



ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

CONOCER PARA PREVENIR

JUAN JOSÉ VÁZQUEZ VÁZQUEZ

JUAN JOSÉ VÁZQUEZ VÁZQUEZ

**ALCOHOL, TABACO Y
DROGAS: CONOCER PARA
PREVENIR**

ARGUMENTOS PARA EL SIGLO XXI



Colección: Argumentos para el siglo XXI
Director de la colección: Emilio Chuvieco
© Autor: Juan José Vázquez Vázquez
© Digital Reasons, 2019
www.digitalreasons.es
info@digitalreasons.es
Antonio Cumella, 16- 28030 Madrid (España)

Diseño de cubierta: Enrique Chuvieco.
Diseño de interior: Enrique Chuvieco.

ISBN: 978-84-949835-6-6
Depósito Legal: Depósito Legal: M-18620-2019

Ficha bibliográfica: Vázquez Vázquez, Juan José (2019): *Alcohol, tabaco y drogas: conocer para prevenir*, Madrid, Digital Reasons.

Impresión: Publicep. El papel utilizado en la impresión de este libro tiene certificación ambiental FSC y están libres de cloro. Los residuos de la producción se gestionan por empresas certificadas ambientalmente.

Impreso en España

Las afirmaciones incluidas en el libro son responsabilidad exclusiva del autor. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 47).

ÍNDICE

Prólogo	9
1. Historia del consumo de drogas	13
1.1 Alcohol	15
1.2 Tabaco	24
1.3 Opiáceos	31
1.4 Cocaína	39
1.5 Cánnabis	44
1.6 Alucinógenos	49
1.7 Anfetaminas y drogas de síntesis	53
2. Drogas y dependencia ¿Qué son?	57
2.1 ¿A qué llamamos drogas y cuáles son?	57
2.2 ¿A qué llamamos dependencia?	59
2.3 ¿Cómo diagnosticamos una dependencia? Criterios diagnósticos	60
3. Descripción de las drogas. ¿Cuáles son las sustancias de abuso? Efectos y consecuencias	67
3.1 Alcohol	67
3.1.1 Repercusiones. Gasto social y sanitario	67
3.1.2 Perfil de consumo	69
3.1.3 Intoxicación etílica aguda	71
3.1.4 Dependencia del alcohol	73
3.1.5 Síndrome de abstinencia alcohólico	76
3.1.6 Complicaciones del consumo crónico	78
3.1.7 Consumo de riesgo	81
3.2 Tabaquismo	84
3.2.1 Repercusiones sobre la salud	84
3.2.2 La retirada del tabaco	86
3.2.3 Prevención. Las leyes antitabaco	88
3.3 Benzodiazepinas	90
3.4 Opioides	97

3.4.1	Formas de administración y efectos	99
3.4.2	El síndrome de abstinencia.....	100
3.4.3	Complicaciones físicas.....	102
3.4.4	Mortalidad	103
3.4.5	Complicaciones psicosociales	105
3.4.6	Abuso de opiáceos recetados para uso médico	106
3.5	Cocaína	107
3.5.1	Formas de administración y efectos.....	108
3.5.2	El síndrome de abstinencia.....	111
3.5.3	Complicaciones físicas	113
3.5.4	Complicaciones psiquiátricas	113
3.6	Cánnabis	115
3.6.1	Efectos.....	116
3.6.2	Complicaciones agudas	118
3.6.3	Toxicidad por consumo continuado.	118
3.6.4	El síndrome amotivacional	119
3.6.5	Enfermedad mental y cánnabis.....	120
3.6.6	Repercusiones en la adolescencia.....	121
3.6.7	Uso medicinal del cánnabis	121
3.7	Alucinógenos	124
3.7.1	LSD	125
3.8	Anfetaminas.....	129
3.8.1	Extasis	130
3.8.2	Metanfetamina	133
3.9	Nuevas sustancias psicoactivas	133
3.9.1	Spice.....	135
3.9.2	Mefedrona	136
3.9.3	Ketamina.....	137
3.9.4	GHB (Gammahidroxibutirato). Extasis líquido ..	139
3.9.5	Salvia	141
3.9.6	Sumisión química	142
4.	¿Qué causa la adicción?	145
4.1	La adicción como enfermedad cerebral.....	145
4.1.1	El mecanismo aversivo. Seguir consumiendo para evitar el síndrome de abstinencia.....	146
4.1.2	El sistema de recompensa. La compulsión y los condicionamientos.....	149
4.1.3	La dependencia cruzada y el policonsumo.....	152
4.2	La adicción como trastorno biopsicosocial	154

