

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

ARTÍCULO DE REVISIÓN

EL CONSUMO DE ALCOHOL EN CUBA

Por:

MSc. Carlos Manuel Águila Alomá

Especialista en Psicología de la Salud. Máster en Psicología Médica. Departamento de Psicología. Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”. Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. UCM-VC. e-mail: carlosaa@ucm.vcl.sld.cu

Resumen

Se realizó un análisis crítico del consumo de alcohol y de otras sustancias adictivas en Cuba desde la época republicana hasta la actualidad, y se especificaron los momentos y condicionamientos socioeconómicos y culturales que determinaron cambios en los patrones de consumo de la población hasta hoy. Se concluye sobre la posible reversibilidad hacia un consumo individual y socializado más saludable, si la política de salud actual es congruente y lo suficientemente persistente en sus objetivos.

Descriptor DeCS:

ALCOHOLISMO
BEBIDAS ALCOHÓLICAS
TRASTORNOS RELACIONADOS CON
SUSTANCIAS

Subject headings:

ALCOHOLISM
ALCOHOLIC BEVERAGES
SUBSTANCE-RELATED DISORDERS

El consumo de sustancias psicoactivas siempre ha estado mediado por las características socioeconómicas e ideológicas de las sociedades en que ha constituido o constituye un rasgo distintivo de alguna de sus manifestaciones socioculturales, ya sean festivas, como en la antigua Roma, de carácter religioso, como en Egipto, Mesopotamia y China 5000 años a.C., guerreras, como en el caso de los antiguos vikingos de los países nórdicos, lúdicas como en Grecia con los Juegos Olímpicos, o para paliar las adversas condiciones de trabajo como lo hacían los Incas en el Perú¹.

Lo cierto es que, antes y ahora, el consumo de determinadas sustancias que modifican el rendimiento psíquico y físico y, por ende, la apreciación de la realidad, han devenido en costumbres que luego, con el desarrollo de la industria vitivinícola en muchos países, y la extrapolación de los narcóticos de su uso médico (después de la primera guerra mundial y el auge del consumo, pasada la segunda guerra), ha tenido consecuencias nefastas para la salud y la economía de gran parte de los países occidentales¹.

En el año 2000, el Secretario General de la ONU, Koffi Annan, analizaba la situación internacional en relación con el consumo y tráfico de drogas, y señaló que era un fenómeno mundial que afectaba aproximadamente a 170 países; ya desde el decenio de los 90, 134 estados habían notificado problemas de uso y abuso de drogas, y el Programa de Naciones Unidas para la

Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) estimó que unas 180 millones de personas en todo el mundo –el 4,20 % de los mayores de 15 años– consumían drogas ilícitas, cifra que incluía a 144 millones de consumidores de marihuana, 29 millones de cocaína y 13,5 millones de opio, además de la existencia de nueve millones de heroínómanos, lo que hacía un total de más de 180 millones del estimado mundial de consumo, cifras que solo reflejaban la parte visible del fenómeno².

En el año 2005, la Resolución 58.26 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a los daños sociales globales del uso indebido de alcohol, lo que se refleja en nuestro continente en que el primer factor considerado para enfermar, de los 27 valorados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, es el consumo no socializado de alcohol^{3,4}.

Nuestro país puede considerarse incluido entre los que asumen las culturas permisivas, moderadas o condicionadas, que admiten disfrutar de las bebidas alcohólicas pero critican la embriaguez, realidad que se ha ido modificando paulatinamente en los últimos cincuenta años, debido a la incidencia de una serie de factores psicosociales y económicos.

Durante la época de la República en Cuba (1901 - 1959), el alcohol y el tabaco eran las sustancias de consumo más generalizadas en la población; solo en determinados estamentos de la sociedad se consumían sustancias como la marihuana, o “drogas duras” como la cocaína y el opio, casi siempre con relación a ciudadanos de las clases más bajas o las más altas, en lugares y circunstancias al margen de lo común e influenciadas por culturas foráneas, como la china y la norteamericana⁴.

