

PROBLEMA DE ALCOHOLISMO EN EL JAPON

MASARU MIMURA *

KEY WORDS: Alcohol — Public health — Integral treatment

PALABRAS CLAVE: Alcohol — Salud pública -- Tratamiento integral

El autor presenta cifras estadísticas de la problemática del alcoholismo en el Japón. El porcentaje de alcohólicos aumentó considerablemente desde la Segunda Guerra Mundial. En 1982 fueron 2 millones de alcohólicos y bebedores con problemas. La mortalidad por cirrosis alcohólica y otros problemas físicos, trastornos mentales, problemas sociales y familiares por alcohol, van en aumento y el gobierno ha optado por medidas de salud pública a nivel nacional. Existen organismos gubernamentales, del sector privado y voluntarios que llevan a cabo programas de educación, tratamiento precoz e integración de alcoholismo a otros programas de salud. Se desarrolla una atención sistemática de los pacientes y se delimita el tipo de bebedor en programas de salud mental comunitario e instituciones especializadas.

The Problem of Alcoholism in Japan

The problem of alcoholism in Japan is presented. The rate of alcoholics increased considerably after the Second World War. In 1982 there were 2 million of alcoholics and persons with alcohol related problems. The mortality by alcohol cirrhosis and other physical problems, mental disorders, social and familiar alcohol related problems increased and the government had to hold public health measures through the country. At present, there are government, private and voluntary agencies. They participate in educational programs, early interventions and the integration of alcoholism into other health programs. A systematic clinical care approach is used and the type of drinkers is delimited within the Community Mental Health Programs and the specialized intitutions.

(*) Experto de la Misión Japonesa en el Perú Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".

Desde tiempos antiguos, los japoneses acostumbraban tomar bebidas alcohólicas en fiestas y ceremonias, siendo el llamado "sake", o licor de arroz, la bebida típica.

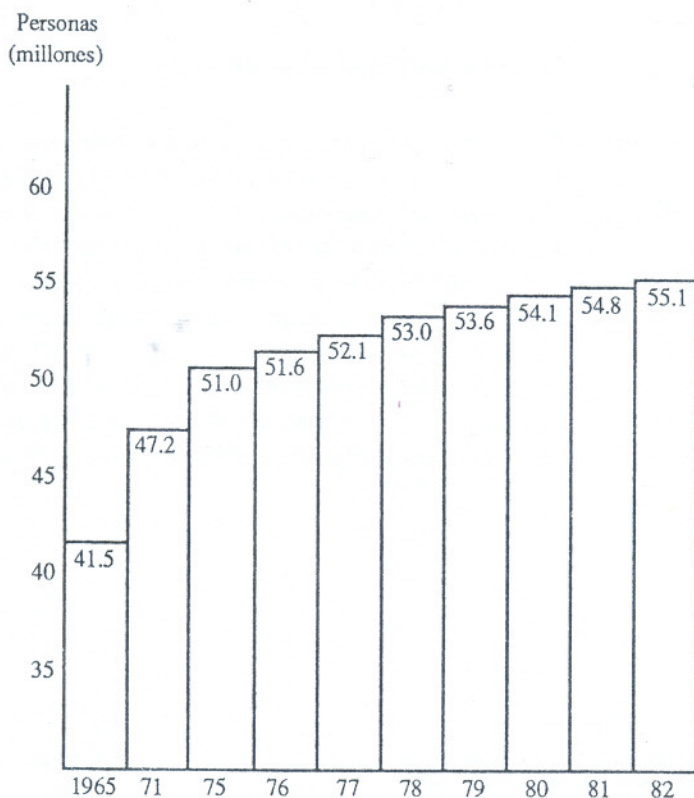
Después de la Segunda Guerra Mundial, el consumo del alcohol incrementó drásticamente, al mismo tiempo que la economía crecía junto con la urbanización y la industrialización. Tal incremento probablemente se debe a que el consumo de licor se ha difundido entre los

menores de edad (a pesar que existe una ley promulgada en 1922 que lo prohíbe) y también en mujeres, recientemente.

La gráfica No. 1 presenta la población total de bebedores por año. En 1982, bebían licor aproximadamente 55 millones de personas; el 90o/o de la población de adultos varones y entre 50 - 60o/o de la población adulta femenina. Del total, el número de alcohólicos y bebedores con problemas se estima en unos

GRAFICA No. 1

POBLACION TOTAL DE BEBEDORES



2 millones.