4.2.1 La adicción como problema social. La marginalidad y la privación social.....	154
4.2.2 Factores de Riesgo	156
5. Epidemiología: frecuencia de consumo y penetración de las drogas	181
5.1 Métodos de evaluación.....	181
5.2 ¿Cuál es la frecuencia de las dependencias?.....	182
5.3 Situación general del consumo de drogas en el mundo	183
5.4 Consumo de drogas en España	189
5.5 Diferencias de género.....	194
5.6 Consumo de drogas en edades avanzadas.....	197
6. Prevención	201
6.1 La prevención. El nivel institucional. Objetivos y programas preventivos.....	201
6.2 La adolescencia, el momento crucial.	208
6.2.1 Perfil de protección en adolescentes	210
6.2.2 Una serie de consejos para los padres	212
7. Tratamiento	227
7.1 Eficacia y recaídas	227
7.2 La motivación al cambio	229
7.3 Modelo integrador. Fases del tratamiento	235
7.4 La participación de la familia	242
7.5 Necesidades y grupos específicos.....	243
7.6 La reducción de daños y la metadona.....	245
7.7 El tratamiento del alcoholismo	249
8. La guerra contra las drogas	251
8.1 El origen de la prohibición.....	251
8.2 Prohibición, legalización y regulación	256
8.2.1 Situación legal del cannabis en el mundo.	257
8.3 El debate de la legalización	259
8.3.1 Argumentos a favor de la legalización	260
8.3.2 Argumentos en contra de la legalización	265
9. Referencias	269

*A María Auxiliadora,
por tantas cosas*

PRÓLOGO

Cada año 250 millones de personas consumen drogas ilegales en todo el mundo, de los cuales 30 lo hacen de forma problemática o abusiva. Por encima de estas, el tabaco y el alcohol, sustancias legales, son causa de innumerables enfermedades e incapacidades y se las relaciona con el 12 % de la mortalidad mundial. Los estudios realizados a lo largo de las tres últimas décadas establecen un porcentaje de problemas adictivos mayor del 10 % de la población y en ascenso.

Estas cifras, entre otras muchas, muestran el enorme grado de penetración que tienen las sustancias susceptibles de abuso y la devastación que infringen sobre la salud, la vida de las personas, y la propia sociedad.

España, además, tiene el dudoso privilegio de ser uno de los países con mayores prevalencias de consumo.

La adicción es considerada, desde hace mucho tiempo, como una enfermedad crónica y recidivante, causada por la confluencia de factores biológicos, entre ellos cambios inducidos en el cerebro por la propia sustancia, así como psicológicos y sociales. Es mucho más que una costumbre o un hábito, se trata de un trastorno mental que condiciona gravemente la capacidad de control del indi-

viduo, y que requiere por tanto de apoyo y tratamiento específicos, más allá de un mero esfuerzo de la voluntad.

La edad media de primer contacto con el alcohol y el tabaco se sitúa en España en los 16 años, 18 para el cánnabis; 13 y 14 respectivamente, si nos remitimos a las últimas generaciones incorporadas. La adolescencia, momento de paso a la vida adulta y de gran vulnerabilidad, se convierte por tanto en la edad de inicio del consumo de sustancias y en la época de mayor riesgo para sufrir complicaciones y adicciones.

Con la idea de que «informar es prevenir», o al menos es el comienzo de la prevención, este libro va dirigido sobre todo a familias y padres preocupados por el riesgo potencial sobre sus hijos, o ya tocados de alguna manera por el problema.

Pretende aportar una aproximación general al fenómeno de las adicciones, introduciendo aspectos básicos sobre las áreas principales de este campo, tanto en su comprensión y definición como en su manejo.

De este modo, también podría interesar a lectores generales y profesionales o sanitarios de otras ramas, para utilizarse incluso como pequeño manual de consulta.

El primer capítulo hace una introducción histórica, que nos ilustra sobre la presencia de las drogas acompañando al hombre de un modo u otro a lo largo de todas las épocas; tal vez sea este el aspecto más sorprendente para aquellos que no estén familiarizados con el tema.

La segunda parte define el concepto de droga y adicciones, y cuáles son los criterios utilizados hoy en día para diagnosticarlas.

A continuación, se describen las sustancias más importantes, cuáles son las características de cada una, sus efectos y sus consecuencias.

El capítulo cuarto aborda las causas del trastorno y los factores de riesgo más relevantes y más clásicamente establecidos.

La penetración actual de las drogas en el mundo y en España queda reflejada en el epígrafe de epidemiología.

El capítulo dedicado a la prevención se concentra de manera especial en la adolescencia y contiene una serie de recomendaciones para padres.

En la medida que no es un texto especializado, el tratamiento se aborda someramente, aunque facilita directrices generales y algunos elementos útiles para el manejo de personas adictas.

Por último, se revisa el debate social sobre la legalización de las drogas y las posiciones implicadas en el mismo.

Espero sinceramente que este texto resulte de utilidad e interés para todos aquellos que lo lean.

1. HISTORIA DEL CONSUMO DE DROGAS

Comencemos haciendo una definición muy somera de lo que llamamos «droga»: se trata de toda aquella sustancia que introducida en el organismo produce una alteración del sistema nervioso y es susceptible de crear una dependencia, bien sea psíquica o física.