La primera legislación en contra del consumo de drogas se dictó durante el gobierno del general Mario García Menocal, el 25 de julio de 1919, en la recién constituida república de Cuba; luego, en 1933, el país se adhiere al Protocolo de París contra la fabricación ilegal de drogas, y en 1938 en el Código de Defensa Civil se vuelve a legislar contra el consumo y la comercialización ilegal de este tipo de sustancias.

La época que abarca desde 1944 hasta 1958, en el gobierno de Grau San Martín y el segundo gobierno de Fulgencio Batista, fue la de mayor auge en cuanto al consumo y fabricación de drogas, con la evidente perspectiva de convertir al país en trampolín hacia el mercado norteamericano, que en aquella época se encontraba en franco crecimiento^{5,6}.

Aunque no existen registros confiables de esta etapa, tanto el consumo de drogas legales como ilegales, en nuestro criterio, no llegaron a constituir, por su magnitud, un problema de salud, y mucho menos económico.

El nivel de vida de la familia cubana era bajo, lo que limitaba el acceso al consumo habitual de alcohol y tabaco por gran parte de la población, que lo hacía esencialmente en el ámbito de la familia y de lugares específicos, como bares, restaurantes, cabarets, cafeterías, entre otros; esto, a su vez, estaba condicionado por la moral pequeño burguesa y el predominio de la religión católica en la ideología popular. Por otra parte, el abuso de sustancias de prescripción era prácticamente inexistente, pues no existían servicios de Psiquiatría a los que pudiera acceder la mayoría de la población, ni condiciones económicas que favorecieran el abuso de este tipo de sustancias^{7,8}.

El consumo de drogas por la mujer y los adolescentes era inusual, por lo que los hombres mayores de 25 años eran los consumidores frecuentes de bebidas alcohólicas, cigarrillos o tabacos y, excepcionalmente, algunas de las drogas ilegales antes mencionadas⁹.

No se encontraron referencias de consumo frecuente de “preparados caseros”, por lo que parece que el consumo de bebidas alcohólicas era esencialmente de ron, cerveza y vino de fabricación industrial; solo las clases altas consumían otro tipo de bebidas, como coñac, champaña o sidra, en momentos y situaciones especiales o de celebración familiar¹⁰.

Aunque existía una industria de bebidas alcohólicas dedicada esencialmente a los rones y las cervezas y la consecuente propaganda por los medios masivos de comunicación, ello no propició un consumo por encima de lo tradicional, tanto en la población rural como en la urbana, que seleccionaba determinadas bebidas, en primer lugar por el costo y en segundo lugar, por la marca de preferencia^{11,12}.

Con el triunfo de la Revolución en 1959, el país se ve inmerso en una serie de cambios sociales y económicos que trajeron aparejados formas nuevas de conducta social en su más amplia acepción, y con ello cambios en los patrones de consumo de sustancias adictivas (conjunto de hábitos dietéticos y socioculturales en el consumo de una sustancia), que estaban dentro de lo tradicional, como el alcohol y el tabaco, y otras que aparecen por vez primera, como los psicofármacos¹³. En los casos del alcohol y el tabaco contribuyeron, en primer lugar, el aumento

