

DOCUMENTACION

Socia

REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES Y DE SOCIOLOGIA APLICADA

SOCIEDAD Y ALCOHOLISMO



DOCUMENTACION SOCIAL

REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGIA APLICADA

Núm. 35

Abril-Junio 79

Consejero Delegado:

José M.^a Díaz Mozaz

Director:

José Navarro

Consejo de Redacción:

María Antonia Gallén

Pilar Malla

Miguel Roiz

Javier Alonso

R. Alvarez Bolado

EDITA

CARITAS ESPAÑOLA

San Bernardo, 99 bis. 7.º

MADRID - 8

CONDICIONES DE SUSCRIPCION Y VENTA

España: Suscripción a cuatro números, 600 ptas.

Precio de este número: **475** pesetas.

Extranjero: Suscripción, 16 dólares.

Número suelto, 6 dólares.

DOCUMENTACION SOCIAL no se identifica necesariamente con los juicios expresados en los trabajos firmados.

DOCUMENTACION SOCIAL

**REVISTA DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGIA APLICADA**

Depósito legal: M. 4.389.—1971

Imprenta Sáez. Hierbabuena, 7. Madrid-29

SUMARIO

- 5 ● 1 **Presentación: Sociedad y alcoholismo.**
José Navarro
- 9 ● 2 **Epidemiología del alcoholismo en España.**
Joaquín Santodomingo Carrasco
- 27 ● 3 **Las causas sociales del alcoholismo.**
Emilio Bogani Miguel
- 35 ● 4 **La personalidad de los alcohólicos.**
Francisco Alonso Fernández
- 53 ● 5 **Consecuencias sociológicas del alcoholismo.**
Francisco Javier Alonso Torrén
- 69 ● 6 **La familia del alcohólico.**
Antonio Seva Díaz
- 85 ● 7 **La enfermedad alcohólica.**
Freixa i Santfeliu
- 111 ● 8 **El síndrome alcohólico fetal (S. A. F.).**
J. Mestres-Estartús
- 121 ● 9 **Lesiones del alcohol sobre el aparato digestivo.**
R. Alcalá-Santaella Núñez
- 185 ● 10 **Algunas consideraciones sobre el tratamiento del alcohólico.**
José Varo
- 199 ● 11 **La psicoterapia en el alcoholismo.**
José Pérez Martorell

- 219 ● 12 **Los grupos y asociaciones de Ex-alcohólicos.**
Rafael L. Osete Mula
- 235 ● 13 **La Iglesia y Cáritas ante el alcoholismo.**
Florentino Ezcurra
- 249 ● 14 **El alcoholismo en la provincia de Alava.**
José María Segura
- 261 ● 15 **Programa del Dto. de Alcoholismo y Toxicomanías de Pamplona.**
Reyes Cortaire
- 269 ● 16 **El Centro de Ex-Alcohólicos de Granada «Grexales».**
José Luis Norell Ocaña y Matilde Díaz Lachica
- 275 ● 17 **El alcoholismo en Santa Coloma de Gramenet.**
Francisca P. Vintro Marce
- 281 ● 18 **El programa de lucha antialcohólica de Cruz Roja Española en Cádiz.**
José Crespo Benítez
- 289 ● 19 **La rehabilitación de alcohólicos en Barcelona.**
Alcohólicos Rehabilitados
Hospital Clínico de Barcelona
- 299 ● 20 **Grupos de psicoterapia.**
Nieves Calatayud Cáceres,
Luis Burguete y J. Ibarra Paster
- 307 ● 21 **La asistencia y rehabilitación de alcohólicos en Zaragoza.**
Asociación Aragonesa de Ex-Alcohólicos
- 315 ● 22 **Bibliografía.**

Presentación

SOCIEDAD Y ALCOHOLISMO

El alcoholismo es uno de los problemas sociales más graves que tiene nuestro país. Su dimensión y sus dramáticas consecuencias son altamente preocupantes. Según una serie de datos obtenidos en diversas investigaciones clínicas y sociológicas, los rasgos más importantes de esta problemática son los siguientes: en España existen actualmente unos dos millones y medio de alcohólicos, es decir, alrededor de un 7 por 100 de la población; con un consumo medio de 15 litros de alcohol por persona-año, somos el tercer país de Europa; anualmente, por efectos del alcohol, se producen 100.000 bajas laborales, unos 40.000 accidentes de trabajo y 35.000 de tráfico, 12.000 cirrosis hepáticas, 2.000 internamientos en hospitales psiquiátricos... Todo esto le cuesta al país 30.000 millones de pesetas al año.

Las consecuencias de esta situación son verdaderamente dramáticas: la persona se va destrozando física y psíquicamente, numerosas enfermedades digestivas, cardiovasculares, metabólicas y neurológicas son producidas por el alcohol;



la familia se va desintegrando progresivamente; el deterioro y el fracaso profesional y laboral es un hecho inexorable; finalmente, surgen las conductas antisociales y el alcohólico casi siempre termina en la más absoluta marginación.

Las causas del alcoholismo son varias y muy complejas; no obstante, se pueden resumir en dos grandes grupos: las sociales y las psicológicas.

Dentro de las sociales hay que tener en cuenta que somos también el tercer país de Europa productor de alcohol y que en torno a las bebidas alcohólicas se mueven poderosos intereses económicos que presionan fuertemente para aumentar el consumo del mismo; en 1978 se gastaron más de 6.000 millones de pesetas en publicidad alcohólica, y existen 87.771 establecimientos expendedores de bebidas alcohólicas. Por otra parte, el alcohol está profundamente arraigado en la cultura española, está presente en cualquier acontecimiento social: bodas, bautizos, fiestas populares, etc. Incluso una hábil publicidad lo relaciona con una serie de valores sociales, como el éxito económico, sexual, profesional, etc.

Desde el punto de vista psicológico, cuando se dan determinadas situaciones conflictivas en la vida de una persona, hay una cierta tendencia a la evasión, evasión que es facilitada por una droga permitida y de fácil acceso como lo es el alcohol.

Numerosos especialistas consideran al alcohol como una droga dura que crea una gran dependencia o toxicomanía.

La conciencia de esta grave y extendida problemática es lo que ha llevado a Cáritas a organizar un Simposio Nacional bajo el título genérico de "Alcoholismo y sociedad". A él han concurrido los más prestigiosos especialistas en la materia desde diversas disciplinas científicas: psiquiatría, medicina, sociología, asistencia social... Entre los participantes

cabe destacar la de la Asociación de Ex-alcohólicos Españoles, colaboradora con Cáritas en la organización del Simposio, Alcohólicos Anónimos, como diversos departamentos y centros de tratamiento y rehabilitación de alcohólicos.

A lo largo de cuatro días se presentaron y estudiaron diversas ponencias y comunicaciones, cuyos textos íntegros constituyen el presente número de Documentación Social. De todas ellas, y muy especialmente del discurso de clausura del presidente del Simposio, Florentino Ezcurra, se pueden extraer una serie de reivindicaciones y medidas para luchar, aquí y ahora, contra este grave mal que es el alcoholismo.

A modo de resumen de todas ellas, las medidas que habría que tomar se pueden agrupar en los tres frentes siguientes:

a) Control del consumo del alcohol.