Anualmente, el Ministerio de Finanzas recoge información sobre consumo y producción de alcohol. Así, el estimado per cápita del consumo de bebidas alcohólicas para la población de 20 años a más, aumentó aproximadamente de 6.3 litros en 1958 a 8.3 litros en 1980 por persona, en razón del 100o/o de etanol. Sin embargo, comparativamente a otros países, esta cifra es relativamente baja, y ello obedece a dos razones: 1) En términos generales, físicamente los japoneses son de baja estatura y poco peso, lo cual facilita un menor consumo de alcohol; 2) Fenómeno del rubor (Flashing), que se relaciona a la enzima aldehído dehidrogenasa. En caso de deficiencia de la enzima, el acetaldehído, sustancia derivada del alcohol, no puede descomponerse, y causa diversos síntomas, entre ellos el "flashing", náuseas, dolor de cabeza, sueño, etc.

Las personas con deficiencia de la enzima no pueden beber mucho.

Se puede hacer un análisis cualitativo de esta enzima en la raíz del cabello. En un estudio estadístico resultó que, el 42o/o de la población japonesa tiene aldehído dehidrogenasa positivo, y el otro 58o/o lo tiene pero en menor cantidad. Así, el poco consumo de alcohol, comparativamente a otros países, se atribuye al alto porcentaje de la población japonesa sin esta enzima. Se estima que las cifras son similares para Corea y China. En Filipinas, la población sin esta enzima es menor del 20 - 30o/o. En los EE.UU es casi del 0o/o. Asimismo, en los países de Sudamérica, el porcentaje de la población sin esta enzima es muy bajo. Las personas que no poseen esta enzima al no poder beber mucho, tienen menor probabilidad de hacer dependencia alcohólica. En el Instituto Nacional de Alcohol de Kurihama se halló que, el 97.4o/o de los pacientes alcohólicos hospitalizados, tenía esta enzima, versus el 2.6o/o que no lo tenía.

GRAFICA 2

PROCESO DE DESCOMPOSICION DEL ALCOHOL



PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL

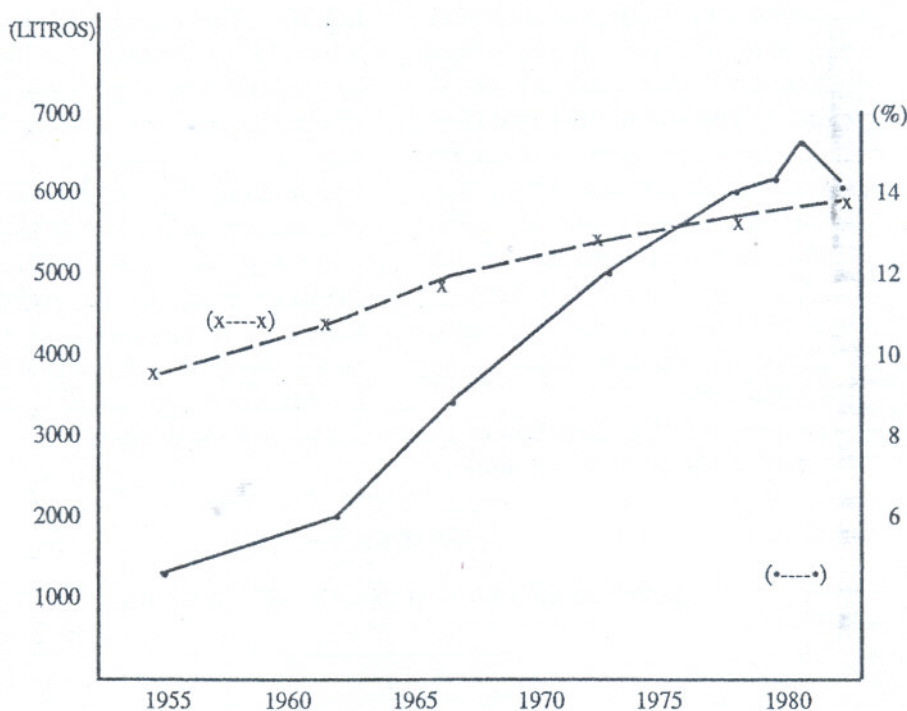
En base a la información nacional, los problemas relacionados con el alcohol pueden dividirse en los siguientes:

1. Problemas físicos.-- La mortali-

dad por cirrosis hepática aumento de 9 por 100,000 en 1955 a 14 por 100,000 en 1980. La detección de personas con hígado graso aumentó debido a que la Gamma GTP puede demostrarse fácilmente en el laboratorio.

