencia psicológica: Prg. 40.01, con el 8,9%, más la Prg. 44.03, con el 2,7%, que demuestra un deseo en firme para dejar el alcohol... sin, al fin, lograrlo.

22. Por tanto, obtenemos datos concretos y fiables de la dependencia:

- a) Un abanico o moda, atendiendo a los datos y/o signos clínicos y/o psicológicos, oscila entre 8,5% y 11,8%.
- b) Los dependientes físico-psicológicos, estrictamente analizados los resultados, deberían cifrarse en ese 8,5%, cifrando en ese 11,6 % definitivo el total de alcoholdependientes en la Comarca.
- c) Los dependientes físico-psicológicos, aunque con matices, se cifran en el 11,6%, según se ha explicado en la deducción 21, cifrando en ese 11,6% definitivo el total de alcoholdependientes en la Comarca.
- d) La alcoholdependencia física, como se ha explicado en la deducción 19, se cifra en el 8,9%. Para obtener este percentil o rango, se atiende a datos físicos y estadísticos (el

0,2% más el 0,3% reiteradamente señalados (Prg. 24), más un dato con matices físico-psíquicos, además de estadísticos, como es el 8,4% de la Prg. 27.03.

23. Los resultados de la Prg. 44 deben ser tenidos en cuenta para planificar la prevención, en el caso de los alcohol-dependientes:

- El 2,7% ha intentado el abandono del alcohol, pero sólo lo ha conseguido durante un tiempo.
- El 0,7% lo ha intentado varias veces sin conseguirlo.

Por tanto, contamos con un total del 3,4% (dentro de ese 11,6% de alcohol-dependientes) que sabemos con claridad que son conscientes de su situación, y es probable que, a pesar de su fracaso, puedan plantearse de nuevo el abandono del alcohol.

24. Son múltiples las secuelas del alcohol:

- El 0,2% reconoce que es el lunes el día que suele faltar al trabajo, mientras que el 1,6% asegura faltar algún día al trabajo, debido al alcohol consumido.
- Al 7,6% el alcohol le ha originado conflictos familiares, mientras que al 4,7% le ha afectado a la salud, física y/o psíquicamente.
- En el 1,3% de casos el alcohol ha originado problemas en la relación con amigos y/o vecinos. Otro 1,3% ha tenido problemas legales o con la policía, debido al alcohol, y en otro 1,3% el alcohol ha sido causa de una menor productividad.
- Sólo el 1% relaciona de modo directo el consumo de alcohol y algún accidente de tráfico sufrido.
- En el 0,8% han disminuido los ingresos, debido a la ingesta de alcohol, mientras que un 0,2% ha sufrido accidentes laborales, o ha sido sancionado o despedido del trabajo, por la misma causa.

Al ser la Prg. 45 abierta, nos sirve para confirmar, a nivel clínico, los indicios claros de un grupo de alcohol-dependientes necesitados de recuperación o rehabilitación, pero no nos permite cifrar, estadísticamente, el número de dependientes existentes, puesto que los resultados se superponen en los diversos sub-ítems.

25. Según la estratificación establecida, el grupo Juventud comprende el 35,6% (N=220) del total de la muestra, con 616 sujetos o casos válidos.

Las respuestas válidas, en este apartado de Juventud, supone el 35% (N=216), perdiéndose el 0,6% (N=4).

Respecto a estas respuestas válidas, y siguiendo los ítems de la Encuesta, obtenemos el/los perfil/es siguiente/s:

a) El 83,8% (N=101)/sobre 216) mantienen buenas o muy buenas relaciones paterno – filiales, mientras que para el 5,6% (N=12), estas relaciones son malas o conflictivas, siendo indiferentes para el 10,6% (N=23).

Además, predominan las mujeres en ambos extremos, tanto en las relaciones muy buenas, como en las francamente malas.

b) Se trata de jóvenes que, mayoritariamente, estudian, 56,4% del percentil válido (N=106), el 22,9% (N=43) trabaja por cuenta ajena, y el 6,9% (N=13) trabaja por cuenta propia o en negocio familiar.

El 12,8% (N=24) estudia y trabaja de modo regular, y el 1,1% (N=2) estudia y, eventualmente, trabaja.

Como se ha indicado en el capítulo Resultados de la Encuesta, correlacionando la Prg. 47 con la Prg. 11, obtenemos que los jóvenes estudiantes corresponden a los niveles de: FP o bachillerato, COU o equivalente.

Y, además, mientras los hombres, prioritariamente trabajan, las mujeres, principalmente, estudian.

c) Los hombres han abandonado más los estudios (N=50) que las mujeres (N=33).

Mayoritariamente, los abandonan al final de la EGB, 33,7% (N=28), al final del bachillerato superior, 32,6% (N=27), o después de repetir el bachillerato superior, el 28,8% (N=24), entre los 19 – 33 años.

d) Concretamente, el 12,5% (N=10) abandonan el estudio por tener que repetir curso, el 13,8% (N=11) abandona los estudios por diversos motivos, el 16,3% (N=13) los abandona por tener que trabajar, pero la mayoría, 57,5% (N=46) abandona los estudios por no querer estudiar.

- e) De las respuestas dadas a la Prg. 50 (212 válidas/sobre 220 posibles), el 23,1% (N=49) disponen, para gastos en tiempo y/o locales de ocio y consumo de alcohol, de 30 - 90 € a la semana.

Lo cual parece un tanto excesivo, especialmente si lo relacionamos con el porcentaje de estudiantes.

El 40,1% (N=85) dispone de entre 12 - 30 € a la semana, que parece una cantidad adecuada, en cuanto a los aspectos lúdicos, y no para el consumo de alcohol.

Y el 27,4% (N=58) gastaría menos de 12 € a la semana.

Por tanto, podemos hacer algún tipo de aproximación comparativa entre este dinero disponible, por un lado, para gastos lúdicos en la semana (y específicamente para gastos en locales donde se consume alcohol) y/o , más directamente, el consumo de alcohol, con los resultados de la Prg. 28, referida al dinero que se gasta por día en consumo de alcohol.

Tipo de bebedor	Encuesta General (%) (Prg. 28, N=377)	Juventud (%) (Prg. 50, N=220)
Normalizado o No bebedor	38,5	27,4
Moderado o Ligero	28,4	18,9
Excesivo o Importante	17,2	12,7
Abusivo o de Alto Riesgo	9,5	10,4
Severo o de Muy Alto Riesgo	6,4	9,4

Tabla 19. Clasificación según gastos (en alcohol y lugares de ocio donde se consume alcohol). “Prototipo económico” de bebedores, según dinero invertido en alcohol/día.

UBB (Unidad Básica de Bebida) = 2 vasos de vino/día (según la recomendación de los cardiólogos) = 200 ml de vino = 19,2 g etanol puro.

Precio de 1 Litro de vino (Mesa – Barra. Ref. 1997 – 2001) \cong 150 pts.

(Los gastos se refieren, según se ha indicado, siempre al periodo 1997 – 2001.

Los gastos se han reconvertido en euros, mientras que en los cuestionarios se presentan en pesetas).

Podríamos resumir en general, y más específicamente en lo que se refiere a la Prg. 50, que hay un exceso de dinero disponible, tanto para el consumo directo de alcohol por parte de la población general (Prg. 28), como para ocio en locales donde se vende alcohol y/o para el propio consumo de alcohol por parte de la juventud (Prg. 50), o para inversión en juegos por parte de la población general (Prg. 59) (Deducción nº 27).

Por lo tanto, a la hora de planificar la prevención, es éste un dato importante, que debe tenerse en cuenta.

- f) Los hombres salen más, de noche, todos los fines de semana (55 hombres/27 mujeres). En cambio, las mujeres son mayoritarias en no salir nunca de noche (14 mujeres / 7 hombres), en salir una sola vez al mes (25 mujeres / 7 hombres), o dos veces al mes (27 mujeres /15 hombres).

Un 38,4% (N=83) sale de noche todos los festivos o fines de semana.

El 37% (N=80) ha salido entre dos y cuatro noches al mes.

El 24,5% (N=53) no ha salido nunca de noche, o lo ha hecho una vez al mes.

Por tanto, se puede afirmar que la juventud participa en una hipotética movida, que en realidad existe (Resultados de la Encuesta. Prg. 51).

26. En este apartado se pretende el posible acercamiento a la clínica de alcoholdependencia de la mujer.

La falta de cuidado personal, pudiendo tener origen en múltiples patologías, también se relaciona con el proceso de la enfermedad alcohólica, aproximadamente en un estadio II / sobre IV de la enfermedad alcohólica.

En la Prg. 52 vemos que un 13,3% (N=41) descuida su atención personal.

Hay otro dato relevante en la Prg. 54 en el cual el 11,5% (N=31) de las respuestas válidas, dentro del apartado Mujeres, dicen padecer “molestias generalizadas”, que desaparecen, en un 0,3% de los casos (N=2), tomando alcohol.

También debe valorarse ese 2,8% (N=6) de los casos, en los que ha empeorado la relación con la pareja, al igual que un 3,2% (N=7) de mujeres que afirman que su pareja las engaña (Celotipia alcohólica. Fase crítica – muy avanzada de la enfermedad) (Prg. 29 de Feuerlein, 175).

La Prg. 57 trata de clarificar una posible dependencia física respecto del alcohol en la mujer. De las 325 mujeres encuestadas, 190 dan respuestas válidas a este ítem, y de las válidas, el 1% (N=2) confirma su alcoholdependencia, pues este beber a solas debe interpretarse como “beber a escondidas”, (puesto que los entrevistadores, como se ha

indicado, han tratado de aclarar el significado de cada ítem, que presentase algún grado de posible confusión, como es el presente).

Y este beber a solas puede clasificarse en un estadio III / sobre IV de la alcoholdependencia.

Este 1% (N=2) se corresponde con el 0,3% (N=2) de respuestas válidas en la Prg. 54.

Por lo cual, 2 mujeres manifiestan expresamente su dependencia física del alcohol.

Hay, por tanto, estrecha correlación entre las personas que explicitan su dependencia física respecto del alcohol (el 0,3% del apartado Mujeres), y los que explicitan lo mismo, en el mismo rango o percentil (también un 0,3%) en la Encuesta general.

27. El apartado Juegos trata de aproximarnos a la patología propia de la Ludopatía. Y trata de conseguirlo a través de dos preguntas, de las cuales una, la Prg. 58, tiene un carácter más general o de indicio clínico, según venimos señalando el carácter clínico de algunos ítems, mientras que la Prg. 59 es más objetivable o propiamente estadística.

En la Prg. 58 hay que destacar dos de los resultados como más indicativos: aquellas personas que juegan a las máquinas tragaperras, a las que se accede más fácilmente, y por otra parte los que apuestan en el bingo, que sin duda son jugadores más especializados.

A mi ver, ambos resultados (máquinas, con el 6% (N=37), y bingo con el 3,1% (N=19), respecto a las 616 respuestas válidas de la Encuesta, deben ser entendidos como indicios fiables de ludopatía.

Pues ya se ha explicado en diversas ocasiones que los encuestados conocían ese significado de asiduidad o dependencia, respecto de ambos juegos. Y por tanto, tampoco cabe pensar que se trate de personas urbanas o urbanizadas, para las que el bingo resulta un entretenimiento más. Las máquinas tragaperras, por su parte, pueden ser consideradas como un ente más de ese consumo social, combinado con el alcohol, o incluyéndola dentro del juego.

En la Prg. 59, tenemos datos más objetivos, distinguiendo tres intervalos de lo gastado:

Tipo de jugador	Porcentaje (%)	Gastos (€)
Ludópata	0,7	6 – 30/día
	0,9	30 – 90/semana
	Total: 1,6	(cifra similar a la hallada por Becoña)
Excesivo	1	3/día
	8,3	24/semana
	Total: 9,3	-
Abusivo	3,2	48/mes
	2,9	60 – 120/mes
	Total: 6,1	-

Tabla 20. Clasificación de jugadores en función del gasto.

Es importante conocer el número de respuestas válidas, a fin de poder configurar un juicio general de situación. Así, sólo el 4,9% (N=30) da respuesta válida a la Prg. 59.1. Hay un 35,5% (N=219) de respuestas válidas en la Prg. 59.2, y un 31% (N=191) responde con validez a la Prg. 59.3.

Parece oportuno, en este capítulo de discusiones, resaltar únicamente los valores más significativos:

- a) En la Prg. 59.1 parece poder deducirse que ese 95,1% (N=587) que no contesta, nos está indicando que se trata de sujetos que no hacen gastos diariamente, y de modo ordinario, en juegos.

Se considera patológico, y por tanto pueden ser clasificados como ludópatas, el 0,7% (N=4) que gasta diariamente entre 6 y 30 euros.

Pero también parece excesivo el gasto de 3 €/día, que manifiesta invertir en juegos el 1% (N=6).

- b) De la Prg. 59.2, parece que podría clasificarse como ludopatía el gasto de 30-90 €/semana, que realiza el 0,9% (N=5). Pero a su vez parece excesivo el gasto de 24 € semanales, que es el margen máximo en que se sitúa el 8,3% (N=49).

- c) De los resultados de la Prg. 59.3, parece deducirse la existencia de un 2,9% (N=18) de ludópatas, con un gasto de entre 60 – 120 €/mes.

Sin embargo, puede a su vez considerarse gasto abusivo en juegos la cifra de 48 € mensuales, que viene a ser el nivel máximo indicado por el 3,2% (N=20) de respuestas válidas.

Si tenemos en cuenta que los ingresos medios mensuales se sitúan en 1126,90 € (hallándose el 61,4% en unos 700,78€/mes), parecen ser evidentes las valoraciones realizadas a lo largo de toda la Prg. 59, dentro de la deducción 27 (Prg. 13. Capítulo Resultados de la Encuesta. Ingresos mensuales de la familia).

Efectivamente, parece existir:

- Exceso de dinero disponible para juego y/o alcohol.
- El 9,1% (Prg. 58) o el 1,6% (ludopatía clara), más 9,3% de jugadores excesivos se correlacionan estadística y clínicamente con los percentiles correspondientes a la alcoholdependencia (Conclusión 7).

VI.2. IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

Desde el inicio, por la propia naturaleza del estudio, éste presenta un carácter psicológico con enfoque hacia una psicología clínica, psicología socio-clínica.

Por tanto, buscamos los síntomas (que percibe el encuestado) a través de los indicios contenidos en la Encuesta.

Quizás a través del ME se debe intuir, más que observar, la posible intencionalidad psicológica.

Es en la estructura del cuestionario del estudio piloto donde podemos evidenciar el carácter psicológico, incluso de los capítulos que podríamos considerar más sociológicos, y en los cuales vamos a centrar este capítulo.

Así, el EP queda estructurado en cinco grandes grupos (Estudio piloto. Estructura de la Encuesta. Prgs. 14 – 20), mientras que la Encuesta definitiva, se estructura en diez apartados. El segundo de los mismos, (Prgs. 14 – 20 inclusive) indaga acerca de los factores de riesgo, o posibles factores desencadenantes, pudiendo afirmarse lo mismo del grupo primero, o variables sociales (Ibídem. Prgs 1 – 13) (Medicina Integral, Nov. 1994, 80). Pues las variables sociales en las encuestas de salud, pueden ser incluidas como factor de riesgo, especialmente la edad.

El tercer grupo, comprende veinticinco ítems, y trata de compendiar el consumo personal de alcohol: el inicio, cantidades consumidas, posible dependencia física y/o psíquica, y posibles consecuencias negativas producidas por el alcohol.

El cuarto grupo investiga posibles factores concurrentes, así como el propio consumo, dentro del apartado Juventud.

Finalmente, el apartado dedicado a la Mujer, además de buscar factores relacionados con el posible incremento del consumo de alcohol, trata de descubrir posibles dependencias, o consecuencias negativas.

Dentro de la propia Encuesta, podemos comprobar que, incluso las preguntas correspondientes a las variables sociológicas, encierran un neto contenido psicológico. Así, la estratificación de la edad permite diferenciar entre una edad de inicio en el consumo y un posible consumo más afianzado y propio de edades avanzadas.

El estado civil, a través de preguntas relacionadas con la movida o con salidas de fin de semana, al igual que la convivencia, en sí mismo, pueden constituir factores influyentes en el consumo de alcohol. Según Secades, los jóvenes consumen en fin de semana, mientras que la población estable mantiene un consumo más equilibrado a lo largo de la semana (Secades Villa R, 1996, 27). Existe mayor probabilidad de consumo entre los jóvenes que viven con los padres, los solteros y divorciados. Se debe indicar que el estado de soltería, sobre todo a partir de cierta edad, podría asociarse con el estado depresivo (del que habla el profesor Joaquín Santo Domingo en su libro “No te rindas ante...el alcohol”) (Santo Domingo J., 1990, 70), que se hallaría en la base de un mayor consumo, asociándose también a una mayor incidencia de suicidios.

La situación laboral nos será útil para correlacionar la situación de parado o trabajador en activo con el posible incremento en el consumo de alcohol. De hecho, en la Encuesta, el paro no significa, precisamente, un incremento del consumo. Por el contrario, el mayor porcentaje de consumidores de alcohol se da entre quienes se hallan trabajando, en cifras absolutas (se debe atender, lógicamente, a que también los activos constituyen el grupo más numeroso, respecto a parados, pues no existía la crisis actual) (Prg. 7 de la Encuesta). Por el contrario, esta variable sí es importante en otros trabajos consultados, respecto a la cantidad de consumo. El estar parado, se comporta como factor de riesgo, siendo la actividad laboral una protección. Sin embargo, en la Encuesta, aparece la situación contraria, ya que los trabajadores presentan índices más altos de consumo que la población general, o en paro (FAD, 1996, 10, 11, 65).

El comienzo temprano en la vida laboral debe de ser considerado entre los factores de inicio, desencadenantes o precipitantes, respecto al consumo de alcohol. Entre estos factores acompañantes se hallan: el disponer de dinero (vemos que en la Comarca hay un exceso de dinero disponible para alcohol y juegos), la imitación de los adultos, la influencia del grupo. Como factores inespecíficos, genéricos se hallan: la edad, el sexo, y el dinero o disponibilidad económica, coincidiendo los mayores picos de consumo, en edades propias de la edad laboral. Únicamente en edades mayores se invierten las cifras (Ibídem, 11).

A priori, la inestabilidad en el trabajo parece un posible factor de inicio o incremento en el consumo de alcohol. Sin embargo, los resultados de la Encuesta (Prg. 7 de la Encuesta) nos

inclina a relativizar los datos obtenidos, extrayendo únicamente aquellos que se refieren a activos o parados, a la hora de fijar las conclusiones.

De igual modo, algunas profesiones (relaciones públicas, ventas, construcción, marinería, minería, metal) pueden considerarse profesiones de alto riesgo. Son profesiones con mayor estrés o agresividad ambiental, que predisponen a un mayor consumo, a fin de aliviar las tensiones (Ibídem, 13).

Por tanto, el 17,5% se relaciona con profesiones que pueden ser consideradas de alto riesgo. Y este dato debe ser tenido en cuenta en la programación concreta de la prevención, siendo además un dato que se puede contrastar con la tipología de bebedores, especialmente los excesivos.

Los ingresos económicos familiares podrían ser correlacionados con los gastos en consumo de alcohol, obteniendo así no sólo el consumo real de alcohol, sino también la importancia, dentro de una posible escala de valores, que tiene dicho consumo.

Asimismo, los ingresos económicos nos permiten ver, en nuestro estudio, cómo hay un desvío a favor del nivel económico, en detrimento del nivel socio-cultural. Lo cual, a su vez, podría ser percibido como un factor favorecedor del incremento del consumo de alcohol.

La Encuesta definitiva, en su estructuración, hace algunas subdivisiones dentro de las factores de riesgo. De modo que las Prgs. 14 y 15 comprenden factores afectivo-relacionales de riesgo o asociados al consumo.

La vulnerabilidad y sensibilidad personal, es un factor a tener en cuenta como favorecedor de un incremento en el consumo de alcohol. Y estas dos variables deben ser entendidas así, al menos en una vertiente relacionada con la dureza de la profesión y con el campo de las relaciones personales, de igual manera que el efecto del consumo de alcohol pueda tener en cada sujeto (Ibídem,10 y 14).

Parece claro que se interinfluyen entre sí el consumo de alcohol y tabaco. Y podremos deducir que aquellos sujetos, cuyos familiares o amigos tienen problemas con estas dos sustancias, tabaco y alcohol sobre todo, podrán tener un comportamiento similar, por el simple hecho de practicar una conducta imitativa. Es la teoría de la puerta o teoría de la escalada, de

Kandel: en el consumo de drogas habría cuatro fases: vino o cerveza, tabaco y licores, marihuana, otras drogas ilegales. Pero ésta, es una teoría de probabilismo. Es decir, hay mayor probabilidad de que los jóvenes que se inician en alcohol y tabaco puedan continuar con otras sustancias, pero solamente algunos. (Secades Villa R., 1996, 38-39). La teoría del aprendizaje social de Bandura, que aplica específicamente al alcoholismo Nathan y colaboradores (1970) en la etiología del alcoholismo, asegurando que en el abuso alcohólico, el aprendizaje no es sólo por refuerzo positivo y negativo, sino que también funciona el aprendizaje imitativo (Ibídem, 51).

Sin embargo, cabe la posibilidad de que, sobre todo en los casos de sujetos que tienen familiares o amigos con problemas importantes al respecto, se produzca precisamente un rechazo de dicho consumo.

Además, estos ítems nos sirven para percibir indicios de un alcoholismo agudo o crónico que, al menos en los casos incluidos en un programa de rehabilitación, parecen relacionarse claramente con el alcoholismo crónico.

Hay un bloque de motivaciones (animado por amigos, dado en casa por familiares o padres, por curiosidad), que abarca el 47,4 %, para iniciarse en el consumo de alcohol. Habría que señalar el 15,2% que dice haberse iniciado en dicho consumo dentro del ámbito familiar. Este porcentaje parece relacionarse directamente con resultados señalados más arriba (edad de inicio en el consumo de alcohol), así como con las indicaciones señaladas en el capítulo Descripción de la Comarca, y relacionados con el Bierzo Oeste, o la subcomarca Sur-Occidental. Es decir, parece directamente relacionado con el prematuro inicio en el consumo de alcohol.

El alcohol no produce efectos negativos, su consumo no se plantea como posible conflicto. Y sólo el 2,2% (N=21, que beben en estado de ánimo deprimido, angustiado o malhumorado), perciben el consumo como posible problema.

En la Encuesta, el motivo principal para mantener el consumo actual de alcohol, con un 26,7% de respuestas, es la relación social que mantienen los encuestados. Es decir, que más de una cuarta parte de las respuestas válidas parecen seguir consumiendo, bien por ser bebedores sociales, o bien por la necesidad de someterse y/o ser aceptado por el grupo. Los adolescentes

son más sensibles al refuerzo, aprobación social del grupo, siendo la presión del mismo un factor determinante en la actitud de los adolescentes hacia la bebida, así como en la formación de patrones desviados del beber (Ibídem. Págs. 57-58).

En la Comarca existe un halo mítico en torno al alcohol, que debe ser tenido en cuenta en la programación preventiva. Una vez más, el mayor número de respuestas válidas, 37,6%, consideran el alcohol como estimulante de las relaciones sociales, para el 21,2% sería un alimento o estimulante del apetito e incluso para el 16,4% tiene carácter curativo. Si bien los tres resultados deben tenerse en cuenta, los últimos “ser un alimento, y tener utilidad curativa”, son más específicos de la subcomarca del Bierzo Oeste.

Las calorías que aporta el alcohol son vacías, no aportan nutrientes o alimento. Estas calorías, se queman rápidamente, y no se almacenan, impidiendo que se quemen otras. El alcohol, hace a las personas más comunicativas y amables...Produce desinhibición, dando a la persona la falsa sensación de tener más habilidades. Además, disminuye la capacidad de autocontrol, y puede producir agresividad o pasividad...¿es bueno para el corazón? En exceso, daña la musculatura cardíaca, y, además, no es un vasodilatador coronario (Ibídem. Pág. 18 y 106).

Joaquín Santo Domingo rebate la idea de que el alcohol sea un buen alimento, puesto que no aporta nitrógeno, y empobrece al organismo, lo depriva de otros principios básicos (enzimas, coenzimas y vitaminas). Además, normalmente, el bebedor suele alimentarse mal (Santo Domingo J., 1990, 52).

Asimismo nos será útil, a nivel de prevención, saber el modo de inicio en el consumo. De algún modo, el ítem 22 parece relacionarse (recalcar y confirmar) los motivos de inicio en el consumo. También el ítem 20 de la Encuesta confirma ese “halo mítico” varias veces referido, y motivo por el cual la familia considera el vino como componente importante de la alimentación.

Pero, por otra parte, se confirman en la Encuesta motivaciones habituales en la forma de inicio en el consumo (amigos y fiestas), que también nos serán útiles para programar la prevención.

Otras motivaciones a tener en cuenta en dicha programación, y que son causas para seguir bebiendo: la curiosidad, evitar la monotonía, integrarse en el grupo, o simplemente porque resulta agradable. Esta última motivación, de carácter genérico, podría, de algún modo,

compendiar todas las otras razones (implicando lo agradable de verse integrado en un grupo, participar o llenar los momentos de ocio, evitando la rutina, y hasta olvidarse de problemas externos o conflictos internos).

A través del consumo específico de alcohol, comprobamos que, en general, la población estudiada, y respecto al motivo de estudio, realiza una vida saludable, aparecen patrones de consumo similares a los existentes a nivel nacional, con incremento del consumo en fines de semana, siendo los jóvenes los agentes principales del incremento señalado, y en fin de semana.

Por otro lado, se confirma también el incremento de bebidas como la cerveza o los combinados, en fin de semana, en detrimento del vino.

Asimismo, los dependientes del alcohol, así como los consumidores abusivos o excesivos, son policonsumidores, es decir, consumen diferentes bebidas alcohólicas.

De nuevo podemos correlacionar la Prg. 26 con las Prgs. 22 y 17 de la Encuesta. Y, así, comprobamos que beben con amigos más del 50% de las respuestas válidas. Serían los denominados bebedores sociales. Según Santo Domingo, hay riesgos evidentes de padecer alguna enfermedad relacionada con el alcohol por parte de las personas que hacen un consumo “normal, habitual, o social” del alcohol. Corren el riesgo de sufrir alcoholdependencia a largo plazo. En cuanto a salud pública, no se debe hacer distinciones entre estos tipos de bebedores y los alcohólicos, pues nunca existe un nivel de consumo seguro. Siempre hay un riesgo en el consumo de alcohol. Y este riesgo aumenta con el consumo habitual o mantenido (Ibídem, 87). Sin embargo, deberíamos atender al 1,5% que bebe solo, y al 4,1% que bebe fuera de su entorno habitual o barrio. La tabla modificada por Freixa y Bach para España, como se ha indicado previamente, sólo tienen un valor indicativo o de indicio, como todo cuestionario de salud no acompañado de estudio clínico. Sin embargo, tiene el valor de ser una adaptación a los modos de ver de un país vitivinícola. Y según W. Feuerlein, las características más arriba señaladas son propias de un alcoholdependiente en fase avanzada (Feuerlein W., 1982, 177 y ss. Tabla 12). (Ítems de Jellinek, modificados por Freixa y bach, para España: ítems: 2, 10, 22, que se corresponden con la fase prodrómica de Jellinek (Item 2), y con la fase crítica (Items 10 y 20) (Ibídem. Tabla 11, 175).

El mayor grado de dependencia, estaría representado por un 0,5% total que se autclasifican como bebedores abusivos o excesivos, con clara dependencia física respecto del alcohol.

Parece grave, respecto al pronóstico o perspectivas de futuro, el hecho de que un 5,7% asegura haberse embriagado alguna vez durante el último mes. Y, además, parece evidenciarse que el 8,4% que afirma haber bebido bastante, durante el último mes, es un porcentaje que podremos relacionar directamente con las cifras de adictos al alcohol.

Según los gastos en bebidas alcohólicas, podemos, por una parte, hacer una correlación entre las Prgs. 28 y 27 de la Encuesta, y aproximar las cifras entre estas mismas preguntas, y los resultados del consumo evidenciado (Prg. 24).

Por otra parte, estos gastos nos permiten realizar una clasificación, o diseñar un “prototipo o tipología económica” del bebedor. Y, así, obtenemos, según la clasificación que hemos realizado en el presente trabajo, la siguiente escala de bebedores:

Tipo de bebedor	Porcentaje (%)
Severo	6,4
Excesivo	9,5
Importante	17,2
Moderado	28,4
Ligero y/o No bebedor	38,5

Tabla 21. Clasificación “económica” del bebedor.

El proceso de dependencia, o enfermedad de alcoholdependencia, es explicado por los diversos autores en distintas fases evolutivas, o a través de diferentes tipologías y/o modos de beber (Jaime Arbolés J., 321 – 330: Habla de enfermedad), (Santo Domingo J., 1990, 65 -66), (Feuerlein W., 1982, 168 – 188: Hace, además, diversas citas al respecto de Santo Domingo y Llopis, sobre los modos de beber, tipología de Jellinek, etc. Jellinek precisamente marca una cierta pauta para todos, con su clasificación) y (Schüller A., 1996, 67).

Pero, en todo caso, para ser tal, los diferentes modos de beber, o las diferentes tipologías de los bebedores, tienen que implicar, según el Profesor Santo Domingo, dos características: incapacidad para abstenerse de beber alcohol, e incapacidad de control para beber con moderación, que, de algún modo, vendría a corresponderse con el impulso y la falta de control, respectivamente, de los que habla el Profesor Alonso Fernández (Alonso Fernández F., 3ª ed., 1-24) y (Santo Domingo J., 1990, 64 -65).

En las diferentes fases de la alcoholdependencia, se clasifican diferentes signos o síntomas. Y éstos han sido la base para, en el momento de confeccionar el cuestionario, dirigir las preguntas hacia “posibles indicios”, que nos orientasen (no diagnosticasen) justamente en los signos clínicos existentes en la población.

Así, a través de once preguntas, se trata de indagar una probable dependencia física respecto del alcohol. Por tanto, se buscan indicios de la misma. Sin embargo, y a la vez, son preguntas de confirmación y validación, al poderlas relacionar con preguntas clave como son los ítems 24 y 28 de la Encuesta.

De las once preguntas, podríamos clasificar como preguntas clave las siguientes: 29, 30,31, 32, 33, 36 y 37. Estas preguntas clave, al correlacionarlas con otras preguntas clave de la misma Encuesta, nos permite, al menos, una aproximación a índices o porcentajes clasificatorios de los distintos tipos de consumidores de alcohol (Deducciones).

También el estudio de la dependencia psicológica, a través de cinco preguntas, y al correlacionarlas con otras preguntas clave, como los ítems 24 y 28, y los correspondientes a la dependencia física, nos son útiles para clasificación de los prototipos de consumidores de alcohol.

Además, el ítem 44 es un indicio respecto del pronóstico, al menos respecto a quienes han intentado abandonar el consumo de alcohol sin conseguirlo completamente.