Con algunos matices y diferencias, este concepto abarca sustancias ilegales como el cánnabis, la cocaína, la heroína y otras menos conocidas. Dichas características, sin embargo, incluyen también otras legales como el tabaco y el alcohol, e incluso algunos medicamentos como los ansiolíticos o determinados analgésicos. De forma general, en este texto nos vamos a referir a todas ellas como «drogas», utilizando por motivos de estilo algunos sinónimos como «sustancias» o «sustancias de abuso». El carácter de sustancia legal o ilegal se especificará en ocasiones y otras veces quedará implícito en el contexto.

Para la mayor parte de las personas las drogas son un fenómeno reciente, relacionado con las epidemias de consumo iniciadas en los años sesenta y setenta del siglo pasado, en torno a poblaciones marginales de las grandes

zonas urbanas, y con el uso recreativo más o menos problemático que se hace hoy en día. Las drogas, sin embargo, han acompañado a la humanidad desde sus mismos albores, en una amplia variedad de sustancias naturales, utilizadas con tres finalidades: mágico-religiosa, medicinal y lúdica.

Para nuestra mentalidad moderna, estas tres funciones están claramente diferenciadas; en época arcaica, sin embargo, no lo estaban, de la misma manera que enfermedad e impureza eran una misma cosa.

De hecho, la palabra fármaco procede del término griego *phármakon*, que significa panacea o veneno, muy parecido a *pharmakós*, que significa chivo expiatorio. Si en la antigüedad más remota las enfermedades y los males espirituales se exorcizaban con el sacrificio real de una víctima, con el tiempo pasaron a tratarse mediante rituales simbólicos, en los que las sustancias psicoactivas tenían a menudo un papel principal. Igualmente se confundían lo espiritual y lo placentero a través del trance y la ebriedad.

A lo largo del tiempo las drogas han continuado utilizándose en unas u otras culturas, casi siempre en la forma de las plantas originales de las que provenían, transformando sus funciones y su vía de consumo, bien fuera ingiriéndolas, fumándolas o incluso impregnándoselas en la piel.

En el siglo XIX comienzan a aislarse los principios activos de las plantas previamente utilizadas y a sintetizarse otros derivados de los mismos, y las drogas pasan a convertirse en productos químicos de elaboración y comercialización industrial, y su uso, inicialmente con fines médicos e inmediatamente después con intención recreativa, se difunde de manera extraordinaria con una potencia que nunca antes habían tenido; a finales del XIX

y principios del XX ya pueden observarse complicaciones en un elevado número de consumidores y comienza a tomarse conciencia de su capacidad adictiva.

En las siguientes páginas haremos un recorrido por el origen y la evolución histórica de las sustancias de abuso más relevantes.

1.1 Alcohol

El alcohol puede considerarse la droga transcultural por excelencia, con una presencia que abarca prácticamente todos los periodos y civilizaciones.

Las fuentes históricas describen la proliferación de las primeras bebidas fermentadas en el neolítico, coincidiendo con los comienzos de la agricultura, hace unos 10.000 años: la fermentación permitía la conservación del grano sobrante y las bebidas obtenidas, por su contenido en alcohol, eran más salubres que las no fermentadas. En esos momentos comenzaban a aparecer los primeros núcleos urbanos en torno a los que se aglutinaban grupos humanos numerosos, en condiciones de higiene muy escasas que afectaban a la calidad del agua; el alcohol eliminaba patógenos y resultaba al fin más saludable que el agua.

La prueba arqueológica más antigua de fabricación deliberada de una bebida fermentada corresponde a un brebaje elaborado a base de arroz, miel y fruta, datado en 9.000 años en la antigua China, aparecido en una vasija que aún conserva restos de etanol.

Algo más recientes, en torno a los 5.000 años, existen numerosas referencias a la cerveza y al fruto de la vid en jeroglíficos egipcios, en tablillas babilónicas y en la Biblia.

En la América precolombina utilizaban la *chicha*, fermentada a base de maíz, uvas o manzanas y en la India,

por seguir con los ejemplos, bebían la *sura*, elaborada con arroz.

En el Antiguo Egipto existían cervecerías industriales, que abastecían a los obreros de las grandes construcciones, quienes recibían parte de su salario en cerveza.

Por otro lado, estas cervezas ancestrales, diferentes de nuestros modernos lúpulos filtrados y pasteurizados, eran una fuente de nutrición importante, que añadía vitaminas esenciales, calorías e hidratación, a unas dietas generalmente muy pobres.

De forma general, aquellas bebidas tenían menos graduación alcohólica que los vinos de ahora y que las bebidas destiladas que aparecieron mucho más tarde, así que los problemas derivados del consumo debían ser mucho menores que los actuales. No obstante, algunas fuentes escritas de la antigüedad ilustran ya la existencia de complicaciones, en papiros egipcios y la propia Biblia. El libro del Génesis nos describe al menos dos episodios en los que el vino es fuente de vergüenza y maldición, cuando Noé se embriaga y cuando las hijas de Lot emborrachan a su padre intencionadamente. El Libro de los Proverbios pone en boca del rey Salomón los siguientes versos (proverbios 23, 29-35):

*No mires que rojo está el vino
cuando refulge en la copa;
entra suavemente,
pero al final, muerde como serpiente,
pica como víbora.*

La civilización grecorromana veneraba a un dios Baco desenfrenado que disfrutaba emborrachándose, pero el mito también recoge la tragedia del alcohol cuando el propio dios es asesinado por los Titanes embriagados.