GRAFICA No. 3

RELACION DE CIRROSIS ALCOHOLICA Y EL CONSUMO DE ALCOHOL



x-----x % de Cirrosis Alcohólica
dentro del porcentaje total de Cirrosis Hepática durante un año

•-----• consumo total de alcohol durante un año

Esta Gráfica muestra la relación entre porcentaje de cirrosis alcohólica y consumo del alcohol. Las líneas punteadas muestra el porcentaje de la cirrosis alcohólica dentro del total de cirrosis hepática en un año, y la línea continua el consumo del alcohol en un año. Se observa la alta correlación entre ambos factores.

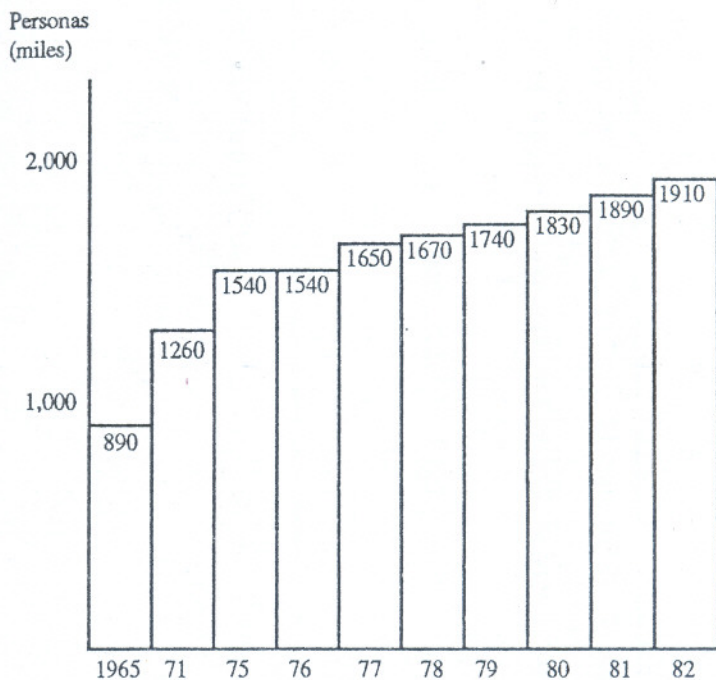
Entre otros problemas físicos tenemos: hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes me-

litis y otros padecimientos físicos que se han incrementado en número, aunque el porcentaje causado por el alcohol no ha sido determinado.

2. Problemas mentales.— El “bebedor grave” se define, según los criterios de la OMS, como aquel que bebe más de 150 ml de alcohol puro, por día. Esto equivale a más o menos un litro de “sake”, ó 6 botellas grandes de cerveza, ó 6 vasos de whisky doble.

GRAFICA No. 4

NUMERO DE BEBEDORES GRAVES



CUADRO 1
 NUMERO DE ALCOHOLICOS

	68	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82
Psicosis													
Alcohólica	1,720	1,750	1,700	2,000	1,900	3,300	2,200	2,000	2,200	2,200	1,900	3,100	2,300
Dependencia													
Alcohólica	13,000	14,950	14,700	12,800	14,400	15,200	14,500	15,700	14,000	19,200	18,205	17,100	19,000
TOTAL	14,720	16,700	16,400	14,800	16,300	18,500	16,700	17,700	16,200	21,400	20,100	20,200	21,300

El grupo de bebedores graves con probabilidad de ser alcohólicos incrementó de 890,000 en 1965 a 1,870,000 en 1981, como se observa en la Gráfica No. 3. En la actualidad los bebedores graves se estiman en dos millones.

Las enfermedades mentales causadas por el alcohol pueden clasificarse en: 1) Dependencia del alcohol; 2) Psicosis alcohólica y, 3) Alcoholismo agudo. En Japón existe aproximadamente 1,500 hospitales con una capacidad de 320,000 camas.

En 1982, el número de pacientes con dependencia del alcohol fue de 19,000; y el número de pacientes con psicosis alcohólica (Delirium Tremens, Demencia Alcohólica, y Síndrome de Wernicke-Korsakov, etc.) fue de 2,300. Tanto la dependencia como la psicosis alcohólica aumentó de 14,000 en 1968 a 21,000 en 1982.

3. Problemas sociales.— El número de muertes causadas por conducir en estado de embriaguez fue de 300 en 1981. Las infracciones de tránsito disminuyeron de 364,598 en 1977 a 175,751 en 1979 por las sanciones que se establecieron. El control de la conducción de vehículos en estado de embriaguez se hizo más severo. Así, el nivel máximo de concentración del alcohol en el aire expirado es de 0.15 mg. por litro durante el manejo. Sin embargo, el número de infracciones de tránsito volvió a aumentar y en 1981 fue de 277,929.