La publicidad y venta del alcohol no puede realizarse de forma indiscriminada; es preciso que los intereses económicos en torno al alcohol no dañen la salud pública. Para ello habría que tomar una serie de medidas, como, por ejemplo, la restricción de la publicidad alcohólica y su total supresión en televisión; prohibición efectiva de la venta de alcohol a menores; progresiva reconversión a otros cultivos de una determinada parte de la producción alcohólica, etc.

b) Campañas de formación y prevención.

Es absolutamente necesario informar a la población, y muy especialmente a los niños y jóvenes, de las graves consecuencias del consumo abusivo del alcohol. Esto podría realizarse a través de diversos medios: unidades lectivas en los planes de enseñanza, charlas y seminarios en los colegios, audiovisuales y folletos, programas informativos en los me-

dios de comunicación, sobre todo en televisión, etc. Sin duda ninguna, la prevención es la mejor forma de luchar contra el alcoholismo y las toxicomanías.

c) Centros de tratamiento y rehabilitación de alcohólicos.

Finalmente, para aquellos que ya hayan contraído la enfermedad alcohólica, habría que crear todo un plan de atención y tratamiento orientado a su total rehabilitación; esto exigiría las medidas siguientes: inclusión de la enfermedad alcohólica, para todos los efectos, dentro de la Seguridad Social; creación de centros o servicios de tratamiento clínico, psicoterápico y social de los alcohólicos; formación de especialistas en este campo (psiquiatras, sicólogos, asistentes sociales, etc.); potenciación por parte de la Administración de la meritoria labor de los grupos de ex-alcohólicos y alcohólicos anónimos, etc.

Junto a esta serie de medidas concretas, muchos de los ponentes y asistentes al Simposio consideraban que era preciso impulsar un proceso de cambio social, ya que el alcoholismo era una forma patológica de vivir las contradicciones y tensiones que genera una sociedad utilitaria y consumista.

Los organizadores de este Simposio somos conscientes de los graves y urgentes problemas de todo género que tiene nuestro país; sin embargo, creemos que hay muy pocos que afecten, directa o indirectamente, a tantos españoles y cuyas consecuencias sean tan destructivas. Por ello, con el presente volumen queremos llamar la atención del Parlamento, el Gobierno, la Administración y cualquier otro centro de poder o decisión, sobre la necesidad imperiosa de tomar las medidas oportunas.

José NAVARRO BOTELLA
 Director del Simposio
 Madrid, junio de 1979

EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO EN ESPAÑA

Por **Dr. Joaquín SANTODOMINGO CARRASCO**

Profesor de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid.

Jefe del Servicio de Psiquiatría de La Paz

I. EL ALCOHOL EN LA HISTORIA

Antes de proceder a un estudio pormenorizado de la situación epidemiológica de los problemas relacionados con el alcohol, conviene realizar algunas referencias generales que permitan valorar mejor los datos epidemiológicos.

Cada día existe un mayor acuerdo en hablar de problemas relacionados con el alcohol, en lugar de hacer referencia al alcoholismo, que queda como una parte, importante, pero circunscrita dentro del gran campo de repercusiones sanitarias y sociales, individuales y colectivas, que viene produciendo la utilización del alcohol por la humanidad desde los tiempos prehistóricos. El alcoholismo, sea entendido como afectación de la salud física y mental individual, o sea entendido como conjunto de repercusiones colectivas sanitarias y sociales que los enfermos producen, es un fenómeno y supone una conceptualización relativamente reciente en la historia del hombre.

Muy resumidamente, puede considerarse que no podía hablarse de alcoholismo en los términos en que hoy se hace hasta el advenimiento de unas determinadas condiciones socio-culturales; son fundamentalmente las que caracterizaron la fase paleotécnica y sobre todo



neotécnica de Mumford, que determinaron un uso y una función del alcohol, así como una tolerancia individual y colectiva a la alcoholización y unas respuestas de la colectividad, en los planos sanitarios y sociales, totalmente diferentes de las que venían produciéndose desde la edad protohistórica y clásica. Como dijo Ortega, en los tiempos modernos, el alcohol dejó de ser un dios para convertirse en un problema sanitario y administrativo.

La historia alcohólica es muy interesante no sólo teóricamente, sino también con repercusiones trascendentes para la práctica actual. Sin embargo, no puede intentarse su análisis ni su resumen en el contexto de este trabajo. Interesa hacer resaltar aquí, una vez más, la íntima y esencial relación que ha existido entre el nivel de desarrollo social y tecnológico y la configuración que los problemas del alcohol han ido adoptando en cada comunidad y en cada momento histórico.

En cierto sentido, el alcoholismo y más genéricamente los problemas del alcohol, «fueron» un problema antiguo, «han sido» un problema viejo y «son» un problema actual.

En efecto, fueron un problema antiguo y poco conocido, las repercusiones del uso del alcohol, que hicieron los primeros hombres de hace unos veinte mil o treinta mil años, parece que consumían hidromiel y otras drogas hasta embriagarse; como fue un problema antiguo, mejor conocido y de regusto clásico, la utilización del alcohol por las culturas hebrea, egipcia, griega y romana, que vivieron una ola de alcoholización alrededor del Mediterráneo, que se puede denominar primaria. Es ya antigua también la ola de alcoholización secundaria, que experimentó toda Europa tras la difusión del alcohol de destilación, por la puesta a punto tecnológica del alambique. Es también antigua la onda de alcoholización secundaria que afectó a las Américas y otros territorios, tras su incorporación a la cultura occidental, y que modificó esencialmente los patrones de uso del alcohol precolombinos.

El alcoholismo ha sido un problema viejo, sin sabor clásico y con mucho de miserable y astroso, patentizado en las repercusiones que la utilización del alcohol produjo en la sociedad pre-industrial e industrial de los siglos XIX y XX. Las descripciones gráficas de Hoggarth, o las literarias de Balzac y Zola, denuncian un uso y unas repercusiones sociales y sanitarias del alcohol mucho más cercanas a la época actual, y, sin embargo, percibidas como si ya no se produjesen o quedasen reducidas a zonas sociales marginadas que no se perciben o no se

quieren percibir. Es éste un alcoholismo viejo, de la miseria y proletario, que ya no se deja aparecer y que para muchos pertenece al pasado.

Sin embargo, el alcoholismo, y en general los problemas del alcohol, son un problema dramáticamente actual, hasta el punto de que en la recién finalizada XXXII Asamblea Mundial de la Salud, celebrada hace unos días en Ginebra, se ha presentado y aprobado una resolución en la que se declara terminantemente la inaplazable necesidad de enfrentar el problema del alcohol con los medios adecuados incluso a nivel mundial y a través de las acciones colectivas necesarias. En dicha reunión, y a través de las manifestaciones de las diferentes delegaciones, ha quedado de manifiesto cómo la disponibilidad y el consumo de alcohol afecta masivamente y por igual a todos los pueblos, independientemente de geografía o ideología. Merecen la pena destacarse dos hechos por el especial significado que encierran: el primero de ellos es la patética petición de ayuda de los países subdesarrollados, sobre todo los africanos, que ven ahogarse en el alcohol todos sus esfuerzos de progreso social y económico; en estos países se asiste al espectáculo de la alcoholización creciente de sus escasos cuadros directivos, de profesionales, especialistas y en general de su potencial humano, con las lógicas repercusiones negativas en todo el conjunto social. Otro hecho significativo puesto de relieve es la alcoholización que están sufriendo los pueblos islámicos, tradicionalmente preservados por sus normas coránicas del uso y el abuso del alcohol, y hoy en trance también de alcoholización rápida, que hace solicitar a sus representantes sanitarios la consideración de una limitación e incluso prohibición internacional del alcohol por el máximo organismo sanitario, la Organización Mundial de la Salud.