En la antigua Roma la costumbre de beber era habitual, pero de ella estaban excluidas las mujeres y los menores de 30 años, entendiendo que en estos grupos resultaba pernicioso o moralmente reprobable, y existían leyes que castigaban duramente los excesos además de regular el comercio.

El alcohol destilado aparece muchísimo más tarde, procedente de la tradición árabe. Los alquimistas, conocedores e introductores del alambique en la edad media, lo utilizaban en la búsqueda incasable de la piedra filosofal y, desde un punto de vista más práctico, en la fabricación de perfumes y maquillajes, entre ellos el Kohol, una suerte de rímel utilizado por las mujeres árabes aún hoy en día, y de cuya raíz semántica procede la palabra alcohol: *al-koh'l*.

Se estima que el descubrimiento de la destilación del alcohol no puede ser anterior al siglo X. Los alquimistas pensaban que la destilación «extraía el espíritu de las bebidas», de ahí el término de «bebidas espirituosas», y que este tenía capacidades curativas y prolongaba la vida; pasaron así de la búsqueda de la piedra filosofal al elixir de la vida, el *agua vitae*.

Una de las primeras referencias escritas data del siglo XIII, cuando Arnau de Vilanova, profesor de la Universidad de Montpellier publica el libro *Liber Aqua Vitae*, en el que describe los secretos de la destilación del vino; otra figura relevante de esta época es su discípulo Ramón Llull quien elaboró una forma de alcohol conocida como Aqua Ardens,...

El primer uso que se le dio era por tanto medicinal. Dado que su sabor era desagradable, al fin y al cabo se trataba de una medicina, se maceraba con frutas y hierbas: así nacieron los primeros licores que se fueron des-

plazando progresivamente hacia el consumo lúdico y placentero, dando lugar a una gran cantidad de variedades locales como el aguardiente, el whisky, el coñac, vodka, etcétera, y destilerías por toda Europa, muchas de ellas con su origen en monasterios que han seguido manteniendo una tradición secular hasta nuestros días.

La destilación en el alambique producía bebidas con una concentración alcohólica mucho mayor que las fermentadas. Esto facilitaba su conservación y transporte y por tanto su comercialización y diseminación a distancia. En el siglo XV se fundan los primeros gremios de destiladores, lo que indica ya un volumen importante de producción y negocio.

A partir de este momento, el alcohol comienza a adquirir un matiz social problemático. El caso más difundido es un episodio que pasó a conocerse como *Gin Craze*, o *Locura de la Ginebra*. Hacia finales del siglo XVII el consumo de brandy francés de importación era muy popular en Inglaterra. Coincidiendo con un momento de confrontación por motivos políticos y religiosos con Francia, el gobierno promulgó entre 1689 y 1697 una serie de leyes destinadas a limitar la importación de brandy y favorecer la producción de ginebra para sustituirlo. El resultado fue una auténtica epidemia de embriaguez por consumo de ginebra en el país, especialmente en el área de Londres, donde se llegaron a registrar unos 15.000 establecimientos dedicados a la venta de alcohol, que generó numerosos problemas y una gran alarma social. Como consecuencia, en las décadas siguientes se pusieron en marcha otra serie de leyes en sentido contrario, dirigidas a frenar el consumo.

Su consideración como problema público no incluía la noción de enfermedad, de modo que las primeras me-

didas fueron legislativas, orientadas al control de la venta de bebidas; en España los edictos de Elgoibar y Villabona-Amasa de 1755 y 1780 son posiblemente las primeras regulaciones similares de las que se tiene noticia.

El alcohol no surgirá como problema médico y psiquiátrico básicamente hasta finales del siglo XVIII.

Benjamin Rush ha pasado a la historia por ser uno de los Padres Fundadores de los Estados Unidos, firmante de la Declaración de Independencia. Formado en Europa y considerado para muchos como «padre de la psiquiatría americana», desarrolló una intensa actividad e influencia académica, además de la política. En 1784 definió lo que entonces se denominaba como «intemperancia» refiriéndose a ella como una enfermedad involuntaria cuya causa era el alcohol, su manifestación clínica la falta de control sobre el mismo, y su tratamiento la abstinencia absoluta. Es por tanto este autor el que introdujo por primera vez el concepto moderno de adicción, como enfermedad involuntaria, y dio paso a la creación de los primeros hospitales de desintoxicación que se fueron extendiendo a lo largo del siglo XIX. En España, por ejemplo, se remitía a los «dementes alcohólicos» al hospital psiquiátrico provincial de Elda, en Alicante, hacia el año 1878.