El número de homicidios perpe-

trado bajo los efectos del alcohol fue de 71 entre Enero y Agosto de 1980. Aunque no se han llevado a cabo investigaciones sistemáticas, muchos casos de divorcios, separaciones y otros conflictos familiares como violencia contra esposa e hijos y abandono de niños debidos al alcoholismo fueron reportados en la Corte.

Otros problemas sociales y familiares relacionadas al alcohol son: la violencia, abandono de niños por alcoholismo de los padres; ausentismo laboral; y, abuso del alcohol por jóvenes. Los informes recientes nos señalan que los problemas que se presentan en jóvenes y mujeres en relación al consumo del alcohol van en aumento.

TRATAMIENTO Y MEDIDAS DE CONTROL DEL ALCOHOLISMO

Política nacional y medidas de control.— Luego de la Segunda Guerra Mundial se promulgaron leyes para una política de salud pública en relación al consumo del alcohol y una política nacional para el comercio, producción, provisión e imposición de impuestos a las bebidas alcohólicas. Asimismo, en 1950 se promulgó la Ley de Salud Mental en el Japón.

La División de Salud Mental del Ministerio de Salud es responsable de la política de prevención de alcoholismo, pero también existen entidades nacionales, privadas y voluntarias que intervienen en los problemas relacionados con el alcohol.

El Ministerio de Finanzas es responsable de la política tributaria y el Ministerio de Comercio de la política de comercio, mercadotecnia y producción del alcohol.

En las décadas del 70 y 80 se organizaron varias entidades médicas. Así, en 1979 se fundó una Asociación de Salud y Alcohol (ASA), cuya función es la de promover programas de educación, investigación y campañas preventivas. La Asociación Japonesa de Hospitales de Salud Mental, conformada por 1,200 directores están promoviendo también adecuados programas educativos e imparte a la comunidad medidas para el cuidado de las personas con dependencia del alcohol. En 1983, a solicitud del gobierno, se fundó un Comité de Expertos en Problemas Relacionados con el alcohol, presidido por el Jefe del Instituto Nacional del Alcohol, Dr. Hiroaki, Kono, para discutir, determinar y orientar las futuras políticas de salud pública.

Entre las entidades voluntarias, la Asociación Japonesa de Sobrios y Alcohólicos Anónimos han logrado éxitos a través de sus actividades.

Educación y tratamiento precoz.— El gobierno y otros organismos proveen programas de capacitación a médicos, enfermeras y asistentes sociales, para la prevención de los problemas relacionados al alcohol. Los asistentes sociales y estudiantes de medicina juegan un rol importante en la detección de bebedores de alto riesgo. Sin embargo, la capacitación no está al alcance de profesio-

res de colegios, policías y empresarios. Aquellos homicidas bajo el influjo del alcohol son instruidos sobre los efectos del alcohol y alcoholismo durante su condena en la cárcel.

El curriculum de estudios médicos incluye poco sobre los problemas relacionados al alcohol y sólo le dedica dos o tres horas al tema.

Prevención y administración.— En vista de la amplia repercusión de los problemas relacionados al alcoholismo, estos se integran a otros programas de salud: cáncer, enfermedades cardiovasculares, salud materno-infantil, terapia ocupacional, contra accidentes de tránsito, así como programas de reforzamiento de los servicios de salud y educación de los recursos humanos.

La política y manejo del alcoholismo tuvo sus orígenes en el Acta de Control de Ebrios de 1967, que determina la custodia especializada para pacientes alcohólicos. Luego de la construcción de centros especializados, el gobierno promovió la creación de servicios de salud comunitarios con actividades de prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación.

Se han establecido cuatro grupos de bebedores para las medidas de control del alcoholismo:

1. Bebedores normales. — La Asociación de Salud y Alcohol ha difundido muchos folletos y cintas videograbadas para educar a los menores de edad y bebedores normales. Sin embargo, a pesar de ello, los menores son propensos al consumo del

alcohol. Se presume que los comerciales de television y las campañas publicitarias de las empresas productoras del alcohol han fomentado esta situación.

El Instituto Nacional del Alcohol de Kurihama creó un cuestionario para la clasificación de los bebedores llamado Test de Despistaje de

Alcoholismo de Kurihama (Kurihama Alcoholism Screening Test, KAST). El instrumento detecta bebedores con problemas relacionados al alcohol y alcohólicos potenciales.