Los problemas del alcohol fueron antiguos, han sido viejos, pero sobre todo son actuales, y lo son no sólo a pesar de las otras drogas, que tienen «más y mejor» prensa y medios de comunicación y que desencadenan reacciones sociales aparentemente más intensas para la defensa social. Como en otras épocas históricas, también en ésta la droga alcohol, de uso mucho más generalizado por su disponibilidad y características, termina por englobar y en cierto modo por digerir el uso de las demás drogas, colectivamente hablando. Si en un momento determinado se presentaba el consumo de cáñamo como el símbolo contracultural que se oponía al consumo del alcohol, a su vez símbolo de adaptación alienada al «sistema», en el momento

actual, cáñamo, barbitúricos, anfetaminas y heroína, se consumen cada vez más íntimamente mezcladas con el alcohol, y es imposible comprender el panorama del consumo y las complicaciones de dichas drogas, si no se considera la droga más difundida y utilizada: el alcohol. A ello se hace referencia posteriormente al estudiar la situación actual en España.

II. DATOS PARA UN DIAGNOSTICO DEL ALCOHOLISMO

Los análisis epidemiológicos de una situación sanitaria dada tienen la finalidad de servir como base de una actuación preventiva y asistencial eficaz. En lo que se refiere a los problemas relacionados con el alcohol, la realización de dichos estudios epidemiológicos es una necesidad absoluta, dada la diversidad y complejidad de los factores cuya interrelación determina el «momento alcohólico» de cada colectividad en un momento dado, momento por tanto esencialmente distinto de unos países a otros, tanto en sus características como en sus mecanismos causales. La epidemiología de los problemas relacionados con el alcohol incluye una serie de técnicas y procedimientos que tienden a poner de manifiesto de la manera más válida y fiable posible, tanto las características del problema en un lugar y momento dados, como sus mecanismos causales, y muy importantemente también el análisis de los recursos actuantes en alcoholismo. Muy resumidamente, un diagnóstico epidemiológico de la situación alcohólica debe tratar de conocer suficientemente cuando menos los puntos siguientes:

- a) Datos sobre disponibilidad, producción, consumo y fiscalidad de las bebidas alcohólicas.
- b) Formas o patrones de bebidas de alcohol por la población general.
- c) Actitudes colectivas de la población general y de sus grupos especiales hacia las bebidas alcohólicas, su uso y su abuso.
- d) Factores sociales condicionantes de los patrones de uso de las bebidas alcohólicas.
- e) Problemática alcohólica de la salud pública:
 - 1) Datos sobre la frecuencia del alcoholismo.
 - 2) Datos sobre las consecuencias médicas, psiquiátricas, sociales y económicas del alcoholismo, tanto directas como indirectas.

f) Datos sobre las características de los pacientes alcohólicos. Entre ellas, son relevantes:

- 1) Las formas de la dependencia y su iniciación.
- 2) Los patrones de bebida de los alcohólicos.
- 3) Los tipos de consecuencias clínicas.
- 4) Los tipos de consecuencias sociales, marginación y delictividad.
- 5) Los grupos especiales de población alcohólica: la mujer, el niño y el joven, el anciano, los enfermos y los delinquentes, entre otros posibles.

g) Datos sobre las actitudes de la población y grupos seleccionados frente al alcoholismo y los alcohólicos.

h) Datos sobre los recursos preventivos y asistenciales de que dispone la comunidad para afrontar el problema.

i) Papel alternativo, sustitutivo o complementario representado por el consumo de otras drogas distintas del alcohol.

Es obvio que el conocimiento de muchos de los anteriores datos es difícil con frecuencia, y ello tanto por razones en relación con el nivel de organización sanitaria y social del país, que a veces hace imposible reunir los datos estadísticos más elementales, como por las dificultades intrínsecas de delimitar los hechos y sentar los criterios definitorios, y en su consecuencia diseñar las técnicas precisas de investigación. No es dificultad menor la crítica que señaló Keller de que los métodos utilizados en la investigación epidemiológica del alcoholismo, vienen determinados muy importantemente por las actitudes alcohólicas colectivas o de grupo.

Son particularmente difíciles (y también particularmente importantes) los datos que se refieren a la prevalencia de alcohólicos en la población y asimismo el conocimiento objetivo de los patrones de bebida de la población y sus subgrupos. Dado que la mayor parte de los autores se manejan con criterios y categorías diferentes, deben hacerse explícitos los mismos siempre que sea posible. Una dificultad importante, es la de armonizar los resultados de los estudios epidemiológicos colectivos, basados en métodos de *screening*, generalmente en forma de cuestionarios auto o heteroaplicados, con los resultados de los estudios clínicos basados en el estudio individual y casuístico de un conjunto dado de población. Conviene por ello distinguir en

estos aspectos del análisis epidemiológico, entre los datos que indican personas o conjuntos de personas que deben ser considerados como «potencialmente» alcohólicas o con problemas de alcohol, y aquellos otros que hacen referencia a «enfermos alcohólicos» comprobados clínicamente según un criterio dado. La mayor parte de los estudios epidemiológicos actuales se refieren al primer apartado. Respecto los patrones de bebida, sólo quiero hacer referencia a lo importante (y difícil) que es considerar no solamente la cantidad o volumen de la ingesta de alcohol, sino asimismo la frecuencia y la variabilidad de la misma, sin cuyo conocimiento no es posible establecer realista-mente la forma en que la colectividad usa o abusa del alcohol.

A continuación se pasa a resumir la situación epidemiológica en España, analizando algunos de los datos disponibles.

III. EL ALCOHOL EN ESPAÑA

España pertenece a un área geográfica e histórica en la que el consumo de bebidas alcohólicas es tradicionalmente muy importante y puede decirse que forma parte de su cultura, en muchos aspectos. Históricamente, la pertenencia de España a la cuenca mediterránea puso en contacto precoz desde la prehistoria a sus habitantes con los alcoholes fermentados, sobre todo en forma de vino. Posteriormente, la península Ibérica fue el lugar de transmisión de gran parte de los conocimientos biológicos y químicos de los árabes, y a su través de los griegos, a la cultura europea. Merece la pena destacar que se atribuye a un mallorquín, Raimundo Lulio (1235-1316), el conocimiento del alambique que hizo posible la disponibilidad de alcoholes de destilación, sobre todo en las regiones septentrionales europeas.

Puede afirmarse que entre las drogas capaces de producir dependencia, la más antigua y ampliamente utilizada en España es el alcohol, todavía fundamentalmente el alcohol de fermentación en forma de vino. El consumo de alcohol, inextricablemente tejido en las urdimbres más profundas de la vida colectiva española, implica aspectos culturales, económicos, sociales, etc., y muy importantemente, y cada vez más, aspectos sanitarios de gran repercusión, incluso alarmantes, que se analizaron después.