No obstante, la percepción social predominante durante todo el siglo XIX y aún gran parte del XX seguiría siendo la de los movimientos de la «templanza» o la «intemperancia», grupos de origen religioso, nacidos en los países anglosajones y extendidos progresivamente por el resto de Europa. Dicho pensamiento consideraba el alcohol como un problema de moral individual, causante de graves daños físicos y personales y de desestructuración familiar, y sustentaba políticas y soluciones basadas en la abstinencia y el prohibicionismo. Con el paso de

las décadas este planteamiento fue evolucionando hacia posiciones más «higienistas», orientando el problema y los objetivos como una cuestión de salud pública.

Durante esta centuria el alcohol adquirió además la dimensión de un «problema social de clase». Con la revolución industrial, las bebidas alcohólicas pasan a fabricarse y exportarse masivamente. Desde finales del siglo XIX la publicidad en prensa era generalizada y proliferaban las tiendas y marcas de destilados, vinos espirituosos, vermouths,... y hasta «licores higiénicos», profusamente recomendados para facilitar la digestión y por sus propiedades tónicas y estimulantes. Las lamentables condiciones de subsistencia de las clases obreras, su escasa esperanza de vida, los conflictos sociales, la violencia, el maltrato familiar, etcétera, iban acompañados de un consumo masivo de alcohol, y este era ampliamente reconocido como una lacra de las clases populares (Campos, 1991).

La *Segunda Internacional Socialista* (1889 – 1914) hizo referencia a este problema señalando el ambiente de miseria como causa del consumo de alcohol, para adormecer o enmascarar la falta de expectativas, la insuficiente alimentación, e incluso el hacinamiento y las malas condiciones de vivienda. Decía Emmanuel Wurm, representante de los socialistas alemanes, que «el abuso de alcohol produce la miseria, pero también la miseria produce el abuso de alcohol,...» (Pascual, 2009)

Esta sensibilidad social relacionaba el escenario de miseria con el alcoholismo en un sentido contrario al de los movimientos de la temperancia y los higienistas. Para los socialistas era la miseria lo que conducía hacia el alcohol, para los otros, el alcohol era la causa de la miseria, ya fuera desde su origen moral, social o como enfermedad. (Pascual, 2009).

Desde puntos de vistas distintos, por tanto, crecía una conciencia que relacionaba el alcohol con los conflictos sociales, la penuria de las clases populares, el maltrato hacia las mujeres, la siniestralidad y la falta de rendimiento en el trabajo, e incluso en el ejército. En ese contexto, la idea del prohibicionismo iba ganando terreno.

Secularmente, los ejércitos eran consumidores de grandes cantidades de alcohol, hasta el punto de que muchos países proporcionaban raciones estandarizadas a sus soldados; esto les permitía evadirse y sobrellevar mejor situaciones de carencia, la neurosis de guerra y todo tipo de calamidades y, en momentos de combate, una ración suplementaria infundía el «ardor guerrero», lo que los británicos denominaban *“el coraje holandés”*. Para mediados del XIX algunas autoridades militares comenzaban ya a percibirlo como una fuente de problemas, que minaba el espíritu de compañerismo y aumentaba la falta de disciplina.

De entre todos, probablemente el ejército zarista se llevaba la palma. En 1905 pierde la guerra ruso-japonesa, en una derrota humillante que se explicó en grandísima medida por el estado constante de embriaguez, generalizado entre tropa y oficialidad, lo que ya había influido negativamente en otras contiendas anteriores como la Guerra de Crimea (1853-1856). En los años posteriores el gobierno ruso eliminó el suministro de raciones de vodka al ejército y fue estableciendo una serie de limitaciones al comercio hasta que en 1914, una vez iniciada la Primera Guerra Mundial, prohibió la venta pública de alcohol en todo el país. La situación debía de ser muy grave, si tenemos en cuenta que el gobierno tenía el monopolio de la producción y distribución de los destilados, y perdía de este modo una cantidad ingente de ingresos.

En el contexto bélico mundial, la cruzada contra el alcohol se convirtió para muchos países en una cuestión de patriotismo y se regularon disposiciones con diferentes grados de restricción.

El paradigma de la prohibición fue la Ley Seca de los Estados Unidos, que impedía la fabricación, importación, venta y consumo de bebidas alcohólicas en todo el territorio nacional y que se mantuvo vigente desde 1920 hasta 1933.

Sus efectos son todavía estudiados y discutidos hoy en día. Para los detractores del prohibicionismo las consecuencias de la ley fueron mucho peores que los beneficios pretendidos y señalan entre sus estadísticas numerosas muertes y secuelas por la ingestión de alcohol metílico, fabricado en las destilerías clandestinas, abrumadoras cifras de corrupción policial, homicidios y el crecimiento del crimen organizado en torno a familias mafiosas italianas, irlandesas y judías. En cualquier caso, la ley acabó dándose por fracasada y quedó derogada en 1933. Estos datos siguen formando parte del argumentario utilizado en la actualidad por los defensores de la legalización de las drogas.

El reconocimiento del alcoholismo como enfermedad cobraría fuerza de manera definitiva a partir de los años treinta, de la mano de varios especialistas médicos en el terreno científico y de la creación de la asociación de Alcohólicos Anónimos (AA AA) en el ámbito social y cultural.