La importancia que en sí mismo encierra el ítem 45 es evidente, desde el mismo momento en que conocemos su contenido, las consecuencias del alcoholismo. De hecho, y a nivel de la Encuesta, la importancia que se le concede queda manifiesta por el hecho de constituir, ella sola, un grupo (consecuencias), dentro de la estructura definitiva.

El 21% de respuestas válidas asegura haber sufrido algún tipo de conflicto o problema, debido al alcohol, siendo los más numerosos los conflictos familiares (Alonso Fernández F., 3ª ed, 125-128) y (Santo Domingo J., 1990, 100-102).

De las múltiples comparaciones que nos permiten hacer, las respuestas dadas a esta pregunta, sólo se destacan algunas, pudiendo comparar el total de sub-ítems con los datos expuestos en cualquiera de los tratados citados en el presente capítulo.

Todos los tratados y artículos de revistas consultados coinciden en que el alcohol se halla presente en un 35 – 40% de accidentes de tráfico. Sin embargo, sólo el 1 %, de las respuestas válidas en la Encuesta, relaciona este tipo de accidentes con el alcohol (Alonso Fernández F., 3ª ed, 56 – Concepto y diagnóstico de la enfermedad alcohólica) y (Santo Domingo J., 1990, 207).

Tal vez haya que aclarar que una cuarta parte de los encuestados son pensionistas y jubilados. Y, tal vez, por entonces, no hubiesen intentado obtener el carnet de conducir. Y, además, las características de alguna de las subcomarcas han favorecido más bien un cierto aislamiento.

En abril de 2001, la Dirección General de Tráfico (DGT) informa de que entre el 30% - 40% de conductores y peatones, involucrados en un accidente de tráfico, tenían muestras de alcohol en sangre. Y las drogas clásicas estarían presentes en el 11% de accidentes, frente al 4% de la población general en los mismos supuestos.

La misma DGT confirmaba, en octubre de 1999, que el 34% de los peatones fallecidos por atropello presentaba alcoholemia positiva. El perfil de los atropellados sería: varones y mujeres mayores de 61 años, así como el de hombres de entre 21 y 30 años. Y la alcoholemia sería positiva en un 42% de hombres y un 10% de mujeres, entre los atropellados.

Dentro de las repercusiones del alcohol en el mundo laboral, existe un signo, propio de un alcoholismo avanzado, “la resaca” del lunes o absentismo laboral específicamente ese día. En la Encuesta aparece en el 0,2% que, de nuevo aquí, parece poder relacionarse con el mismo porcentaje incluido en los alcohol-dependientes físicos, claramente establecidos.

También el Profesor Santo Domingo hace referencia a este signo específico, dentro de un tratado más amplio, sobre implicaciones del alcohol en la vida laboral (Santo Domingo J., 1990, 103-108).

En la Encuesta aparecen otros datos de interés, relacionados con el mundo laboral: dificultades económicas o menores ingresos (0,8%), accidentes laborales (0,2%), falta algún día al trabajo (1,6%), menor rendimiento laboral (1,3%), penalizaciones o despidos (0,2%), correspondiendo todos estos valores al 21% de respuestas válidas en la Prg. 45.

Según Bernardo Ruíz Victoria, psicólogo clínico del Instituto Detox, especializado en deshabituación y desintoxicación, el alcohol es causa del 30% de accidentes laborales, y del 20% de absentismo laboral.

El 1,3% de respuestas válidas a la Prg. 45 de la Encuesta, ha tenido problemas con la ley o policía. Durante el año 1999, según la Fiscalía de León, los delitos aumentaron un 36,95% respecto al año anterior. Entre ellos, la conducción alcohólica ha pasado de 332 el año anterior a 489.

A nivel de la Encuesta, el apartado Juventud presenta dos preguntas claves, la 50 y la 51.

La primera, nos permite una aproximación comparativa con la Prg. 28, que clasifica a los consumidores en intervalos, según el dinero gastado en alcohol. Además nos permite un acercamiento similar a lo gastado en juegos (Prg. 59), pudiendo también establecer los intervalos comparativos correspondientes.

La segunda nos permite confirmar un aspecto del estilo de vida de la juventud. En concreto, nos confirma la existencia (que sí se produce a nivel real, observacional o descriptivo) de la movida del fin de semana.

La Prg. 50 nos ofrece unos resultados que parecen elevados, cuando confrontamos los ingresos medios de las familias de los encuestados (Prg. 13), con los gastos medios de los jóvenes, en locales de venta y/o consumo de alcohol (Prg. 50).

Este apartado Juventud también nos presenta, a través del resto de preguntas, una serie de caracteres específicos:

- El 83,8% mantiene unas relaciones paterno-filiales buenas o muy buenas, frente al 5,6% en que son malas, insatisfactorias o conflictivas, y el 10,6% en que son indiferentes.

Las mujeres aventajan a los hombres en ambos extremos, en las buenas o muy buenas relaciones, así como en las relaciones francamente malas.

Cita Secades a Grichting y Barber, diciendo que las buenas relaciones paterno-filiales, al menos con uno de los padres, es pronóstico de menor probabilidad de consumo de alcohol por los jóvenes (Secades Villa R., 1996, 102).

También Santo Domingo hace referencia, al menos, a dos aspectos de la conflictividad padres-hijos (Santo Domingo J., 1990, 102). Según él, hasta un 28% de hijos de alcohólicos, serán, asimismo, alcohólicos. Y esto sucede por un doble mecanismo: por una parte, la misma relación conflictiva padres-hijos, y, por otra, la repetición (en el presente trabajo se viene denominando más bien “imitación”) de conductas.

- La mayoría de los jóvenes (56,4% válido) se halla estudiando (F.P., Bachillerato o equivalente, y C.O.U., en su mayoría).

El 29,8% trabaja. Mientras que el resto alterna, de algún modo, trabajo y estudios.

Los varones trabajan en mayor medida que las mujeres, quienes primordialmente estudian (Prg. 47).

Los abandonos de los estudios se producen, mayoritariamente, al final de los ciclos de E.G.B. o Bachillerato. Como se ha indicado anteriormente, el paso de E.G.B. a Bachillerato es un momento crítico en el inicio del consumo de alcohol juvenil.

Por tanto, parece claro que deberíamos tener presentes estas conclusiones, a fin de programar adecuadamente la prevención.

El rol de la mujer en la sociedad ha cambiado, así como en la familia, y esto determina un incremento del consumo de alcohol en la mujer (Ibídem. Pág. 99).

Las mujeres, en mayor proporción que los hombres, pueden intentar paliar las depresiones bebiendo, teniendo opción, así, de caer en la dependencia (Ibídem. Pág. 68).

La mujer alcohólica suele elegir como pareja un sujeto masculino dominante y frío, o bien sigue el modelo paterno y se casa con un sujeto alcohólico, agravando su situación (Alonso Fernández F., 3ª ed, 123 – Concepto y diagnóstico de la enfermedad alcohólica).

Feuerlein señala que, entre las alcohólicas, se encuentran muchas más bebedoras de tipo gamma que entre los alcoholizados. Esto indica que dichas mujeres soportan grandes tensiones psíquicas, que serían el origen de sentimientos de culpabilidad, y que se liberan a través del alcohol. Entre las alcoholizadas, son más numerosas las mujeres solteras, divorciadas o viudas. Incluso, son más numerosas proporcionalmente que los hombres en los mismos estados.

Además, en las mujeres, el abuso de alcohol se combina frecuentemente con el de los medicamentos (Feuerlein W., 1982, 96-97).

Freixa, Insa y col. recalcan que hay tres ideas básicas en el alcoholismo femenino: es más feo, más vergonzante y vergonzoso, y su pronóstico es más grave.

Por eso, la mujer bebe a escondidas, clandestinamente. Si el beber “era cosa de hombres”, la liberación de la mujer supone que, tanto alcohol como tabaco, son elementos existentes en el

camino hacia su liberación como persona, haciéndose patentes en su equiparación con el hombre, se encuentra con esas drogas adictivas...

En los fines de semana, se liberan tanto hombres como mujeres, que incluso se divierten y embriagan juntos. Pues, cuando cambian los intereses, o los intereses económicos lo imponen, cambian las costumbres, los prejuicios, la moral, y se hacen cambiar las leyes. Citan estos autores a J. Santo Domingo, quien demuestra el aumento objetivo del alcoholismo en la mujer a través de un estudio longitudinal de ingresos hospitalarios: 1944 = 0,2%, 1950 = 0,7%, 1960 = 4%.

Y, según Aizpiri. X., citan los mismos autores, la hospitalización psiquiátrica, en 1975, era oscilante entre el 16 – 20% para las mujeres, y de un 40% para los hombres (Freixa F., 1981, 163 – 165).

Dentro de la Encuesta, en el apartado Mujeres, y a través de seis preguntas, se trata de buscar un acercamiento a los posibles signos clínicos existentes. De manera que, primeramente, puedan ser detectados, para, en un segundo tiempo, poder ser utilizados como indicadores de pautas preventivas.

En este apartado parece existir una pregunta clave, la Prg. 57. En ella, el “beber a solas” debe ser interpretado como “beber a escondidas”, para no ser visto, pues incluso en este sentido se ha explicado en el momento de aplicar la Encuesta.

Por tanto, y como se explica en el capítulo de Resultados de la Encuesta, el 1% (N=2) que consume alcohol en solitario, correspondería a una dependencia física (en estadíos II – III/IV), fase segunda o prodrómica de Jaime Árboles (Árboles J., 1995, 323), y fase prodrómica (1ª/3) de Feuerlein (Feuerlein W., 175)

También la Prg. 54 debe ser considerada como clave. En ella parece incluso más evidente la dependencia física respecto del alcohol, puesto que éste resuelve los malestares del cuerpo. Vemos que el 1% (N=2) de la Prg. 57 coincide en contenido con 0,3% (N=2) de la Prg. 54, a las cuales las molestias les desaparecen al tomar algo de alcohol.

El resto de las Prgs. corresponderían a probables signos clínicos, que deben ser considerados, al menos, como indicios para una posible clasificación o diagnóstico clínico.

La Prg. 52 de la Encuesta puede incluirse en la Prg. 19 de Feuerlein (pérdida de intereses externos) (Ibídem. Pág. 175), de la fase crítica (2ª/3).

Tal vez también la Prg. 53 debe incluirse en esta Prg. 19 de Feuerlein.

La Prg. 55 encaja plenamente en la Prg. 23 de Feuerlein, correspondiente a la fase crítica avanzada (2^a/3, o bien 3^a/4, si tenemos en cuenta la fase prodrómica).

Y la Prg. 56 está expresada en la Prg. 29 de Feuerlein (celotipia alcohólica), correspondiente a una fase crítica muy avanzada.

El juego es legalizado en España en 1977. Desde entonces, según Becoña, el juego ha crecido de forma exponencial (Santos P. y cols., 2001, N° 78, 50-53). La prevalencia, en mayores de 18 años, se cifra entre 1,36% y el 1,73% (el 1,36%, equivalente a la obtenida en el presente trabajo).

En 1980, la APA. incluye en el DSM-III el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos, no clasificados en otros apartados.

Preferentemente en España, la adicción al juego, lo es a las máquinas tragaperras.

Los trastornos del estado de ánimo, principalmente depresión, son los más destacados en los adictos al juego. Y los efectos más negativos se producen a nivel de su vida: familiar, laboral, amigos, y especialmente en la relación de pareja.

Entre los adictos al juego, predominan los hombres (84,2%), con una media de edad de 36,5 años. El 45,6% están casados, el 43,9% solteros, el 8,8% separados, y el 1,8% divorciados.

Quiero hacer notar este trastorno del ánimo, la depresión, que parece ser el principal de los trastornos del ludópata. También Santo Domingo, sobre todo, señala repetidamente la depresión como posible sustrato, tanto en el alcohólico en general (aquí se evidencia la importancia de la Prg. 18, sobre el estado de ánimo en que bebe), como en la mujer con problemas de alcohol, de modo más específico.

La psicóloga Julia de Pablo Ezcurra encuentra que un 23% de los dependientes del alcohol son también ludópatas. Sin embargo, la asociación de ludopatía y co-dependencia alcohólica podrían no estar relacionadas, sino que pueden existir conjuntamente con una dependencia alcohólica leve o grave.

Coincidiendo con los perfiles de alcoholismo, Julia de Pablo dice que los solteros, divorciados y separados, presentan más problemas de ludopatía que las personas casadas. También asegura Julia que los intentos de suicidio están relacionados con la ludopatía.

Es necesario aclarar que, tanto los ludópatas, como los dependientes alcohólicos, estaban siendo tratados en centros de salud mental, siendo el 80,3% varones. Por tanto, dentro del estudio, podrían confirmarse, al menos, dos alegaciones: en realidad, es un estudio clínico, y hay un sesgo con desvío hacia varones.

Además, hay dos problemas o variables interesantes que se relacionan con la ludopatía, dentro del estudio citado:

- a) En el caso de ludópatas dependientes del alcohol, el estado depresivo es el trastorno que más se asocia con alcoholismo.
- b) La presencia de un problema de juego, unido a la dependencia del alcohol, no ha mostrado ninguna asociación con la existencia de familiares ludópatas. Lógicamente, esto contradice otros estudios, donde parecen evidentes los factores familiares, psicológicos y ambientales, como iniciadores en las adicciones al alcohol y al juego.

También otro estudio de la universidad de Washington en Sant Louis, encuentra que los adictos a la cocaína eran dos veces más propensos a ser jugadores problemáticos, y 2,4 veces más propensos al trastorno patológico del juego. Aplicando la teoría de Nora Volkow, así como de los autores que defienden mecanismos similares o idénticos, a nivel biológico, para todas las adicciones, tendríamos aquí una justificación de por qué en el cuestionario, parece bien situado el estudio del juego patológico.

Una última adicción que podría relacionarse con el juego, es la de Internet. Según Mark Griffiths, profesor de Psicología de la Universidad de Nottingham, menos del 1% de usuarios de Internet podría considerarse adicto. El resto utiliza Internet para satisfacer otras adicciones: compras, sexo o juegos de rol.

Señala Griffiths el perfil del adicto a Internet: varón joven con escasas habilidades sociales; o bien amas de casa insatisfechas, de mediana edad, cuyos hijos van a la escuela y pasan largo tiempo a solas en casa.

Son seis los criterios que debe cumplir un adicto a Internet: éste debe ser el centro de sus vidas, debe implicar una modificación del humor, tiene que existir un aumento de tolerancia al uso de la red, deben producirse síntomas propios del mono, debe ser dicha adicción una fuente de conflicto en su vida, y tiene que ser una actividad difícil de cortar, pudiendo padecer recaídas.

Según la elaboración anual del Organismo Nacional de Apuestas, entre 1996 y 1997, los españoles gastaron en quinielas 80.500 millones de pesetas. De ellos, Castilla y León ha gastado 5.300 millones, y Galicia casi 5.000.

A nivel de la Encuesta, de las dos preguntas que integran el apartado de Juegos, la Prg. 59 es clave, mientras que la 58 sería complementaria, de información o confirmación respecto a la anterior.

Dicha Prg. clave nos permitiría su correlación con otras preguntas claves, según se ha indicado anteriormente, y relacionadas con los gastos o cantidades de consumo de alcohol, tanto a nivel general, como del apartado Juventud.

Debe notarse que sólo el 4,9% da una respuesta válida en la Prg. 59. Y, por tanto, las conclusiones deben tener en cuenta esta limitación.

No obstante, dicha Prg. clave nos permite concluir:

- Nos sirve para clasificar o estratificar a los posibles ludópatas (Resultados de la Encuesta. Prg. 59), y a los gastadores excesivos o abusivos en juegos de azar.
- Existe cierta correlación (aproximación de los índices estadísticos, y posibles indicios clínicos) entre ludópatas y alcohol dependientes, según puede observarse en el capítulo de Deducciones.

Como aclaración comparativa, tanto en juego como alcohol, el estado de ánimo negativo más importante es la depresión; el perfil, en ambos, es más típico de solteros (si bien en la Encuesta los casados son ligeramente más numerosos que los solteros, considerados éstos sin atender a...), divorciados y separados; y las dos adicciones presentan un percentil no muy desviado entre sí.

VI.3. PREVENCIÓN - INTERVENCIÓN

VI.3.1. TEORÍAS DE LA PREVENCIÓN. TRES PILARES

Una evolución clara de los diferentes tipos de programas preventivos es la que nos muestra Becoña (Becoña Iglesias R., 2002, Tabla 16, 81 y 97). También es él quien presenta un completo plan, a la vez que nos expone los actuales conceptos de prevención (Prevención Universal, Selectiva, Indicada), frente a los conceptos clásicos (Prevención Primaria, Secundaria, Terciaria) (Ibídem. Tabla 10, 73).

Así, pues, planes parciales o consignas preventivas existen muchos, como se verá, sólo en parte, a través de las citas y/o bibliografía del presente capítulo.

Sin embargo, son tres los estudios, programas o consignas que parecen más adaptados al concepto de prevención que, aquí, se quiere presentar. Todos ellos convergen, aclaran, o tienen algún tipo de aplicación a nivel concreto del presente estudio.

Podemos, pues, distribuir este capítulo en dos partes bien diferenciadas: la primera, de planteamientos teóricos, fundamentos o bases de la prevención, y la segunda, de encuadre de los resultados obtenidos en la Encuesta, implicando las posibles actuaciones preventivas.

A su vez, el subcapítulo primero, o más teórico, tendrá tres pilares fundamentales: el trabajo de Becoña, ya citado; las cinco consignas preventivas dadas por el Plan Europeo contra el Alcohol (Del Rey Calero J, 1996, 84-85) y las doce acciones recomendadas en 1991 por la OMS (Schüller A., 1996, 47); y en tercer lugar, las cinco líneas básicas expuestas por Emiliano Martín en el “Curso sobre alcohol y otras adicciones en AP” (Martín E., “Curso sobre alcohol y otras adicciones en AP”, Octubre, 2002), y el Plan Regional de Drogas de Cantabria (un modelo concreto que, a mi entender, es completo, práctico y eficaz).

A la vez, este modelo de Cantabria, en algunos aspectos, como la inserción laboral, ha sido experimentado por mí mismo (Programa de ARSOT, presentado en el INSERSO de León en 1986, y a la Exma. Diputación de León en febrero de 1987), comprobando su eficacia preventivo-terapéutica. (César Pascual C., Abril, 2001), (Consejería de Sanidad de Cantabria. “Programa para reeducar a jóvenes bebedores”, Enero, 2003), (Programa “Prevenir para vivir”, Mayo, 2003), (Programa “¿Y tú por qué bebes?” y “El Busciélago”, Diciembre, 1999) y

(Servicio Cántabro de Salud (SCS). “Programa de actuación y prevención en el consumo de alcohol”, Enero, 2004).

A través de los artículos arriba citados, el Plan Cántabro nos presenta diversos tipos de actuación preventiva (socio-laboral, familiar, escolar, socio-comunitario y sanitario, respectivamente).

Pero, además, y especialmente en el primero y segundo de los artículos citados, nos presenta la filosofía, los objetivos y la metodología seguidos. Parece, pues, una planificación a nivel concreto y realista, y dentro de los programas preventivos actualmente descritos por Becoña.

Una definición bastante completa de prevención (tal vez a caballo, en tránsito, entre los antiguos programas de información e implicación afectiva, y los actuales de implicación personal, grupal y comunitaria), es la que presenta María Francisca Calleja (Calleja González M.F., 1994, 32). Según ella, prevenir, más que informar, es formar. De esta necesidad de formación surgiría la imprescindible implicación de todos los núcleos relacionales en este reto: familia, escuela y sociedad, a fin de crear estilos de vida saludables. Además, educación es un término muy amplio, encaminado a modificar conductas, englobando ésta el pensar, sentir y actuar. Por tanto, la educación, más que formar ciudadanos al estilo de una sociedad, trata de formar ciudadanos capaces de originar una sociedad mejor (Ibídem, 93).

▪ **Primer pilar: Trabajo de Becoña**

Si, como podemos comprobar en los libros de Becoña, hemos planificado una prevención tan técnica, ¿por qué no resulta efectiva?.

Según Becoña, el modelo que subyace a la prevención de las drogodependencias, es el de la escalada del consumo de drogas: desde las drogas legales, alcohol y tabaco, se pasa a la marihuana, y de ésta a la cocaína y heroína (Teoría de Kandel. 1973 y 1975) (Becoña E., 2002, 83-84).

Además, desde la propuesta hecha por J. Caplan, en 1980, se venían admitiendo sin criticarlo, tres niveles de la prevención:

- **Primaria:** Es el tipo de prevención más deseable. Se interviene antes de que aparezca la enfermedad, con el objetivo de que ésta no surja.

- Secundaria: Su objetivo es detener el progreso de la enfermedad, que se encuentra todavía en los primeros estadios. Se trataría de disminuir significativamente el número de personas afectadas en la comunidad.
- Terciaria: Su objetivo es evitar las complicaciones y recaídas. Es decir, trata de disminuir el deterioro resultante.

Tradicionalmente, según Materazzi, la prevención primaria está dirigida a grupos y comunidades (si se dirige a un individuo es en tanto en cuanto, está relacionado con una comunidad). En cambio, la prevención secundaria y terciaria, se orientan a individuos, a través de la relación bipersonal médico-paciente (Materazzi, M.A., 1985, 127-130).

Por tanto, la prevención primaria debería llegar a todo el país, especialmente a los más vulnerables. Estaríamos hablando de prevención (la prevención primaria), tratamiento (prevención secundaria) y rehabilitación (prevención terciaria) (Becoña E., 2002, 71-72).

Últimamente se ha impuesto la terminología utilizada por Gordon R., en 1987, en cuanto a los tres tipos de prevención:

- Universal. Dirigida a todo el grupo diana, sin distinción.
- Selectiva. Se dirige a grupos de riesgo.
- Indicada. Se dirige a sujetos de alto riesgo (Ibídem. Tabla 10, 73).

En la práctica, en cuanto a prevención de drogodependencias, ésta es la clasificación que se ha impuesto, puesto que la clasificación de Caplan, que puede ser útil para enfermedades físicas o biológicas, es poco útil, y hasta fuente de confusión, en prevención de drogodependencias. Pues el trabajo en este campo, hoy, tiene que ser específico, bien delimitado, y con una metodología clara (Ibídem, 95,91 y 92).

El equipo CESCA de Madrid ha trabajado sobre la prevención cuaternaria. Según sus autores, debería ser la opción que primase sobre otras. Se trataría de una intervención que atenuase las consecuencias del excesivo intervencionismo médico, reduciendo los efectos perjudiciales de ese conjunto de intervenciones innecesarias. Esta opción, que es aplicable a nivel de otras prevenciones médicas, no parece sin embargo claramente aplicable en la prevención de drogodependencias.

Así, pues, parece que ya ha llegado el momento de redefinir la prevención de drogodependencias, concibiéndola como un implemento de iniciativas que tienden a mejorar la educación, que debe ser integral, así como la calidad de vida de los sujetos, favoreciendo el autocontrol personal y la resistencia colectiva a la oferta de sustancias. Este principio se concreta en varios objetivos generales: retraso de la edad de inicio en el consumo, limitar las sustancias, evitar la evolución desde el uso al abuso, disminución de daños, proporcionar alternativas de vida saludable (Ibídem, 66-67).

Gabriel Rubio, plantea posibles soluciones ante el fracaso de la prevención: para prevenir las recaídas (de alcoholismo u otras adicciones) (Rubio G., Abril, 2003):

- Se deben utilizar nuevos medicamentos antiepilépticos (gabapentina y topiramato), utilizados para evitar recaídas en los trastornos bipolares.
- La buprenorfina puede sustituir a la metadona, en los dependientes de opiáceos.
- Es necesario crear programas de reducción de daños para los alcohólicos. Este aspecto, como veremos, ha sido aplicado en Cantabria. Tal vez haya que cambiar el objetivo clásico, la abstinencia (contrariamente a la opinión de Alonso Fernández) por un control o moderación, como se hace con otras adicciones, permaneciendo estos alcohólicos, dentro del sistema sanitario. Pues, cuando se disminuye el consumo de alcohol, mejoran los problemas familiares, laborales, etc.
- Son frecuentes las patologías psiquiátricas asociadas a las adicciones, “enfermedad dual”. Ante esta dualidad, hay que conocer la interrelación de los problemas, los medicamentos beneficiosos para el conjunto, y las estrategias psicoterapéuticas a utilizar. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes son los depresivos, y en el caso de los adictos a los opiáceos, es frecuente la patología psicótica, la esquizofrenia.
- Por tanto, deben de ir unidas las neurociencias y la psicoterapia, en el tratamiento de las adicciones.

Este mismo autor, Gabriel Rubio, en 1999, siendo Presidente de Socidrogalcohol de Madrid, afirma que el 4% de la población española presenta problemas por el consumo de alcohol. Y, a pesar de que este consumo supone unos 637.717 millones de pesetas/año (35,8% en costes directos, y 64,2% en indirectos), todavía no se ha producido un cambio mental y social

adecuado, para afrontar, tanto el problema tangible, como los no tangibles (muertes, mala calidad de vida de los afectados, etc.).

Ya veía este psiquiatra la necesidad de formar equipos pluridisciplinarios: psiquiatra, psicólogo y trabajador social para la reinserción laboral del paciente.

Me llama de nuevo la atención el hecho de que el Dr. Gabriel Rubio, que vive muy de cerca el problema diario del alcoholismo, conecte con los programas de Cantabria, al hablar de reinserción laboral. También apunta el Dr. Rubio la necesidad de formación específica, tanto a nivel de A.P., como de atención especializada.

Pero, volviendo al inicio del apartado, apunta el mismo autor, hacia las poderosas plataformas mediáticas (alcoholeras, en un país productor), como un hándicap al control del alcoholismo.

Paul J. Chung, de la Universidad de Los Ángeles, denuncia el interés comercial de las empresas de licores de USA, por colocar a los jóvenes como objetivo de sus anuncios publicitarios. En USA., el inicio de consumo de alcohol está en los 12 años; en España se sitúa en los 13,5 años, según el PND.

Por eso se hacen campañas, incluso agresivas, contra el consumo excesivo de alcohol, que, por otra parte, no son sino maquillaje de las carencias existentes. Pero no se hacen campañas institucionales para fomentar un consumo moderado de alcohol. Dice el Dr. Rubio que, incluso a nivel institucional, se nota cierta despreocupación por parte del Estado (esto era por entonces, pues hoy aparentemente ha cambiado el contexto). Y, como ejemplo evidente, señala el hecho de que el PND no incluyese el alcohol como una droga. Naturalmente, esta despreocupación repercute a muchos niveles, y está ocasionada porque el Estado tiene responsabilidad en la producción y en la distribución de las drogas legales, alcohol y tabaco, de las que obtiene recursos.

La Psicología Profunda desarrolla un razonamiento bien diferente, acerca del fracaso de las medidas preventivas en adicciones:

- a) Desde una perspectiva psicoanalítica, Luis Schnitmann (Schnitmann L., 1995, 71-77) nos dice que no se trata de un fallo técnico, pues es correcto el planteamiento preventivo general, y a nivel sociológico y estructural. El problema está en la concepción de los mensajes. El fallo estaría en la transmisión de la intención del planteamiento preventivo.

Falla el planteamiento técnico de la transmisión de este espíritu de la prevención... los errores estarían en la estructura del mensaje.

- b) Según McLuhan, el medio es el mensaje. El consumo de drogas puede enviar un mensaje demasiado cargado de ideologías, que no se corresponden con el fenómeno, a varios niveles. Se está hablando del mensaje de la prohibición en las relaciones intergeneracionales. (Si a un adolescente se le intenta hacer decir no, dirá sí, y viceversa). Por otra parte, la vida de hoy no es como la vida aldeana de antes. La reacción del hijo, ante la prohibición del padre, es irse, porque tiene a donde ir, incluida la droga...

Por ello la prevención, según esta teoría psicoanalítica, está puesta en entredicho, como una crisis en la función del padre.

- c) Según Lacan, la agresión contra el padre está en el principio de la Ley. Se refiere a la Ley Psíquica, al padre que instauro la ley de la palabra, y a la agresión del símbolo. No es una agresión consciente.

El humano sufre, y hace sufrir a otros, es el intercambio permanente de deseos, porque, para Lacan, el deseo nace y se sostiene del deseo del otro.

El padre adulto, en este sentido simbólico de la Ley, trata de imponer el deseo de la tradición de su medio cultural...logrando, de hecho, la rebelión del joven. Esta rebeldía está facilitada por la imposición del “deseo de su tradición”. El joven se rebela, pero el padre no se ofende. No es que sea insensible, sino que quien realiza la función de padre, se duele, lo siente, pero no tiene lugar la ofensa, y por eso no se ofende, porque es una función de vida.

Parece como si los que hacen los programas de prevención en drogas, no creyesen en esta función del padre-preventor.

Se trata, por tanto, de una crisis de crecimiento de nuestro tiempo histórico-cultural, la crisis del padre.

Los mensajes de prevención de drogas parecen mostrar a un adulto recio, enojado contra los jóvenes drogodependientes, y, a través de ellos, el joven puede sentir que ese adulto que le habla, está, en general, enfadado con los jóvenes.

Tanto el decir que sí a todo, como un no reiterado, niegan la función del padre, de permitir desear al joven, en este caso, no consumir. Por tanto, no le permite al joven ese deseo, ese afecto, el único “no” posible a la droga...

Por efecto de la Ley Psíquica, los deseos circulan, en lo social. Lo social produce exceso de consumo de drogas, lo mismo social que no encuentra métodos de prevención suficientemente certeros.

Por tanto, hay logros parciales indudables (como en los planes de prevención dirigidos a las asociaciones y escuelas de padres en la comunidad). Estos logros, son alicientes, pero no son suficientes. Hay lagunas básicas en los conocimientos necesarios para lograr la eficacia de la prevención. La prohibición estimula el deseo, y autoridad es diferente de autoritarismo. Mientras la autoridad se consigue por respeto, el autoritarismo se impone por la ley de la fuerza.

Algunos tipos de prevención:

- 1) La evidencia científica demuestra un impacto positivo de las intervenciones políticas sobre el consumo de drogas, especialmente el alcohol y el tabaco. Es una polémica permanente, y más en países productores, decidir si se debe atender más a la reducción de la oferta, o a la demanda. Pero lo cierto es que la prevención no puede ser algo puntual, sino que debe mantenerse a través del tiempo.
- 2) La prevención escolar ha adquirido gran relevancia por dos motivos. Es la edad de máximo riesgo para el consumo de drogas y en la escuela tenemos a todos los jóvenes, adolescentes y niños.

Una vez más, se indica la intervención prematura, en los primeros años de la educación escolar, formando para la salud, bien directamente, o bien a través de padres y profesores de pre-escolar y primaria.

Según el PND, debe implicarse a toda la comunidad escolar: profesores, alumnos y padres. En España, esta prevención se realiza de modo transversal, a través de la educación para la salud, en diferentes materias escolares. Su objetivo es conseguir el no consumo, o bien el retraso en el inicio del mismo (CESAAL, 1991, 13).

- 3) La importancia de la prevención familiar viene dada por el hecho de ser la familia un elemento esencial de socialización en el niño. Esto implica aspectos adaptativos, como el no consumir drogas, o no pasar de su uso esporádico.