Sin embargo, en el momento actual, y desde hace años, los cam-



bios producidos en la sociedad española han determinado variaciones esenciales tanto en el uso colectivo del alcohol, que ha cambiado de uso y significado, como en la existencia, colectivamente importante, de consumo de otras drogas capaces de producir dependencia, antes desconocidas en España. Aunque el presente trabajo se dirige específicamente a describir la situación de España en lo que se refiere a alcoholismo, no puede dejar de aludirse la problemática que determinan esas otras sustancias cuyo uso y abuso con frecuencia se superpone o es alternativo al del alcohol, en estratos cada vez mayores de la población. Por análogas razones, se describen los patrones de uso normal de alcohol y de otras bebidas no alcohólicas como sistema de referencia que permite situar el consumo anormal, base del fenómeno social «alcoholismo».

IV. LA REPERCUSION DEL ALCOHOLISMO EN LA SALUD PUBLICA ESPAÑOLA

Antes de proceder a un análisis pormenorizado, tanto de los patrones de uso «normal» del alcohol por la población como de los patrones de uso «anormal», es conveniente describir, aunque sea muy resumidamente, las repercusiones sanitarias globales de la enfermedad alcohólica en España, lo cual permitirá señalar la magnitud médico-social del problema.

La frecuencia de la enfermedad alcohólica en España ha sido objeto de diversas investigaciones que han utilizado desde métodos de encuesta directa de la población hasta métodos indirectos de base clínica y social. Como es lógico, dichos estudios han proporcionado cifras de prevalencia muy diferentes, si bien coincidiendo en una alta frecuencia; mientras un estudio realizado en Navarra en 1952 estimaba la prevalencia en un 5 por 100 de la población adulta española, otro estudio realizado en Galicia encontraba un 6,4 por 100. La diferencia regional en la frecuencia de enfermos alcohólicos parece un dato relativamente establecido que sugiere la mayor existencia de alcohólicos en el Norte de España que en el Levante, ocupando el Sur una situación intermedia. La frecuencia en las grandes ciudades (Madrid, Barcelona) no difiere sensiblemente.

Las investigaciones de base clínica directa de que se dispone proporcionan datos nunca inferiores al 2,5 por 100 de la población



general, lo que permite fijar una cantidad de alcohólicos en la población española no inferior al millón de habitantes, en ningún caso.

Otros cálculos basados en consumos altos de alcohol sitúan a España como uno de los países europeos con mayor proporción de bebedores de consumo medio diario superior a 150 c. c. de alcohol absoluto, en tercer lugar, solamente precedida de Francia e Italia. Según estos datos, se deduciría una población muy probablemente alcohólica de un 5,3 por 100 de la población general, lo que permitiría fijar la cantidad de los alcohólicos alrededor de dos millones. Cálculos teniendo en cuenta grupos de edad, etc., fijan la proporción de probables alcohólicos en 1.250.000 personas. A continuación se analizan algunos indicadores que reflejan expresivamente la repercusión sanitaria y social de la enfermedad alcohólica.

Las cirrosis hepáticas, de las que se ha estimado que al menos un 52 por 100 reconocen un origen etílico en España, aumentan progresivamente desde 1950, en que representaban el 0,93 por 100 del total de muertes, a 1974, en que representan el 2,65 por 100, con una tasa de 22,36 por 100.000 habitantes (se estima, según esta tendencia, que para 1980 la cirrosis hepática será la tercera o cuarta causa de mortalidad).

En general, la mortalidad directamente debida al alcoholismo, de la cual la debida a la cirrosis hepática alcohólica se estima que es aproximadamente la mitad, se estimaba para 1975 en unas 8.000 personas. (Esta cifra resulta de sumar las muertes por cirrosis hepática, por accidente de tráfico, por suicidio, por accidente de trabajo o por otras causas directamente debidas al alcohol.)

Otro indicador válido lo constituyen las repercusiones psiquiátricas del alcoholismo. En el momento actual se estima que aproximadamente el 40 por 100 de los ingresos en los diversos centros psiquiátricos es debido al alcoholismo en alguna de sus formas, y que el 5 por 100 de las camas psiquiátricas están permanentemente ocupadas por dichos pacientes, con una rotación excesivamente alta de los pacientes por los centros.

La accidentabilidad laboral del alcohólico en España es triple que la de otros trabajadores, así como su absentismo. En general, se ha estimado, en 1975, que cuatro a cinco millones de personas están afectadas directamente por los alcohólicos, y que el coste directo e indirecto del alcoholismo en el país oscilaba alrededor de los 20.000 millones de pesetas al año.

V. CONSUMO DE ALCOHOL EN LA POBLACION GENERAL

La población española en general tiene unos patrones alimentarios muy diferenciados socio-económicamente, interesando aquí resaltar el escaso consumo de leche y agua que hacen sobre todo los adultos de nivel de vida insuficiente. El vino es con mucho la bebida alcohólica de consumo más extenso e intenso, sobre todo en los niveles de vida insuficiente, si bien en los últimos quince años ha variado notablemente la composición de la dieta alcohólica de la población.

En términos generales se ha estimado por diversos autores un consumo de alcohol absoluto *per cápita*, que mientras en 1962 no llegaba a los ocho litros por habitante y año, en 1972 pasaba de los 14 litros por habitante y año. Las bebidas destiladas suponen alrededor del 25 por 100 del alcohol absoluto que se consume. Se estima que estas cifras de consumo sitúan a España entre el grupo de consumidores con mayores consumos medios de Europa, juntamente con Francia, Portugal e Italia. Encuestas que se vienen realizando hace años demuestran una disminución de la población de abstinentes en la población general, que actualmente puede ser evaluada en un 14 por 100 de los varones y un 22 por 100 de las mujeres. La mayoría de la población no abstinentes tiene consumos altos de alcohol absoluto, tanto si se consideran los bebedores habituales excesivos y los alcohólicos, que vendrían a consumir el 30 por 100 del consumo nacional, con una media de unos 48 litros de alcohol absoluto por año, como si se consideran los bebedores moderados, más numerosos, que consumirían aproximadamente 23 litros de alcohol absoluto al año *per cápita*. El cambio en los patrones de bebida tiene un denominador común: cada vez hay más bebedores que beben más.