del per cápita familiar, y en segundo lugar, la nueva forma de manifestarse su consumo en las festividades populares, sobre todo en las épocas de carnavales, en que por primera vez la población adulta y joven de ambos sexos bebía y fumaba en público prácticamente sin ninguna restricción; en poco tiempo, esto se extendió a los centros laborales en actividades de confraternización, socialmente productivas (trabajos voluntarios) etc. Por otra parte, el acceso a la salud pública gratuita, que incluía los servicios de Psiquiatría, posibilitó el acceso a los psicofármacos y a otras sustancias de prescripción, y comenzó su mal uso y abuso por la población, a lo que contribuyó la tendencia negativa en algunos profesionales de “medicalizar el sufrimiento”; ya en la década de los 70 se reconocía el sobreconsumo de psicofármacos y otros medicamentos por gran parte de la población¹⁴, lo que se ha tratado de limitar desde entonces hasta la actualidad con relativo éxito; lo cierto es que ya a finales de los 70, términos como el “pastillero” y el “empastillado” eran ampliamente conocidos para referirse a los consumidores abusivos de medicamentos por prescripción, que solían combinarse con alcohol; este tipo de consumo era relativamente frecuente en las festividades populares, y comenzaron a generarse zonas, en barrios marginales, donde con frecuencia se consumían y expendían medicamentos¹⁵. Desde mediados de los 70 del pasado siglo, se produjo un cambio sustancial en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas en la población cubana, que fue más ostensible respecto al alcohol y el tabaco; esto motivó, a mediados de la década de los 80, el surgimiento de los primeros programas para prevenir dichas adicciones, que tuvieron resultados modestos, en primera instancia por la política poco congruente en cuanto a la comercialización y regulación de bebidas alcohólicas y tabaco, y en segundo lugar, por la creciente tolerancia social, en lo que influyeron las formas en que la familia cubana tradicionalmente solía manifestarse en momentos o situaciones en que se justificara o se viera implicado el consumo de alcohol o tabaco, y en tercer lugar, por la aparición de nuevas fuentes de estrés social y económico (calidad de vida inestable, emigración nacional, influencia del turismo, entre otras)¹⁶.

Otro aspecto que limitó la efectividad de dichos programas fue el tardío reconocimiento del problema de salud que constituía el creciente consumo irresponsable de psicotrópicos en todos los estamentos de la sociedad, sobre todo en algunas zonas rurales y urbanas de provincias como Camagüey, Santiago de Cuba, Guantánamo, Villa Clara y La Habana^{17,18}. En un país como el nuestro, con un alto grado de organización e institucionalización, se perdió la oportunidad de darle todo el valor y el respaldo que contemplaban en su implementación intersectorial los programas establecidos por el Ministerio de Salud Pública, con lo que se corrobora el hecho de que la lucha contra la drogodependencia es un problema que cualquier Estado tiene que asumir en la actualidad como un problema de salud, social, económico, político y cultural³.

Con el llamado “período especial” surgen condiciones psicosociales y socioeconómicas que afectan con rapidez a la familia y a todos los sectores de la población; en el caso de los más jóvenes, los paradigmas para el comportamiento social, fuera y dentro de la familia, se desdibujan; por esta época, la fabricación y consumo de “preparados” alcohólicos era algo bastante frecuente en algunos barrios de las capitales provinciales, y en la enseñanza secundaria y de preuniversitario en el campo se empieza a consumir alcohol y a fumar cigarrillos; parte de la población adulta comienza a consumir “drogas duras”, esencialmente en sectores específicos de la población de la capital del país, y en gran parte de la población laboral masculina se hizo costumbre ingerir bebidas alcohólicas a la salida del trabajo y luego dentro de la propia jornada laboral. La prevalencia de alcoholismo, según el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM, 1995) llegó a ser a nivel nacional del 8,8 %, con cifras entre el 10 % - 12 % en Ciudad Habana, Cienfuegos, Camagüey, Villa Clara e Isla de la Juventud^{19,20}.

No obstante, la prevalencia nacional del consumo de alcohol era de un 45,2 %, aún distante de la media a nivel mundial, que entonces era de un 70 %; por otra parte, la prevalencia de asociación entre los consumidores excesivos de alcohol y tabaco era para los hombres entre el 10,5 % - 13 %, y para las mujeres entre el 4,5 % - 6,4 %. En general, eran cifras moderadas que, sin embargo, ya tenían consecuencias nefastas para la salud, tanto individual como social (violencia familiar, divorcio, aumento de la accidentabilidad y de enfermedades asociadas, entre otras)^{21,22}.