Con frecuencia, los programas preventivos escolares implican, como complemento, los programas familiares. Y, además, existen programas específicos de prevención familiar.

Sus objetivos son: fomentar habilidades educativas y de comunicación en la familia, incrementar el sentido de competencia y capacidad para resolver problemas a nivel familiar, y concienciar a la familia de su importancia como agentes de salud para sus hijos.

El mayor problema de estos programas es la poca participación de los padres (Secades Villa R, 1996, 108: Tabla 5.1) (Ibídem, 103-104).

- 4) La prevención laboral se centra en las drogas legales, sin desatender las ilegales. Son factores positivos: los servicios de medicina de empresa, Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Ley de los Trabajadores.

Esta prevención incluye: información, sensibilización, orientación y facilitación del tratamiento. Por lo tanto, estamos hablando de prevención primaria y secundaria, en términos de Caplan, o de prevención universal o selectiva, según la terminología de Gordon.

Dentro de la prevención laboral, se debe atender, especialmente, a los jóvenes. Pues ellos consumen no sólo durante el trabajo, sino también al salir del mismo, y durante el fin de semana (Becoña E., 2002, 81), (FAD, 1996, 226).

- 5) La prevención comunitaria, especialmente si se integra de forma comprensiva con los otros tipos de prevención, nos facilita el realizar la prevención para un grupo completo, o para un grupo específico, para una sustancia concreta, para un sexo, para un grupo con riesgo concreto. Puede abarcar cualquier aspecto de la comunidad.

Toda prevención, en sentido amplio, debería ser comunitaria. Pero es un concepto muy amplio, y la prevención debe ser más realista y parcializada. Pretende prevenir el consumo de droga en una comunidad concreta, a través de diversos recursos, e implicando a distintas instituciones, organizaciones, colectivos, grupos y personas de la comunidad.

Su objetivo, según el PND 2000, es reforzar los mensajes y normas comunitarios, contra el abuso de drogas y a favor de preservar la salud (Secades Villa, 1996, 86-87).

Podemos definir el programa en drogodependencias, como un conjunto de actuaciones dirigidas a impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas.

Este programa puede ser global (cuando se dirige a toda la comunidad), o específico (si se dirige a un subgrupo, barrio concreto, grupo de edades).

Prevención es un término genérico, en cambio Programa Preventivo es específico. Un Programa Preventivo implica, en sí mismo, la evaluación. Y por tanto, concluye Becoña, sólo hay prevención específica (Becoña E., 2002, 92 y 91).

La diferencia entre una y otra (específica e inespecífica – ésta última no existe -), está en si hay una conexión entre la actividad propuesta y el consumo de drogas, y, en segundo lugar, si dicha conexión es evaluable.

Por tanto, el concepto de prevención inespecífica sobra, desde un punto de vista científico, por dos razones ya expuestas, y en las que Becoña reincide: no hay conexión entre la actividad preventiva propuesta y el consumo de drogas, y además, dicha actividad no es evaluable.

Son múltiples, como se ha dicho, los programas preventivos propuestos (Ibídem. Tabla 17. Pág. 105) (Secades Villa R., 1996 Capítulo 4), (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 2003, 13-16). Pero no todos son eficaces. Y, hoy, la prevención en drogodependencias debe basarse en dos pilares: una buena fundamentación teórica, y, sobre todo, una buena base empírica fundada en la evidencia, y que pueda demostrar su eficacia. En realidad, esta segunda (sería el conocimiento práctico del campo o zona a tratar, a través, por ejemplo, de estudios de campo, similares al presente trabajo), debería estar presente siempre en la aplicación de la teoría, incluso en su planificación. Es decir, los Planes de Prevención deben realizarse con el conocimiento concreto del campo de aplicación.

- **Segundo pilar: Profesores Rey Calero y Schüller**

El segundo pilar, lo formarían algunos tratados o artículos de los profesores señalados.

- 1) El Profesor Del Rey Calero explica el Plan Europeo de Actuación sobre el Alcohol. Entre los 26 países europeos, en 1990, quince superaron el consumo de 8 litros de alcohol puro per cápita y año. España ocupó el puesto quinto, detrás, y por este orden, de Francia, Luxemburgo, R. Democrática Alemana y Hungría, con un consumo próximo a los 11 litros de alcohol puro per cápita y año.

El objetivo de Europa, por entonces, era reducir para el año 2000 en un 25% el consumo de sustancias nocivas en todos los estados.

Para ello, Europa propone a sus estados cinco áreas de actuación: Políticas públicas relacionadas con el alcohol; subir la fiscalidad sobre el alcohol en unos países, y rebajarla en otros; crear ambientes que fomenten la salud en el ámbito de la Comunidad Económica, de los estados, de los ayuntamientos; crear y formar la AP de salud, respecto al alcohol; sistemas de apoyo y creación de redes.

Como vemos, al día de hoy, es dudoso que nuestro país haya conseguido estos objetivos. Desde luego, ateniéndonos a los resultados obtenidos en la Encuesta, dentro de la Comarca de El Bierzo, se puede afirmar que no se ha conseguido rebajar en ese 25% el consumo de alcohol.

- 2) El Profesor Schüller, por su parte, a modo de plan preventivo final, dentro del tratado europeo reseñado más arriba, nos apunta que no sólo la Administración, sino toda la sociedad debe implicarse en dicho plan.

La OMS, en 1991, propone rebajar el consumo de etanol en un 25%, para el año 2000 en sus estados. Para ello, recomienda las siguientes acciones: aumentar las medidas preventivas, aumentar las tasas del alcohol, limitar el número de apertura de locales y el horario de venta de alcohol, aumentar el límite de edad para el consumo de alcohol y para conducir, introducir e incrementar las pruebas de alcoholemia en conductores, limitar la publicidad del alcohol, informar sobre los límites de ingestión (168 g semanales para los hombres, y 112 g semanales para las mujeres) y formación al respecto de la población, por parte de los médicos, financiar campañas de salud pública, los envases de bebidas alcohólicas deben mostrar el contenido y la concentración de alcohol, formación de médicos y aspirantes, asistencia inmediata y adecuada en los casos de etilismo, aumentar los fondos para investigación sobre alcoholismo.

Tampoco parece que se hayan cumplido estas propuestas a día de hoy, en su totalidad. Hoy, por ejemplo, se insiste mucho en la formación médica específica, en la investigación, y en prohibir la publicidad. Desde luego, sigue sin conseguirse el objetivo propuesto de rebajar en un 25% el consumo de etanol, ni a nivel de país, ni de Comarca.

Está clara, por tanto, la necesidad de implicación de las instituciones político-administrativas, junto con toda la sociedad, en la prevención de drogodependencias:

- a) Siguiendo las recomendaciones del PND, la Consejería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, tenía previsto, para el año 2003, cuatro nuevos programas de prevención de consumo de drogas, así como un nuevo centro

residencial para adolescentes de alto riesgo. La inversión para estas actividades supondría 615.000 €. Y sus objetivos serían: prevención familiar y escolar, y un programa específico para prevenir el consumo de alcohol, así como otro programa de información a los adolescentes de los peligros de las drogas.

Asimismo, según encuesta de la Consejería citada, entre los jóvenes, y desde 1988 al 2000, se habría reducido en un 18% la cantidad de alcohol ingerida los fines de semana por los jóvenes.

- b) En mayo de 2003, el PSOE pedía en el Parlamento Español, a través de una proposición no de ley, la “creación del agente preventivo en materia del consumo de alcohol por los jóvenes”. Estos agentes, jóvenes, deberían disuadir a la juventud del consumo de alcohol y drogas, informándolos de actividades lúdicas no perjudiciales para la salud física y mental.

Por tanto, se debería formar a estos agentes, tanto a nivel profesional, como de voluntariado. Y esta figura debería crearse en coordinación con las CCAA y municipios.

- c) También en la Comarca de El Bierzo, los mayores factores de riesgo de los jóvenes, en fines de semana, son las drogodependencias y el consumo excesivo de alcohol.

Para intentar solventar el problema, el Consejo Comarcal ha creado dos puestos de educador de calle, en el año 2000.

- d) El Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (DEDT), en 2001, trataba de unificar la información sobre drogas en toda la UE. Para ello, se propuso un objetivo: facilitar el conocimiento de la situación general de las drogas en la UE.

En el trienio 2001 a 2004, el DEDT debería aplicar la Estrategia Europea sobre Drogas, aprobada en el Consejo Europeo de Helsinki en diciembre de 1999, así como su Plan de Acción, aprobado en el Consejo Europeo de Santa María de Feira, Portugal, en junio de 2000.

Asimismo, el DEDT trabajará para que cada estado de la UE incluya, en materia de drogodependencias, dos elementos: una estrategia nacional de lucha contra la droga, y una comisión nacional encargada de coordinar las políticas sobre droga.

▪ **Tercer pilar: E. Martín y Plan R. de Cantabria**

Finalmente, el tercer pilar, está constituido por las pautas marcadas por Emiliano Martín, y por el plan seguido en Cantabria a lo largo de varios años.

1) Según Emiliano Martín, el alcohol es la sustancia adictiva de mayor prevalencia. Hasta el 90% de la población española lo ha probado. Junto con el tabaco, el alcohol es una droga recreativa, para los jóvenes, en fin de semana. Por lo cual, se convierte en bastante peligrosa. De hecho, es la sustancia que genera más problemas de salud pública en España.

El inicio del consumo se sitúa en 13,5 años de media. Y es considerada “puerta de entrada” (teoría de la escalada de Kandel) hacia el policonsumo.

El consumo de alcohol por los jóvenes, en fin de semana, tiene ciertas características: se frivoliza sobre el peligro de su consumo, son ingestas compulsivas, en pocas horas, bebidas de alta graduación, en ayunas, en horario nocturno, y sin ningún control adulto, y el alcohol provoca una conducta temeraria (conducción, conflictividad, sexualidad esporádica e indiscriminada). El objetivo principal, en prevención de alcohol, es elevar la percepción de riesgo, sobre todo en los menores. Para ello, debería contarse, como aliado, con el médico de AP.

Este Plan de Prevención del Consumo de Alcohol, tiene cinco líneas básicas:

- Medidas informativas: hacer comprender lo negativo de la gran tolerancia social, y romper la conexión entre alcohol y diversión.
- Medidas preventivo-educativas: Para las familias y escuelas.
- Medidas de reducción de daños: Poco usadas en la política contra el alcohol, aunque sí se usan bastante en la política contra los opiáceos.
- Potenciar las medidas alternativas de ocio, y ocio saludable (Serían actividades paralelas o complementarias, es decir, algo así como una prevención inespecífica).
- Medidas legales o normativas, o “medidas de protección”: retrasar la edad de venta de alcohol, limitar la venta en menores, restringir la publicidad, así como la bebida en la calle.

Pienso que lo conciso, práctico y claro de este Plan Preventivo, lo convierte en un plan aplicable, o dentro del cual se encuadran las indicaciones preventivas que se harán, teniendo

en cuenta los resultados de la Encuesta. Además, es un programa específico de alcohol, diferenciándose claramente de los demás.

Por tanto, ésta será la base teórica o Planificación Preventiva para aplicar en la segunda parte del presente capítulo.

2) Cantabria viene aplicando planes preventivos, al menos, desde 1994. Pueden, tal vez, ser tachados los mismos de parciales. Pero lo cierto es que los planes parciales, o sectoriales, parecen por lo menos, interrelacionados. De manera que, al final, puede decirse que constituyen un conjunto, un Plan o Programa Preventivo contra la drogadicción.

- a) En 1998, el Servicio de Psiquiatría del Hospital Marqués de Valdecilla elabora un plan preventivo, cuyo objetivo era: enseñar al ciudadano a beber de forma moderada y controlada, para comprobar lo que bebe cada uno (cantidad), y determinar si existen signos de alcoholismo. Este programa, se aplica durante seis meses, en varios puntos elegidos al azar: un servicio médico de empresa, pacientes del mismo Hospital de Valdecilla, un centro de salud, y una comunidad rural.

El programa consiste en: una entrevista personal entre servicio-paciente, una analítica, ayuda psicológica para modificar el hábito, y, si procede, un nuevo control de comprobación a los seis meses. Parece que se ha podido hablar de resultados positivos.

- b) Según el Plan Regional de Drogas de Cantabria, en el bienio 1998-2000, se consigue bajar en 4,2% el consumo de alcohol juvenil. Sin embargo, el alcohol, con un 62,8%, sigue siendo la droga más consumida, seguida del tabaco, con un 29,5% de jóvenes que lo han usado durante los últimos treinta días. Este plan regional constata el policonsumo, concentrado en los fines de semana, y el 65% de los encuestados pasa su tiempo libre en pubs, bares o discotecas.

Por tanto, el pronóstico, en cuanto a los futuros problemas de salud, vendrá determinado por los patrones de policonsumo, en grupo, con carácter recreativo, concentrado en fines de semana, y asociado al ocio.

- c) En el año 2001, César Pascual hace evaluación de los ocho años de un plan de reducción de daños. Observa que la inserción laboral es una práctica terapéutica muy útil para conseguir la desintoxicación, así como una práctica preventiva muy eficaz.

El objetivo final es la abstinencia, pero, hasta conseguirla, el programa ofrece un amplio abanico de posibilidades de atención y tratamiento.

Este Plan, además, trata de conseguir la integración social del drogodependiente, mejorando las condiciones sociales, trata de disminuir el consumo, mediante tratamientos de mantenimiento o sustitutivos, y trata de abordar las enfermedades asociadas al consumo. Entre los medios terapéuticos, cuenta este Plan con numerosos talleres de formación y preparación para un oficio.

La actitud de los profesionales es ir al encuentro del drogodependiente, sin esperar que éste acuda a ellos, contando con varias unidades móviles. Lógicamente, esta aproximación del servicio, incrementará la demanda, al ser bien comprendida la actitud del profesional.

Como todo el proceso está protocolizado, el trabajo profesional es riguroso. Los resultados parecen ser evidentes: el 65% de los pacientes atendidos se hallaban trabajando, casi al 100% de los que terminaban el tratamiento encontraban empleo, y esta filosofía de no exclusión, o la reducción de daños, consigue disminuir el SIDA relacionado con drogas, los casos de tuberculosis se hallaban controlados, había disminuido la delincuencia y prostitución directamente relacionadas con droga, incrementándose las incorporaciones al plan de tratamiento.

- d) Plan complementario amplio, preventivo y de tratamiento-reinserción, es el llevado a cabo en el Ayto. de León en el año 2001. El Plan Municipal contra las Drogas (PMD), se inicia en 1998. Su objetivo diana era toda la población, pero especialmente los jóvenes y adolescentes. Se inicia con la preparación específica, en drogodependencias, de monitores de ocio y tiempo libre, que llevarán a cabo el programa “Espabila”. Éste, comprende una prevención (información y orientación, coordinación con entidades, y el plan de prevención con etnia gitana), y una intervención (grupos de autoayuda, educadores de calle, y la reinserción socio-laboral para drogodependientes rehabilitados).

Quizás lo más original, y al igual que en Cantabria, sea el taller “Los Recicladores” (recuperación y reciclaje de muebles, ajustador y reparador mecánico de electrodomésticos de segunda mano, y tapicero-restaurador de madera).

Este modo de empleo, que ha sido válido como método terapéutico, una vez terminado este proceso, le dará al joven una autonomía económica y sentimiento de participar responsablemente en el desarrollo social.

- e) También una iniciativa de prevención familiar en Cantabria parece merecer el ser explicada en el presente trabajo. La consejería de Sanidad de Cantabria, a través de la Dirección General de Acción Social, inicia este proyecto de intervención socio-educativa de menores reincidentes en problemas legales, y relacionados con el consumo de alcohol.

Este objetivo se basa en la responsabilidad paterna, denominada de omisión de la culpa in vigilando. La técnica utilizada será la de sesiones de grupo para padres e hijos. La mutación, de treinta euros de multa previstos por la ley, en el caso de menores con problemas legales, que se relacionan con el consumo de alcohol, será voluntaria, en caso de ser la primera vez, y obligatoria en caso de reincidentes, siempre que el juez considere oportuna la intervención educativa

Por tanto, se trata de corresponsabilizar a los padres y a los menores de los riesgos que implica el hábito adquirido por el menor.

Según el grado y la reiteración de la infracción, el programa contempla hasta tres niveles:

- Si la infracción cometida por el menor no implica problemas legales graves, el programa comprende dos sesiones de grupo, una para los padres y otra para el menor. Son dirigidas por especialistas en drogodependencias.
- Si se trata de menores infractores reincidentes, sin problemas legales, el programa comprende tres sesiones de grupo para el menor, y una para los padres.

Los especialistas tratarán de informar y formar, lo más completamente posible, de los riesgos asociados al consumo de alcohol.

- Si el menor infractor tiene problemas legales, se fija un programa de seguimiento, con sesiones de grupo continuadas, y con una duración de entre tres y doce meses.

Los menores deben realizar un test que valora su actitud hacia el alcohol, y el conocimiento del mismo. Este test se repite al fin del programa, para valorar si se ha captado el mensaje adecuadamente. Por su parte, los padres, en este tercer nivel, deberán rellenar al inicio un documento de consentimiento, y un cuestionario socio-demográfico.

Al final del año, se valorarían los resultados.

Se trata de un programa multidisciplinar que, a través de la evidencia científica, y las recomendaciones internacionales, trata de sensibilizar a los jóvenes bebedores, a fin de que modifiquen su conducta y actitudes, implicando también en el proceso a sus padres y tutores.

- f) A nivel escolar, el Gobierno Regional de Cantabria, a través de las Consejerías de Educación y Juventud, así como la de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, en colaboración con la FAD y con la Fundación Botín, han desarrollado la campaña “Prevenir para vivir”. Esta campaña trataba de prevenir las conductas de riesgo, asociadas al consumo de drogas. Sus objetivos diana serían los alumnos de segundo y tercer ciclos de primaria, niños de 8-11 años.

La técnica utilizada en esta campaña consistiría (implicando a los alumnos, padres y profesores) en desarrollar una prevención del consumo de drogas, mediante la promoción de las capacidades afectivas, intelectuales y sociales de los alumnos.

Los materiales usados serían: guía didáctica para los profesores, cuadernos para trabajar con alumnos y padres, y material de profundización para el centro.

La realización de la campaña se haría, mayoritariamente, en horario de tutorías, para no sobrecargar el tiempo escolar.

Todos los especialistas insisten en que la prevención en drogodependencia debe iniciarse en edades tempranas. Y la razón fundamental es el hecho de que cada vez se anticipa más el inicio en el consumo de sustancias nocivas. Incluso la FAD, a través de su responsable Ignacio Calderón, pide la sensibilización al respecto desde las guarderías. Para Calderón, la educación lo es todo en la vida. Por eso es necesario hacer capaces a los niños, a través de la educación preventiva, y desde su nacimiento, para que puedan afrontar su futuro de modo responsable e inteligente.

- g) Otro plan complementario es el que Asturias ha dirigido (un programa preventivo de drogas “La aventura de la vida”), a niños de 8 años, estudiantes de primaria.

Este programa, además de llamar la atención por la edad de los escolares a los que se dirige, ha sido destinado a los centros escolares de las cuencas mineras, por ser zonas de mayor, y más temprano, consumo de alcohol y drogas, así como tranquilizantes (en cuyo consumo se inician los adolescentes a los catorce años).

Las líneas de actuación de este programa serían: potenciar la autonomía y autoestima desde las edades más tempranas, potenciar la toma de decisiones autónomas, desarrollar habilidades para resistir la presión del grupo, y dar información veraz sobre los efectos y riesgo del consumo de sustancias.

Se trabaja con cromos y álbumes, que presentan diferentes situaciones de la vida diaria. Con ello, se pretende conseguir que los escolares aprendan a expresar sus emociones y a decir no.

Se trata, además, de introducir, como un curso transversal, los programas de educación para la salud. Esto implicaría la formación del profesorado, así como el compromiso de toda la familia.

Ésta parece ser, en general, la estructura que se sigue en el sistema educativo español (la programación transversal).

- h) En 1999, la Consejería de Sanidad de Cantabria pone en marcha dos campañas de prevención en el consumo de alcohol, específicamente entre jóvenes. Las denomina: “¿Y tú, por qué bebes?”, y “El Busciélago”.

Sus objetivos son: prevenir el inicio de consumo de alcohol en los jóvenes, y evitar la siniestralidad viaria, respectivamente.

Sus causas: el descenso en el inicio del consumo, y el consumo compulsivo en fines de semana por los jóvenes para ser admitidos en el grupo.

Sus originalidades:

- En el caso de la primera campaña: sensibilizar a los consumidores y a los que inducen al consumo, para crear en ellos una conciencia de responsabilidad. Y esto, a través de dípticos, inserciones en prensa, spots televisivos y cuñas de radio.

- En el caso de El Busciélago: se implica al Servicio Municipal de Transportes Urbanos, en Santander, para habilitar autobuses que transporten, hasta sus casas, a los jóvenes, durante las fiestas navideñas de 1999, si se deciden a utilizar este servicio público, y no sus coches particulares.

Como sabemos, este Plan ha sido imitado posteriormente por otras ciudades españolas, como Madrid y Ponferrada (El Búho), y también en Argentina.

- i) También el Servicio Cántabro de Salud (SCS) realiza un programa preventivo, desde los Centros de Salud de la Gerencia de AP de Santander-Laredo.

Este programa se inicia en 1999, con el nombre de “Programa de actuación y prevención en el consumo de alcohol”. Sería una prevención selectiva, según la terminología de Gordon (dirigida a grupos de riesgo), y orientada a los afectados por el alcohol, que supone el 10% de la población correspondiente al área indicada, así como a los mayores de 14 años que acuden a consulta de AP. En enero de 2004, el programa había llegado al 60% de los afectados.

Colaboran en el mismo: médicos, enfermeros/as, trabajadores sociales, estando además en coordinación con atención especializada.

Técnica utilizada: diario semanal, registrando las unidades bebidas, y con quién se bebe.

Las unidades habitualmente consumidas en el área son: desde 0 a 21 unidades semanales para hombres, y menos de 14 unidades semanales para mujeres. Se considera de riesgo:

- Para los hombres: entre 22 – 35 unidades semanales.
- Para las mujeres: entre 15 – 21 unidades semanales.

Los médicos, deben advertir a los consumidores de los riesgos que puede acarrear el alcohol para su salud. Y, en el caso de consumidores de riesgo, según las unidades indicadas, deben advertir acerca de la necesidad de disminuir el consumo.

A mi entender, sólo caben alabanzas ante esta múltiple programación preventiva del Gobierno Cántabro. Cumplen todos los requisitos (vistos en Becoña, desde un aspecto teórico, y en la programación del PND, expuesta por Emiliano Martín, desde una

programación más teórico-práctica, y específica de alcohol). En conjunto, estos planes sectoriales, forman una programación preventiva casi total, aplicada a los campos reales.

Como se ha indicado anteriormente, en este mismo capítulo, toda programación debería ser universal. Pero, en la práctica, es necesaria la programación a los diversos campos de la realidad: familiar, escolar, sanitaria, laboral, comunitaria...hasta completar cada aspecto o campo de la vida (son más efectivos, más flexibles, y evaluables).

Estos programas, de hecho, han sido exportados por Cantabria. Por ejemplo, a la Comunidad de Madrid se ha exportado El Busciélago, al igual que a la ciudad de Ponferrada, y su programa escolar ha sido aplicado en Argentina. Incluso la “Ley del Alcohol. 2007” ha sido retirada en su globalidad, con el fin, se dice, de realizar planes preventivos, que se parecen a estos planes sectoriales de Cantabria.

Por tanto, a pesar de la extensión, es necesario contemplar estos ejemplos, sin duda originales, y sin duda efectivos. Son tan evidentes en sí mismos, que no necesitan ningún otro tipo de explicación.

VI.3.2. APLICACIÓN DE LAS TEORÍAS EN LA COMARCA, SEGÚN LOS RESULTADOS OBTENIDOS

Compendio de los distintos tipos de prevención y sus aplicaciones en El Bierzo

Análisis evolutivo de la Encuesta

1. Sexo:

Nos permite estudiar un grupo específico, el de mujeres.

Mayoritariamente, la prevención debe dirigirse a la población masculina, sin desatender la población general, siendo algunas de las razones las siguientes:

- Beben más alcohol los hombres que las mujeres, y durante más tiempo, longitudinalmente.
- Los chicos salen más los fines de semana que las chicas, siendo en fin de semana cuando se incrementa el consumo.
- Los chicos trabajan en mayor medida, y antes que las chicas, que estudian en mayor número.
- Los varones disponen antes, y en mayor cantidad, de dinero.
- Los varones ejercen profesiones de mayor riesgo, en cuanto a consumo.
- Si hubiera que nombrar una sola técnica, ésta sería una doble técnica específica: dirigida a varones, y más específicamente a varones jóvenes.
- Sin embargo, las mujeres jóvenes incrementan el consumo de alcohol, y la embriaguez, en fin de semana. Por eso la prevención es indicada para mujeres.

2.- Edad:

Permite diferenciar un grupo específico, los jóvenes.

El objetivo es poder retrasar al máximo un posible inicio en el consumo.

Por eso, y porque el inicio en el consumo es muy temprano, la prevención debe iniciarse pronto, en cuanto a edad.

Además, el inicio temprano en el consumo implica un consumo longitudinal más amplio.

Técnicas a utilizar en nuestro campo: prevención comunitaria, familiar y escolar, incluso pre-escolar, a través de información y formación.

3.- En los campos de relaciones familiares, estado civil y convivencia, podremos utilizar:

- Prevención sociosanitaria (agentes socio-sanitarios).
- Prevención universal.
- Prevención selectiva, dirigida a los grupos de riesgo.
- En los casos identificados podría utilizarse la terapia individual y/o familiar.

4.- En el campo del desempleo y prevención laboral, son útiles:

- Prevención selectiva: para los grupos de riesgo.
- Prevención laboral (incluida la reinserción laboral), medicina de empresa, agentes sociales.
Se trataría de informar y concienciar a los sujetos comprendidos entre 25-44 años.
- Terapia personal (familiar, en los casos identificados).
- Prevención indicada, para las profesiones de alto riesgo.

5.- Existe desvío positivo, a favor del factor económico sobre el cultural:

- En el apartado jóvenes se verán técnicas determinadas.
- Se debe utilizar prevención comunitaria, universal, a través de campañas informativas-formativas.

6.- A fin de corregir u orientar la influencia (imitativa, afectiva, de integración), respecto de familiares y/o amigos en el consumo, podemos usar:

- Terapia personal y familiar (casos identificados).
- Terapia de grupo.
- Grupos de autoayuda.
- Prevención selectiva e indicada.

7.- El bebedor normalizado, a largo plazo, presentará altos índices de afectación física y psicosocial. Para evitarlo disponemos de:

- Primero, el objetivo es: informar y romper esa permisividad personal y sociocultural, sobre todo en una zona productora.
- De igual modo existirían otros objetivos, como desmitificar las cualidades del alcohol, facilitando así la maduración afectiva y formación intelectual (en cuanto al “vino como estimulante de relaciones, alimento, curativo”).

Puede usarse:

- Prevención universal, y comunitaria (informar y educar en cuanto a motivaciones de inicio y/o mantenimiento, incluidas motivaciones específicas como: curiosidad, fiesta, familia).
- Prevención comunitaria, informando de: consecuencias, razonamiento de creencias y/o motivos de consumo.
- Respecto al 8,5% que beben por exceso de tiempo libre, se debe desmitificar, en nuestro medio, las cualidades del alcohol. Pero también se deben crear iniciativas de ocio y tiempo libre, dando a conocer al mismo tiempo las ya existentes.
- Además, estas prevenciones comunitarias informativo-formativas, así como la prevención escolar, deberían de ser útiles para potenciar la autoconfianza y autoestima, desde edades tempranas, a fin de formar sujetos resistentes ante la presión del grupo. Y estas técnicas deben aplicarse ya en la educación primaria, debido al temprano inicio en el consumo.
- También deberían revisarse las medidas restrictivas: facilidad de la obtención del alcohol (5,1 %), lugares y horario de venta, edad mínima de admisión, beber en la calle.

8.- Según la tabla de equivalencias del PND (escogida como prototipo en el presente trabajo), obtenemos tres tipos de bebedores (además de los normalizados o los que no beben):

Ligero-moderado y dos grupos claramente patológicos (abusivo y excesivo).

Además, las tres bebidas más consumidas en nuestro campo de estudio son: vino, cerveza y combinados.

Atendiendo a estas variables, obtenemos un patrón de consumo preferente: varón joven, consume sobre todo en fin de semana, predominando el consumo abusivo y excesivo (también se incrementa el normalizado), siendo las bebidas más consumidas la cerveza y los combinados.

Debe utilizarse:

- Prevención selectiva: para bebedores excesivos.
 - Prevención indicada: para bebedores abusivos.
 - Prevención universal: para bebedores ligeros, moderados y normalizados.
 - Terapia personal, familiar y de grupo de autoayuda (en casos concretos, identificados).
 - La información debe ser adecuada, especialmente debido al patrón de consumo señalado.
-

9.- Tenemos signos de pronóstico pesimista, si no negativo:

- El importante incremento, en consumo de alcohol, observado el último mes (11%), que nos exige:
 - Intervención preventiva de urgencia.
 - En los niveles de: comunitario (prevención comunitaria); prevención selectiva (jóvenes).
 - Prevención sanitaria (según afectados)
- Hay un incremento del bebedor social (56,6 %). Habría que conseguir autoconfianza y autodeterminación, así como habilidades para enfrentarse al grupo.
- Existe un 5,6 % de enfermos avanzados (fase II / III, o bien II-III / IV de la alcoholdependencia). Se necesita:
 - Prevención sanitaria, o socio-sanitaria.
 - En los casos identificados: terapia individual y familiar, grupo de autoayuda.
- Ha existido un 5,7% de etilismo agudo (embriaguez) en el último mes, apuntando a jóvenes y en fines de semana. Se puede manejar:
 - Prevención sanitaria urgente.
 - Prevención indicada (jóvenes que se han embriagado).
 - Según las consecuencias (legales, por ejemplo, y al estilo de alguno de los Planes aplicados en Cantabria (Prevención Teórica), se puede plantear una planificación y seguimiento, reunión de grupos...tanto para los jóvenes afectados, como para sus familias.

10.- Para el 8,4 % que **se autocritica** por haber bebido bastante, que manifiesta cierto grado de culpabilidad, es un momento muy oportuno para iniciar una terapia individual, pasando después a grupo de autoayuda, debiendo implicarse también la familia en una terapia de grupo, con el objetivo de conseguir una base de estabilidad adecuada.

11.- Se considera como UBB, en el presente estudio, la copa de vino (según el PND) (Capítulo de Alcoholología):

- 1 copa de vino = 100 ml de líquido = 9,6 g. de etanol puro. Se considera consumo normalizado de etanol puro, en este trabajo, 19,2 grs. de etanol, correspondiente a dos copas de vino (que se corresponde con la recomendación de los cardiólogos). Además, como ya se

ha indicado, se atiende, para la valoración de gastos, el período comprendido entre 1997-2001, vendiéndose por entonces un litro de vino en 150 pts.