Desde el punto de vista socioeconómico, las encuestas demuestran que el consumo es más «pesado» en los niveles de vida bajos que en los niveles de vida altos, lo que complementa lo que quedó dicho del escaso consumo comparativo no sólo de leche, sino también de agua, de aquéllos. El aspecto social de la bebida es muy evidente, siendo el consumo habitual generalmente en compañía, y solitario en solamente el 7 por 100 de los varones y el 1,5 por 100 de las mujeres. La embriaguez semanal llega al 2 por 100 de los varones

y al 1 por 100 de las mujeres. Las diferencias de patrones de bebida en la mujer y en el hombre, patentes tanto en los niveles socioeconómicos altos como en los bajos, se han modificado muy sensiblemente, tendiendo hacia una homogeneización, a base de un aumento de bebida de destilación y un cambio respecto a actitudes más igualitarias respecto de la bebida. Merece la pena destacar la habitualidad de consumo de vino en niños en población escolar, que en algunas muestras llega al 80 por 100. En otro ambiente, como el laboral, las bebidas alcohólicas se suelen consumir libre y habitualmente. Respecto a la función de la bebida, aunque persiste una mayoría de población que utiliza las bebidas alcohólicas por su valor socializador y menos frecuentemente dietético, cada vez se consume por grupos más amplios de población, tanto masculinos como femeninos, y en todos los niveles socioeconómicos, como droga de ajuste o evasión que posibilita una relativa adaptación a las cambiantes y exigentes circunstancias de una sociedad en transformación industrial rápida, con todos sus problemas correlativos de movimientos migratorios, crisis de valores, etc. Hasta el momento se carece de datos numéricos sobre las repercusiones que en los patrones de alcoholización española está teniendo la crisis económica de los últimos tres años. En estos últimos años merece la pena destacar, aunque no pueda evaluarse numéricamente, una mayor utilización de alcohol por la población adolescente, generalmente en forma de destilados y con frecuencia en consumo unido o alternativo al de otras drogas, frecuentemente derivados del cáñamo, barbitúricos y anfetaminas.

Muy sintéticamente, y respecto los patrones de uso de bebidas alcohólicas en España, podría describirse un proceso, socialmente condicionado, que parte de una situación relativamente estable, con una alcoholización caracterizada por una gran disponibilidad de vino, fundamentalmente, y una integración del uso del alcohol en la vida comunitaria, a su vez estable y jerarquizada, de características fundamentalmente agraria y patriarcal. En aquella estructura, el alcohol no es percibido como factor alterante, y la colectividad, tanto en general como específicamente sus instituciones y profesionales, incluso los sanitarios, desarrollaron tradicionalmente una falta de percepción del alcoholismo entonces ya existente como problema.

Esta situación fundamentalmente estable se mantuvo hasta la década de los años 50 y 60, en los cuales se asiste a un aumento en principio muy patente de las complicaciones psiquiátricas y socia-

les y menos patentemente de las médicas. Este aumento parece que se puede poner en relación con el cambio en la función social del alcohol, en virtud de las transformaciones sociológicas producidas, que fueron aludidas anteriormente. En la década de los 60 y principio de los 70 se asiste a un crecimiento primero rápido y progresivamente más lento de los problemas del alcohol en España, que sumariamente pueden ser puestos en relación con una mayor proclividad al uso de alcohol como droga de ajuste, una mayor intolerancia colectiva e individual al uso del alcohol, por mayores exigencias adaptativas, y muy importantemente una fomentación consumista de la disponibilidad de bebidas alcohólicas, más frecuentemente destiladas. Incluso en alguna época de esos años se promovió publicitariamente el consumo de vinos generosos por la población infantil. Los últimos años 70 constituyen de momento la etapa final del proceso, en el que ya aparecen consolidados los cambios descritos en los patrones de bebida, así como en las altas cotas de consumo logradas, y se sobreañaden problemas como proporciones importantes de paro laboral en la población, cambios aún más pronunciados y profundos en los sistemas de valores y formas de vida colectiva, y muy importantemente se asiste a la expansión del consumo colectivo de otras sustancias tóxicas.

En efecto, es cada vez más patente la utilización de drogas por sectores crecientes de la población española. Muy brevemente, la situación a este respecto se caracteriza por tres tipos fundamentalmente de uso (y abuso) de drogas: ampliamente difundido, hasta unas proporciones que oscilan del 1 al 2 por 100 de la población, uso y dependencia de drogas analgésicas y estimulantes, en una forma encubierta, latente, consumo muy frecuentemente desarrollado por la mujer, con un significado que puede comprenderse como complementario y alternativo al alcohol, más admisible socialmente para la mujer que éste. También con amplia difusión, cada vez más extendido el uso de derivados del cáñamo, y también cada vez más utilizado por poblaciones más jóvenes. Estudios muy recientes ilustran acerca de una general disponibilidad de estas sustancias, y una actitud proclive al uso del mismo por los adolescentes, que se traduce en que más de la tercera parte de los jóvenes entre doce y veinticuatro años lo hayan probado, si bien sólo la cuarta parte de ellos son consumidores más o menos habituales (ocasionales, 6 por 100; habituales, 12 por 100, y con dependencia, 7 por 100). Interesa resaltar aquí la



utilización conjunta creciente de cáñamo y bebidas alcohólicas destiladas por los adolescentes, así como la frecuente utilización conjunta de anfetaminas. Con mucha menor difusión y correlativamente con escasa disponibilidad y actitudes muy negativas incluso de los jóvenes hacia ello, el uso de heroína constituye un problema recientemente aparecido en España y de dramático y rápido aumento, con todas sus complicaciones sanitarias y sociales. En este punto conviene hacer constar que también el consumo de drogas ha sufrido cambios importantes en España desde los años 68, en que puede fijarse el comienzo del aumento y de la situación actual, mientras en los últimos años 60 y primeros 70 el uso de drogas modernas se asociaba a un contenido ideológico contestatario y contracultural, y afectaba a sectores de la sociedad fundamentalmente intelectuales y de nivel socioeconómico elevado, en el momento actual tiende a masificarse y proletarizarse la utilización de dichas drogas, no siendo tan patente o explícito el contenido ideológico y, por el contrario, comprobándose la influencia del creciente paro juvenil en la masificación de este proceso. Estos cambios en el uso de drogas se han traducido en reacciones, primero, solamente verbales y últimamente más realistas, que tratan de contener y paliar el problema de las drogas, tanto a nivel oficial como colectivo y privado, reacciones que no se han producido de la misma forma ni con la misma eficacia movilizadora en lo que se refiere a los problemas del alcohol.

VI. CARACTERÍSTICAS DEL ALCOHOLISMO EN ESPAÑA

La utilización de un sistema diagnóstico polidimensional uniforme en los dispensarios antialcohólicos, desde el año 1960, permite conocer algunas características importantes de los pacientes alcohólicos que acuden a los mismos, con las dos décadas que se vienen reuniendo estos datos, se comprueba la existencia de cambios significativos en las características de los pacientes alcohólicos, que puede ser puesto en relación de alguna forma con los procesos de cambio de los patrones alcohólicos y sociológicos en sentido amplio. A continuación se describen las características actuales de los pacientes alcohólicos, haciendo referencia al mismo tiempo a los procesos de cambio, todo ello referido a muestras de pacientes que consultan en dispensarios antialcohólicos.

El sexo de los pacientes en la actualidad es de, aproximadamente, 87 por 100 de varones y 13 por 100 de mujeres (1 por cada 6). La tendencia al aumento del alcoholismo femenino es notable y progresiva desde 1960, en que las mujeres eran el 8 por 100 del total. Puede explicarse este aumento tanto como por un aumento del consumo de alcohol por las mujeres como por un cambio de la función del mismo, y asimismo por una facilidad mayor de consulta y tratamiento para la mujer. Las edades en que los pacientes consultan son relativamente tardías, entre cuarenta y cuarenta y nueve años, siendo las mujeres más precoces que los varones en su consulta. La edad habitual de consulta es muy tardía, ya que la expresividad patológica del alcoholismo comienza en las muestras estudiadas hacia los treinta-treinta y cinco años.