Uno de los personajes más relevantes en este sentido es William D Silkworth, médico del Hospital Towns de la ciudad de Nueva York, que dedicó toda su vida a trabajar con alcohólicos. El Dr Silkworth entendía el alcoholismo como una enfermedad involuntaria, resultado

de una mezcla de componentes biológicos y psicológicos, que sólo podía recuperarse con la abstinencia absoluta.

Al mismo tiempo y durante las décadas posteriores E M Jellinek, del Hospital Psiquiátrico de Bellevue, también de Nueva York, y otros investigadores, desarrollaron numerosos estudios sobre la biología del alcoholismo que acabaron configurando los actuales conceptos de adicción y dependencia extendidos al resto de drogas y la visión actual de los mismos como problema médico.

En 1956 la Asociación Médica Americana (AMA) recomendó que «el alcoholismo debe ser visto dentro del contexto de la práctica médica» y la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó la «dependencia del alcohol» dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

Simultáneamente, en 1935 nació la asociación Alcohólicos Anónimos, fundada por dos bebedores: un corredor de bolsa llamado William G Wilson (Bill W) y Robert Smith, un médico cirujano. El pensamiento que dio lugar a la fundación del grupo estaba basado en las ideas del Dr Silkworth, en cuyo hospital había estado ingresado varias veces Bill W, quien defendía que el alcoholismo era «una enfermedad de cuerpo y alma, y no un defecto de la voluntad».

Por otro lado, existía una influencia religiosa derivada de la participación de Bill W en los Grupos Oxford, un movimiento evangélico que recalaba la importancia del trabajo interpersonal entre los miembros de la formación para conseguir el crecimiento espiritual. El mismo Bill W había tenido una experiencia de iluminación espiritual durante uno de sus ingresos en el hospital. En base a estos dos pilares, enfermedad y espiritualidad, y al apoyo mutuo e intercambio de experiencias entre los

participantes del grupo, los fundadores establecieron un programa de trabajo en doce pasos (los 12 pasos de AA) cuya finalidad era «la liberación del deseo de beber», deshacerse del ansia de beber más que hacer una promesa o un desafío de la voluntad.

En pocos años la organización se había difundido por todo el mundo. En España el primer grupo se fundó en Madrid en el año 1955. En la actualidad se estima que son miembros de Alcohólicos Anónimos unos 2 millones de personas en todo el mundo, distribuidos en 100.000 grupos en 170 países. Su actividad se desarrolla a menudo en colaboración con hospitales, dispositivos médicos e instituciones religiosas.

Esta filosofía, progresivamente más desprovista de su componente espiritual, ha inspirado la creación de innumerables grupos y programas de autoayuda, dedicados sobre todo al tratamiento del alcoholismo y otras adicciones, pero también extendidos a enfermedades y problemas sociales de otro tipo.

1.2 Tabaco

Procedentes de América, era conocido hace ya 5.000 años por las poblaciones precolombinas, extendido por todo el continente, desde las cuencas del Amazonas y del Orinoco hasta Norteamérica, incluyendo a los imperios Inca, Maya y Azteca. Se utilizaba con múltiples finalidades: tenía un carácter mágico-religioso, medicinal, un uso cotidiano e incluso un significado político, cuando sellaban alianzas bélicas y tratados de paz y amistad mediante el uso compartido de «la pipa de la paz».

Las maneras de prepararlo y consumirlo eran variadísimas, bien fuera masticado, fumado en pipa o en ciga-

rrros, bebido en infusiones e incluso embadurnado por la piel en forma de pasta.

La palabra tabaco procede del nombre que se le daba a unos instrumentos que los indios utilizaban para fumar, unos cilindros a modo de pipa, hechos de palma y maíz, en los que se introducían las hojas que luego se quemaban.

El descubrimiento por parte de los españoles data del primer viaje de Colón y se atribuye a Rodrigo Jerez y Luis Torres, los dos primeros exploradores que entraron en la Isla de Cuba y probablemente los dos primeros europeos que fumaron. En el diario de a bordo, refiriéndose al relato de estos dos, se puede leer

... que por las calles habían hallado mucha gente que se llevaba en la mano un tizón encendido para lumbres y sahumar después con algunas yerbas que para este efecto llevaban consigo y para tostar aquellas raíces que les dieron, que eran su principal comida.

Lo más probable es que la introducción del tabaco en España fuera debida a los tripulantes de Colón o incluso a los indígenas que vinieron con ellos en las primeras expediciones, si bien algunos autores se lo atribuyen a Ramón Pané en fecha de 1499, un fraile jerónimo incorporado al segundo viaje de Colón, quien se dedicaría al estudio de la lengua y costumbres de los pueblos nativos, o incluso a Cortés en fecha mucho más tardía, en 1519 (López, 1990).