- Atendiendo a estos valores, y a las tres bebidas más consumidas (Prgs. 24 y 50), así como a los datos obtenidos a medida que avanzamos en los resultados de la Encuesta, y a los gastos realizados en alcohol y locales de consumo de alcohol, obtenemos una clasificación estadística y socio-clínica mucho más específica y significativa, que la presentada anteriormente:

<u>Tipo de bebedor</u>	<u>%</u>
Normalizados o no bebedores	38,5
Bebedores moderados o ligeros	28,4
Bebedores abusivos, importantes o de alto riesgo	17,2
Bebedores excesivos o de muy alto riesgo	9,5
Bebedores severos o alcohol-dependientes claros	6,4

Las actuaciones a ejecutar pueden ser las siguientes:

- Existe una necesidad preventiva seria y urgente.
 - Tipos de prevención:
 - . Selectiva, indicada y universal (ésta para información y concienciación de toda la comunidad).
 - . Prevención sanitaria y socio-sanitaria urgente.
 - . Posteriormente: terapia individual, familiar y de grupo, así como grupo de autoayuda.
- Nos dice Santo Domingo que, una vez concluido el tratamiento médico elemental (desintoxicación y, al menos, consejo breve), el exalcohólico comienza su proceso de RHB, pudiendo permanecer en ella incluso varios años. Y una herramienta fundamental que puede aconsejar el médico de AP al enfermo, como apoyo importante, son los grupos de autoayuda. (Santo Domingo: Curso de “Alcohol y otras adicciones en AP”. “Grupos de autoayuda, un punto de apoyo”. Febrero, 2003).

12.- El pronóstico negativo empeora al incrementarse el 8% que no podía dejar de beber, una vez iniciado, hasta el 9,7 %, al sumarse los que pasan a beber con avidez.

Pero además sigue creciendo el número de potenciales alcoholdependientes, puesto que el 11,3 % consume ahora más.

Las intervenciones más indicadas parecen ser estas dos:

- Prevención sanitaria: diagnóstico y craving precoz.
- Seguimiento de tratamiento y consejos de urgencias.

Posteriormente se debe pasar a la prevención de agentes socio-sanitarios, así como a una posible terapia individual, familiar y grupal.

13.- En el alcoholismo muy avanzado (fases III-IV/ IV), con un abanico que se abre desde un 4,6 % (que necesita beber al levantarse), ese 5,6 % que bebe a escondidas, hasta el 5,7 % que se ha embriagado alguna vez en el último mes. Y, si además, relacionamos el 0,6 % de la Prg. 36 (temblores al levantarse), con el 0,8 % de la Prg. 32 (estar mal por falta de bebida), y ambos signos propios de alcoholdependencia, así como el 11'7 % - 11'8 % de la Prg. 39, con el 11,3 % de la Prg. 31 (mayor cansancio)...nos hallamos probablemente en el índice más alto de alcoholdependencia (Deducciones de la Encuesta. 21 y 22).

¿Qué prevención podremos emplear?.

- La más urgente es la sanitaria, debido a la dependencia física.
- Puede completarse con una intervención socio-sanitaria o socio-familiar.
- Finalmente podría pasarse a terapia individual y/o grupo de autoayuda.

14.- Al igual que en la Prg. 27, también la Prg. 40 parece presentarnos ese 8,9 %, que **no está de acuerdo consigo mismo**, debido a la cantidad de alcohol consumida...parece una posible autocrítica y sentimiento de culpabilidad...momento que parece oportuno para poder realizar ayuda exterior.

Disposición similar presentan dos preguntas correlacionadas entre sí, la misma Prg. 40 = 8,9% y la Prg. 34 = 8,4%, que reconoce que bebe bastante.

En estos casos se debería indicar una terapia individual, y/o familiar.

15.- En el 1,7 % que **reconoce “no poder dejar de beber”** parece existir un doble sentimiento (trastorno dual) (Prg. 41): culpabilidad y estado depresivo, que pueden verse incrementados por las posibles recaídas existentes, además del propio alcoholismo

Por tanto, aquí estarían recomendadas:

- Terapia individual.

-
- Prevención de recaídas, tratando a la vez (según indican muchos especialistas: Dr. Rubio, Profesor Santo Domingo, Alonso Fernández...) los dos síntomas señalados.

16.- Existe un doble 0,6 % (Prgs. 42 y 43) que, reconociendo su alcoholdependencia, de hecho **no se plantea el abandono del alcohol**.

Por su parte el 0,7 % (de la Prg. 44) ya no tiene esperanza de poder abandonarlo.

Las intervenciones posibles serían:

- Primero: concienciación de la realidad personal, tratando de encontrar la causa, tanto del estado depresivo como de las recaídas o estados fallidos.
- Posteriormente: auto-reafirmación en la confianza en sí mismos.
- Y, si hay suerte: terapia individual y de grupo, integrar a cada sujeto en un grupo de autoayuda, y a su familia en terapia familiar.

17.- Un caso similar al 0,7 % del apartado anterior, pero con un claro agravante, lo presenta el 2,7 % (Prg. 44) que, tras algún intento fallido, **se instalan en el fracaso**.

- Primero será necesario estimularlos (terapia cognitiva).
- Tratando de concienciarlos y promover su autoconfianza.
- Siendo posible después una terapia de grupo y terapia familiar.

18.- Los bebedores normalizados, así como los bebedores ligeros o moderados (Prgs. 44 y 28, con un 28,9 % y 28,4 %, respectivamente) pueden y deben ser informados, a fin de que tomen conciencia tanto de su situación real como de las consecuencias del alcohol.

19.- Sí existen secuelas debido al consumo (tanto longitudinal, como en tiempo de consumo corto pero intenso) podemos disponer del primer eslabón de una “cadena terapéutica”.

- A través de las debidas informaciones-explicaciones, trataríamos de hacerle ver la relación de causa-efecto, a fin de lograr su concienciación y predisposición para el tratamiento (no solamente físico, que seguramente ya está presente).
- Posteriormente se pasaría a una terapia individual, así como terapia de grupo, incluido el de autoayuda.
- Además, aquí puede realizarse un programa de disminución de daños.

20.- También a nivel de **Juventud**, de modo específico, parece presentarse un **pronóstico negativo**, debido a diferentes razones:

a.- Hay un 16,2% total cuyas relaciones familiares, de inestabilidad afectiva, puede facilitar una futura alcoholdependencia.

Las posibles actuaciones son muy amplias:

- A nivel de prevención es un problema serio y urgente, siendo posible hablar de una prevención selectiva (hacia los jóvenes).

- Sería ideal poder identificar a los sujetos correspondientes a ese 16,2 %, a fin de aplicar una prevención (terapia) individual y familiar, siendo también útil la colaboración de APAS y profesores.

- Pero tratándose, según parece, de una hipótesis imposible de realizarse debería aplicarse: prevención escolar (implicándose todos los grupos), prevención sanitaria y socio-sanitaria, así como una prevención universal, e incluso un planteamiento político-administrativo.

Y, según se ha señalado ya, la prevención escolar debe anticiparse hasta el período de la enseñanza primaria, con un doble fin: anticiparse al inicio del consumo, por una parte, y, por otra parte, conseguir una preparación personal y formación intelectual para afrontar las situaciones críticas.

b.- Como ya se ha indicado respecto a las Prgs. 28 y 50, existe un pronóstico negativo.

Un estudio (Curso “Las adicciones y su contexto”.Universidad de Salamanca, 2.3.2003, 22) asegura que un 13 % de castellano-leoneses tendrá problemas con el alcohol, durante su vida. Pero, a nivel de El Bierzo, será el 16,2 % quienes tendrán ese problema a corto-medio plazo. Es una razón más para un plan de prevención necesaria y urgente.

c.- Teniendo en cuenta la clasificación según lo gastado en consumo de alcohol, obtenemos el ya conocido “prototipo económico”, de bebedor joven: bebedor severo o de muy alto riesgo, excesivo o de alto riesgo, abusivo o importante, moderado-ligero, siendo el resto normalizados.

Por tanto, la prevención debe ser:

- Selectiva (para los jóvenes) y orientada preferentemente a varones.(Artículos 1 y 2 del presente capítulo). Es decir, debe ser una prevención doblemente selectiva.
- Esta prevención debe orientarse hacia la información y concienciación, medidas alternativas de ocio y tiempo libre, medidas restrictivas.
- Incluso podría y debería usarse la prevención universal, comunitaria, además de la familiar y escolar.

d.- Como medidas concretas positivas adoptadas, en cuanto a Juventud, y dentro de nuestro campo de estudio, tenemos: el Búho (autobús nocturno), complejos deportivos en cada municipio locales para asociaciones juveniles, equipos deportivos, técnicos de ocio y tiempo libre, cursos de empleo (de acuerdo con ECYL-Empleo de Castilla y León), intervenciones comunitarias y escolares, asociaciones de tratamiento específico de alcohol (BEDA).

21.- Hoy, el **alcoholismo femenino**, que sigue siendo un fenómeno emergente, debe de ser atendido de modo específico.

- Las Prg. 54, con un 0,3 %, y la Prg. 57, con el 1 %, tienen connotaciones directas con una dependencia física, siendo la primera propiamente física y la segunda, además, psíquico-cultural. La primera nos presenta una fase III-IV/IV de alcohol-dependencia, mientras la segunda clasifica la misma enfermedad en fase II-III / IV.
- Las actuaciones pueden consistir en:
 - o Prevención indicada: para mujeres de alto riesgo.
 - o Prevención selectiva: para el grupo de riesgo, que se halla entre el 2,8 % (Prg. 55) y el 3,2 %, que desconfía de su pareja (inestabilidad afectiva, ¿posible enfermedad psíquica asociada?).
 - o Además, las mujeres deben ser incluidas en toda prevención universal, información específica (alcohol/mujer).
 - o Los casos de riesgo, si se identifican, son susceptibles de terapia individual, de grupo, y familiar.
 - o Prevención sanitaria (por riesgos comunes y por los específicos, embarazos...),

siendo muy importante el diagnóstico precoz, así como la prevención y tratamiento, también precoces.

22.- Nada tiene que ver, en principio y desde el punto de vista al que se hace referencia en el presente trabajo con el juego del niño, que resulta imprescindible para su desarrollo físico y psíquico, según nos apunta Alonso Fernández, e incluso, según indica, para vivir (Alonso Fernández F., Las otras drogas, 1996, 221). Sin embargo, el juego que aquí es referido, es visto como algo, muchas veces, patológico e incluso acompañante de otras patologías, como el alcoholismo.

El **juego patológico-adictivo** siempre se refuerza jugando:

- Si el jugador gana, se refuerzan sus imaginaciones (creencias irracionales, refiere Alonso Fernández), hinchándose su creencia de poder ganar...siempre.
- Si pierde, se refuerzan sus “racionalizaciones”, en sentido psicoanalítico, de la compensación. Digamos, en un lenguaje más ordinario, que, al seguir jugando, se imagina que podrá equilibrar, con las futuras ganancias, la pérdida actual...

Habría que señalar el refuerzo del juego que suponen los juegos con recompensa inmediata, como es el rasca y gana, o incluso más la tragaperras, pues añade también luces y sonidos.

Atendiendo a los gastos en juegos de azar, e imitando la clasificación de Alonso Fernández (y, al igual que se hizo en las Prgs. 28 y 50), obtenemos un “prototipo económico” de jugador:

- **J. social:** juega menos de 0,30 €/ día, o bien ocasionalmente, en una peña.
- **J. problema:** supone el 18,3 % de los jugadores. Gastan entre 0,31 €/ día hasta 30 €/ mes. Podría establecerse una correspondencia con el bebedor moderado-ligero, atendiendo al dinero invertido.
- **J. patológico:** supone el 13,7 % de los jugadores. Invierte en juegos de azar entre 1,20 €/ día y 40 €/ mes.

Podría relacionarse con el bebedor excesivo o abusivo. Puede acompañarse de problemas en su salud mental: depresión, trastornos de personalidad, impulsividad, compulsión, enfermedades psicosomáticas.

- **J. adicto:** en la Encuesta aparece como tal el 4,5 %, que gasta entre 6 €/ día hasta 120 €/ mes.

Coinciden Roberto Secades y Jerónimo Sáiz en señalar la terapia cognitivo-conductual, como la más indicada para el tratamiento, tanto del alcoholismo, como de otras adicciones (Roberto Secades Villa, 1996, 35), o bien como la técnica que puede unificar en sí, el tratamiento de ludopatía y otras adicciones (Sáiz J, Curso de “Tratamiento del juego patológico”, Bellvitge, Enero, 2004)

Como quiera que ha quedado suficientemente esclarecido que todas las adicciones tienen un mecanismo similar, en su proceso adictivo, será fácilmente comprensible que son aplicables las mismas, o parecidas, técnicas preventivas, con matices más o menos importantes, en cada una de ellas.

Y, así, podríamos actuar:

- Colaboración del trabajador social, para identificar a los jugadores excesivos, abusivos o adictos. Si esto es posible, podría continuarse con terapia personal y familiar.
- Prevención universal: información y educación, a fin de concienciar en las consecuencias y en la situación real, tanto personal como familiar.
- El exceso de dinero (existente en la Comarca), tanto para gasto en juegos como en alcohol, sobre todo en la Juventud, podría necesitar, aparte de las posibles medidas restrictivas, prevención general, información a fin de concienciar, terapia personal y familiar.

Motivo nuevo de prevención serían los ciber-cafés. Se produce una discordancia: ley por un lado (prohíbe entrar en cafés a menores no acompañados; Orden del Ministerio del Interior, 31-1-1980) y realidad, por otro (niños, incluso de menos de ocho años, están conectados en el ciber-bar).

Podrían aplicarse: medidas restrictivas, prevención general, información-educación, sería posible la intervención personal y familiar.

En el capítulo Deducciones de la Encuesta realizo una clasificación diferente de los jugadores:

- **J. Ludópatas:** el 0,7 % (gastan entre 6-30 €/ día) y 0,9 (gastan entre 30-90 €/ semana). Representan por tanto el 1,6 %, (que es una cifra similar a la hallada por Becoña).
- **J. Excesivos:** el 1 % (gasta 3 €/ día) y el 8,3% (gasta 24 €/ semana), con un total del 9,3 %.
- **J. Abusivos:** el 3,2% (gasta 48 €/ mes) y el 2,9 % (que gasta entre 60-120 €/mes), siendo un total de 6,1 % dichos jugadores abusivos.

Efectivamente, parece existir:

- Un exceso de dinero disponible, a nivel general, para juegos de azar y/o alcohol.
- El 9,1 % de los jugadores (Prg. 58), o el 1,6 % (ludopatía clara), más el 9,3 % (jugadores abusivos), (total de 10,9%) se correlacionan estadística y “clínicamente” con los percentiles (11,6%) correspondientes de la alcoholdependencia.
- Existe, además, un prototipo similar de jugador: social, problemático, patológico y adicto.

Los ingresos, así como los gastos y precios (en alcohol y entorno, al igual que en juegos) hacen referencia al período 1997-2001 inclusive, aunque se han transferido a euros, constando, no obstante, en pesetas en el cuestionario.

VII. CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES

1.- Se confirma como realidad concreta la hipótesis principal: en nuestro campo de estudio, una zona productora, con una clara cultura vitivinícola, se consume alcohol en mayor cantidad que la media regional y nacional.

Así, la media de consumo en la Comarca, en gramos de etanol puro, por día y por bebedor es de 41,7 g.

Con iguales características, en Castilla y León el consumo es de 32,4 g.

Ambos índices se hallan por encima de los niveles de riesgo actuales, que son: 30 g de etanol puro, por día y persona para los hombres, y 24 g de etanol puro, por día y mujer (anteriormente se cifraba en 40 g para los hombres y 24 g para las mujeres).

A nivel nacional (1997) se cifraba en 10,4 litros de etanol puro, por año y persona el consumo de alcohol en España. (Consultoría Bossard y Laboratorios Merck, 1997 “Impacto Económico”). También, por tanto, es una cantidad de consumo bastante inferior a la registrada en el presente estudio.

No obstante, existe un matiz importante respecto al consumo señalado. El mismo se ve notablemente incrementado debido al patrón que denomino “globalizado”. Otros hablan de patrón anglosajón. Y, realmente, ambos coinciden en lo fundamental, siendo el primero más universalizado. Sus características son: consumidor joven, en fines de semana, en unas horas (de forma concentrada), predominantemente hombre (en el presente estudio, así como en el modelo anglosajón), bebe sobre todo cerveza y combinados, en grupo, sin control de adultos, y con frecuencia se embriaga, aparentando incluso buscar la embriaguez.

2.- En el consumo de alcohol podemos distinguir cinco tipos de factores influyentes:

- F. Inductores: amigos (17,3%), padres o familiares (15,2 %), curiosidad (14,9%).
- F. Mantenedores, que pueden ser: principales (relaciones que mantiene (26,7%), exceso de tiempo libre (8,5%), facilidad de adquisición del alcohol (5,1%) y secundarios (por sentirse bien, (36,3%), se repite por los amigos o por integración (7,8%), así como por curiosidad (1,3%), por huir de la rutina (4,2%).
- F. Mágicos: pueden ser factores inductores y/o mantenedores. Existe este pensamiento mágico hasta en un 75,2 % de los consumidores, en mayor o menor grado: utilidad curativa

(16,4 %), estimulante (ánimo, relaciones, fiestas) (37,6 %), alimento o estimulante apetito (21,2%).

- F. afectivo-relacionales, relaciones paterno-filiales, que pueden ser factores inductores o desencadenantes y mantenedores.

- Otros factores mantenedores: exceso de dinero disponible.

3.- La alcoholdependencia existente en el estudio presenta, como conclusiones fiables, las siguientes cifras:

- Una moda estadística que oscila entre un mínimo del 8,5% y un máximo del 11,6%.

- La dependencia física alcanza al 8,9%.

- Y un total del 11,6 % son alcohol-dependientes. (Anexo de la conclusión 3. Aptos. g y f.).

4.- En el 21% de los bebedores existen secuelas, debidas al consumo de alcohol. Las más frecuentes son: conflictos familiares, y alteraciones de la salud, tanto física como psíquica. Contrariamente a la generalidad de los estudios, solamente el consumo de alcohol guarda relación directa con el 1 % de los accidentes de tráfico.

5.- Existen factores indicativos de la no percepción de daños. Esta falta de percepción suele contemplarse en los jóvenes, y en el presente estudio se confirma esta no percepción por parte de los jóvenes, existiendo además un 84,6% de la población general, diana, que no percibe su consumo como posible daño.

6.- La mujer consume menos alcohol y se embriaga menos que el hombre. Sin embargo, su consumo es mayor y de más riesgo que lo correspondiente a una generación anterior (su madre).

Asimismo, mientras la mujer de más de treinta años, aún creciendo en consumo, se aproxima más, en cuanto al tipo de bebidas consumidas, al patrón de consumo de la “cultura” existente y al propio del hombre, las jóvenes beben más (en las tres bebidas más consumidas). Incluso, las jóvenes comprendidas en el intervalo de edad de 13-21 años superan en el consumo de dichas bebidas a las mujeres comprendidas en el intervalo de 21-29 años, aproximándose más a los hombres en el consumo de fin de semana. (Anexo de la conclusión 1).

7.- Ludopatía y alcoholdependencia se correlacionan estadística y “clínicamente”:

- Los valores absolutos de ludopatía (1,6%) coinciden con los resultados obtenidos por E. Becoña en 1996 (en que la población española, mayor de 18 años, presentaba una prevalencia de juego patológico comprendida en el intervalo de 1,6 – 1,73 %).
- La población jugadora general, población diana, que comprende el 17 %, gasta una cantidad excesiva en juegos. Y se corresponde con el 17,2 % de bebedores excesivos. (Deducciones 27 y 25. Capítulo VI.1.).
- Existe una clasificación evaluable, u objetivable (Anexo de la conclusión séptima) de los jugadores: j. ludópatas (1,6%) y j. excesivos (9,3%), con un total del 10,9%, que serían dependientes del juego. Y, a su vez, se podrían equiparar al 11,6 % de alcohol-dependientes.
- El 9,1 % de jugadores asiduos, y de alto-muy alto riesgo (Prg. 58), teniendo en cuenta las aclaraciones del anexo correspondiente a esta misma conclusión, podría equipararse al 8,1 % de alcoholismo crónico.
- El 6,1 % de jugadores abusivos, de alto riesgo, podría equipararse al 5,6 % de alcohol-dependientes en fase avanzada de la enfermedad. (Anexo de la conclusión tercera, c).

8.- Del presente estudio se concluye un pronóstico pesimista, negativo, por las siguientes razones:

- Alto incremento del consumo en el último mes, respecto al consumo de los seis últimos meses. (Deducción 17. Capítulo de Discusiones).
- En el último mes, se incrementa el etilismo agudo (5,7%), siendo incluso mayor en los más jóvenes.
- La disponibilidad del alcohol parece muy elevada (así como el dinero empleado en su consumo), siendo éste un factor determinante. (Aproximación teórica al consumo. Capítulo IV.1.3.).
- Ausencia de percepción de daño, en un alto porcentaje
- Existe un rango, 14,2% - 17,3% (Anexo Conclusión 1), de bebedores problemáticos, de alto – muy alto riesgo.

Sin embargo, como signo concreto de pronóstico positivo, se obtiene un 3,4 % (dentro del 11,6 % de alcohol-dependientes) que han intentado abandonar el alcohol (siendo, por tanto,

conscientes de su situación) sin conseguirlo, y existiendo la posibilidad de que puedan volver a intentarlo.

Además, deberíamos prestar atención a ese 21% que son conscientes de las secuelas producidas por el alcohol, y que también sería posible su determinación al cambio. (Deducción 23 y 24. Capítulo VI.1).

9.- Se han cumplido, según ha quedado reiteradamente expuesto, los objetivos generales, desde los más difusos a los más concretos.

Han sido cumplimentados con amplitud, uno a uno (Capítulo III.2.), los objetivos concretos. Sus resultados han tenido que ser anotados repetidamente, en diversos capítulos, debido precisamente al carácter del estudio.

Existe un rango (14,2 % - 17,3 %) (Anexo Conclusión primera), que son población de riesgo, y con pronóstico de gravedad, que deben ser tenidos en cuenta en el momento de realizar la planificación asistencial.

Confrontando los medios asistenciales o redes existentes (Capítulo VI.3.3.2), se observa una cierta urgencia asistencial, que parece requerir, al menos y de momento, un equipo más de salud mental. También parece urgente practicar la prevención (y, por tanto, la necesaria preparación) a nivel de A P, así como en el servicio de urgencias.

De igual modo, parece necesario implementar los grupos o centros específicos, no solo con carácter asistencial, sino (y al modo de los planes de prevención de Cantabria) acudiendo a las poblaciones de mayor interés preventivo, con planificaciones de información y formación...Prevención Universal, Escolar y Familiar. (Capítulo VI.3.3.2).

Y todo lo expuesto debería ser afrontado directamente por la Administración correspondiente.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

VIII. BIBLIOGRAFÍA

Aizpiri Diaz J. y Marcos Frias J. F. Actualización del tratamiento del alcoholismo. Masson. S.A. Barcelona.1996.

Allen Frances y cols.: DSM-IV. R. Guía de uso. Masson. S.A. Barcelona. 1997.

Alonso-Fernández F. Alcoholdependencia. Ediciones Pirámide. S. A. Madrid.1981.

Alonso-Fernández F. Alcoholdependencia (Personalidad del alcohólico). 3ª edición. Masson-Salvat. Medicina. Barcelona. 1992.

Alonso-Fernández F. Adicción Alcohólica. En: Clínicas Médicas de España. Madrid. 1996.

Alonso Fernández F. Las otras drogas (Alimento, Sexo, Televisión, Compras, Juego, Trabajo. Eds. Temas de hoy, S.A. (T.H) Madrid. 1996.

American Psychiatric Association: Breviario DSM-III-R. Criterios diagnósticos. Masson. S.A. Barcelona. Octubre 1993.

Árboles González J: Sociología y causas de alcoholismo. Ediciones Bellaterra. Barcelona. 1995.

Asociación Bajo-Aragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados Dr. Orozco: Abatares. Nº. 19. Diembre 1997, y Nº. 21. Diciembre 1999. Andorra. (Teruel).

Atienza Merino G. Intoxicación y deprivación etílicas. En: Medicina Integral. Vol. 24. Número 4. Septiembre 1994. (15-19).

Ballesteros, J, Ariño, J et al. Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metanálisis de estudios españoles en AP. Gac Sanit. 17 (2): 116-122, 2003.

Barker D. J. P., Rose G. Epidemiología en la práctica médica. 2ª edición. Masson-Salvat. Medicina. Barcelona.1992.

Becerra Rosa Mª. “Trabajo social en Drogadicción”. Lumen Hymanitas. Argentina. 1999.

Becoña E., Palomares Á. y García Mª del P. Tabaco y salud. (Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo). Ediciones Pirámide S.A. Madrid. 1994.

Becoña Iglesias E. y Vázquez González F. L. Terapéutica. El tratamiento de la dependencia del alcohol en las personas mayores. En: Medicina Integral. Volumen 31. Número 4. Febrero 1998. (55-68).

Becoña Iglesias E. Bases Teóricas que sustentan los Programas de Prevención de Drogas. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Madrid. 2001.

-
- B.E.D.A.: Memoria año 2000. Bérgidum Ex – Dependientes Asociados. Ponferrada.
- Bernard A. Coche. Del delirio a la deshabitación. (Para una continuidad terapéutica). En: Actualites Psychiatriques. Supplement Therapeutique. N° 2. Marzo.1980. (10° año).
- Bernardo M. “Epidemiología psiquiátrica”. En: Vallejo. J.: “Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría”. Masson-Salvat. Barcelona. 1991.
- Bonnafoux D., Coffinet Ph., y Laporte L. Tiapride y supresión de la ingesta alcohólica. (Perspectivas de reinserción. A propósito de 300 observaciones). Clínica de Clairefontaine. Hospital de Saint-Remy. 70210-Vauvillers. En: Lille Méd. 17-XI-79. Suppl. (1). 65.
- Caballería Ll.y cols. Qué haría usted ante un paciente con alcoholismo crónico. En: Medicina Integral. Vol.27. Número 4. Febrero 1996. (15-26).
- Cabrera Bonet R. y Cabrera Forneiro J. Las drogas de abuso: un reto sanitario. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.1994.
- Calleja González M^a F. Prevención de Drogodependencias. (Modelo educativo y proyecto comunitario). Hespérides. Salamanca. 1994.
- Casanova P. Tiapride y etilismo crónico. Centro Médico La Calade. Servicio de Medicina Interna. Marsella. En: Marseille Medicale. 1975. Año 112. N°.3. 173-177.
- Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud: Idea. Prevención. Boletín nº.12. CIRSA. Enero – junio. Madrid. 1996.
- CESAAL: Las Bebidas Alcohólicas y la Salud. (Curso para padres de familia y educadores). Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo (CESAAL). Editorial Trillas. México. D. F. 1991.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (Junta de Gobierno Estatal): I curso de formación específica en “Drogodependencias” y “Alcoholismo (prevención y tratamiento)”. COP. Madrid. Mayo.1987.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (Junta de Gobierno Estatal): IV Jornadas de Psicología y Drogodependencias: “La intervención psicológica en el ámbito del grupo: una estrategia eficaz en drogodependencias”. Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. Grup de Treball de Toxicomanies. (G.T.T.). Madrid. Mayo. 1987.
- Colimon, K. M. Fundamentos de epidemiología. Díaz de Santos. Madrid.1990.
- Colom, J., Gual, A., Segura, L. El abordaje de los problemas de alcohol desde la atención primaria. Organó Técnico de Drogodependencias. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Fundación Faustino Orbeagozo. 2004.
- Consejo Regulador de la Denominación de Origen Bierzo: Información general. Cacabelos. 2002.
-

Corbalán Carrillo M^a. G. y cols. Consumo de alcohol y dependencia alcohólica (Test de CAGE) en adolescentes. En: Salud Rural. Vol. XVI. Número 7. Abril.1999. (43-49).

Cordero del Castillo Prisciliano. "Estudio de la población marginal del Bierzo Oeste. Gabinete de Planificación de la Excma. Diputación de León. 1986.

Córdoba García R. y cols. Alcohol. En: Formación Médica Continuada (FMC).Volumen 16. Protocolo 1. Elsevier Doyma. Febrero 2009.

Cruz Roja (Centro de Sistemas Educativos de): Curso de drogas para educadores. Centro Piloto de Prevención y Tratamiento de Toxicomanías de la Cruz Roja de Barcelona. 1982.

Day Robert A. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Organización Panamericana de la Salud. Washington. DC. 1990.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Comunidad y Drogas. (Cuadernos Técnicos de Estudios y Documentación). Ministerio de Sanidad y Consumo. 5 / 6. Diciembre. Madrid. 1987.

Del Rey Calero. Epidemiología del alcoholismo. En: Clínicas Médicas de España. Madrid. 1996.

Del Rey Calero J. y Calvo Fernández J. R. Cómo cuidar la salud. (Su educación y promoción). Harcourt Brace. Madrid. 1997.

Del Rey Calero, J. Método epidemiológico y salud de la comunidad. Interamericana-McGraw Hill.

Del Río M^a. C. y Álvarez F. J. El Consumo de Drogas en Castilla y León. 2000. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social.

Díaz G. y Günther B. Bioestadística. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Ltda. Santiago. Chile. 1994.

Echeburúa E. Abuso de alcohol. Editorial Síntesis. Madrid. 2001.

Ellis A. –McInerney John F. y cols.: Terapia racional-emotiva con alcohólicos y toxicómanos. 2^a.Edición. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.1996.

Espada José P. y cols. Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. En: Papeles del Psicólogo. Vol23. n°.84. Enero-abril. 2003. (9-17).

Espinós D. / Díaz-Rubio M. Clínicas Médicas de España. Vol. I – N°. 2- junio 1996.

Fernández-Alba A. y Labrador F.J. Juego patológico. Editorial Síntesis. Madrid. 2002.

Fernández – Solá J. Metodología en Epidemiología. Tema monográfico. Fundación Clínic. Barcelona.