En relación con la edad, conviene detallar que la iniciación del consumo de alcohol es profundamente anterior a los veinte años, existiendo en algunas muestras un 10 por 100 de alcohólicos que inician su ingestión antes de los doce años. En cuanto al alcoholismo infanto-juvenil, en los dispensarios antialcohólicos supone el 0,25 por 100 de los pacientes consultados, cifra no alta, pero importante por su significado. En la tercera edad, en estudios realizados entre personas asistidas en residencias se ha encontrado un 3,5 por 100 de alcohólicos ancianos.

La iniciación y aprendizaje de la conducta alcohólica continúa siendo mayoritariamente condicionada por procesos de presión e imitación social, es decir, por el ambiente alcohólico social: aproximadamente el 40 por 100 de los alcohólicos españoles se deben a dicha presión alcohólica de la sociedad. Sin embargo, también en esto existen cambios, observándose por una parte un aumento en la proporción de hombres que aprenden a beber por condicionamientos personales, frecuentemente neuróticos; las mujeres, que clásicamente iniciaban su hábito por dicho condicionamiento neurótico, comienzan a iniciarlo también por un aprendizaje social simple. Estos procesos de cambio reflejan al parecer tanto la existencia de un consumo más difundido por hombres y mujeres, como la existencia de mayores exigencias adaptativas.

En cuanto a la forma de la dependencia alcohólica, con mucho la más frecuente, es la que se caracteriza por la existencia de una tolerancia aumentada al alcohol, con un metabolismo adaptado al mismo, existiendo asimismo síndrome de abstinencia, incapacidad de absten-



ción y además pérdidas de control más o menos frecuentes. Esta forma de dependencia se encuentra, aproximadamente, en el 70 por 100 de los varones y es la más frecuente en la mujer. La tendencia de cambio es a existir cada vez menos alcohólicos que sólo presentan incapacidad de abstinencia, aumentando tanto en hombres como en mujeres los alcohólicos que pierden el control, entre ellos también los bebedores de curso intermitente. En general, los datos estadísticos sugieren una agravación de las formas de dependencia en los últimos años. Es significativo estadísticamente que las iniciaciones sociales de la conducta alcohólica se asocian con formas de dependencia caracterizada por incapacidad de abstinencia y pérdida de control, mientras que el aprendizaje condicionado por la personalidad del paciente, en el hombre, se asocia con incapacidad de abstinencia y pérdida de control; y en la mujer, con una dependencia de curso intermitente con pérdidas de control.

La expresividad social debida al alcoholismo se encuentra en el 80 por 100 de los pacientes, la expresividad fisiopatológica en el 85 y la expresividad psiquiátrica en el 79 por 100 de la muestra estudiada. Las consecuencias sociales, que en general aumentan, van homogeneizándose en el hombre y en la mujer, aunque la expresividad antisocial del alcoholismo sigue siendo casi privativa del hombre, que también es el que se degrada más socialmente.

Las consecuencias alcohólicas corporales tienden a aumentar sobre todo para los hombres. Entre ellas, y aparte de síndromes corporales menores, las más frecuentes (75 por 100) destacan la existencia por orden decreciente de síndromes neuróticos (43 por 100), gástricos (34 por 100) y hepáticos (23 por 100). Un autor catalán, Bach, ha encontrado mayor y más grave agresividad hepática del alcoholismo en la mujer, y en las muestras de los dispensarios se encuentra una mayor expresividad gástrica en el hombre.

Las consecuencias psiquiátricas, están variando ostensiblemente en el sentido de que cada vez son más frecuentes las psicosis agudas alcohólicas en la mujer. En conjunto, y a pesar del aumento, las graves complicaciones psiquiátricas son menos frecuentes en la mujer, que expresa más caracterológicamente su alcoholismo. Los síndromes paranoides celotípicos disminuyen ostensiblemente en el varón, no existiendo prácticamente en la mujer. La expresividad seudoneurótica de alcoholismo es cada vez más frecuente.

Desde el punto de vista social y asistencial, es útil tener en cuenta



que todos los enfermos tratados en dispensarios presentan algún grado de marginación, muy frecuentemente importante, y que se hace más grave cuando existe patología alcohólica psiquiátrica o cuando existen antecedentes familiares alcohólicos. La marginación social completa, *el alcoholic homoless* y similares, es relativamente infrecuente en España, muy probablemente por la persistencia de unas determinadas estructuras familiares, a pesar de otras transformaciones. Es posible que esta situación también esté cambiando en los últimos dos o tres años, reflejando entre otras cosas los problemas derivados de la recesión económica.

VII. ACTITUDES COLECTIVAS, PROFESIONALES Y OFICIALES FRENTE AL ALCOHOLISMO

Diversas encuestas vienen demostrando que la población española en general tiene una percepción del problema colectivo que representa el alcoholismo, y percibe al alcoholismo como una enfermedad, si bien persiste en amplios sectores un concepto esencialmente ético de la dependencia como vicio o delincuencia. Con frecuencia también, la imagen del alcohólico concreto se superpone a la del borracho, con lo que quedan sin reconocer otros grupos de alcohólicos que no se embriagan patentemente. La percepción que tienen los profesionales médicos respecto al alcoholismo está variando muy sensiblemente desde estudios realizados en los años 60 hasta la actualidad, hacia un modelo médico, fundamentalmente psiquiátrico, del alcoholismo. Recientemente, hace unos cuatro o cinco años, se asiste a un crecimiento del interés médico por los problemas extrapsiquiátricos y sanitarios generales del alcoholismo, y los pacientes alcohólicos, que llegan a veces a ser la tercera parte del colectivo ingresado en un servicio de medicina interna, cada vez son mejor reconocidos e integrándose el tratamiento de su dependencia en el programa terapéutico y rehabilitador general. A pesar de todo ello, es patente todavía una deficiente información en las profesiones médicas respecto «la enfermedad alcohólica» proporcionada tanto a la cantidad como a la calidad de las implicaciones sanitarias del alcoholismo.

Menos investigadas han sido las actitudes de las profesiones educativas, teniéndose la impresión de que no existe ni una información ni una sensibilización ni siquiera mínimamente adecuada ante los problemas del alcohol, que de hecho y a pesar de algunas tímidas reali-

zaciones, como, por ejemplo, la cartilla de alimentación, no son debidamente incluidas en la educación sanitaria y general. En la actualidad se asiste, por el contrario, a una sensibilización muy aguda hacia los problemas de la droga, en los medios educativos, que dan lugar a acciones informativas de momento incoordinadas, en alguna de las cuales se integra información sobre el alcohol y sus problemas. Otras profesiones de interés social (asistentes sociales, periodistas, policías, etcétera) colaboran desde sus puntos de vista, a veces con información básica insuficiente, pero cada vez más con criterios de ayuda y rehabilitación que van sustituyendo las actitudes moralizadoras o punitivas de antaño.

Mención especial merece la actitud de los propios alcohólicos que mantienen frente al alcoholismo y su propia situación, actitud que comparten con la más extendida socialmente de considerarse como enfermos o pacientes, y, por tanto, viéndose susceptibles de acudir a tratarse en los centros disponibles. Desde hace aproximadamente diez años, se asiste al desarrollo creciente de una serie de actividades grupales por parte de los alcohólicos, que se refieren no sólo a su propio tratamiento, sino también a aspectos asistenciales o incluso preventivo de sensibilización social, etc. En general, esta acción de los propios enfermos ha sido positivamente considerada por los profesionales.