El KAST contiene 14 preguntas acerca de varios síntomas de alcoholismo, y de acuerdo a la respuesta se le asigna un puntaje. Con el cues-

CUADRO N° 2

KAST (Test de Despistaje de Alcoholismo de Kurihama) y su aplicación

	Respuesta	Puntaje
1. La bebida perjudica las relaciones humanas.	si	3.7
	no	-1.1
2. Es imposible mantener la decisión de tomar solo por "este día".	si	3.2
	no	-1.1
3. Llamado como "borracho".	si	2.3
	no	0.8
4. La bebida nos vuelve insensibles.	si	2.2
	no	-0.7
5. Amnesia en la mañana hasta antes de anoecer.	si	2.1
	no	-0.7
6. Bebe desde la mañana y todos los días libres.	si	1.7
	no	0.5
7. Se ausenta o es incapaz de asistir a citas importantes debido a la "resaca" (hangover).	si	1.5
	no	-0.5
8. Diagnóstico y tratamiento de diabetes, hígado o problemas cardíacos.	si	1.2
	no	-0.2
9. Cuando está sobrio suda, le tiemblan las manos y sufre de insomnio.	si	0.8
	no	-0.2
10. La bebida es necesaria para trabajar.	a menudo	0.7
	algunas veces	0.0
	rara vez	-0.2
11. Incapaz de poder dormir sin antes beber.	si	0.7
	no	-0.1
12. Bebe después de las 3 y continúa hasta la hora de comer.	si	0.5
	no	-0.1
13. Arrestado o detenido por la policía por embriaguez.	si	0.5
	no	0.0
14. Volverse agresivo cuando bebe.	si	0.1
	no	0.0

cionario se diferencia dos grupos: bebedores normales y aquellos con problemas por alcohol.

2. Bebedores de alto riesgo.— Son aquellos bebedores que padecen de hepatitis, hígado graso, hipertensión arterial y diabetes mellitus. En 1979, empezó a funcionar un sistema de Consejería para Alcohólicos en los centros de salud mental. Asimismo, los centros promueven programas de salud mental a través de consultas y visitas domiciliarias en las que imparte pautas para el cuidado de los pacientes.

3. Alcohólicos.— En relación a la condición física y mental los alcohólicos son tratados de la siguiente manera:

a. Primera fase.— Tratamiento de desintoxicación para:

— Desintoxicación aguda del alcohol y tratamiento de la psicosis alcohólica;

— Control de síntomas de abstinencia tales como Delirium Tremens;

— Control de complicaciones físicas tales como coma hepático, cirrosis hepática, etc.

En el Instituto Nacional del Alcohol de Kurihama existe un pabellón especial con una capacidad de 40 camas para llevar a cabo el tratamiento mencionado. La atención se brinda por medio de dos médicos internos y dos psiquiatras. Luego de la primera fase de desintoxicación,

los pacientes son trasladados a otro pabellón donde continúan su tratamiento.

a. Segunda fase.— El tratamiento en la segunda fase ayuda a los alcohólicos con la dependencia psíquica. Las modalidades terapéuticas son: Psicoterapia, terapia de vida y educación. La primera se imparte en forma individual y grupal. El Instituto Nacional del Alcohol de Kurihama cuenta con 48 camas para psicoterapia de grupo. Asimismo, cuenta con un sistema de clínica ambulatoria para terapia de vida.

Durante esta fase, a través de la terapia grupal y terapia de vida, se intenta hacerles sentir a los pacientes que no están solos y se les incentiva a llevar una vida sin depender del alcohol. La educación de los alcohólicos pone especial énfasis en los perjuicios causados por el alcohol.

4. Rehabilitación de alcohólicos.— Los programas de rehabilitación y servicios de bienestar social son suministrados por agencias gubernamentales, particulares y voluntarias. Los alcohólicos deben ser instruídos adecuadamente a sobrellevar una vida sin alcohol.

Finalmente es importante investigar la efectividad de los programas de rehabilitación de alcohólicos a largo plazo.

REFERENCIAS

- Ministerio de Salud División de Salud Mental (1982) El Estado de la Salud Mental en el País. (en japonés), Tokyo.
- World Health Organization (1983). Regional Workshop on Alcohol Related Problems. Regional Office for the Western Pacific, WHO, Manila, Agosto 9-14.

Dirección Postal:
School of Medicine, Keio University
35, Shiwanomachi, Shinjuko-Ku
Tokyo 160
Japan .