A principios de este siglo XXI, gracias a la política de salud y al empleo de los medios masivos de comunicación, el crecimiento de los consumos perjudiciales y abusivos de alcohol y tabaco ha sido discretamente menor, lo que también ha sucedido con el de psicofármacos y “drogas duras”; esto se aprecia esencialmente en la labor clínica, pues en la realidad no se cuenta con un trabajo

estadístico unificado a nivel nacional que contemple todas las aristas de las formas de consumo y sus consecuencias^{23,24}.

Actualmente, los patrones de consumo de la población cubana –sin llegar a la permisividad– son poco saludables y crecientemente tolerantes, sobre todo en relación con el alcohol, lo que abarca sectores de la población, como los jóvenes y las mujeres, que hace solo 15 años tenían un consumo social más discreto, aunque no se ha llegado a la cultura más permisiva, como la del “botellón”, en España^{25,26}.

En la actualidad, se considera que en nuestro país existen 400 000 alcohólicos y 800 000 “bebedores riesgo”, y aproximadamente 1 200 000 familiares convivientes que sufren²⁷.

El consumo de bebidas alcohólicas los días entre semana es cada vez más frecuente en determinados sectores de la población, a lo cual contribuye el expendio de cerveza en áreas libres en muchas de las provincias del país; así mismo sucede respecto a la tolerancia al consumo en parques y plazas en días festivos o en fines de semana, a pesar de las regulaciones existentes; el factor “precio” es el que realmente actúa como “amortiguador”²⁸.

La realidad es que la mayoría de la población tiene información sobre las consecuencias del abuso del alcohol y el tabaco o cualquier otra sustancia adictiva; en esto han cumplido y cumplen su objetivo los medios masivos de comunicación y los Programas del Ministerio de Salud Pública, pero esta “cultura informativa” no se ha convertido en una “cultura de consumo” más saludable en lo individual y menos tolerante en lo social²⁹.

El Estado cubano, por la organización intersectorial de todas las instituciones que lo conforman, puede ejercer las cuatro acciones para moderar el consumo, que son privativas solo a un estado socialista: disponibilidad de la sustancia, accesibilidad social al consumo, propaganda, y política de precios, al no existir contradicciones con los intereses de una industria de bebidas alcohólicas o de la propaganda al margen de la voluntad estatal, sobre todo si se tiene en cuenta la influencia que las acciones del Ministerio de Salud Pública han tenido históricamente en nuestra nación desde 1959³⁰.

Summary

A critical analysis of alcohol consumption and other addictive substances in Cuba from the Republican era to the present, was made. Cultural and socioeconomic conditioning as well as the moments that led to changes in consumption patterns of the population up till now, were specified. We reached a conclusion: reversibility to a healthier socialized and individual consumption is possible if the current health policy is coherent and persistent enough in its aims .

Referencias bibliográficas

1. González Menéndez R, Galán Beiro GM. El alcoholismo: reflexiones sobre tres décadas de investigación en el Hospital Psiquiátrico de La Habana. Rev Hosp Psiqu Habana. [Internet]. 2007 [citado 29 Sept 2010];4(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revistaph.sld.cu>
2. Águila Alomá C. La autovaloración en sujetos consumidores de alcohol [tesis]. Villa Clara: UCLV; 2001.
3. González Menéndez R, Galán Beiro GM. La declaración de Brasilia. Reflexiones sobre sus pautas para el enfrentamiento a los problemas relacionados con el alcohol. Rev Hosp Psiqu Habana [Internet]. 2007 [citado 29 Sept 2010];4(1): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revistaph.sld.cu>
4. Anderson P, Gual A, Colón J. Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. Washington. D.C.: OPS; 2008.
5. Pedrero Pérez EJ, Rojo Mota G. Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. Rev Adicciones. 2008;20(3):251-62.