Quizá sea el lugar oportuno para describir brevemente el estado de la teoría alcohólica en España. Desde poco antes de los años 60 se asiste a un interés creciente de los profesionales, generalmente psiquiatras, por los diversos aspectos del alcoholismo, siendo cada vez mayor el número de profesionales dedicados específicamente a alcoholismo, así como su producción científica.

Existe una Sociedad Científica para el Estudio del Alcoholismo y las Toxicomanías, y desde 1968 vienen celebrándose regularmente seminarios y congresos nacionales sobre estas cuestiones. En el momento actual, las teorías prevalentes sobre la dependencia alcohólica se reparten entre tesis biológicas y tesis psicodinámicas. Entre ellas, comienzan recientemente a abrirse paso el modelo conductista de aprendizaje alcohólico, existiendo también repercusiones alcohólicas de las tesis antipsiquiátricas. Coherentemente con todas estas modificaciones, algunos programas de tratamiento comienzan a considerar la posibilidad de objetivos como la bebida controlada en algunos casos. Sin embargo, la mayor parte de los programas terapéuticos

y rehabilitadores actuales siguen centrados sobre la obtención de la abstinencia y la acción reconstructiva psicosocial. El internamiento psiquiátrico es utilizado en una mínima parte de los pacientes, que no llega al 9 por 100 de los que consultan en un dispensario anti-alcohólico, mientras un 2 por 100 es internado en instituciones médicas generales. Los hombres sobre todo con pérdidas de control y alteraciones de la personalidad son con mucho los más frecuentemente internados. Respecto las técnicas y métodos utilizados varían ampliamente, pudiéndose considerar como mayoritariamente empleadas las técnicas de psicoterapia de grupo y la utilización de Disulfiran. Respecto a este compuesto, se utiliza generalmente sin producir la reacción antabús-alcohol, y se extiende moderadamente su uso en forma de implantación subdérmica. Las técnicas aversivas con apomorfina han sido más ampliamente utilizadas en años anteriores. Las técnicas aversivas eléctricas conocen un cierto auge, si bien limitado, mientras comienzan a aplicarse otras técnicas de modificación de conducta no aversiva, como autocontrol, *feed-back*, desensibilización, etc.

Desde el punto de vista de la Administración, hace cuatro años se organizó una Comisión Interministerial sobre Alcoholismo y Toxicomanías, que continúa en la actualidad sus actividades, asistiéndose en los últimos tiempos a una escisión de sus actividades, considerándose los problemas del alcoholismo de incumbencia más sanitaria que los de las drogas, que se van adscribiendo a instituciones de ayuda social preferentemente. Los servicios asistenciales específicos dedicados al alcoholismo están constituidos por dispensarios antialcohólicos que forman parte de la red de Dispensarios Psiquiátricos de Salud Mental, en los cuales se asiste ambulatoriamente a los pacientes y se desarrollan tareas preventivas, de sensibilización, información, etc. Los pacientes alcohólicos que precisan internamiento utilizan la red de hospitales psiquiátricos, que está muy sobrecargada, en gran parte precisamente por el agobio que suponen los pacientes alcohólicos, y que en general en España alcanza unos *standards* asistenciales muy inferiores a la asistencia médico-quirúrgica, asistencia en la que no está integrada la asistencia psiquiátrica. Aunque las circunstancias económicas actuales han supuesto un obstáculo importante para la mejora de los servicios asistenciales y preventivos, todo hace pensar que su interés e incluso necesidad social y sanitaria han de recibir pronto la atención necesaria.



Las causas sociales del alcoholismo

Por Dr. EMILIO BOGANI MIGUEL

Presidente Nacional de Socidro alcohol.
Jefe del Servicio de alcoholismo y toxicomanías
del Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia)

En la presente comunicación pretendo demostrar que la estructura de la sociedad consumista propicia de modo inequívoco la aparición de esa epidemia universal que denominamos alcoholismo.

Aunque hasta el presente hayamos sido básicamente los sanitarios los encargados de detectar y denunciar la pandemia alcohólica, ya es hora de que la sociedad tome conciencia de que el problema incumbe a mucha más gente.

Incluso si los médicos fuésemos capaces de rehabilitar a todos los alcohólicos actualmente enfermos, la sociedad seguiría generando nuevos casos, ya que sus causas no son abordadas en su raíz.

El viejo adagio de que más vale prevenir que curar no tiene aquí ninguna posibilidad, puesto que sabiendo perfectamente cuál es la etiología de la dolencia, los intereses en juego son excesivamente importantes como para cerrar las espitas del alcohol.

Cuando se detecta una epidemia de tifus se condena el pozo contaminante. Pero ¿quién le pone el cascabel al gato de la viticultura y la destilación?

La minería y la silicosis, la dieta inadecuada y la obesidad, el mosquito y el paludismo y, ¿por qué no decirlo?, el alcohol y el alcoholismo.



El alcohol es una droga que ha ido invadiendo insidiosamente nuestra civilización, no es un fenómeno reciente y alarmante como el de las toxicomanías prohibidas, la tradición, la cultura, nuestros hábitos, constituyen un terreno tan abonado que el alcohol no es visto por casi nadie como droga peligrosa.

Si queremos entender los orígenes de la sociopatía alcohólica será necesario echar una mirada atrás para, partiendo del Neolítico, hace unos diez mil años, ir asentando los hitos sobre los que esta pandemia ha ido reforzando su generalización.

Son muchas las personas que creen que las bebidas alcohólicas son consustanciales con el hombre, como lo puedan ser otras necesidades vitales, el comer, el respirar, la ingestión de líquidos. Pero la verdad es que sólo hasta el Neolítico, en que el desarrollo de la técnica cerámica permite recoger los granos y los frutos que después fermentarán en las vasijas, las bebidas alcohólicas eran desconocidas para la especie humana.

En una etapa posterior y coincidiendo con la civilización judeo-cristiana y su influencia en el área mediterránea, se va generalizando el cultivo de la vid, que de modo especial compete a los monasterios. La baja rentabilidad del viñedo hace que apenas se extienda por los países nórdicos. La aparición de la sidra y la mejora de las vías de comunicación permitiendo el trasiego de Sur a Norte de los vinos, consiguen que el alcohol vaya siendo conocido por toda Europa.

Jābir ybn Hayyān, hacia el año 750 después de Cristo, descubre el proceso de la destilación. El mundo cristiano no lo conocerá hasta el siglo XII. Para unos, la destilación se llevó a efecto por vez primera en la Escuela de Medicina de Salerno. Para otros fue Raimundo Lulio (1233-1315) el primero en conocerla y Arnáu de Vilanova (1238-1311 ?) el primero en practicarla.

En el siglo XVII la destilación se generalizó por toda Europa y su práctica se universalizó.