-
- Feuerlein W. Alcoholismo: Abuso y dependencia. Salvat Editores. S.A. Barcelona. 1982.
- Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Castilla y León (F.A.R.C.A.L.): Ponencias. Congreso Nacional. Bilbao. 3 / 4 / 5 de agosto. 1987.
- Fernández Cambor B. El alcoholismo en A P. Aspectos psíquicos, biológicos y sociales. En: Medicina Integral. Vol.27. Número 9. Mayo 1996. (77-85).
- Freixa F., Soler Insa P.A. y cols. Toxicomanías. (Un enfoque multidisciplinario). Editorial Fontanella. Barcelona. 1981.
- Freixa Neus. Entrevistas motivacionales. En: Coloquios en drogodependencias. Nº 7 Enero. 1999. (8-9).
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. La incidencia de las drogas en el mundo laboral, 1996. F. A. D. Madrid. 1996.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción: PIPES. (Plan Integral de Prevención Escolar). Prevenir para vivir. F A D. Madrid.1996.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. PIPES: Manual de técnicas para la prevención escolar del consumo de drogas. F A D. Madrid.1996.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. PIPES: Material de prevención del consumo de drogas para la educación secundaria obligatoria. F A D. Madrid.1996.
- Goldberg M. y cols: La epidemiología sin esfuerzo. Ediciones Díaz de Santos. S. A. Madrid. 1994.
- González Gutiérrez R. y Bandrés Moya F. Análisis de drogas de abuso en orina. (Aspectos socio-laborales). Fundación Laboral Servicios Asistenciales. Departamento de Toxicología y Legislación Sanitaria. Universidad Complutense de Madrid. 1993.
- Gordon R. An operational classification of disease prevention. En: J.A. Steinberg y M. M. Silverman (Eds.). Preventing mental disorders. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. 1987. Págs. 20-26.
- Griffith Edwards: Tratamiento de alcohólicos. (Guía para el ayudante profesional). Editorial Trillas. México. D. F. 1986.
- Gual Antoni. Tratamiento de deshabitación del alcoholismo. En: Coloquios en Drogodependencias. Nº.6. Septiembre. 1998 (8-10), y Nº.7. Enero. 1999. (10-12).
- Ibáñez Cuadrado Ángela y Sáiz Ruiz Jerónimo. "La ludopatía, una nueva enfermedad". Ed. Masson. 2001. Barcelona.
- Jampolsky L. Sanar las Adicciones. (Cómo liberarse a sí mismo de las pautas y comportamientos adictivos). Ediciones Obelisco. Barcelona. 1994.
-

-
- Jenicek. M. y Cleroux.R. Epidemiología: Principios, técnicas y aplicaciones. Salvat. Barcelona. 1987.
- Junta de Castilla y León: “Drogas institucionalizadas. Alcohol”. En: Análisis del Estado de Salud de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Valladolid.1998.
- Junta de Castilla y León: “Drogodependencias” y “III Plan Regional sobre Drogas”. En: La Salud en Castilla y León. (1990 – 1998). Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Salamanca. 1999.
- Junta de Castilla y León: Guía de los recursos de atención a las drogodependencias en la provincia de León. Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de León. Sección de Asistencia Psiquiátrica y Drogodependencias. León. 2002.
- Junta de Castilla y León: GUÍA para la intervención de los profesionales de AP en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Comisionado Regional para la Droga. León. 2007.
- Junta de Castilla y León: Guía terapéutica SACYL (Problemas de salud prevalentes en medicina familiar). Sanidad de Castilla y León (SACYL). Valladolid 2009. Páginas 587-593 y 598.
- Kaplan Harold I. Psiquiatry (Vol. III). 1980. Willians and Wilkims Co.
- Lieber C. S. Metabolismo de etanol y patogénesis de la hepatopatía alcohólica. En: Gastroenterología y Hepatología. Vol.14. Núm. 6. 1991.
- Lilienfeld/Lilienfeld: Fundamentos de epidemiología. Addison-Wesley Iberoamericana. México. D.F. 1987.
- Maciá Antón D. Las drogas: Conocer y educar para prevenir. Ediciones Pirámide. Madrid. 2.000.
- Malka R., Fouquet P. y Vachonfrance G. Manual de Alcohología. Masson, S.A. Barcelona.1987.
- Marcos Flores Antonio. III. Abordaje del paciente alcohólico. En: Abordaje del paciente toxicómano. Drug Farma. S.L. 2000 (27-31).
- Marina González Pedro A. Las drogodependencias en Internet. En: Coloquios en drogodependencias. N°.7. Enero. 1999. (4-7).
- Martí Tusquets J. L. y Murcia Grau M. Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica. Editorial Herder. Barcelona. 1987.
- Martí Tusquets, J.L.: Cuestionario anamnésico epidemiológico psiquiátrico. Ed. Anthropos. Barcelona. 1990.
- Martin-Guzmán M^a. Pilar (Presidenta del INE). España en cifras.1996. Madrid. 1996.
-

- Martínez Álvarez, J. R. y cols.: El lúpulo contenido en la cerveza, su efecto antioxidante en un grupo controlado de población. SEDCA (Sociedad Española de Dietética y Ciencias de Alimentación). Facultad de Medicina. Universidad de Valencia. Cerveza y Salud. Madrid. 2007.
- Materazzi M.A. Drogodependencia. Editorial Paidós. S.A. Buenos Aires. 1985.
- Mausner y Bahn. Epidemiología. Ed. Interamericana. México.1977.
- Medical Digest: Drogodependencias. Editorial MCR, S. A. Vol. VI. Nº.1. 1997.
- Medicina Integral. Las encuestas de salud (y II): aplicaciones, ventajas y limitaciones. Medicina Integral. Volumen 24. Nº 9. Noviembre 1994. Pág. 80.
- Melero Juan Carlos y Pérez de Arróspide Jesús A. Drogas: más información, menos riesgo. Tu Guía. Edex. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. 2001.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública: Fichas Informativas sobre Alcohol y Alcoholismo. Madrid.1982.
- Ministerio de Sanidad y Consumo: guía de Atención a las Drogodependencias. (Intoxicación Aguda y Abstinencia). Dirección General de Salud Pública. Madrid. 1986.
- Moraleda Jiménez I. y Garrido-Lestache Rafael. El alcoholismo y sus consecuencias. En: Toxicología. ACOFAR. / Nº 313 / Junio.1993.
- Morris, J.N. Aplicaciones de la epidemiología. Ed. Salvat. Barcelona. 1985.
- Nahas G., Trouvé R. y cols.: Toxicomanías. (Manual). Masson, S. A. Barcelona. 1992.
- Núñez C. D. Juventud y alcoholismo. Instituto de Investigación de Ciencias Sociales (ACIP AIS). I Curso-Máster en Drogodependencias y SIDA. Fuengirola. 1995.
- Orford J., Morrison V. y Somers M. Alcohol y juego: Comparación y su implicación en las teorías de las adicciones. En: Revista de toxicomanías (RET). Nº.10. Primer trimestre. Barcelona.1997. (17-22).
- Oromí Durich J. Aspectos esenciales de la epidemiología. En: Medicina Integral. Vol.28.Número 2. Junio. 1996. (11-12).
- Pérez Serrano G. Elaboración de Proyectos Sociales. Casos Prácticos. Narcea. S.A. de Ediciones. Madrid. 2004.
- Piédrola, G. et al. Medicina preventiva y salud pública. (9ª edic.). Masson-Salvat. Barcelona 1991.

Plan Nacional sobre Drogas: El profesional de AP de salud ante los problemas derivados del consumo de alcohol. Ministerio de Justicia e Interior. Delegación del Gobierno para el P N D. Madrid.1994.

Ramos Castellanos J.L., Lozano Suárez M. y Hernández García P. Nuestra experiencia con Tiapride en enfermos alcohólicos. Dpto. de Psiquiatría y Psicología Médica. Hospital Clínico Universitario. Salamanca. En: Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. 10. 4 (235-256). 1982.

RET. Revista de Toxicomanías: Alcohol y juego. Comparación y su implicación en las teorías de las adicciones. Nº 10. Primer trimestre. 1999.

Revuelta Muñoz E. y Godoy García P. ¿Es posible definir los límites no nocivos del consumo de alcohol?. En: Atención Primaria.Vol.32. Núm. 8 SEMFYC (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria).(49-51). 2003.

Ridruejo Alonso P. y cols.: Psicología médica. McGraw-Hill. Interamericana. Madrid. 1996. Páginas 639-652.

Ridruejo Alonso P. “Hacia un modelo integral de adicción”. 1994. En: “Psicopatología y alcoholismo”.

Robledo Teresa, García García Isabel y cols. Los jóvenes españoles y el alcoholismo. En: Papeles del Psicólogo. Colegio Oficial de Psicólogos. Época III. Nº. 65.1996 (20-26).

Rothman, K.J.: Epidemiología moderna. Díaz de Santos. Madrid. 1987.

Rubio C. y cols. Eficacia diagnóstica de los marcadores biológicos del consumo alcohólico en la detección de bebedores excesivos. En: Anales de Medicina Interna. Madrid 1996. (30-36).

Rubio Valladolid Gabriel. Actualización del Concepto de Alcoholismo. En: Coloquios en Drogodependencias. Nº.6. Septiembre.1998. (4-7).

Ruiz Manosalbas Á. y Rodríguez Fernández V. Nuevas perspectivas terapéuticas en el alcoholismo. En: Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines. Vol. VIII. Septiembre-octubre. 1981. Número. 5.

San Martín, H. Epidemiología: teoría, investigación, práctica. Díaz de Santos. Madrid. 1985.

San Martín, H.: Salud pública y medicina preventiva. Masson. Barcelona. 1989.

Sanatorio Psiquiátrico “Santa Isabel”: Memoria Psiquiátrica. León. Diciembre.1985.

Santo Domingo J. No te indas ante...El Alcohol. Ediciones Rialp. S. A. Madrid. 1990.

Santos Diez Patxi y cols. Motivación al cambio y perfil psicosocial del jugador patológico que demanda tratamiento: estudio multicéntrico. En: Papeles del Psicólogo. Nº.78. 2001. (50-53).

- Secades Villa R. Alcoholismo Juvenil. (Prevención y tratamiento). Ediciones Pirámide. S.A. Madrid. 1996.
- Secades Villa R. y Villa Canal A. El juego patológico. (Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia). Ediciones Pirámide. Madrid. 1998.
- Schnitmann L. E. Tratamiento de las drogodependencias. (Heroína, Cocaína, Alcohol, Tabaco, Sintéticos). Editorial Grupo Cero. Madrid. 1995.
- Schüller Pérez A. Alcoholismo y drogas. En: Patologías con una alta incidencia social. *Medicine*.1993; 6 (Nº. extr.): 9-16.
- Schüller A. Aspectos biológicos del alcoholismo. En: Clínicas Médicas de España. Madrid. 1996.
- Schüller A. Alcoholismo. En: Clínicas Médicas de España. Vol. I. Nº 2. Junio 1996.
- Schüller A. Etiopatogenia general del alcoholismo y de las lesiones orgánicas etílicas. En: Clínicas Médicas de España. Vol. I. Nº 2. Junio 1996.
- Socidrogalcohol. VIII. Jornadas Nacionales. Parte I y II. Diputación de Valencia. 1980 y 1982.
- Steinglass P., Bennett L. A. y cols. La Familia Alcohólica. Gedisa editorial. Barcelona.1997.
- Sternberg R. J. Investigar en psicología. (Una guía para la elaboración de textos científicos dirigida a estudiantes, investigadores y profesionales). Paidós . Barcelona. 1996.
- Valbuena Briones A. Manual de Toxicomanías y Alcoholismo. (Problemas médicos y psiquiátricos). 2ª edición. Masson – Salvat. Medicina. Barcelona. 1993.
- Vega Piñeiro M. Alcoholismo (I). En: Salud Rural. Nº.1. Enero 1996. (51-59).
- Wodak A. Situaciones urgentes producidas por el consumo de drogas y alcohol. En: Salud Rural. Vol. XV. Número 2. Febrero.1998. (61-68).
- Xunta de Galicia: El consumo de drogas en Galicia IV. Consellería de Sanidade e Servicos Sociais. A Coruña. 1998.

ANEXOS

Anexo 1. Bibliografía (de)

Bibliografía consultada

ABSTEMIA. Revista de adicciones. III Época. Nº 1. Marzo 1996. Palma de Mallorca.

Adicciones. Revista versión on-line. Vol. 14 número supl. Nº. 1. Alcohol. 2002. Ed. Sociodrogalcohol.

Alcoholism: Clinical & Experimental Research. 12. 1999.

Alcoholism: Clinical and Experimental Research. Noviembre 2007.

Alcoholism: Clinical and Experimental Research. Septiembre 2003.

Alcoholismo (I). En: Problemas en Medicina Práctica: Alcoholismo y Drogodependencias. Salud Rural Nº 1. Enero 1996. Pág. 51.

Atención Primaria. Vol. 32. Nº 8. 15.11.2003.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Test de identificación de trastornos por uso de alcohol. “Detección temprana de consumo de riesgo y consumo perjudicial”. (De alcohol en el último año). Diciembre 2002.

Barker D. J. P., Rose G. “Epidemiología en la práctica médica”. 2ª Edición. Ed. Mason – Salvat. Medicina. Barcelona. 1992. Págs. 52-53.

Biological Psychiatry. Octubre 2010.

British Medical Journal. Julio 2002.

Cámara de Comercio de León. 1997.

CCXXVI Reunión anual de la Sociedad Americana de Química. Nueva York. Septiembre 2003.

CESAAL. “Las bebidas alcohólicas y la salud”. 1991. Pág. 13.

CIMA. Universidad de Navarra.

Circulation. 31.08.1999.

Colegio Oficial de Psicólogos de España. “Papeles del psicólogo. Enero-Abril 2003. vol. 23. Nº 84. Págs. 13-16. Programa “Saluda al fin de semana”. En: Prevención escolar del abuso de alcohol y otras drogas”.

Comisionada Regional para las Drogas de Castilla y León. Diciembre 2006.

Conferencia sobre voluntad y adicciones. Obra Social La Caixa. Barcelona. Abril 2007.

Consejería de Sanidad de Cantabria. “Programa para reeducar a jóvenes bebedores”. Enero 2003.

Curso de Alcohol y otras adicciones en AP. 2002 y 2004.

De Pablo Ezcurra Julia. Tesis Doctoral. “Alcoholismo y ludopatía. Estudio de comorbilidad”. Facultad de Psicología. Pamplona. Abril 2001.

Decálogo de la UE, recomendaciones sobre políticas en materia de alcohol”. Noviembre 2003.

Del Río, MC. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social: “El consumo de drogas en Castilla y León”. 2000.

Excma. Diputación Provincial de León. “Listado de la población marginal de la provincia de León.

FAD. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. “Las drogas en el mundo laboral”. 1996.

Fundación La Caixa. Obra social. Hablemos de drogas. (Una realidad que debe tratarse en familia). Barcelona 2007.

Goldberg M. “La epidemiología sin esfuerzo”. Díaz de Santos. Madrid. 1994. Pág. 10.

González Vázquez M^a Isabel. Estudio epidemiológico de consumo de alcohol en el área de salud de El Bierzo. Tesis Doctoral. Oviedo. 1992.

INE Censo Provincial de León.

INEM. Datos de actividad y paro referidos a Octubre-Noviembre 1997.

Junta de Castilla y León “Guía para la intervención de los profesionales de AP en el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol”. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. 2007.

Lázaro Visa Susana y cols. Promoción de recursos personales para la prevención del consumo abusivo de alcohol. En: Papeles del Psicólogo 2009. Vol. 30 (2). pp. 117-124.

Martí Tusquets J. L. “Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica”. Ed. Herder. Barcelona. 1987. Pág. 75.

Martín Emiliano, Subdelegado del Plan Nacional sobre Drogas. “Curso sobre alcohol y otras adicciones en AP.” Octubre 2002.

Memoria de BEDA. Año 2000. Ponferrada.

Ministerio de Sanidad y CC.AA. “Informe de situación de Salud Mental”. Febrero 2003.

Ministerio de Sanidad y Consumo: Drogas (Realidades, mitos, efectos, tipos, riesgos, abuso, consumo, dependencia). Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el PND. Madrid. 2007. Páginas 17-27.

Nature Neuroscience. Marzo 2010.

OMC – Ministerio de Sanidad. “La guía de buena práctica clínica en uso y abuso del alcohol”. Enero 2007.

OMS. Conferencia Ministerial Europea sobre los jóvenes y el alcohol. Estocolmo. En: Tiempo, de hoy. Nº 983. 2001.

Pascual César. “La inserción laboral, un paso muy importante para la desintoxicación”. Consejería de Sanidad de Cantabria. Abril 2001.

Paul Kenny. Instituto de Investigación Scripps. California. Marzo 2010.

Pérez Serrano G. “Elaboración de Proyectos Sociales. Casos Prácticos”. Narcea Ediciones. Madrid. 1993.

PNAS, Edición electrónica, Julio 2010.

Proceedings of The National Academy of Sciences. Junio 2003.

Proceedings of the National Academy of Sciences. Junio 2009.

Programa “¿Y tú por qué bebes?” y “El Busciélago”. Consejería de Sanidad de Cantabria. Diciembre 1999.

Programa “Prevenir para vivir”. Consejería de Sanidad de Cantabria. Mayo 2003.

Reunión Anual de la Asociación Americana del Corazón. Chicago. 14.11.2010.

Rubio Gabriel. Dpto. de Psiquiatría y Salud Mental de la Comunidad de Madrid. I Congreso Europeo de Trastornos Adictivos. Alicante. Abril 2003.

Sáiz Jerónimo. “Tratamiento del juego patológico”. Hospital de Bellvitge. Barcelona. Enero 2004.

Sancho Jerónimo. Jefe de Neurología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Mayo 2010.

Santos Díez Patxi, Camacho Ferrer Imma, Llinares Pellicer, M. Consuelo, Palau Muñoz, Carmen y Albiach Catalá, Carmen. “Motivación al cambio y perfil psicosocial del jugador patológico que demanda tratamiento: estudio multicéntrico”. En: Papeles del Psicólogo. 2001. Nº 78. Págs. 50-53.

SEMFYC: Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Servicio Cántabro de Salud (SCS). “Programa de actuación y prevención en el consumo de alcohol”. Enero 2004.

Vega González, Laura. Merino y Margarita Cano: “Las e-adicciones” (Psicólogas de AIS: Atención e Investigación de Socioadicciones). Noviembre 2010.

Vega Piñeiro M. Alcoholismo (I). En: Salud rural. Nº.1. Enero 1996.

XII Jornadas Nacionales de Patología Dual. Madrid. Mayo 2010.

XLVII Conferencia Anual de Epidemiología y Prevención Cardiovascular. Orlando. Marzo 2007.

Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais: “El consumo de drogas en Galicia”. IV.1998. Pág. 49. Tabla 2.6. La Encuesta. Prg. 2.

Anexo 2. Fuentes y Métodos Estadísticos

FUENTES Y MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Fuentes

Las fuentes utilizadas para la realización del presente trabajo (cuestionarios) nunca han podido llegar más allá de una primera orientación, puesto que el carácter del presente estudio no se reflejaba en los ítems disponibles. No obstante, dichas fuentes son:

1. Cuestionario G-UAM-86. Ayuntamiento de Madrid. Concejalía de Juventud. Trabajo dirigido por el Dr. José Lorenzo González (UAM. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud).
2. Cuestionario EDIS, S.A. Estudio E/380. 1996. En: “Estudio sobre la incidencia de las drogas en el mundo laboral”. FAD. Madrid 1996.
3. Cuestionario sobre “Juventud y alcoholismo”. A.P.L.A.R. (Asociación Provincial Lucense de Alcohólicos Rehabilitados).
4. Fases del alcoholismo según Jellinek. Tabla 11.
Ítems de Jellinek modificados por Freixa y Bach para España. Tabla 12.
Correspondencia entre los ítems de Jellinek y los modificados. Tabla 13.
Esquema para la clasificación de los alcohólicos. Tabla 14.
En: Feuerlein W, 1982, 175-187.
5. SEDINFO (Sistemas Editoriales e Informativos, S.L.). Guías locales. Madrid 2003.

Métodos estadísticos

Se incluyen en este apartado los métodos utilizados en la elaboración del análisis estadístico:

1. Sistema informático: S-PSS.
2. Las relaciones entre la variable cualitativa dicotómica SEXO, y otras variables cualitativas se estudiaron mediante la prueba χ^2 de Pearson.
3. Las relaciones de SEXO y las variables cuantitativas se analizaron utilizando la prueba t de Student.
4. La variable cuantitativa EDAD, se transforma en la variable cualitativa EDAD2, al ser dividida por intervalos expresados en años.
5. Las relaciones entre la variable cualitativa politómica EDAD, y otras variables cualitativas, se analizaron mediante la prueba χ^2 de Pearson.
6. Las relaciones EDAD2 y las variables cuantitativas, se estudiaron con el Análisis de la Varianza.
7. Las comparaciones particularizadas entre grupos de edad se efectúan con la prueba Student-Newman-Keuls.
8. Como en algunos casos la prueba de Levene indica que no se cumplía el requisito de homogeneidad de las varianzas, fue necesario aplicar el Análisis de la Varianza, con lo cual, al existir un gran tamaño muestral, y debido a la robustez del Análisis de la Varianza, nos permiten considerar aceptable su uso en este caso.
9. El gran tamaño muestral nos permite la aplicación del Teorema Central del Límite, haciendo innecesaria la distribución de Gauss en las variables cuantitativas. Por eso, es correcto el uso de otras pruebas paramétricas, y en concreto, la t de Student, con resultados prácticamente iguales a la distribución de Gauss.

10. Cruce de variables: se realiza cruce de las variables EDAD y SEXO con múltiples variables, tanto cuantitativas como cualitativas (excediendo su enumeración la capacidad del presente estudio).

Anexo 3. Metodología (de)

ANEXO 3: METODOLOGÍA (DE)

CONCEPTO	LEÓN	EL BIERZO
RESTAURANTES 4	1	-
RESTAURANTES 3	5	2
RESTAURANTES 2	132	26
RESTAURANTES 1	323	69
CAFETERIAS 3	3	-
CAFETERIAS 2	31	8
CAFETERIAS 1	103	20
BARES CE	298	83
OTROS BARES	2942	677
SUPER PEQUEÑOS	106	63
SUPER MEDIANOS	42	1
SUPER GRANDES	28	0
HIPERMERCADOS	2	1
TIENDAS ALIMENTACIÓN	612	358
AMBULANTE	62	21
GRANDES ALMACENES	1	0
MAYORISTAS	25	-
MAYOR BEBIDAS Y TA.	106	21
MENOR VINOS	29	8

Fuente: Cámara de Comercio de León. 1997.

Tabla 22. Lugares de venta de alcohol en la provincia.

Según el INE (Instituto Nacional de Estadística), 2006, todas las provincias de Castilla y León superaban la media nacional en número de bares, restaurantes, cafeterías y pubs...(lugares de venta y/o consumo de alcohol), hallándose situada dicha media nacional en 108 personas/establecimiento.

León se hallaba a la cabeza, ocupando incluso el segundo puesto nacional (detrás de Lugo), correspondiendo un bar, cafetería o restaurante por cada 85 habitantes. Por entonces, la provincia contaba con más de 4500 establecimientos de hostelería, teniendo unas 3000 licencias de bar o pub, 840 restaurantes y 232 cafeterías (El Mundo – La Crónica de León. 24.07.2006. Pág. 13).

De acuerdo con el estudio de la Consultoría Bossard y Laboratorios Merck (30.06.1997) en España correspondería un bar/169 habitantes.

**CUESTIONARIO SOBRE ADICCIÓN AL ALCOHOL EN
LA COMARCA DE EL BIERZO. EPIDEMIOLOGÍA.**

MICROESTUDIO.

Presentación del entrevistador.

Estamos realizando un estudio sobre calidad de vida y consumo de alcohol en la Comarca.

El objetivo del estudio es, una vez conocidas las circunstancias, poder contribuir a la mejora del bienestar social.

Es usted, por tanto, un colaborador imprescindible dentro del objetivo.

Sus respuestas serán completamente anónimas y confidenciales.

- Nº de cuestionario -----
- Lugar de realización de la encuesta -----
- Fecha de realización de la encuesta -----

A.- Variables generales (sociológicas):

- 1.- Sexo ----- 01.- Hombre.
02.- Mujer.
- 2.- ¿Cuántos años tiene cumplidos? -----
- 3.- Su estado civil es:
01.- Soltero.
02.- Casado.
03.- Separado.
04.- Divorciado.
05.- Viudo.
06.- Vive en pareja, con hijos.
07.- Vive en pareja, sin hijos.
- 4.- ¿Con quién/es comparte la vivienda? (Señale todas las respuestas pertinentes):
01.- Padre.
02.- Madre.
03.- Hermano/s (Señale N°)
04.- Hijo/s. (Señale N°)
05.- Pareja.
06.- Amigo/s.
07.- Otro/s familiar/es.
08.- Vive solo.
09.- ¿Con cuántas personas convive, incluido usted?
- 5.- ¿Cuántos hijos tiene? -----
- 6.- ¿Cuántos años hace que reside en esta población?:
01.- Desde siempre.
02.- Hace años.
- 7.- En la actualidad usted se halla:
01.- Trabajando, con trabajo estable.
02.- Trabajando, con trabajo contratado.
03.- Realiza trabajos propios.
04.- Está parado.
- 8.- ¿Cuántos años tenía cuando comenzó a trabajar?:
Años de inicio laboral -----
- 9.- ¿Cuántos trabajos diferentes ha realizado? -----

- 10.- Su profesión puede encuadrarse en uno de los siguientes apartados: (señale todas las respuestas pertinentes):
- 01.- Obrero cualificado.
 - 02.- Obrero NO cualificado.
 - 03.- Empresario.
 - 04.- Funcionario (o equivalente).
 - 04.1.- De la enseñanza.
 - 04.2.- Sanitario.
 - 04.3.- De administración.
 - 05.- Empleado por cuenta ajena.
 - 06.- Negocio Familiar.
 - 07.- Autónomo.
 - 08.- Técnico medio.
 - 09.- Técnico superior.
 - 10.- Agricultura.
 - 11.- Minería.
 - 12.- Empleado/a hogar.
 - 13.- Ama de casa.
 - 14.- Servicios.
 - 15.- Vendedor, representante.
 - 16.- Profesión liberal.
 - 17.- Otras...(Especificar)...
- 11.- Los estudios que usted ha realizado corresponden a:
- 01.- Ninguno.
 - 02.- Leer y escribir.
 - 03.- Primarios.
 - 04.- EGB. Bachiller elemental.
 - 05.- BUP. Bachiller superior.
 - 06.- Formación profesional.
 - 07.- Estudios medios.
 - 08.- Carrera superior.
- 12.- Teniendo en cuenta los ingresos económicos, la profesión y el nivel cultural, usted piensa que la situación de su familia puede situarse en uno de los apartados siguientes:
- 01.- Nivel alto.
 - 02.- Nivel medio-alto.

- 03.- Nivel medio-medio.
- 04.- Nivel medio-bajo.
- 05.- Nivel Bajo.

B.- Factores asociados al consumo, factores de riesgo:

13.- ¿Algún miembro de su familia o amigo consume alcohol y otras sustancias?:

	<u>alcohol</u>	<u>tabaco</u>	<u>fármacos</u> (hipn/sed)	<u>otros</u>
01.- Su pareja	01.1	01.2	01.3	01.4
02.- Su padre	02.1	02.2	02.3	02.4
03.- Su madre	03.1	03.2	03.3	03.4
04.- Su/s hermano/s	04.1	04.2	04.3	04.4
05.- Otro/s familiar/es próximo/s	05.1	05.2	05.3	05.4
06.- Amigo/s	06.1	06.2	06.3	06.4

14.- ¿Algún miembro de su familia, o amigo, tiene o tuvo problemas, o está o estuvo en rehabilitación por el alcohol?

	<u>Problemas</u>	<u>Rehabilitación</u>
01.- Su pareja.	01.1	01.2
02.- Su padre.	02.1	02.2
03.- Su madre.	03.1	03.2
04.- Su/s hermano/s.	04.1	04.2
05.- Otro/s familiar/es próximo/s.	05.1	05.2
06.- Amigo/s.	06.1	06.2

15.- ¿Consume usted alguna o varias de las siguientes sustancias? (Señale todas las respuestas pertinentes):

- 01.- Alcohol.
- 02.- Tabaco.
- 03.- Cocaína.
- 04.- Heroína.
- 05.- Ácido.
- 06.- Éxtasis.
- 07.- Hipnóticos.
- 08.- Sedantes.
- 09.- Otras...

16.- ¿Cuál de estas causas le llevó a beber alcohol la primera vez?:

- 01.- Por curiosidad.
- 02.- Porque me lo dieron mis padres o familiares.
- 03.- Me animaron mis amigos.
- 04.- Para sentirme adulto.

- 05.- Para olvidar, colocarme, animarme.
- 17.- ¿En qué estado de ánimo consume habitualmente alcohol, u otras sustancias? (Sólo la respuesta principal):
- 01.- Deprimido.
 - 02.- Angustiado.
 - 03.- Malhumorado.
 - 04.- Nervioso.
 - 05.- Tranquilo.
 - 06.- Eufórico.
 - 07.- Despreocupado.
- 18.- ¿Piensa usted que influyen en su consumo de alcohol y otras sustancias alguno/s de este/os factor/es?:
- 01.- El estar usted parado.
 - 02.- La dureza de su profesión.
 - 03.- El estrés que le produce su profesión.
 - 04.- El tipo de relaciones que mantiene.
 - 05.- La facilidad de adquisición de esa sustancia.
 - 06.- El tener exceso de tiempo libre.
- 19.- ¿Le parece cierta la afirmación de que una/s copa/s de alcohol puede/n curar catarros, o es útil para combatir e frío, las lipotimias, etc.?
- 01.- Sí.
 - 02.- No.
- 20.- ¿Está usted de acuerdo en que un poco de alcohol estimula el ánimo y las relaciones sociales, y debe hallarse en toda fiesta social?:
- 01.- Sí.
 - 02.- No.
- 21.- ¿Considera que el alcohol es un aperitivo (que estimula el apetito) o bien que es un alimento, debido a sus calorías?:
- 01.- Sí.
 - 02.- No.

C.- Consumo personal de alcohol:

22.- Si consume usted alcohol:

- 01.- Edad de inicio en el consumo -----
- 02.- Años de consumo habitual -----
- 03.- Años de consumo esporádico -----
- 04.- Años en que raramente ha consumido -----

23.- ¿Cómo se inició usted en el consumo de alcohol?:

- 01.- En familia, en casa.
- 02.- En una fiesta.
- 03.- En el trabajo.
- 04.- En una reunión.
- 05.- En la escuela.
- 06.- En la calle, con los amigos.

24.- ¿Usted consume actualmente alcohol por:

- 01.- Curiosidad, nuevas experiencias.
- 02.- Para sentirse bien, por placer.
- 03.- Por inconformismo y rechazo a la sociedad.
- 04.- Por vivir intensamente, para huir de la rutina.
- 05.- Para integrarse en el grupo, por influencia social o de los amigos, pues todos beben.
- 06.- Por problemas en el trabajo o estudio.
- 07.- Por problemas familiares.
- 08.- Por las condiciones de mi trabajo.
- 09.- Por problemas económicos.
- 10.- Por problemas de relación.
- 11.- Por problemas personales (de salud, tristeza, etc.).
- 12.- Por no poder dejar de beber.
- 13.- Otros... Especificar.

25.- Durante los seis últimos meses ¿qué tipo de bebidas, cantidad de vasos y/o copas, y en qué días consume?:

	<u>Cada día</u>	<u>Fin de semana</u>	<u>Total</u>
01.- Vino (nº. cop/vas.)
02.- Cerveza “ / “
03.- Vermut “ / “
04.- Licor de Frutas “ / “
05.- Licores “ / “
06.- Mezclas “ / “
combinados			
07.- Whisky “ / “
08.- Otros ... “ / “
(Especificar)			

26.- Durante los últimos treinta días, ¿cuándo ha consumido bebidas alcohólicas?:

- 01.- Sólo los días laborables.
- 02.- Los fines de semana.
- 03.- Los fines de semana y días laborables.
- 04.- Sólo en ocasiones especiales.
- 05.- Nunca.