6. Álvarez J, Cabezas C, Colom J, Galán I, Gual A, Lizarbe V, *et al.* Prevención de los problemas derivados del alcohol. Madrid: Publicaciones del Ministerio de sanidad y consumo [Internet]. 2008 [citado 16 Sept 2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/salupublica/prevPromocion/docs/prevencion.ProblemasAlcohol>
7. Baumberg AP. Alcohol in Europe a Public health Perspectiva. London: Instituto of Alcohol Studies; 2006.
8. Moreno JA, Remedios Moreno EC. Relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en el adolescente. *Rev Adicciones*. 2009;21(2):147-54.
9. Hoffman J, Coltler LB. Protocolo de prevención de las ITS: adaptación al desarrollo de las tendencias del consumo de drogas. *Rev Toxicomanía*. 2007;21:23-33.
10. Becoña E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid. Editorial Molina; 2002.
11. Callejas N, Aguilar J. Por qué fuman los adolescentes: Un modelo estructural de la intensidad de fumar. *Rev Adicciones*. 2008;20:383-94.
12. Villalvi JR Brujal GL. Políticas de regulación del alcohol en España ¿Salud pública basada en la experiencia? *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(1):79-85.
13. Corral Varada M. Aspectos neuropsicológicos de la dependencia del alcohol. *Rev Neurol*. 2007;35(7):682-7.
14. Regier DA, Navarro WE. Prevalencia de los trastornos de ansiedad y de carácter en la adicción. *Rev Toxicomanía*. 2007;29:3-9.
15. González R. Un criterio taxonómico para los patrones de consumo etílico. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2011 [citado 21 Jul 2011];37(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-3466201100011&lng=es&nrm=iso&ting=es
16. Gárciga Ortega O. Prevención de las adicciones. *Rev Hosp Psiquiatr Habana* [Internet]. 2006 [citado 11 Jun 2007];3(3):[aprox. 24 p.]. Disponible en http://www.psiquiatrico.hph.sld.cu/revista/porta_l_revhph.htm
17. Guardia J, Jiménez-Arriero MA, Pascual F, Flórez G, Contel M. Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo. Valencia: Sociodrogalcohol; 2007.
18. Villalba JR. Las políticas preventivas del consumo de sustancias adictivas y la responsabilidad de los profesionales. *Rev Adicciones*. 2009;21(1):5-e.
19. Pérez Rodríguez LM, Herrera Martínez M, Bello Pérez M, Noa Machado MD, Reyes Miranda N. Propuesta de estrategia preventiva para familias en riesgo a la adicción de alcohol en Villa Clara [CD-ROM]. Santa Clara: Ciencias Médicas; 2006.
20. Águila Alomá C. La autovaloración y el consumo de bebidas alcohólicas [CD-ROM]. Santa Clara: Universalización y sociedad; 2009.
21. Antoñanzas F, Puy M, Pradas R. Las bebidas alcohólicas en España: salud y economía. *Rev Gaceta Sanitaria*. 2008;22:115-8.
22. García-Moreno LM. Actividad prefrontal y alcoholismo de fin de semana en jóvenes. *Rev Adicciones*. 2008;20:271-80.
23. Becoña E, Miguez MC. Consumo de tabaco y alcohol en la población escolar de Galicia. *Rev Esp Drogodependencias*. 2006;31:46-56.
24. Fernando Calavera M. Alcohol y cerebro adolescente. *Rev Adicciones*. 2009;21(1):9-14.
25. Werch CE, Owen DM, Carlson JM, Di Clemente CC, Edgemon P, Moore M. One year follow-up results of the STARS for familias alcohol prevention program. *Health Education Research*. 2007;18(1):74-87.
26. Otero A. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. Glosario Cubano de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, GC. La Habana: Hospital Psiquiátrico; 2008.
27. González R. ¿Cómo enfrentar el peligro de las drogas? Santiago de Cuba: Oriente; 2000.
28. González R. Las adicciones a la luz de la ciencia y el simil. Caracas: Fundación José Félix Ribas; 2008.
29. Águila Alomá C. La intervención psicoterapéutica breve [CD-ROM]. Santa Clara: Universidad y Sociedad; 2009.
30. Alpizar López M, Pérez Hoz G. Previniendo el alcoholismo. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2008 [citado 21 Jul 2011];34(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>

Recibido: 4 de abril 2011
Aprobado: 31 de agosto 2011