En todo caso, parece claro que los primeros europeos aficionados al consumo fueron los descubridores, y de modo muy especial los hombres de mar, que se encargarían de difundirlo de puerto en puerto. Fray Bartolomé de las Casas deja escrito desde muy pronto que

...españoles cognoscí yo que lo acostumbraban a tomar, que reprendidos por ello, diciéndoles que aquello era vicio, respondían que no era en su mano dejarlo de tomar (de las Casas, 1559).

Los cronistas del descubrimiento reflejaron los usos rituales, cotidianos y terapéuticos del tabaco por los aborígenes.

Las primeras descripciones de la planta se atribuyen a Gonzalo Fernández, botánico madrileño, en 1535, y a Nicolás Monardes, médico sevillano, en 1574, quienes le arrogaban propiedades terapéuticas para los dolores de cabeza y de estómago, para las náuseas y vómitos, para mejorar la memoria, para acelerar el parto, e incluso para el asma.

La fama de sus virtudes terapéuticas fue defendida por numerosos médicos de prestigio durante las primeras décadas de su introducción, hecho que tuvo mucho que ver, sin duda, en su rápida transmisión y arraigo (Maldonado-Fernández, 2005).

La difusión por Europa se da en gran medida a través de Francia. La introducción de la semilla en este país se disputa entre André Thevet, capellán franciscano de la flota francesa en Brasil, y Jean Nicot, embajador francés en Portugal. Hacia 1560 Nicot envió polvo de hojas a la corte gala, recomendándolo como medicina a la reina Catalina de Médicis, quien sufría de frecuentes jaquecas; desde ahí su imitación por los miembros de la corte y el contagio de su popularidad por todo el país. Del apellido del embajador procede el nombre que se dio a la planta, «nicotiana», y posteriormente a su alcaloide fundamental cuando se aisló la «nicotina» en el siglo XIX.

La propagación por Asia se completó también de manera muy temprana a través de los viajes marítimos de

españoles y portugueses. Los primeros lo llevaron desde México a Filipinas, y de allí a Taiwán, China y Corea, y los portugueses, más al sur, por Indonesia y la India. En el norte del continente, los colonizadores rusos lo introdujeron a través de Siberia. Para hacernos una idea de su rápida extensión, a mediados del siglo XVI los turcos ya lo cultivaban en Tracia.

No obstante, el tabaco tenía detractores desde el principio y no fue bien recibido en todas partes. En 1603 Jacobo I de Inglaterra escribió su *Diatriba contra el tabaco* y poco después lo prohibió: «cuyo humo negro y apestoso evoca el horror del infierno lleno de pez y sin fondo». En una bula de 1642, el papa Urbano VIII prohibió su consumo en los lugares de culto so pena de excomunión, criterio que se mantuvo durante un siglo. Fueron muchas las políticas de penalización, a menudo de carácter extremo, que iban desde el arresto hasta la decapitación, pasando por diferentes formas de mutilación, implantadas por países como Dinamarca, China, Turquía o Rusia, donde el zar Alexis Mijailovitch castigaba con el desnarigamiento a los infractores, y con la pena de muerte a los reincidentes.

Dichas atrocidades no fueron capaces de detener la expansión del tabaco: las crónicas de la época relatan que no era raro ver a personas sin nariz con una pipa en la boca. (Rubio, 2006)

Por otro lado, las autoridades de otros países se percataron enseguida de su potencial económico, de modo que sustituyeron las medidas de penalización por otras de control comercial y fiscal.

En 1732 el Papa Benedicto XII levantó la excomunión a los fumadores y creó la primera fábrica pontificia de tabaco.

En España comenzó a gravarse fiscalmente en 1611 y en 1620 nació la Real Fábrica de Tabacos de Sevilla, primera fábrica de tabacos de la historia, que llegaría a ser la mayor construcción industrial del mundo, en torno a la cual se estableció un monopolio de explotación, el estanco, para Castilla y León. En ella se elaboraba principalmente tabaco en polvo para rapé, y más tarde cigarros puros, con hojas cultivadas en las colonias americanas. Tiempo después aparecería la Fábrica de Cádiz, y progresivamente fábricas en Francia, Alemania e Italia.

Al mismo tiempo, en las colonias anglosajonas, el estado de Virginia convertía el tabaco en su principal producto agrícola y la fuente de negocio más importante con la metrópoli.

Un siglo después de su implantación en la península, el año 1735, el monopolio español se cedió a la primera fábrica de Cuba, La Real Factoría de la Habana.

Durante los siglos XVII y XVIII el uso más habitual en Europa se hacía en forma de polvo o rapé, aspirándolo por la nariz, lo que constituía la producción mayoritaria de las fábricas. El precio se disparó e inhalar rapé se convirtió en una auténtica moda entre las clases aristocráticas y burguesas de la Europa Ilustrada. Las tabaquerías de rapé se convirtieron en objetos suntuarios y elementos de expresión artística.

El de mascar, elaborado en forma de cordones de tabaco mezclado con regaliz y otras sustancias, estaba muy extendido entre la marinería, pescadores y otros trabajadores manuales. Con poco éxito en Europa, tuvo sin embargo una gran popularidad en Estados Unidos, principalmente en los estados del sur y del oeste.