27.- ¿Cómo y en dónde ha consumido bebidas alcohólicas el último mes? (Señale todas las respuestas pertinentes):

- 01.- Solo, en casa.
- 02.- Solo, fuera de casa.
- 03.- Con la familia, en casa.
- 04.- Con los amigos, en mi casa o la suya.
- 05.- Con los amigos, u otra gente, en bares, cafeterías o pubs.
- 06.- En discotecas.
- 07.- En el barrio donde reside.
- 08.- Fuera “ “ “
- 09.- De prisa.
- 10.- Despacio, degustando.

28.- Durante los últimos treinta días, ¿Cuánto opina usted que ha bebido?

- 01.- Nada.
- 02.- Poco.

- 03.- Normal.
- 04.- Bastante.
- 05.- Mucho, hasta embriagarme alguna vez.
- 29.- ¿Cuánto dinero gasta usted al día, en consumo de alcohol?:....
- 30.- ¿Cuándo inicia usted el consumo de alcohol, puede interrumpirlo, sin tener que beber más, para refrescar la boca?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 31.- ¿Ha pasado usted de degustar la bebida, a tomarla con rapidez o avidez?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 32.- ¿Consume usted ahora mayor cantidad de bebidas alcohólicas, o bebidas de mayor graduación alcohólica?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 33.- ¿Se pone usted nervioso, a veces, si no dispone de bebidas alcohólicas?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 34.- ¿Consigue pasar algún día completo sin beber nada, en absoluto?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 35.- ¿Le resulta más fácil beber menos cuando no bebe por la mañana?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 36.- ¿Necesita beber todos los días, y de modo específico por las mañanas, para sentirse bien?
- 01.- No, nunca.
- 02.- Raras veces, y en casa
- 03.- Algunos días, y en casa.
- 04.- Muchos días, pero en el bar.
- 05.- Todos los días, en casa o en el bar.
- 37.- ¿Le tiemblan las manos, incluso otras partes del cuerpo, (de modo especial al levantarse) hasta que bebe un trago?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
-

- 38.- ¿Le parece que, últimamente, el alcohol le hace más daño, incluso tomando menos cantidad?
 01.- Sí.
 02.- No.
- 39.- ¿Le parece que le afectan últimamente más las cosas y circunstancias de su entorno?:
 01.- Sí.
 02.- No.
- 40.- ¿Se halla usted ahora, con respecto a un tiempo atrás, más débil y cansado, con menos fortaleza?:
 01.- Sí.
 02.- No.
- 41.- Cuando ha bebido una cierta cantidad, ¿se siente a disgusto consigo mismo, o piensa que ha hecho algo malo?
 01.- Sí.
 02.- No.
- 42.- Si ha pasado algún tiempo sin beber, ¿se siente desgraciado por no poder dejar de beber para siempre?
 01.- Sí.
 02.- No.
- 43.- ¿Piensa que es muy desgraciado, si no está bebiendo?:
 01.- Si.
 02.- No.
- 44.- ¿Cuando está realizando un trabajo, desea terminarlo para poder beber?:
 01.- Sí.
 02.- No
- 45.- ¿Desea abandonar el consumo de alcohol, lo ha intentado?:
 01.- Lo desea, pero no lo ha intentado.
 02.- Lo ha intentado algunas veces.
 03.- Lo ha intentado muchas veces, sin conseguirlo.
 04.- Lo ha intentado y lo consiguió durante un tiempo.
 05.- Desea consumir moderadamente.
 06.- No se lo ha planteado.
- 46.- ¿Cuántas veces ha intentado dejar el alcohol?:
 01.- A través de profesionales -----
 02.- “ “ “ NO profesionales -----

- 03.- “ “ “ consultas de ambulatorio -----
- 04.- “ “ “ “ particulares -----
- 05.- “ “ “ hospitales -----
- 06.- Otros... Especificar... -----

47.- ¿El consumo de alcohol ha sido causa, en alguna ocasión, de alguno/s de los siguientes problemas? (Pueden existir múltiples respuestas):

- 01.- Problemas de salud física o psíquica.
- 02.- Problemas de relación con amigos, vecinos, etc.
- 03.- Conflictos familiares.
- 04.- Dificultades económicas, menores ingresos.
- 05.- Accidentes laborales.
- 06.- Faltar algún día al trabajo.
- 07.- Faltar específicamente el (día de la semana) -----
- 08.- Menor rendimiento laboral.
- 09.- Penalizaciones en la empresa.
- 10.- Despidos laborales. ¿Cuántos? -----
- 11.- Accidentes de tráfico.
- 12.- Problemas con la Policía o la Ley.
- 13.- Otros problemas... Especificar...

D.- Juventud.

48.- Usted opina que las relaciones con sus padres han sido y/o son:

- 01.- Muy buenas.
- 02.- Buenas.
- 03.- Indiferentes.
- 04.- Conflictivas, insatisfactorias.
- 05.- Francamente malas.

49.- Su situación actual es la/s siguiente/s:

- 01.- Estudia.
- 02.- “ “ y trabaja regularmente.
- 03.- “ “ “ “ “ raramente, o de vez en cuando.
- 04.- Trabaja por cuenta ajena.
- 05.- “ “ “ “ “ propia.
- 06.- “ “ en negocio familiar.

50.- ¿Cuántos años tenía cuando abandonó los estudios? -----

51.- ¿Cuál fue el motivo del abandono de los estudios?:

... Especificar...

52.- ¿A qué edad comenzó a trabajar? ----- años.

53.- ¿De cuánto dinero, en pesetas, dispone aproximadamente, para sus gastos semanales?

54.- ¿Cuántas veces, aproximadamente, ha salido de diversión nocturna, durante los últimos doce meses?

- 01.- No sale nunca de noche.
- 02.- Una vez al mes, o menos.
- 03.- Dos veces al mes.
- 04.- Todos, o casi todos, los fines de semana.

E.- Alcoholismo femenino:

55.- ¿Atiende usted menos, desde hace algún tiempo, su aspecto personal?:

01.- Sí.

02.- No.

56.- ¿Le resultan más pesadas ahora las tareas domésticas?:

01.- Sí.

02.- No.

57.- ¿Padece repetidas molestias de todo tipo?. ¿Nota que disminuyen, o tal vez desaparecen, estas molestias, si toma licor, vino, cerveza, etc.?:

01.- Sí.

02.- No.

58.- ¿Sus relaciones de pareja son ahora más tensas, llegando incluso a las amenazas?:

01.- Sí.

02.- No.

59.- ¿Piensa, tal vez, que su pareja la engaña, o se preocupa menos de usted, saliendo más, solo o con sus amigos?:

01.- Sí.

02.- No.

60.- ¿Bebe a solas, o cuando su pareja ha salido de casa?:

01.- Sí.

02.- No.

“LA ESTRUCTURA DE LA ENCUESTA. ESTUDIO PILOTO”

A.- VARIABLES GENERALES; SOCIOLÓGICAS. (Son todas variables clasificatorias o variables de identificación).

- 1.- Sexo: Pr.1.
- 2.- Edad: Pr.2.
- 3.- Estado civil: Pr.3.
- 4.- Vivienda, convivencia: Pr.4.
- 5.- Hijos, N°: Pr.5
- 6.- Emigración, residencia: Pr.6.
- 7.- Situación laboral: Pr.7.
- 8.- Edad de inicio laboral: Pr.8
- 9.- N° de trabajos realizados: Pr.9.
- 10.- Profesión: tipo y cualificación: Pr.10.
- 11.- Nivel cultural-educativo: Pr.11.
- 12.- Clase social subjetiva: Pr.12.
- 13.- Ingresos de la familia: Pr.13

B.- FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO; FACTORES DE RIESGO.

- 1.- Consumo familiar y/o amigos de alcohol y/o otras sustancias, posible problemática y/o necesidad de recuperación: Pr.14 y Pr.15.
- 2.- Consumo personal de una o varias sustancia/s (politoxicomanía): Pr.16.
- 3.- Motivación de inicio en el consumo: Pr.17.
- 4.- Estado de ánimo en que consume: Pr.18
- 5.- Otros factores de riesgo: Pr.19.
- 6.- Mitos acerca del alcohol: Pr.20.

C.- CONSUMO PERSONAL DE ALCOHOL.

- 1.- Edad de inicio y años de consumo: Pr.21.
- 2.- Modo de inicio, lugar, etc.: Pr.22.
- 3.- Motivación actual de consumo: Pr.23.

- 4.- Cantidad de consumo en los seis últimos meses: cada día, en fin de semana, total/semana: Pr. 24.
- 5.- Consumo durante el último mes: cuándo, lugar o cómo: Pr. 25 y 26.
- 6.- Opinión personal sobre la cantidad de consumo propio: Pr. 27
- 7.- Dinero gastado en alcohol/día: Pr. 28.
- 8.- Dependencia física:
 - 8.1.- D. física: Pr. 20-30.
 - 8.2.- Mayor tolerancia: Pr.31.
 - 8.3.- S. de abstinencia: Pr. 32, 33, 34, 35 y 36.
 - 8.4.- Menor tolerancia (grado más avanzado de afección alcohólica): Pr. 37, 38 y 39.
- 9.- Dependencia psíquica:
 - 9.1.- D. psíquica: Pr. 40, 41, 42 y 43.
 - 9.2.- Deseo – Intento de abandono del consumo: Pr.44 y 45.
- 10.- Consecuencias (las consecuencias prevalentes son: salud, familia, absentismo laboral, menor rendimiento laboral, problemática legal y/o social): Pr.46.

D.- JUVENTUD (14-29 años):

- 1.- Relaciones parterno-filiales: Pr. 47.
- 2.- Situación laboral y/o cultural: PR.48, 49 y 50.
- 3.- Gasto en consumo, fenómeno de la “movida”: Pr. 51 y 52.

E.- ALCOHOLISMO FEMENINO:

- 1.- Cuidado personal y doméstico: Pr. 53 y 54.
 - 2.- Dependencia física: Pr. 55.
 - 3.- Relación de pareja: Pr. 56 y 57.
 - 4.- Modo de beber: Pr. 58.
-

CUESTIONARIO SOBRE ADICCIÓN AL ALCOHOL EN LA COMARCA DE EL BIERZO.
EPIDEMIOLOGÍA.

ESTUDIO PILOTO.

Presentación del entrevistador.

Estamos realizando un estudio epidemiológico sobre el consumo de alcohol en la Comarca de El Bierzo.

Su motivación real es muy concreta, dado que su marco es una tesis doctoral, de la cual este estudio epidemiológico constituye el núcleo.

Sin embargo, confiamos en que sus resultados puedan ser útiles, dentro de su campo y de la Comarca, a un nivel más general, y puedan contribuir a la mejora del bienestar.

Por tanto, su colaboración resulta imprescindible en este proceso.

Queremos agradecerle de antemano su inestimable atención.

Las respuestas, por supuesto, son completamente anónimas y confidenciales.

- Nº de cuestionario -----
- Lugar de realización de la encuesta -----
- Fecha de realización de la encuesta -----

- 1.- Sexo ----- 01.- Hombre.
02.- Mujer.
- 2.- ¿Cuántos años tiene cumplidos? -----
- 3.- Su estado civil es:
- 01.- Soltero.
02.- Casado.
03.- Separado.
04.- Divorciado.
05.- Viudo.
06.- Vive en pareja.
07.- Vive en pareja, sin hijos.
- 4.- ¿Con quién/es comparte la vivienda? (Señale todas las respuestas pertinentes):
- 01.- Padre.
02.- Madre.
03.- Hermano/s. Señale N°
04.- Hijo/s. (Señale N°)
05.- Pareja.
06.- Amigo/s.
07.- Otro/s familiar/es.
08.- Vive solo.
09.- ¿Con cuántas personas convive, incluido usted?
- 5.- ¿Cuántos hijos tiene? -----
- 6.- ¿Cuántos años hace que reside en esta población?:
- 01.- Desde siempre.
02.- Hace años.
- 7.- En la actualidad usted se halla:
- 01.- Trabajando, con trabajo estable.
02.- Trabajando, con contrato eventual.
03.- Realiza trabajos propios.
04.- Está parado.
04.1.- Cobrando el desempleo.
04.2.- Sin cobrar el desempleo.
05.- Es jubilado, pensionista.
- 8.- ¿Cuántos años tenía cuando comenzó a trabajar?: -----
- 9.- ¿Cuántos trabajos diferentes ha realizado? -----

10.- Su profesión puede encuadrarse en uno de los siguientes apartados: (señale todas las respuestas pertinentes):

- 01.- Obrero cualificado.
- 02.- Obrero NO cualificado.
- 03.- Empresario.
- 04.- Funcionario (o equivalente).
 - 04.1.- De la enseñanza.
 - 04.2.- Sanitario.
 - 04.3.- De administración.
- 05.- Empleado por cuenta ajena.
- 06.- Empleado en negocio Familiar.
- 07.- Trabajador autónomo.
- 08.- Técnico medio.
- 09.- Técnico superior.
- 10.- Agricultura.
- 11.- Minería.
- 12.- Empleado/a hogar.
- 13.- Ama de casa.
- 14.- Servicios.
- 15.- Vendedor, representante.
- 16.- Ejerce una profesión liberal.
- 17.- Otras...(Especificar)...

11.- Los estudios que usted ha realizado corresponden a:

- 01.- Ninguno.
- 02.- Leer y escribir.
- 03.- Primarios.
- 04.- EGB.-Bachiller elemental.
- 05.- BUP.-Bachiller superior.
- 06.- Formación profesional.
- 07.- Estudios medios.
- 08.- Carrera superior.

12.- Usted piensa que la situación de su familia puede situarse en uno de los apartados siguientes:

- 01.- Nivel alto.
- 02.- Nivel medio-alto.

- 03.- Nivel medio-medio.
- 04.- Nivel medio-bajo.
- 05.- Nivel Bajo.
- 13.- Los ingresos mensuales de su familia ascienden a:
- 01.- Menos de 50.000 ptas.
- 02.- Entre 50.000 – 75.000.
- 03.- Entre 75.000 – 100.000.
- 04.- Entre 100.000 – 125.000.
- 05.- Entre 125.000 – 150.000.
- 06.- Entre 150.000 – 175.000.
- 07.- Entre 175.000 – 200.000.
- 08.- Más de 200.000 ptas.
- 14.- ¿Algún miembro de su familia o amigo consume de modo habitual, una cantidad relativamente importante de alcohol u otras sustancias?:
- | | <u>alcohol</u> | <u>tabaco</u> | <u>otras sus.</u> |
|--|----------------|---------------|-------------------|
| 01.- Su pareja ----- | 01.1 | 01.2 | 01.3 |
| 02.- Su padre----- | 02.1 | 02.2 | 02.3 |
| 03.- Su madre----- | 03.1 | 03.2 | 03.3 |
| 04.- Su/s hermano/s----- | 04.1 | 04.2 | 04.3 |
| 05.- Otro/s familiar/es próximo/s----- | 05.1 | 05.2 | 05.3 |
| 06.- Amigo/s----- | 06.1 | 06.2 | 06.3 |
- 15.- ¿Algún miembro de su familia, o amigo, tiene o ha tenido problemas, o está o ha estado en rehabilitación por el alcohol?
- | | <u>Problemas</u> | <u>Rehabilitación</u> |
|--|------------------|-----------------------|
| 01.- Su pareja. ----- | 01.1 | 01.2 |
| 02.- Su padre. ----- | 02.1 | 02.2 |
| 03.- Su madre. ----- | 03.1 | 03.2 |
| 04.- Su/s hermano/s. ----- | 04.1 | 04.2 |
| 05.- Otro/s familiar/es próximo/s. ----- | 05.1 | 05.2 |
| 06.- Amigo/s. ----- | 06.1 | 06.2 |
- 16.- ¿Consume usted alguna o varias de las siguientes sustancias? (Señale todas las respuestas pertinentes):
- 01.- Alcohol.
- 02.- Tabaco.
- 03.- Cocaína.
- 04.- Heroína.

- 05.- Ácido.
 - 06.- Éxtasis.
 - 07.- Hipnóticos.
 - 08.- Sedantes.
 - 09.- Otras... Especificar.
 - 10.- Ninguna.
- 17.- ¿Cuál de las siguientes causas le llevó a beber alcohol la primera vez? (Señale todas las respuestas pertinentes):
- 01.- Curiosidad.
 - 02.- Se lo dieron sus padres o familiares, en casa.
 - 03.- Le animaron sus amigos.
 - 04.- Quería sentirse adulto.
 - 05.- Olvidar, animarse, colocarse.
 - 06.- Aburrimiento.
 - 07.- En el trabajo, al comer.
 - 08.- No recuerda. NS. / NC.
- 18.- ¿En qué estado de ánimo consume habitualmente alcohol? (Sólo la respuesta principal):
- 01.- Deprimido.
 - 02.- Angustiado.
 - 03.- Malhumorado.
 - 04.- Nervioso.
 - 05.- Tranquilo.
 - 06.- Tranquilo, al comer.
 - 07.- Eufórico.
 - 08.- Despreocupado.
- 19.- ¿Piensa usted que influyen en su consumo de alcohol alguno/s de los siguiente/s factor/es?:
- 01.- El estar usted parado.
 - 02.- La dureza de su profesión.
 - 03.- El estrés que le produce su profesión.
 - 04.- El tipo de relaciones que mantiene.
 - 05.- La facilidad para adquirir el alcohol.
 - 06.- El tener exceso de tiempo libre.

- 20.- ¿Le parece/n correcta/s alguna/s de la/s siguiente/s afirmación/es?:
- 01.- Un poco de alcohol sirve para curar catarrros, es útil para combatir el frío y las lipotimias.
 - 02.- Algo de alcohol estimula el ánimo y las relaciones sociales, y debe hallarse en toda fiesta.
 - 03.- El alcohol es un aperitivo (estimula el apetito) y un alimento, debido a sus calorías.
- 21.- Si consume, o ha consumido, usted alcohol, señale:
- 01.- Edad de inicio en el consumo -----
 - 02.- Años de consumo habitual -----
 - 03.- Años de consumo esporádico -----
 - 04.- Años en que raramente ha consumido -----
- 22.- ¿Cómo se inició usted en el consumo de alcohol?:
- 01.- En familia, en casa.
 - 02.- En una fiesta.
 - 03.- En el trabajo.
 - 04.- En una reunión.
 - 05.- En la escuela.
 - 06.- En la calle, con los amigos.
- 23.- Usted consume actualmente alcohol por: (Señalar todas las respuestas pertinentes):
- 01.- Curiosidad, nuevas experiencias.
 - 02.- Para sentirse bien, por placer, con la comida.
 - 03.- Por inconformismo y rechazo a la sociedad.
 - 04.- Por vivir intensamente, para huir de la rutina.
 - 05.- Para integrarse en el grupo, por influencia social o de los amigos, pues todos beben.
 - 06.- Por problemas en el trabajo o estudio.
 - 07.- Por problemas familiares.
 - 08.- Por las condiciones de su trabajo.
 - 09.- Por problemas económicos.
 - 10.- Por problemas de relación.
 - 11.- Por problemas personales, de salud, estado de ánimo, etc.
 - 12.- Por no poder dejar de beber.
 - 13.- Por otras razones... Especificar.

24.- Durante los seis últimos meses ¿qué tipo de bebidas, qué cantidad de vasos y/o copas, y en qué días ha consumido?:

	<u>Cada día</u>	<u>Fin de semana</u>	<u>Total</u>
01.- Vino (nº. copas/vasos) --	-----	-----	-----
02.- Cerveza “ / “ --	-----	-----	-----
03.- Vermut “ / “ --	-----	-----	-----
04.- Licor de			
Frutas “ / “ ---	-----	-----	-----
05.- Licores “ / “ --	-----	-----	-----
06.- Mezclas “ / “ ---	-----	-----	-----
combinados			
07.- Whisky “ / “ -	-----	-----	-----
08.- Otros ... “ / “ --	-----	-----	-----
(Especificar)			

25.- Durante los últimos treinta días, ¿cuándo ha consumido bebidas alcohólicas?:

- 01.- Sólo los días laborables.
- 02.- Los fines de semana.
- 03.- Los días laborables y los fines de semana.
- 04.- Sólo en ocasiones especiales.
- 05.- Nunca.

26.- ¿Cómo y en dónde ha consumido bebidas alcohólicas el último mes? (Señale todas las respuestas pertinentes):

- 01.- Solo, en casa.
- 02.- Solo, fuera de casa.
- 03.- Con la familia, en casa.
- 04.- Con los amigos, en mi casa o la suya.
- 05.- Con los amigos, u otra gente, en bares, cafeterías o pubs.
- 06.- En discotecas.
- 07.- En el barrio donde reside.
- 08.- Fuera del barrio donde reside.

27.- Durante los últimos treinta días, usted ha bebido:

- 01.- Nada.
- 02.- Poco.
- 03.- Bastante.
- 04.- Se ha embriagado alguna vez.

- 28.- ¿Cuánto dinero gasta usted al día, en consumo de alcohol?:
- 01.- Aproximadamente -----
- 02.- Variable, no es fijo.
- 03.- NS. / NC.
- 29.- Cuando inicia usted el consumo de alcohol, ¿puede interrumpirlo, sin tener que beber más para refrescar la boca?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 30.- ¿Ha pasado usted de “degustar” la bebida, a tomarla con rapidez o avidez?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 31.- ¿Consume usted ahora mayor cantidad de bebidas alcohólicas, o bebidas de mayor graduación alcohólica?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 32.- ¿Se pone usted nervioso, a veces, si no dispone de bebidas alcohólicas?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 33.- ¿Consigue pasar algún día completo sin beber nada en absoluto?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 34.- ¿Le resulta más fácil beber menos cuando no bebe por la mañana?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 03.- NS. / NC., no procede.
- 35.- ¿Necesita beber todos los días, y de modo específico por las mañanas, para sentirse bien?:
- 01.- No, nunca.
- 02.- Raras veces, y en casa
- 03.- Algunos días, y en casa.
- 04.- Muchos días, pero en el bar.
- 05.- Todos los días, en casa o en el bar.
- 36.- ¿Le tiemblan las manos, o incluso otras partes del cuerpo, de modo especial al levantarse, hasta que bebe un trago?:
- 01.- Sí.

- 02.- No.
- 37.- ¿Le parece que, últimamente, el alcohol le hace más daño, incluso tomando menos cantidad?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 38.- ¿Le parece que le afectan, últimamente, más las cosas y circunstancias de su entorno?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 39.- ¿Se halla usted ahora, con respecto a un tiempo atrás, más débil y cansado, con menos fortaleza?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 03.- Sí, debido a la edad o enfermedad.
- 40.- Cuando ha bebido una cierta cantidad, ¿se siente a disgusto consigo mismo, o piensa que ha hecho algo malo?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 03.- Sí, pero sólo si bebe en exceso.
- 41.- Si ha pasado algún tiempo sin beber, ¿se siente desafortunado por no poder dejar de beber para siempre?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 42.- ¿Piensa que es muy desafortunado, si no está bebiendo?:
- 01.- Si.
- 02.- No.
- 43.- Cuando está realizando un trabajo, ¿desea terminarlo para poder beber?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 03.- Sí, pero más bien en verano, por el calor.
- 44.- ¿Desea abandonar el consumo de alcohol, lo ha intentado?:
- 01.- Lo desea, pero no lo ha intentado.
- 02.- Lo ha intentado algunas veces.
- 03.- Lo ha intentado muchas veces, sin conseguirlo.
- 04.- Lo ha intentado y lo ha conseguido durante un tiempo.
- 05.- Desea consumir moderadamente.
-

- 06.- No se lo ha planteado.
- 45.- ¿Cuántas veces ha intentado dejar el alcohol?: Nº. veces.
- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| 01.- A través de profesionales ----- | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 02.- “ “ “ NO profesionales ----- | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 03.- “ “ “ consultas externas ----- | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 04.- “ “ “ “ particulares ----- | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 05.- “ “ “ hospitales ----- | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 06.- Otros... <u>Especificar.</u> ----- | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- 07.- Nunca.
- 46.- El consumo de alcohol ha sido causa, en alguna ocasión, de alguno/s de los siguientes problemas para usted: (Señalar todas las respuestas pertinentes):
- 01.- Problemas de salud física y/o psíquica.
- 02.- Problemas de relación con amigos, vecinos, etc.
- 03.- Conflictos familiares.
- 04.- Dificultades económicas, menores ingresos.
- 05.- Accidentes laborales.
- 06.- Faltar algún día al trabajo.
- 07.- Faltar al trabajo de modo específico, el -----
(señalar día de la semana).
- 08.- Menor rendimiento laboral.
- 09.- Penalizaciones en la empresa.
- 10.- Despido/s laboral/es. ¿Cuántos? ----- |
- 11.- Accidentes de tráfico.
- 12.- Problemas con la Ley o con la Policía.
- 13.- Otros problemas... Especificar...

SÓLO JÓVENES AMBOS SEXOS (13-29 años, ambos inclusive):

- 47.- Usted opina que las relaciones con sus padres han sido y/o son:
- 01.- Muy buenas.
 - 02.- Buenas.
 - 03.- Indiferentes.
 - 04.- Insatisfactorias, conflictivas.
 - 05.- Francamente malas.
- 48.- Su situación actual es la/s siguiente/s:
- 01.- Estudia.
 - 02.- Estudia y trabaja regularmente.
 - 03.- Estudia y trabaja raramente, o de vez en cuando.
 - 04.- Trabaja por cuenta ajena.
 - 05.- Trabaja por cuenta propia.
 - 06.- Trabaja en negocio familiar.
- 49.- ¿Cuántos años tenía cuando abandonó los estudios? -----
- 50.- ¿Cuál fue el motivo del abandono de los estudios?:
- 01.- El tener que repetir algún/os curso/s.
 - 02.- Dificultades con algún/os profesor/es y/o compañero/s.
 - 03.- Tener que trabajar
 - 04.- El tipo de relaciones que frecuenta/ba.
 - 05.- Por no querer estudiar.
 - 06.- Por preferir “vivir la vida”.
- 51.- ¿De cuánto dinero dispone, aproximadamente, para sus gastos semanales?
-
- 52.- ¿Cuántas veces ha salido, aproximadamente, de diversión nocturna, durante los últimos doce meses?
- 01.- No sale nunca de noche.
 - 02.- Una vez al mes, o menos.
 - 03.- Dos veces al mes.
 - 04.- Todos, o casi todos, los fines de semana.
-

SÓLO LAS MUJERES:

53.- ¿Atiende usted menos, desde hace algún tiempo, su aspecto personal?:

01.- Sí.

02.- No.

54.- ¿Le resultan más pesadas ahora las tareas domésticas?:

01.- Sí.

02.- No.

55.- ¿Padece repetidas molestias de todo tipo?. ¿Nota que disminuyen, o tal vez desaparecen, estas molestias, si toma licor, vino, cerveza, etc.?:

01.- Sí.

02.- No.

56.- ¿Sus relaciones de pareja son ahora más tensas, llegando incluso a las amenazas?:

01.- Sí.

02.- No.

57.- ¿Piensa, tal vez, que su pareja la engaña, o se preocupa menos de usted, saliendo más, sólo o con sus amigos?:

01.- Sí.

02.- No.

58.- ¿Bebe a solas, cuando su pareja ha salido de casa?:

01.- Sí.

02.- No.

PRIMEROS RESULTADOS ESTUDIO PILOTO

Datos nuevos

INDIVIDUO SUJETOS	VARIABLES					
	ciudad	sexo	edad	estudios	consumo	cantidad
1	1,00	1,00	44,00	7,00	1,00	1,00
2	1,00	1,00	28,00	5,00	1,00	28,00
3	1,00	1,00	83,00	8,00	1,00	7,00
4	1,00	1,00	25,00	7,00	1,00	2,00
5	1,00	1,00	62,00	3,00	1,00	45,00
6	1,00	1,00	41,00	8,00	1,00	3,00
7	1,00	1,00	38,00	5,00	1,00	14,00
8	1,00	2,00	41,00	4,00	1,00	4,00
9	1,00	2,00	34,00	8,00	1,00	2,00
10	1,00	2,00	43,00	5,00	1,00	60,00
11	1,00	2,00	17,00	5,00	1,00	3,00
12	1,00	2,00	56,00	2,00	1,00	25,00
13	1,00	2,00	34,00	4,00	1,00	16,00
14	1,00	2,00	17,00	5,00	1,00	9,00
15	1,00	2,00	66,00	2,00	1,00	10,00
16	2,00	1,00	15,00	4,00	1,00	8,00
17	2,00	1,00	66,00	3,00	10,00	,
18	2,00	1,00	17,00	4,00	1,00	,
19	2,00	1,00	22,00	6,00	1,00	30,00
20	2,00	1,00	32,00	4,00	1,00	14,00
21	2,00	1,00	32,00	5,00	1,00	30,00
22	2,00	2,00	14,00	4,00	1,00	2,00
23	2,00	2,00	33,00	4,00	1,00	14,00
24	2,00	2,00	16,00	4,00	1,00	8,00
25	2,00	2,00	49,00	3,00	10,00	,

CANTIDAD

Value Label	Value	Frecuency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1,00	1	4,0	4,5	4,5
	2,00	3	12,0	13,6	18,2
	3,00	2	8,0	9,1	27,3
	4,00	1	4,0	4,5	31,8
	7,00	1	4,0	4,5	36,4
	8,00	2	8,0	9,1	45,5
	9,00	1	4,0	4,5	50,0
	10,00	1	4,0	4,5	54,5
	14,00	3	12,0	13,6	68,2
	16,00	1	4,0	4,5	72,7
	25,00	1	4,0	4,5	77,3
	28,00	1	4,0	4,5	81,8
	30,00	2	8,0	9,1	90,9
	45,00	1	4,0	4,5	95,5
	60,00	1	4,0	4,5	100,0
	,	3	12,0	Missing	
	Total	25	100,0	100,0	

Mean	15,227	Median	9,500	Mode	2,000
Std dev	15,402	Variance	237,232	Kurtosis	2,311
S E Kurt	,953	Skewness	1,563	S E Skew	,491
Minimum	1,000	Maximum	60,000		

* Multiple modes exist. The smallest value is shown.

Valid cases 22 Missing cases 3

CIUDAD

Value Label	Value	Frecuency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
Ponferrada	1,00	15	60,0	60,0	60,0
Bembibre	2,00	10	40,0	40,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
Mean	1,400	Median	1,000	Mode	1,000
Std dev	,500	Variance	,250	Kurtosis	-1,976
S E Kurt	,902	Skewness	,435	S E Skew	,464
Minimum	1,000	Maximum	2,000		
Valid cases	25	Missing cases	0		

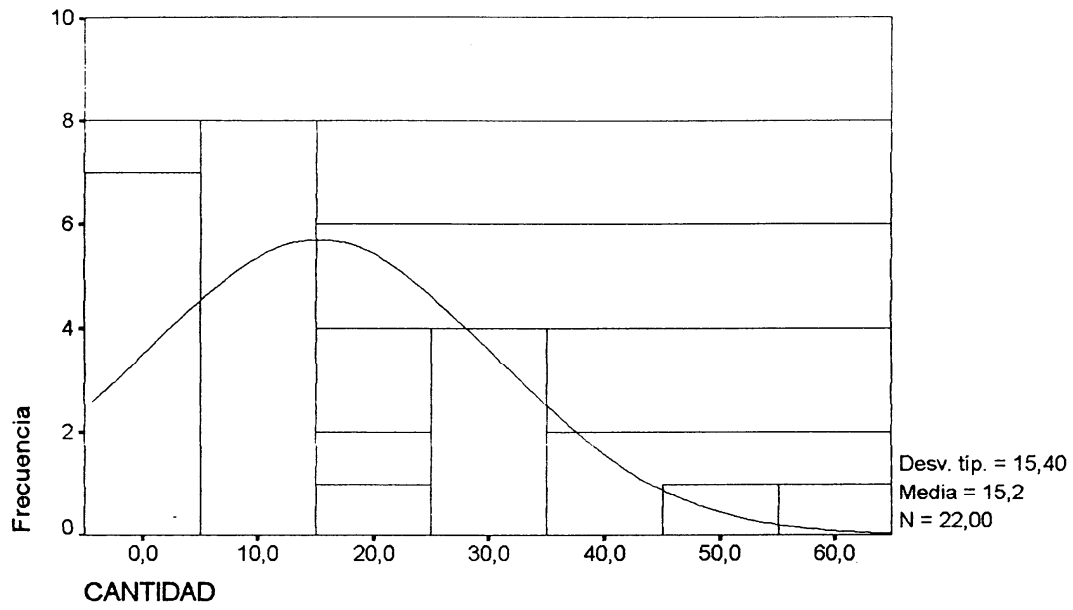
CONSUMO

Value Label	Value	Frecuency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1,00	23	92,0	92,0	92,0
	10,00	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
Mean	1,720	Median	1,000	Mode	1,000
Std dev	2,492	Variance	6,210	Kurtosis	9,641
S E Kurt	,902	Skewness	3,298	S E Skew	,464
Minimum	1,000	Maximum	10,000		
Valid cases	25	Missing cases	0		

EDAD

Value Label	Value	Frecuency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	14,00	1	4,0	4,0	4,0
	15,00	1	4,0	4,0	8,0
	16,00	1	4,0	4,0	12,0
	17,00	3	12,0	12,0	24,0
	22,00	1	4,0	4,0	28,0
	25,00	1	4,0	4,0	32,0
	28,00	1	4,0	4,0	36,0
	32,00	2	8,0	8,0	44,0
	33,00	1	4,0	4,0	48,0
	34,00	2	8,0	8,0	56,0
	38,00	1	4,0	4,0	60,0
	41,00	2	8,0	8,0	68,0
	43,00	1	4,0	4,0	72,0
	44,00	1	4,0	4,0	76,0
	49,00	1	4,0	4,0	80,0
	56,00	1	4,0	4,0	84,0
	62,00	1	4,0	4,0	88,0
	66,00	2	8,0	8,0	96,0
	83,00	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	
Mean	37,000	Median	34,000	Mode	17,000
Std dev	18,523	Variance	343,083	Kurtosis	,089
S E Kurt	,902	Skewness	,775	S E Skew	,464
Minimum	14,000	Maximum	83,000		
Valid cases	25	Missing cases	0		

Histograma



CUESTIONARIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE ADICCIÓN AL ALCOHOL EN LA COMARCA DE EL BIERZO.

Presentación del entrevistador.

Estamos realizando un estudio epidemiológico sobre el consumo de alcohol en la Comarca de El Bierzo.

Su motivación real es muy concreta, dado que su marco es una tesis doctoral, de la cual este estudio epidemiológico constituye el núcleo.

Sin embargo, confiamos en que sus resultados puedan ser útiles, dentro de su campo y de la Comarca, a un nivel más general, y puedan contribuir a la mejora del bienestar.

Por tanto, su colaboración resulta imprescindible en este proceso.

Queremos agradecerle de antemano su inestimable atención.

Las respuestas, por supuesto, son completamente anónimas y confidenciales.

- Nº de cuestionario -----
- Lugar de realización de la encuesta -----
- Fecha de realización de la encuesta -----

-
- 1.- Sexo ----- 01.- Hombre.
02.- Mujer.
- 2.- ¿Cuántos años tiene cumplidos? -----
- 3.- Su estado civil es:
- 01.- Soltero.
02.- Casado.
03.- Separado.
04.- Divorciado.
05.- Viudo.
06.- Vive en pareja.
- 4.- ¿Con quién/es comparte la vivienda? (Señale todas las respuestas pertinentes):
- 4.01.- Padre y/o madre.
4.02.- Hijos.
4.03.- Pareja.
4.04.- Otros familiares próximos.
4.05.- Amigo/s.
4.06.- Vive solo.
4.07.- ¿Con cuántas personas convive, incluido usted?..
- 5.- ¿Cuántos hijos tiene? -----
- 6.- ¿Cuántos años hace que reside en esta población?:
- 01.- Desde siempre.
02.- Hace años.
- 7.- En la actualidad usted se halla:
- 01.- Trabajando, con trabajo estable.
02.- Trabajando, con contrato eventual.
03.- Realiza trabajos propios o de negocio familiar.
04.- Está parado.
05.- Es jubilado o pensionista.
- 8.- ¿Cuántos años tenía cuando comenzó a trabajar?: -----
- 9.- ¿Cuántos trabajos diferentes ha realizado? -----
- 10.- Su profesión puede encuadrarse en alguno/s de lo/s apartado/s y categoría/s siguientes:
(señalar todas las respuestas pertinentes):
-

-
- 10.01.- Obrero cualificado.
- 10.02.- Obrero NO cualificado.
- 10.03.- Empresario.
- 10.04.- Funcionario (o equivalente).
- 10.04.1.- De la enseñanza.
- 10.04.2.- Sanitario.
- 10.04.3.- De la Administración.
- 10.05.- Empleado por cuenta ajena.
- 10.06.- Empleado en negocio Familiar.
- 10.07.- Trabajador autónomo.
- 10.08.- Técnico medio.
- 10.09.- Técnico superior.
- 10.10.- Agricultura.
- 10.11.- Minería.
- 10.12.- Construcción.
- 10.13.- Empleada de hogar.
- 10.14.- Ama de casa.
- 10.15.- Servicios.
- 10.16.- Vendedor, representante.
- 10.17.- Ejerce una profesión liberal.
- 10.18.- Más de una profesión.
- 10.19.- Otras... Especificar:
- 11.- Nivel de los estudios realizados:
- | | <u>Encuestado</u> | <u>Padre</u> | <u>Madre</u> |
|--|-------------------|--------------|--------------|
| 01.- Leer y escribir: | 1 | 1 | 1 |
| 02.- Primarios, EGB.I: | 2 | 2 | 2 |
| 03.- EGB.II, Bachiller elemental, FP.I: | 3 | 3 | 3 |
| 04.- Bachiller superior, BUP, FP.II: | 4 | 4 | 4 |
| 05.- Estudios medios universitarios: | 5 | 5 | 5 |
| 06.- Estudios superiores universitarios: | 6 | 6 | 6 |
- 12.- Usted piensa que la situación de su familia puede situarse en uno de los apartados siguientes:
- 01.- Nivel alto.
- 02.- Nivel medio-alto.
- 03.- Nivel medio-medio.
-

- 04.- Nivel medio-bajo.
- 05.- Nivel Bajo.
- 06.- N.S. /N.C.
- 13.- Los ingresos mensuales de su familia ascienden a:
- 01.- Menos de 75.000 ptas.
- 02.- Entre 75.000 – 100.000.
- 03.- Entre 100.000 – 150.000.
- 04.- Entre 150.000 – 200.000.
- 05.- Entre 200.000 – 250.000.
- 06.- Entre 250.000 – 300.000.
- 07.- Más de 300.000 ptas.
- 14.- ¿Algún miembro de su familia, o amigo, consume, de modo habitual, una cantidad relativamente importante de alcohol u otras sustancias?:
- | | <u>Alcohol</u> | <u>Tabaco</u> | <u>Otras Sus.</u> |
|--|----------------|---------------|-------------------|
| 14.01.- Su pareja | 1 | 1 | 1 |
| 14.02.- Su padre/madre | 2 | 2 | 2 |
| 14.03.- Su/s hermano/s..... | 3 | 3 | 3 |
| 14.04.- Otro/s familiar/es próximo/s . | 4 | 4 | 4 |
| 14.05.- Amigo/s..... | 5 | 5 | 5 |
- 15.- ¿Algún miembro de su familia, o amigo, tiene o ha tenido problemas, o está o ha estado en rehabilitación por el alcohol?
- | | <u>Problemas</u> | <u>Rehabilitación</u> |
|---------------------------------------|------------------|-----------------------|
| 15.01.- Su pareja. ----- | 1 | 1 |
| 15.02.- Su padre/madre----- | 2 | 2 |
| 15.03.- Otro/s familiar/es próximo/s. | 3 | 3 |
| 15.04.- Amigo/s. ----- | 4 | 4 |
- 16.- ¿Consume usted alguna o varias de las siguientes sustancias? (Señale todas las respuestas pertinentes):
- 16.01.- Alcohol.
- 16.02.- Tabaco.
- 16.03.- Otras sustancias ... Especificar:
- 19.04.- Ninguna.
- 17.- ¿Cuál de las siguientes causas le llevó a beber alcohol la primera vez? (Señale todas las respuestas pertinentes):
- 17.01.- Curiosidad.

- 17.02.- Se lo dieron sus padres o familiares, en casa.
- 17.03.- Le animaron sus amigos.
- 17.04.- Quería sentirse adulto.
- 17.05.- Olvidar, animarse, colocarse.
- 17.06.- Aburrimiento.
- 17.07.- Al comer, durante el trabajo.
- 17.08.- No recuerda. NS. / NC.
- 18.- ¿En qué estado de ánimo consume habitualmente alcohol? (Sólo la respuesta principal):
- 01.- Deprimido.
- 02.- Nervioso, angustiado.
- 03.- Malhumorado.
- 04.- Tranquilo, despreocupado.
- 05.- Eufórico.
- 19.- ¿Cuál es la causa de su consumo actual de alcohol?:
- 19.01.- El estar usted parado.
- 19.02.- La dureza de su profesión.
- 19.03.- El estrés que le produce su profesión.
- 19.04.- El tipo de relaciones que mantiene.
- 19.05.- La facilidad para adquirir el alcohol.
- 19.06.- El tener exceso de tiempo libre.
- 19.07.- Otros... Especificar:
- 20.- ¿Le parece/n correcta/s alguna/s de la/s siguiente/s afirmación/es?:
- 20.01.- Un poco de alcohol sirve para curar catarros, es útil para combatir el frío y las lipotimias.
- 20.02.- Algo de alcohol estimula el ánimo y las relaciones sociales, y debe hallarse en toda fiesta.
- 20.03.- El alcohol es un aperitivo (estimula el apetito) y un alimento, debido a sus calorías.
- 21.- Si consume, o ha consumido, usted alcohol, señale:
- 21.01.- Edad de inicio en el consumo -----
- 21.02.- Años de consumo habitual -----
- 21.03.- Años de consumo esporádico -----
- 22.- ¿Cómo se inició usted en el consumo de alcohol?:
- 01.- En familia, en casa.
- 02.- En una fiesta.

- 03.- En una reunión o en el trabajo.
 04.- En la escuela o en la mili.
 05.- En la calle, con los amigos.
- 23.- Usted consume actualmente alcohol por: (Señalar todas las respuestas pertinentes):
- 23.01.- Curiosidad, nuevas experiencias.
 23.02.- Para sentirse bien, por placer, o en la comida.
 23.03.- Por vivir intensamente, para huir de la rutina.
 23.04.- Para integrarse en el grupo, por influencia social o de los amigos, pues todos beben.
 23.05.- Por inconformismo y rechazo a la sociedad.
 23.06.- Por problemas de trabajo, familiares, económicos, de relación, personales, de salud, etc.
 23.07.- Por no poder dejar de beber.
 23.08.- Por otras razones... Especificar:
- 24.- Durante los seis últimos meses ¿qué tipo de bebidas, qué cantidad de vasos y/o copas, y en qué días ha consumido?:

	<u>Cada día</u>	<u>Fin de semana</u>	<u>Total</u>
24.01.- Vino (Nº.Copas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24.02.- Cerveza (Nº.Copas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24.03.- Vermut (Nº.Copas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24.04.- Licor fruta (Nº.Copas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24.05.- Licores (Nº.Copas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24.06.- Mezclas, cubatas, Combinados(Nº.Copas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24.07.- Whisky (Nº.Copas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
24.08.- Otros (Nº.Copas) (Especificar)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 25.- Durante los últimos treinta días, ¿cuándo ha consumido bebidas alcohólicas?:
- 25.01.- Sólo los días laborables.
 25.02.- Los fines de semana.
 25.03.- Los días laborables y los fines de semana.
 25.04.- Sólo en ocasiones especiales.
 25.05.- Nunca.

- 26.- ¿Cómo y dónde ha consumido bebidas alcohólicas el último mes? (Señale todas las respuestas pertinentes):
- 26.01.- Solo.
 - 26.02.- Con la familia, en casa.
 - 26.03.- Con los amigos, en mi casa o la suya.
 - 26.04.- Con los amigos, u otra gente, en bares, cafeterías o pubs.
 - 26.05.- En discotecas.
 - 26.06.- En el barrio donde reside.
 - 26.07.- Fuera del barrio donde reside.
- 27.- Durante los últimos treinta días, usted ha bebido:
- 01.- Nada.
 - 02.- Poco.
 - 03.- Bastante.
 - 04.- Se ha embriagado alguna vez.
- 28.- ¿Cuánto dinero gasta usted al día en consumo de alcohol aproximadamente?:
- 01.- Hasta 150 pts.
 - 02.- Entre 150 – 300 pts.
 - 03.- Entre 300 – 500 pts.
 - 04.- Entre 500 – 1.000 pts.
 - 05.- Más de 1.000 pts.
- 29.- Cuando inicia usted el consumo de alcohol, ¿puede interrumpirlo, sin tener que beber más para refrescar la boca?:
- 01.- Sí.
 - 02.- No.
- 30.- ¿Ha pasado usted de “degustar” la bebida, a tomarla con rapidez o avidez?:
- 01.- Si.
 - 02.- No.
- 31.- ¿Consume usted ahora mayor cantidad de bebidas alcohólicas, o bebidas de mayor graduación alcohólica?:
- 01.- Sí.
 - 02.- No.
- 32.- ¿Se pone usted nervioso, a veces, si no dispone de bebidas alcohólicas?:
- 01.- Sí.
 - 02.- No.
-

- 33.- ¿Consigue pasar algún día completo sin beber nada en absoluto?:
01.- Sí.
02.- No.
- 34.- ¿Le resulta más fácil beber menos cuando no bebe por la mañana?:
01.- Sí.
02.- No.
- 35.- ¿Necesita beber todos los días, y de modo específico por las mañanas, para sentirse bien?:
01.- Nunca.
02.- Algunos días, y en casa.
03.- Muchos días, pero en el bar.
04.- Todos los días, en casa o en el bar.
- 36.- ¿Le tiemblan las manos, o incluso otras partes del cuerpo, de modo especial al levantarse, hasta que bebe un trago?:
01.- Sí.
02.- No.
- 37.- ¿Le parece que, últimamente, el alcohol le hace más daño, incluso tomando menos cantidad?:
01.- Sí.
02.- No.
- 38.- ¿Le parece que le afectan, últimamente, más las cosas y circunstancias de su entorno?:
01.- Sí.
02.- No.
- 39.- ¿Se halla usted ahora, con respecto a un tiempo atrás, más débil y cansado, con menos fortaleza?:
01.- Sí.
02.- No.
03.- Sí, debido a la edad o enfermedad.
- 40.- Cuando ha bebido una cierta cantidad, ¿se siente a disgusto consigo mismo, o piensa que ha hecho algo malo?:
01.- Sí.
02.- No.
03.- Sí, pero sólo si bebe en exceso.
- 41.- Si ha pasado algún tiempo sin beber, ¿se siente desafortunado por no poder dejar de beber para siempre?:
-

- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 42.- ¿Piensa que es muy desafortunado, si no está bebiendo?:
- 01.- Si.
- 02.- No.
- 43.- Cuando está realizando un trabajo, ¿desea terminarlo para poder beber?:
- 01.- Sí.
- 02.- No.
- 03.- Sólo en verano, por el calor.
- 44.- ¿Desea abandonar el consumo de alcohol, lo ha intentado?:
- 01.- Lo desea, pero no lo ha intentado.
- 02.- Lo ha intentado algunas veces, sin conseguirlo.
- 03.- Lo ha intentado, y lo ha conseguido durante un tiempo.
- 04.- Desea seguir consumiendo moderadamente.
- 05.- No se lo ha planteado.
- 45.- El consumo de alcohol ha sido causa, en alguna ocasión, de alguno/s de los siguientes problemas para usted: (Señalar todas las respuestas pertinentes):
- 01.- Problemas de salud física y/o psíquica.
- 02.- Problemas de relación con amigos, vecinos, etc.
- 03.- Conflictos familiares.
- 04.- Dificultades económicas, menores ingresos.
- 05.- Accidentes laborales.
- 06.- Faltar algún día al trabajo.
- 07.- Faltar al trabajo de modo específico, el -----
- (señalar día de la semana).
- 08.- Menor rendimiento laboral.
- 09.- Penalizaciones y/o despidos en la empresa.
- ¿Cuántos? -----
- 10.- Accidentes de tráfico.
- 11.- Problemas con la Ley o con la Policía.
- 12.- Otros problemas... Especificar...

SOLO JÓVENES AMBOS SEXOS (13-29 años, ambos inclusive):

- 46.- Usted opina que las relaciones con sus padres han sido y/o son:
- 01.- Muy buenas.
 - 02.- Buenas.
 - 03.- Indiferentes.
 - 04.- Insatisfactorias, conflictivas.
 - 05.- Francamente malas.
- 47.- Su situación actual es la/s siguiente/s:
- 47.01.- Estudia.
 - 47.02.- Estudia y trabaja regularmente.
 - 47.03.- Estudia y trabaja raramente, o de vez en cuando.
 - 47.04.- Trabaja por cuenta ajena.
 - 47.05.- Trabaja por cuenta propia o negocio familiar.
- 48.- ¿Cuántos años tenía cuando abandonó los estudios? -----
- 49.- ¿Cuál fue el motivo del abandono de los estudios?:
- 01.- El tener que repetir algún curso.
 - 02.- Tener que trabajar
 - 03.- Por no querer estudiar.
 - 04.- Otro motivo... Especificar:
- 50.- ¿De cuánto dinero dispone, aproximadamente, para sus gastos semanales?:
- 01.- Menos de 2.000 pts.
 - 02.- Entre 2.001 – 3.000 pts.
 - 03.- Entre 3.001 – 5.000 pts.
 - 04.- Entre 5.001 – 10.000 pts.
 - 05.- Entre 10.001 – 15.000 pts.
 - 06.- Más de 15.001 pts.
- 51.- ¿Cuántas veces ha salido, aproximadamente, de diversión nocturna, durante los últimos doce meses?
- 01.- No sale nunca de noche.
 - 02.- Una vez al mes, o menos.
 - 03.- Dos veces al mes.
 - 04.- Tres o cuatro veces al mes.
 - 05.- Todos, o casi todos, los festivos y fines de semana.
-

SÓLO LAS MUJERES:

52.- ¿Atiende usted menos, desde hace algún tiempo, su aspecto personal?:

01.- Sí.

02.- No.

53.- ¿Le resultan más pesadas ahora las tareas domésticas?:

01.- Sí.

02.- No.

54.- ¿Padece repetidas molestias de todo tipo?. ¿Nota que disminuyen, o tal vez desaparecen, estas molestias, si toma licor, vino, cerveza, etc.?:

	<u>Padece molestias</u>	<u>Desaparecen</u>
01.- Sí. -----	1	1
02.- No. -----	2	2

55.- ¿Sus relaciones de pareja son ahora más tensas, llegando incluso a las amenazas?:

01.- Sí.

02.- No.

56.- ¿Piensa, tal vez, que su pareja la engaña, o se preocupa menos de usted, saliendo más, bien solo o con sus amigos?:

01.- Sí.

02.- No.

57.- ¿Bebe a solas, cuando su marido ha salido de casa?:

01.- Sí.

02.- No.

JUEGOS DE AZAR Y/O PASATIEMPOS:

58.- ¿Participa usted en alguno/s juego/s de azar y/o pasatiempos? En caso positivo, señale cuáles:

58.01.- Loterías.

58.02.- Bingo.

58.03.- Máquinas tragaperras.

58,04.- Otros... Especificar:

59.- ¿Podría indicar cuánto dinero invierte usted en dichos juegos, aproximadamente?:

01.- Cada día -----

02.- A la semana -----

--	--	--	--	--	--

03.- Al mes -----

--	--	--	--	--	--

COMARCA DEL BIERZO



Anexo 4. Conclusiones (de)

ANEXO 4: CONCLUSIONES

Conclusión primera

Hay un gran incremento en los últimos meses del bebedor social, alcanzando una prevalencia del 56,60 %. Se corresponde con el grupo de jóvenes mayoritariamente, frente al grupo de casados, que bebe en casa. (Prg. 26).

Por tanto, también en el presente estudio se cumple el principio de que, con la estabilidad del casado, en la familia, se distribuye el consumo de modo regular, a lo largo de la semana. En cambio, los jóvenes que viven con sus familias, consumen en forma de atracón, aparte de la familia y en grupo, en un corto período de tiempo, el fin de semana.

Nuestro bebedor social ha consumido alcohol con los amigos, en bares o asimilados, el 44'9 %; en discotecas consume el 4,2 %; y el 7,5 % ha consumido, también en el último mes, con los amigos, pero en casa.(Prg.26.Deducción 18.b.).

Los fundamentos del prototipo del bebedor social descrito son los siguientes:

- Los jóvenes representan a nivel real el 35 % de la población encuestada.
- De ellos salen todos los fines de semana y festivos, consumiendo alcohol, el 38,4 %, siendo un 17,6 % los que salen tres fines de semana y un 19,4 % los que salen dos veces...frente al 9,7% que no sale nunca. (Prg.51).
- Salen todos los fines de semana el 51,4 % de los hombres frente al 25 % de mujeres; lo hacen 3-4 veces al mes el 21'5 % de los hombres frente al 13,9 % de mujeres; salen dos fines de semana el 14 % de hombres y el 25 % de mujeres; en cambio, no sale nunca el 6,5 % de hombres frente al 13 % de mujeres.
- Durante el último mes, han consumido alcohol sólo en fines de semana el 22,7%, y tanto en días laborables como en fines de semana el 28,3 %.
- Cruzando las variables edad y sexo con la Prg. 25, obtenemos:
 - De ese 22,7 % que beben solo en fines de semana: el 55,6 % son hombres de 13-21 años, y el 47 % son mujeres de la misma edad.
Mientras que son hombres de 21-29 años el 44,2 %, siendo mujeres de la misma edad el 43,2 %.
 - Del 28'3 % que beben en días laborables y fines de semana: son hombres de 13-21 años el 11,1 %, y mujeres el 3 %.

Mientras que de 21-29 años son hombres el 30,8 % y mujeres el 10,8 %.

Sexo	Fin de semana (salen) (%)	Beben alcohol (%)
Hombres	55,6 + 44,2	99,8
Mujeres	47 + 43,2	90,2

Sexo	Laborables y fin semana	Beben alcohol (%)
Hombres	11,1 + 30,8	41,9
Mujeres	3 + 10,8	13,8

Edad	Hombres y mujeres (%)	Total
13-21 años	20,9	-
21-29 años	14,7 %	35,6 (se pierde 0,6%)

Tabla 23. Consumo de alcohol: laborables/fin de semana por sexos.

Si cruzamos las variables edad y sexo, y comprobamos la media de las tres bebidas alcohólicas más consumidas, prescindiendo del resto como menos significativas, obtenemos:

Consumo diario en nº, de copas / persona (últimos seis meses)			
Tipo de bebida	Media general (H y M)	Media hombres	Media mujeres
Vino	0,7094	1,1993	0,2708
Cerveza	0,3247	0,5704	0,1046
Combinados	0,0308	0,0653	0,0000

Consumo en fin de semana, nº de copas / persona (últimos seis meses)			
Tipo de bebida	Media general (H y M)	Media hombres	Media mujeres
Vino	0,7435	1,1718	0,3600
Cerveza	0,8295	1,2509	0,4523
Combinados	0,8425	1,2472	0,4800

Tabla 24. Consumo/persona (últimos seis meses)

Por lo que afecta al consumo diario:

Vemos que la media de los hombres es mayor que la media general en el consumo de las tres bebidas.

En cambio la media de las mujeres es inferior, en los tres tipos de bebidas, a la media general.

Si detallamos, según intervalos de edades y por sexos, tenemos:

- Los jóvenes varones de 13-21 años presentan, para los tres tipos de bebidas, las siguientes medias: vino = 0,0702, cerveza = 0,2632, y combinados = 0,0526, siendo los tres índices inferiores a la media del consumo diario correspondiente a los hombres.

- Los varones de 21-29 años presentan resultados medios respectivos de: vino = 0,3585, cerveza = 0,8679, y combinados = 0,055.

Vemos que su media en consumo de vino diario es inferior a la media del consumo diario de los hombres. Pues esta media sube debido al consumo de los varones, sobre todo, de 40 y más años, como se verá). Y es ya ligeramente superior el consumo de cerveza y combinados.

Este mayor consumo de vino diario entre los varones mayores de 40 años debe contemplarse como propio de la “cultura” (“dieta mediterránea”), transmitido longitudinalmente a través de generaciones...y con el que parecen romper los jóvenes, en general.

- La media de las mujeres presenta, en cada una de las tres bebidas, una media de consumo diario de: vino = 0,2708, cerveza = 0,1046, y combinados = 0,0000.

Contemplando la media general, de hombres y mujeres diariamente, en cada una de las tres bebidas, observamos un descenso en el consumo medio de las tres. No se consumen combinados, y el incremento en el consumo de vino y cerveza existente en los varones se transforma, lógicamente y desde la perspectiva estadística, en el descenso del consumo en mujeres.

Llama la atención el consumo diario mayor, y diferenciándose bien de las mujeres, en vino por parte de los hombres...convirtiéndose de este modo ellos en garantes de algo bueno, que ellos mismos producen.

- Las mujeres de 13-21 años presentan una media de consumo diario, respectivo, de: vino = 0,0000, cerveza = 0,0563, y combinados = 0,0000.

Se observa que las bebidas de más graduación se usan solo en ocio y diversión.

Respecto al vino, parece que las muchachas no están por ser continuistas de las tradiciones ambientales. La cerveza parece reservarse también para momentos que no interfieran con el estudio (ocupación mayoritaria de los jóvenes, especialmente de las mujeres, y precisamente las de menor edad).

- En cuanto a las mujeres de 21-29 años, las medias respectivas son: vino = 0,0789, cerveza = 0,0789, combinados = 0,0000.

Por tanto, el único indicio digno de señalarse podría ser el incremento, entre las mujeres mayores de 30 años, respecto a las mujeres más jóvenes, en el consumo diario de vino. ¿Será que, con el tiempo, se “asimilan los valores culturales” del medio?

Referente al consumo del fin de semana, para poder demostrar las diferencias respecto al consumo diario (cruzando las variables edad y sexo, en las tres bebidas más consumidas), y teniendo en cuenta el n° de copas/persona, entre los bebedores, obtenemos: Los hombres superan ampliamente la media, en las tres bebidas, mientras que las mujeres se quedan por debajo de dicha media, en las tres bebidas, compensando lógicamente la balanza (Tablas de medias, más arriba).

- Los varones de 13-21 años presentan unas medias respectivas de: vino = 1,1930, cerveza = 2,4386, combinados = 2,5614.

Es evidente el excesivo incremento, en fin de semana, observando las medias respectivas, en cada una de las tres bebidas: vino = 0,7435, cerveza = 0,8295, y combinados = 0,8425. Como se comprueba, el incremento corresponde perfectamente a ese modelo que llamo globalizado, con incremento excesivo en cerveza y combinados.

- Por lo que se refiere a los varones de 21-29 años, sus medias respectivas son: vino = 2,0943, cerveza = 2,3019, y combinados = 2,4717.

En este consumo de fin de semana llama la atención ese incremento en el consumo de vino (también se incrementa el consumo en las otras bebidas). Parece que efectivamente estos jóvenes se van asimilando a la cultura de los adultos, en este caso varones adultos. También existiría la posibilidad de que el vino se mezcle con otras sustancias en la misma copa (calimocho, u otros).

Además, también en este intervalo de edad se repiten los excesivos incrementos de consumo, respecto a la media correspondiente en fin de semana, tanto en cerveza como en combinados.

En lo que respecta a las mujeres, sus medias de consumo en fin de semana, respectivamente, son: vino = 0,3600, cerveza = 0,4523, y combinados = 0,8425.

Analizando por intervalos de edad:

- En mujeres de 13-21 años, sus medias de consumo son: vino = 0,6338, cerveza = 0,9577, y combinados = 0,8451.

Observamos el mayor incremento, respecto a las medias correspondientes, en consumo de vino y cerveza, siendo levemente superior también el de combinados.

- En las mujeres de 21-29 años, las medias respectivas son: vino = 0,1316, cerveza = 0,8684, y combinados = 0,7368.

Sobresale el hecho de que las mujeres más jóvenes, 13-21 años, son quienes incrementan notablemente el consumo de vino en fin de semana, consumiendo también más cerveza y combinados que las mujeres comprendidas en el intervalo de edad de 21-29 años.

Esta nueva modalidad o repunte de la juventud femenina debe ser tenido en cuenta, tanto en la prevención como en posibles comparaciones con Castilla y León (en donde el consumo de alcohol por parte de las mujeres es ligeramente superior al de los hombres). (Capítulo.V.2.1.). Igualmente debe ser recordado este incremento o modalidad cuando lo comparemos con estudios nacionales (en los que, efectivamente, se observa un incremento superior, tanto en casos de embriaguez, por parte de las mujeres respecto a los hombres, como en consumo de alcohol en general.

La Encuesta Escolar 2004 nos hace patente que un 34,8 % se ha embriagado, al menos una vez en el último mes.

También el estudio para la Comisión Europea “El alcohol en Europa” aseguraba que un 13 % de jóvenes españoles, entre 15-16 años se habría embriagado más de veinte veces en su vida (Encuesta Escolar, 2004).

Hablando acerca de la retirada de la Ley del Alcohol 2007, Trinidad Jiménez (Ministra de Sanidad y Políticas Sociales) realiza las siguientes afirmaciones: un 29% de los estudiantes se ha embriagado, al menos una vez, en el último mes. Este porcentaje supone un incremento de unos seis puntos respecto a 2006.

Fernando Rodríguez Fonseca (Coordinador de RTA, Red de Trastornos Adictivos) asegura que el 20 % de la población española, entre 15-64 años, se embriaga, como mínimo, una vez al año.