El tabaco de combustión, o tabaco de humo, principalmente en forma de cigarros puros, más barato y re-

legado a las clases menos pudientes, hubo de esperar el declive del tabaco aspirado (el rapé) para pasar al primer puesto; en su difusión tuvieron mucho que ver los hábitos de los soldados de las guerras napoleónicas.

El cigarro puro reinó durante algún tiempo, hasta la irrupción masiva del cigarrillo de papel a finales del XIX y principios del XX.

Los cigarrillos tenían su origen en la costumbre de pobres y menesterosos de recoger restos de tabaco usado para liarlos con papel, práctica que ya era conocida en la Sevilla de la Real Fábrica como «fumar papelillos». Esta era una manera muy fácil y barata de fumar, perfecta para ser rápidamente absorbida por la industria.

En la última década del XIX los productores de Carolina del Norte desarrollaron nuevas variedades de tabaco *bright*, como el *Burley Blanco*: tabaco rubio, más dulce y suave, que hacía los cigarrillos más agradables y fáciles de fumar.

James Bonsack, un estudiante de ingeniería de Virginia, marcó el verdadero comienzo de la industria moderna del tabaco en 1880, con la invención de una máquina para la fabricación automatizada de cigarrillos, que era capaz de sustituir la producción de 40 operarios y abaratar el precio por debajo de la mitad, lo que supuso la fulminante universalización del cigarrillo (Comín y Martín, 1998).

Existe una relación histórica muy característica entre periodos de guerra y expansión del consumo de tabaco.

En la guerra de Crimea, a mediados del XIX, los soldados británicos y franceses adoptaron el hábito de fumar cigarrillos de sus aliados turcos, y lo trasladaron a sus respectivos países. Una década más tarde, también se generalizó el consumo de cigarrillos por ambos bandos en la guerra de secesión americana.

Durante la primera guerra mundial el tabaco se consideró suministro de primera necesidad y se incorporó a los equipos de los soldados, como parte del rancho; una gran parte era suministrada de manera gratuita por las empresas tabaqueras. Aquellos supervivientes que no lo hubieran hecho antes, volvieron del frente fumando.

La historia del tabaco en la primera mitad del siglo XX se define por la publicidad, cuyo desarrollo está fuertemente ligado a esta industria. Tratando de incorporar nuevos grupos poblacionales, después de los soldados las siguientes en caer fueron las mujeres, con una mítica campaña que Lucky Strike dirigió al sector femenino durante los años treinta. Diez años más tarde el tabaco fue de nuevo a la guerra con el eslogan *Lucky Strike has gone to war*.

En el año 1950 se publicaron en la prensa médica, de forma casi simultánea, 5 estudios epidemiológicos que demostraban la relación entre tabaco y cáncer de pulmón, cuya frecuencia se había disparado de forma alarmante durante las décadas anteriores. Los dos más relevantes fueron publicados en el *British Medical Journal*, por Richard Doll y Bradford Hill, del Reino Unido, y en la *Journal of the American Medical Association* (JAMA) por Ernest Wynder y Evarts Graham en Estados Unidos.

A pesar de encontrarse con una gran resistencia, no sólo de la industria sino también de una parte importante de la sociedad, e incluso de la profesión médica, la sucesión abrumadora de hallazgos científicos que relacionaban el tabaco con múltiples formas de cáncer y enfermedades cardiovasculares terminó siendo aceptada (Thun MJ. 2005).

No obstante, no se dio un punto de inflexión en la frecuencia de consumo hasta los años setenta, momen-

¿Quiere seguir leyendo?



Acaba de leer el comienzo de *Alcohol, tabaco y drogas: conocer para prevenir*, de Juan José Vázquez Vázquez. El libro completo, en ocho capítulos, está pensado sobre todo para familias y padres preocupados por el riesgo de sus hijos, y sirve también como pequeño manual de consulta para lectores generales y profesionales.

Comprar el libro completo ›

bibliotecaonline.es/alcohol-tabaco-drogas-conocer-para-prevenir

QUÉ ENCONTRARÁ EN EL LIBRO

- **Historia y conceptos.** El recorrido histórico de las principales sustancias, qué entendemos por droga y por dependencia, y los criterios actuales para diagnosticarla.
- **Las sustancias, una a una.** Alcohol, tabaco, benzodiazepinas, opioides, cocaína, cánnabis, alucinógenos, anfetaminas y nuevas sustancias psicoactivas: efectos, abstinencia y complicaciones.
- **Causas y panorama.** La adicción como enfermedad cerebral y como trastorno biopsicosocial, los factores de riesgo y la epidemiología del consumo en el mundo y en España.
- **Prevenir, tratar y debatir.** La adolescencia como momento crucial, una serie de consejos para los padres, las bases del tratamiento y la reducción de daños, y el debate sobre la legalización.

Con una serie de consejos para padres sobre la prevención en la adolescencia.

Digital Reasons

bibliotecaonline.es

pedidos@bibliotecaonline.es

ISBN (papel): 978-84-949835-6-6



Escanee para comprar