Y, entre los jóvenes de 14-18 años, el 50 % se embriaga alguna vez al año (“Las adicciones consumen el 3 % de los recursos”. Octubre, 2010).

La Encuesta Escolar del Observatorio Europeo de Drogas y Adicciones asegura que el 61 % de los estudiantes ha consumido alcohol el último mes. De ellos, el 43 % presentaron síntomas de ingesta peligrosa (combinación de cinco o más bebidas alcohólicas en el mismo día).

Y el incremento ha sido mayor en las mujeres, que pasan del 35 % en 2003 al 42 % en 2007 (Encuesta Escolar, 2007).

Sin embargo, el alcoholismo sigue presentando mayor prevalencia entre los hombres (3/7), en relación a las mujeres. (Manuel Sanchís: “Alcohol y otras adicciones”. Enero, 2004).

Los resultados de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas señalaba un descenso leve, pero continuo, en el número de casos de embriaguez, entre varones de 15-34 años (40,7 % en 2003 y 38,9 % en 2007).

Sin embargo, las mujeres de la misma edad presentan un incremento en el número de veces que se embriagan (21 % frente al 23,2 % en iguales fechas). (Moya C, Delegada del Gobierno para el PND. Presentación de la Encuesta Domiciliaria sobre Drogas. Reunión de Coordinadores Nacionales de Drogas de la UE. Madrid. Abril, 2010).

No sucede así en la Encuesta. Pues en ella, durante el último mes, se ha embriagado el 5,7 %, siendo el 8,8 % hombres y el 2,9 % mujeres) (Prg.27).

Parece incluso deducirse que, al menos algunos de los jóvenes busquen la embriaguez (Cantidad de bebida, en un tiempo concentrado. Capítulo VII.1.). En todo caso, puede afirmarse que buscan un nivel de alcoholemia suficiente para mantenerse a tono con el ambiente de las noches del fin de semana, aproximándose a dicha embriaguez, al menos un 14,2 % de los consumidores.

A ese percentil se llega sumando los siguientes porcentajes: 8 % (que no puede interrumpir el consumo, una vez iniciado), 5,7 % (son los casos de etilismo agudo), 0,2 y 0,3 % (alcohol-dependientes reconocidos), que nos da un rango, mínimo, del 14,20 %.

Pero, con el ánimo de ser más objetivos y exactos, deberemos sumar, al 5,7 % de etilismo agudo, el 11'6 % de alcohol-dependientes, obteniendo un rango máximo del 17,30 %, Y, por tanto, podemos intuir, o mejor, deducir indicios de posible deseo de embriagarse (o colocarse en un tono adecuado a la fiesta del fin de semana) en ese rango comprendido entre el 14,2 % – 17,3 %, al menos.

La cultura, mediterránea, del consumo del vino (y alcohol en general) parece reservada a los mayores de 30 años, especialmente varones. Si bien es verdad que los hombres se inician, como mantenedores de dicha tradición, a partir de los 21 años. Se debe reseñar de nuevo esa incidencia del incremento, entre las mujeres de 13-21 años, en el consumo de las tres bebidas principales, incluido el vino.

Por tanto, podemos concluir que:

- 1.- Existe un incremento importante de consumo de alcohol en fin de semana.
- 2.- Es mayor el incremento en cerveza y combinados, también durante el fin de semana.
- 3.- Es mayor dicho consumo entre hombres comparado con el de las mujeres. De igual modo, dicho consumo es mayor entre los hombres jóvenes comparados con las mujeres jóvenes.
- 4.- Se observan características especiales:
 - Los varones (en mayor medida los comprendidos entre 21-29 años) hacen que se incremente el consumo de vino en fin de semana. (¿Adaptación a la cultura familiar y medio-ambiental?).
 - Son los más jóvenes (varones de 13-21 años) los que más cerveza y combinados consumen, en fin de semana.
 - Las mujeres más jóvenes (13-21 años) consumen más alcohol, en fin de semana, que las mujeres jóvenes de 21-29 años, siendo más relevante el consumo en vino (con una media = 0,6338) de las más jóvenes, frente a la media de 0,1316, en consumo de vino, de las mujeres de 21-29 años.

Puesto que no es previsible que las mujeres más jóvenes sean capaces de metabolizar mayor cantidad de alcohol, parece oportuno pensar en una posible búsqueda de embriaguez.

Existen estudios que demuestran que las mujeres se inician antes que los hombres en el consumo de alcohol. (Stolteberg S., Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Michigan. “Estudio generacional”. Diciembre, 1999).

Además, asegura Scott, que la edad de inicio en el consumo de alcohol determina que las secuelas debidas al alcoholismo aparezcan antes (Ibídem).

Por otra parte, el alcohol en las mujeres produce mayor riesgo cardiovascular, apareciendo los síntomas antes y con un nivel inferior de consumo. (Bernardy N, Centro Nacional de Estrés Postraumático.- Vermont. Septiembre, 2003).

Conclusión segunda

Entre los factores inductores, los señalados en la conclusión nº 2 (amigos, padres o familiares, curiosidad) pueden ser considerados como principales, correspondiendo a la Prg.17. Sus resultados contrastan con los obtenidos en la Prg. 22, según la cual los encuestados se inician en el alcohol, por orden descendente de importancia, así:

	%
- Con amigos	37,3
- En una fiesta	29,7
- En familia	27,8

Por tanto, los factores sociales adquieren mayor importancia, respecto a la familia, que sigue ocupando un lugar relevante.

También los factores mantenedores pueden ser: principales (Prg.19) y secundarios (Prg.23). Para dicha clasificación se ha tenido en cuenta tanto los resultados obtenidos como la relevancia de las preguntas, en sí mismas.

Se ha hecho patente la importancia de las relaciones paterno-filiales como factor desencadenante y también como mantenedor en el consumo de alcohol. De modo que incluso se ha señalado también como factor pronóstico. Además, tanto R. Secades como W. Feuerlein nos explican la importancia de dichas relaciones. Pues, solo que se mantengan con buena o

muy buena calidad respecto a uno de los padres, puede ser suficiente de cara a un pronóstico más positivo. Por su parte Secades, siguiendo la línea preventiva que apela a la educación, asegura que la buena familia, para el porvenir de los hijos, es la de talante democrático (participativa), siendo un factor de alto riesgo para el consumo tanto la familia autoritaria como la permisiva.

Dentro de la Encuesta, los jóvenes representan el 35,6 – 35,7 %, según se estimen o no algunos decimales. En el presente estudio tomamos como referente el 35,6 %, perdiéndose el 0,6 %. Por lo cual resulta válido el 35 %.

Los rasgos más característicos de dichas relaciones son:

	%
- Buenas / muy buenas	83,8
- Malas / conflictivas	5,6
- Indiferentes	10,6

Predominan las mujeres en ambos extremos, muy buenas y francamente malas relaciones paterno-filiales. En este estudio, dichas relaciones son consideradas como factor determinante, tanto precipitador como mantenedor. (Capítulo VI.1. 25.a., y Prg. 46).

La disponibilidad de la sustancia es determinante en el incremento del consumo (número de bares/número de personas) (Anexo Conclusión 3. Metodología). El halo mítico reforzaría dicho consumo. Por lo tanto, no solamente se manifiesta en este último percentil una cierta inmadurez intelectual y falta de formación, sino que también cabe pensar en una posible “desinformación interesada”, por parte de una sociedad productora, que tiene que mantener e incrementar el consumo.

Las técnicas para el tratamiento del alcoholismo y otras adicciones, dice R. Secades, así como para la ludopatía, añade Jerónimo Sáiz, son las mismas. Consisten en técnicas cognitivo – conductuales. Según J. Sáiz, los fármacos se usarían en caso de comorbilidad. (Secades Villa R.: “Alcoholismo juvenil”.Pág.135). (Sáiz J.: Curso sobre Tratamiento del Juego Patológico. Hospital de Bellvitge. Barcelona. Enero, 2004).

De manera que, en una posible prevención – intervención, habría que comenzar por demostrar la falta de solidez del pensamiento mágico, y a continuación dar una correcta información al respecto, tratando de conseguir, tras una buena formación, la capacidad personal de libre decisión.

Los factores afectivo–relacionales son, asimismo, factores inductores o desencadenantes y mantenedores. (Prgs.14 y 15. y Deducción 6).

Estamos hablando de la influencia de la afectividad (familiar) y/o integración social (amigos), que van a producir, a través de la imitación, ese nuevo mundo educacional – cultural, respecto del alcohol.

A través de la Prg. 15 podemos descifrar los casos de alcoholismo agudo (casos que han presentado problemas, debido al alcohol), y los casos propios de alcoholismo crónico (quienes han necesitado RHB – tratamiento, también debido al alcohol).

Otros posibles factores de riesgo:

- El inicio laboral temprano (Prg. 8) es un factor favorecedor: cuanto antes se inicia el consumo, y a mayor tiempo de exposición al consumo, mayores secuelas y de modo precoz. En cuanto al inicio del consumo, las medias son variables:
 - o En la Comarca: 15,89 años.
 - o En Castilla y León: 16,17 años.
 - o En Galicia: 16,61 años.
 - o En España: 15,1 años (Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanza Secundaria. PND. 2008).
 - o Según Proyecto Hombre (Director Jorge Juan Peña): 14 años. Octubre 2010.
 - o Según el PND en España: 13,5 años (Junio 2002 y 2003).
 - o Según el Ministerio de Sanidad, en España: 13,7 años. Marzo 2007.
 - o Según el PND – Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas, en España: 15,1 años. Junio 2008.
 - o En La Rioja: 15,6 años. (El inicio es con vino, y en la familia) (Estudio DO Rioja. Mayo 2007).

- Según el estudio “Adolescentes ante el alcohol”: 13,67 años. Obra Social de La Caixa. Diciembre 2007.
- Según Luis San, Director del Benito Menni, Complejo Asistencial en Salud Mental, de Sant Boi de Llobregat: 13 años (Lo consumen el 63%.)

Tanto en la Comarca como en Galicia, aparece una moda o intervalo de inicio:

- Comarca: 13 – 20 años (abarca el 81,9% de la muestra).
- Galicia: 12 – 18 años (abarca el 82,2% de la muestra).

Además, en ambas hay un inicio prematuro:

- Comarca: entre 4 – 10 años = 3,5%
- Galicia: entre 5 – 9 años = 0,6%

- El paro no es factor relevante en el presente trabajo. Consume quien trabaja y dispone de dinero (Prg. 7). Si bien debe tenerse en cuenta que no existía, en el momento de la aplicación de campo, una crisis laboral...
- Hay un 11 % (minería, construcción, vendedor – representante) que se incluye en profesiones de riesgo.(Prg. 10).
- Es mayor la formación cultural de los encuestados, respecto a sus padres. Es mayor la formación de los padres que la de las madres (Prg.11). No se cumple en la Encuesta la hipótesis de que “a mayor formación menos botella”. Pues los hijos, en el caso de los jóvenes, con más formación, beben más, e igual sucede con los hombres respecto a las mujeres. (Prg.11. Nivel de formación).
- Existe un desvío comparativo entre el nivel socio – cultural y el económico, a favor de éste último y en detrimento del primero (Prgs. 12 y 13).
- Suele considerarse como factores claros de riesgo: solteros (41,7 %), viudos y separados; vivir solos o con padres / familia; el 4,6 % inicia la vida laboral antes de los 10 años, el 25,4 % la inician entre 10 – 14 años, y el 16,3 % entre los 16 – 18 años.

Conclusión tercera

Los resultados parciales más relevantes, en el presente estudio, y en relación a la alcoholdependencia o enfermedad del alcoholismo, son los siguientes:

a.- Existe un 8,1 % de alcoholismo crónico. Esta deducción tiene sus orígenes en estos resultados:

-Un total de 3,5 % (pareja o familiar próximo) más un 4,1 % (amigos) han necesitado RHB por el consumo de alcohol, representando en total un 7,6 %.

-Habría que sumarle el 0,2 y 0,3%, respectivamente, que se reconocen como alcohol-dependientes.

Este total, de 8,1 %, vemos que guarda estrecha relación con el total de dependientes físicos, 8,5 %, del Capítulo VI.1. 21 y 22 (Prgs. 15 – 24).

b.- Se observa un 0,5 % de auténticos dependientes:

- El 0,3 % de dependientes físicos, que afloran continuamente a través de la Encuesta (Capítulo VI.1.14, y Prg. 23.07).

- Igualmente, y con similares características, existe un 0,2% (que son personas marginadas) dependientes físico-psíquicos. (Capítulo VI.1.15, y Prg.23.05).

c.- Existe un 5,6 % de consumidores que se halla en una fase avanzada de la alcoholdependencia. Se entiende fase avanzada según el concepto de W. Feuerlein, que clasifica el alcoholismo en cuatro fases.

De ellos, el 1,5 % bebe solo, a escondidas (Capítulo VI.1.18.c y Prg.26.01), y el 4,1 % bebe fuera de su barrio de residencia, donde no le conocen.(Capítulo VI.1. 18.c y Prg.26.7).

d.- La dependencia física se cifra en el 8,4 % (Capítulo VI.1.19.c y Prg. 27.03).

Es otro resultado parcial, al igual o en relación al 8,1 % de alcohólicos crónicos.(Anexo conclusión tercera.a), hallándose también en fase avanzada de la enfermedad, al igual que el 5,6 % del Anexo de la conclusión tercera.c.

Presentan un cierto nivel de autocrítica (culpabilidad). Pues, al aumentar la tolerancia, tienen que consumir cada vez más...sin poder dejar el alcohol. Se halla en una fase II-III/IV de la enfermedad. Y, según los “indicios clínicos”, podrán hallarse en una fase anterior a los alcohólicos del Anexo de la conclusión anterior, (tercera.c).

e.- Otro resultado parcial lo encontramos en el 8 % (Capítulo VI.1. 19.d y Prg. 29), que no puede interrumpir el consumo una vez iniciado. Son dependientes físicos reales, pudiendo

asimilarlos al 8,1 % de alcohólicos crónicos (Anexo conclusión tercera.a), y al 8,4 % del Anexo conclusión tercera.d.

f.-Y, así, sumando el percentil más elevado (8,4%) de alcohólicos físicos, más el 0,3 y el 0,2%, referidos en el Anexo de la conclusión tercera.b., obtenemos un dato definitivo: el 8,9% son auténticos adictos físicos al alcohol o alcohol-dependientes físicos. (Capítulo VI.1.19.e.).

Según lo expresado, y afianzándonos solamente en lo más objetivable (el 8 % citado al inicio del Anexo de la conclusión tercera.e), tendríamos un abanico (moda estadística) más amplio de alcohol-dependientes: 8 % más el 0,3 y 0,2 % (del Anexo de la conclusión tercera b.) nos da el 8,5 %, que son los dependientes físicos.

Sin embargo, a todos los efectos, y según explicaciones reiteradamente expresadas, debemos computar la cifra total, y definitiva, del 8,9 % de alcohol-dependientes físicos.

g.- La dependencia psicológica también podría variar ligeramente, según a qué ítems demos más importancia:

- Atendiendo a las Prgs. 41.01 (1,7 %), 42.01 (0,6 %) y 43.01 (0,6 %), tenemos un total del 2,9 %.

Si sumamos el 8,9 % de la dependencia física más el 2,9 % de la dependencia psíquica, obtenemos un percentil de alcoholdependencia del 11,8 % (muy próximo al 11,6 % establecido como definitivo en este estudio).

- Pero, si atendemos a la pregunta que implica una dependencia psicológica con signos clínicos más específicos (Prg. 44.03, con el 2,7 %), al que sumamos el 8,9 % indicado, obtenemos un techo del 11,6 % , que sería el tenido en cuenta en el presente estudio.

Obtenemos varios prototipos de bebedor, debiendo resaltar dos, según los gramos de etanol puro ingerido, y el prototipo que llamo “económico” (según el dinero gastado en alcohol). (Capítulo VI.1.15 y 20).

Conclusión cuarta

Sí existen secuelas producidas por el alcoholismo, aunque solo el 21 % de los bebedores señala alguna. En orden estadístico descendente, se explicitan:

	%
- Conflictos familiares	7,6
- Salud física o psíquica	4,7
- Faltar algún día al trabajo	1,6
- Relación con amigos / vecinos	1,3
- Problemas legales o policiales	1,3
- Menor productividad	1,3
- Accidente de tráfico (relación directa con el alcohol)	1
- Disminución de ingresos (relación directa con ingesta de alcohol)	0,8
- Otros (sin especificar)	0,8
- Accidentes laborales	0,2
- Sanción o despido laboral	0,2
- Faltar el lunes al trabajo	0,2

Todas las secuelas figuran como propias (o pueden ser secuelas) de la alcoholdependencia.

Atendiendo a los accidentes de tráfico, vemos la discordancia de los resultados existentes entre la Encuesta (1%) y las estadísticas generales con carácter nacional, que indican hasta un 30-40 % de accidentes en los que una elevada alcoholemia está presente.

Conclusión quinta

La escasa percepción de daño, manifestada en la Conclusión V, permite:

- Que no haya resistencia al impulso intenso de beber.
- Tener un sentimiento de satisfacción, el cual permite, a su vez, el impulso psíquico a beber (refuerzo positivo, por falta de inhibición), apareciendo así la dependencia psicológica.

A su vez, la no percepción de daño es un signo de mal pronóstico, siendo dependiente éste del grado o intensidad del primero.

Observamos en la Encuesta que un 84,6 % no percibe su consumo como posible problema. Por tanto, se halla despreocupado o tranquilo, respecto al consumo de alcohol. (Prg.18.04 y Deducción 9 del presente estudio).

Existen otros indicios que parecen señalar esa falta de percepción de daños:

- El 28,9 % desea seguir consumiendo como hasta el presente, de forma moderada.
- En realidad, solo el 2,2 % (que bebe en estado de ánimo deprimido, angustiado o malhumorado) percibe el consumo como posible problema. (Capítulo VI.1. 9. Prg. 18.04, y Capítulo VI.2. Implicaciones psicológicas).
- Por otro lado, el 36,3 % dice beber por sentirse bien, o porque le gusta con la comida. (Prg.23.02).
- Incluso, tal vez podríamos añadir ese estado esperanzador (de alimentarse bien con el alcohol, o de confiar que el alcohol le ayude a relacionarse mejor, o a comer o librarse mejor de una enfermedad), propio del pensamiento mágico existente (hasta en un 75,2 % de los consumidores, en mayor o menor grado). (Prg. 20).

La dependencia se relaciona más con lo cualitativo que con lo cuantitativo. Es decir, con la manera de beber, la capacidad de resistir el impulso intenso de beber, e incluso el hecho de seguir bebiendo, a pesar de que produzca daño (Alcoholología).

Conclusión sexta

El cambio de rol social en la mujer y, por tanto, su cambio de función en la familia ha determinado su consumo de alcohol, y su dependencia respecto del mismo (Santo Domingo, 1990, 99).

W. Feuerlein asegura que, entre las mujeres alcohólicas, la bebedora gamma sería mucho más frecuente que este mismo tipo entre los bebedores alcoholizados. Igualmente, y en las mismas circunstancias, las mujeres solteras, divorciadas o viudas, con alcoholdependencia, superan a los hombres alcoholizados.

Freixa, Insa y cols. califican el alcoholismo femenino como: más feo, más vergonzante y vergonzoso, y de peor pronóstico.

Alonso Fernández habla de una “doble moral” respecto a los juicios sociales del alcoholismo femenino. Y eso es debido a que todavía no se ha asimilado el alcoholismo femenino socialmente, obligando a la mujer a seguir bebiendo a escondidas.

De todos modos, la evolución observada, en cuanto alcoholismo femenino, demuestra que:

- En su adaptación al nuevo rol, la mujer se aproxima al consumo masculino. (En el estudio de Castilla y León las mujeres aventajan a los hombres, en consumo (Capítulo V.2.1.). Sin embargo, en la Encuesta es mayor el consumo de los hombres (Anexo. Conclusión primera). También a nivel nacional la mujer escala puestos respecto al hombre, en el consumo. Según Alonso Fernández, en 1940-1950, la proporción de alcoholismo mujer / hombre era de 1/10, y en los años noventa dicha proporción era de 1 / 3. situándose, además, España a la cabeza del mundo, en cuanto alcoholismo femenino. En 2004, nos dice Manuel Sanchís, la proporción del alcoholismo sería de 3 mujeres / cada 7 hombres. (Capítulo II.4).
- Parece probable que esa doble moral, de la que habla Alonso Fernández, sea cada vez menos influyente en la sociedad. Lo cual permite a la mujer manifestarse más libremente, hasta llegar a consumir junto al hombre, e incluso embriagarse juntos, sobre todo en fin de semana.

Conclusión séptima

Como se viene indicando, los ingresos y gastos, así como los precios en alcohol y juegos hacen referencia al período 1997-2001, aunque se ha transformado en euros, constando en pts a nivel de cuestionarios.

En la Prg. 58 aparece un 9,1 % (6% jugadores de máquinas tragaperras, y 3,1 % jugadores de bingo), que deben ser considerados como ludópatas. Pues ya los encuestadores les han explicado a los encuestados el carácter de asiduidad o dependencia, respecto de ambos juegos, y además presentan “indicios” fiables de ludopatía.

A través de la Prg. 59, podemos realizar una clasificación objetiva: jugadores ludópatas (1,6 %), jugadores excesivos (6,1 %), jugadores abusivos (9,3 %). (Capítulo VI.1. 27).

Tenemos, por tanto, una población jugadora total del 17 %. Y todos los jugadores gastan más de la cantidad “normalizada”, especialmente si tenemos en cuenta el número de estudiantes

(Capítulo VI.1. 25), y los ingresos medios familiares: media de 1.126,90 euros, y 700,78 euros comprendiendo el percentil 61,4 % (Prags. 13, 7, 47, 50 y 59).

Hay, por tanto, un exceso de dinero generalizado para gastar en juegos. (Clasificación de jugadores, según la inversión en juegos (Capítulo VI.1. 27, y Prg.59).

Según se ha dicho más arriba, existe un 9,1 % de jugadores que pueden ser considerados como jugadores de muy alto riesgo, o incluso ludópatas. No obstante, por ser más evaluable u objetivable, atendemos a ese 1,6 % (ludopatía absoluta) más el 9,3 % de jugadores excesivos, con un total de 10,9 %, que serían dependientes del juego.

Este porcentaje puede equipararse al 11,6 % de alcohol-dependientes.

El mecanismo biológico sería el mismo para todas las adicciones. Y consiste, básicamente, en un hiperfuncionamiento de la NA e hipofuncionamiento de la serotonina.

Hans Breiter (Coordinador del Centro de Motivación y Emoción, dentro del Centro de Neurociencia, del Departamento de Radiología del Hospital General de Massachusetts) asegura que el dinero tiene un efecto adictivo similar al de cualquier droga. (Publicado en Neuron, junio 2001).

Esta teoría la defienden diferentes autores consultados, de un modo más o menos explícito: Nora Volkow, Alonso Fernández (“Las otras drogas”), Ángela Ibáñez y Jerónimo Sáiz (“La ludopatía, una nueva enfermedad”), Ana Fernández Alba y Francisco Javier Labrador (“Juego patológico”), Roberto Secades Villa y Ana Villa (“El juego patológico”). (Capítulo II.4).

Entre los alcohol-dependientes y los dependientes del juego existen otras características comunes:

- Las dos dependencias presentan posible co-morbilidad: depresión (la patología más frecuente en ambos), impulsividad y agresividad, trastornos de la personalidad y de los impulsos, incremento de suicidios.
- También a nivel teórico, ambas dependencias parecen compartir parcialmente un perfil similar: varones solteros, de 30-40 años (en el caso del alcohol son más jóvenes), divorciados o separados (y, en el caso del alcohol, predominan los adolescentes o jóvenes que viven con sus padres). A nivel concreto de la Encuesta, juega más el varón casado.

Pero, si sumamos solteros más separados, más divorciados, éstos superan en número a los casados.

- Ambas dependencias, a nivel teórico, comparten factores educacionales, socio-ambientales y biofisiológicos.
- A nivel de la Encuesta, ambas dependencias presentan un exceso de dinero para invertir en ellas. (Prg.59).

Existen dos razones para incluir el juego en el cuestionario (como signo de policonsumo o adicción múltiple):

- Es un campo concreto, fácilmente evaluable.
- Según diversos estudios, ya explicados en el presente trabajo, existe un alto índice de correlación entre ambas dependencias, alcohol y juego.

Conclusión octava

También este anexo, al igual que la misma conclusión 8, siendo meramente teórico, comprende un pronóstico negativo y otro aspecto más positivo:

1.- Aspectos teóricos que implican perspectivas negativas:

a.- El 29 % de los estudiantes se ha embriagado alguna vez durante el último mes. Más de cuatro veces, también durante el último mes, y respecto a los dos años anteriores, se ha embriagado un número de estudiantes seis puntos mayor.

Además, se bebe más, siendo consumidores actuales el 50 % de los estudiantes, mientras en 2006 suponían cinco puntos menos (Jiménez T, 28-9-2009. Ministra de Sanidad y Política Social. Comisión mixta para el estudio del problema de las drogas).

b.- En Castilla y León se produce un incremento en el consumo:

- 2003: 51,95 litros alcohol / persona / año.

- 2004: 59,36 litros alcohol / persona / año.

(Balance del IV Plan Regional de Drogas de Castilla y León. 2005-2008).

c.- En el estudio GENACIS (Género, Alcohol y Cultura) se deduce una percepción negativa de la población hacia los centros de atención asistencial, en cuanto al alcohol. Pues,

existiendo un 6 % de consumo abusivo de alcohol, solo el 0,9 % ha intentado dejarlo o reducirlo. (GENACIS. Marzo, 2004).

d.- En 1997, Antonio Gual (Presidente de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre Alcohol, Alcoholismo y las otras Toxicomanías) asegura que el 60,2 % de los alcohólicos y bebedores excesivos opinan que “beben cantidades normales”. También señala que por entonces existían en España 1.600.000 adictos al alcohol y 3.000.000 de bebedores excesivos.

La falta de percepción de daños ya ha sido explicada como factor que empeora el pronóstico.

e.- También Alberto Fernández Liria y cols. señalan que un 13,5 % de la población general sufrirá alcoholismo. (Debe observarse la proximidad a ese rango previsto en el presente estudio, 14,2 % - 17,3 %) (Fernández Liria A. y cols., 2009).

f.- El nivel de etilismo agudo se ha incrementado en los últimos seis meses (según el Estudio Castilla y León.2000), embriagándose el 20,9 %.

En El Bierzo, según el presente estudio, las cifras superan a las regionales. Pues la cifra de 5,7 % (que se aproxima mucho al 5,4 % de jóvenes menores de 16 años y que podríamos denominar bebedores problemáticos, según el estudio ya señalado en varias ocasiones, de la Consultoría Bossard y los Laboratorios Merck, en 1997) es correspondiente al último mes. Como quiera que el estudio de Castilla y León se refiere a seis meses, deberíamos multiplicar el 5,7 % del presente estudio por seis, obteniendo un 34,2 % de etilismo agudo en los últimos seis meses, que supera ampliamente la cifra señalada de Castilla y León.

g.- Existe un rango, ya expresado en el anexo de la conclusión 1, que oscila entre el 14,2 % - 17,3 % de sujetos que pueden sufrir reiterados atracones, siendo considerados bebedores problemáticos, de alto – muy alto riesgo.

h.- La Federación de Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados de Castilla y León (FARCAL), en asociación con otras Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados de España, han realizado diversos estudios a nivel nacional. De los mismos se concluye:

- A los 22-23 años ya existen grandes alcohólicos.
- Existe un 5 % de jóvenes, entre 15-17 años, que bebe a solas, a escondidas. (Como se había señalado, es un signo clínico de alcoholdependencia, según explicaciones vistas en el presente estudio de F. Freixa y W .Feuerlein).
- El 80 % de jóvenes, entre 15-17 años, beben con amigos, en reuniones tipo botellón. La razón de beber los/las jóvenes es “mejorar las relaciones”.
- Y, según el Presidente de la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de León, antes demandaban ayuda enfermos de 40-50 años, mientras que ahora lo hacen más jóvenes, incluso a los 30 años. Y la razón estaría en el inicio más temprano en el consumo (FARCAL. Estudios realizados. 2005).

2.- Aspectos teóricos que implican pronóstico positivo:

- a.- Existen una serie de hallazgos biofisiológicos (receptor Sigmal, gen AGS3 y proteína ANKKL.) (Capítulo I), que conllevan una esperanza fundada para un tratamiento y/o prevención en un próximo futuro.
- b.- El CIS, según estudio publicado en mayo de 2010, asegura que ha aumentado la percepción de riesgo de los estudiantes, en cuanto al daño del alcohol, en los aspectos sanitarios.
- c.- También Carmen Moya asegura que existe este incremento en la percepción del daño, producido por el alcohol y otras sustancias, entre los estudiantes (Moya C, Delegada del PND, Junio, 2010).
- d.- Finalmente, existe una Planificación de la Prevención, con nuevos planes concretos, fraccionados, evaluables y dirigidos a educar, que serán realmente efectivos, al menos a medio o largo plazo (Jiménez T, Ministra de Sanidad y Política Social. Comisión mixta para el estudio del problema de las drogas, 2009).

Conclusión novena

Existe, en una visión más amplia y realista, un 33,1 % de bebedores excesivos, abusivos y severos, que requieren asistencia sanitaria y socio-sanitaria urgente. Mientras que los bebedores “normalizados” deberían ser objeto de la Prevención Comunitaria (información y/o formación). (Capítulo VI.3.2. Apartado 11).

Un informe del PND advierte que hasta un 20 % de los menores de 12 años serían consumidores de alcohol. Además, el 40 % de los menores de 18 años, a nivel nacional, son consumidores de manera peligrosa. (Delegación PND, Nov. 2010).

Lógicamente, si esta perspectiva se cumpliera, en el campo de nuestro estudio, la necesidad de incremento en la asistencia sería todavía mayor de la indicada en la Conclusión novena.

De todos modos, un 56 % de los jóvenes salen todos o casi todos los fines de semana y festivos (y ya se ha indicado que los encuestadores explicaron en su momento el significado de dichas salidas, con carácter de consumición de alcohol).

Por otro lado, según un estudio presentado en la Universidad de Salamanca, es previsible que los castellano-leoneses sufran, en un 13 %, problemas con el alcohol. Y del mismo estudio se desprende que para El Bierzo el pronóstico será peor, llegando al 16,2 % (y coincidiendo con el rango señalado, 14,2 % – 17,3 %, expresado en el anexo 3 - conclusión primera, como bebedores de riesgo en el futuro, y dentro de nuestro campo de estudio) (Curso “Adicciones y su contexto”, Universidad de Salamanca, 2003).

Por eso se ha señalado en la conclusión novena (Capítulo VI.1.9) que, “al menos y por el momento” sería necesario el incremento e implemento indicados. Pues evidentemente las demandas serán superiores en el futuro.

El total de los objetivos concretos, no expresados en la misma conclusión novena, han sido plenamente cumplidos. Dichos objetivos son: análisis de recursos, epidemiología, pronóstico, morbilidad, prevalencia e incidencia, redes y medios existentes.