El descubrimiento de la máquina de vapor y la revolución industrial propician que una inmensa masa del proletariado campesino, atraída por salarios más altos, se desplace hacia las grandes urbes, creando los cinturones industriales. Es la época del liberalismo triunfante, de la industrialización sin topes y de la expansión de la burguesía. A pesar de ello, el poder adquisitivo de los trabajadores no les permite consumir bebidas alcohólicas hasta el año 1850, aproximadamente, fecha en que su consumo va siendo más extensivo cuan-



titativamente y en cualquier país, significando un despegue hacia la universalización del alcoholismo. En estos momentos la ingestión ocasional y sacra del vino ha perdido su sentido inicial, es decir, culturalmente ya no es ritual religioso, ni complemento dietético, ni medicamento.

Con todo y con ello, siendo ya el alcoholismo un problema, su alcance y magnitud no son social ni sanitariamente tan alarmantes como en los últimos años. Podríamos decir que hacia el año 1954 se inicia en España un despertar económico que va alejándonos de la penuria de la guerra civil y de la guerra mundial. Hay un aumento del poder adquisitivo coincidente con el desarrollo de los medios de comunicación de masas. La radio y, sobre todo, la televisión se convierten en el más eficaz sistema para alienar al ciudadano sugiriéndole cómo debe vivir y, lo que es peor, cómo debe beber.

Los pasos anteriores permiten la universalización del alcohol; pero, en mi opinión, en España se superponen dos modos de ingestión: al consumo habitual del vino en las comidas y el brindis ocasional de algún festivo con bebidas destiladas locales, se suma el *on the roks*, «la cosa de hombres», «el whisky escocés», «la británica ginebra», «el exótico ron» y «el vodka ruso» elaborado en Villafranca del Penedés; pero todos estos productos de origen foráneo, de destilación y alta graduación alcohólica, ya son consumidos compulsivamente fuera de las comidas, utilizados como droga y con el estómago vacío. Así como hace veinticinco años era punto menos que imposible encontrar whisky en un bar, en la actualidad somos uno de los primeros consumidores del mundo y gastamos en él 18.000 millones de pesetas al año.

EL ALCOHOL

Son tantos los años de convivencia con él, le conocemos de edades tan tempranas, que hemos llegado a olvidarnos que se trata de una droga. La misma madre que nos consulta aterrada porque ha sorprendido a su hijo fumándose un «porro», ve impasible cómo regresa a casa el sábado por la noche, con sus diecisiete años, ebrio.

Se trata además de una droga dura. De mi vida profesional recuerdo el caso de un médico que ejerció durante treinta y cinco años inyectándose de ocho a diez ampollas de morfina diarias, sin



que por ello su prestigio se desmoronada. Con muchos menos años de hábito alcohólico, un galeno pierde su crédito y su clientela.

Sin embargo, esta droga desestructurante de la personalidad, el prestigio, la armonía convivencial, deteriorante física, psíquica y socialmente, causa del 35 por 100 de los accidentes de tráfico, del 40 por 100 de la accidentabilidad laboral y del 77 por 100 de los delitos con violencia, no sólo es permitida socialmente, sino que además se la ensalza y pondera, se aconseja su consumo y a poco que nos descuidemos nos cantan sus excelencias.

Pero, además, es una droga barata, tanto como la leche o el agua mineral, de no ser que haya que pagar royaltis de importación.

Resulta tan útil para el sistema ver cómo la fuerza trabajadora elude afrontar su explotación, sus contradicciones y su manipulación por el gran capital, que algunas veces pienso que, de no existir el alcohol, la sociedad capitalista se vería en la necesidad de inventarlo.

Según el sentir popular, el vino es un quitapenas. Cabría preguntarse por qué los hombres tienen penas y si no habría otro modo más inofensivo y resolutivo para atajarlas.

El alcohol supone una trampa tan hábil, que el ciudadano ahoga en él su sed de justicia, sus reivindicaciones y el análisis de la génesis de su propia explotación, le sume en una pseudofelicidad, estanca su evolución personal y para mayor inri el adicto lo deifica, la botella es su dios, el eje mismo de su vida.

LA SOCIEDAD

En estos últimos años observamos una creciente toma de conciencia hacia aquellas formas de agresión que repercuten en el individuo. Las centrales nucleares son impopulares, hasta tal extremo que el pueblo se tira a la calle para denunciar sus riesgos, para oponerse a ellas.

Los ecologistas profetizan el fin del Mediterráneo. Hacia el año 2000, el mar será una cloaca en la que ni los peces podrán vivir. La polución de los ríos, el equilibrio ecológico, la erosión del suelo, la extinción de algunas especies, las zonas verdes, el azul del cielo convertido en azufre y la vida en peligro por Seveso, por Lemóniz y otras calamidades similares tienen una triste y a la par envidiable capacidad de convocatoria de la que carece el alcoholismo. Natural-

mente el vino, el whisky y el champaña, concitan a los buenos momentos, a la juerga y a la fiesta, a la alegría y al cante. No extrañe, pues, que la polución del hígado, el deterioro de la conciencia o la erosión de la vida cotidiana no movilicen a las masas.

Si quieres tener audiencia en una charla, menciona la droga o habla del sexo, porque como se te ocurra referirte al alcohol te acudirán seis alcohólicos rehabilitados y el secretario de la asociación de vecinos. Son ya demasiados los años que llevamos denunciando el desinterés que nuestra sociedad manifiesta por su primer problema sanitario y social, lo cual nos induce a pensar que de una parte somos ineficaces — ¡ay, si me dejaran la televisión diez días! — y que de otro lado nuestras gentes tienen tan interiorizado el alcohol, es tan suyo, que sin él ya no saben ser nada.

Quizá yo soy plebeyo y sólo sé del diálogo del pueblo, me temo que el alcohol está en manos de la nobleza. Estoy persuadido de que quienes gobiernan legislan, quienes legislan son nobles y que el noble capital fructifica en la viña y en la destilería. Si no, veamos cómo resuenan a nuestros oídos los nombres siguientes: Conde de Osborne, Marqués de Bonanza, Marqués de Villarreal de Burriel, Conde de Villamiranda y Duque de Almodóvar del Río; Marqués de Domecq d'Usquain, Ysassi-Isasmendi, el Marqués del Valle de la Paloma y el Conde de Puerto Hermoso, Marqués de Nervión, el de Benamejí, el Conde de Benajiar, el Marqués de Borghetto y el de Villanueva de Duero. Nunca tantos fueron intoxicados por tan pocos. Quede claro que esta lista no es ni mucho menos exhaustiva, ni siquiera llega a la mitad, pero me parece abusivo «intoxicar» al auditorio con tanto blasón. Repito: mientras el capital esté en el poder, al servicio del poder y gracias a él, nada permite pensar que la legislación sobre publicidad de bebidas alcohólicas vaya a ser modificada en beneficio del pueblo y para disminuir los dividendos. Como decía antes, el alcoholismo no es un problema sanitario, sino básicamente social, económico y político.

Esta democracia, como cualquier otra de las occidentales e incluso muchos de los llamados países del Este, no tienen el menor interés por desintoxicar al pueblo, no fuera que por una de aquéllas, al pueblo le diera por pensar y diera al traste con el dólar y la nobleza. Mejor así. Que la angustia y lo crítico se encaucen por la embriaguez, antes de que la sangre llegue al río.

Pero es que, además, es de estricta justicia que si el español

está frustrado por la carencia de igualdad de oportunidades, por los roles telesugeridos, por las tensiones, por los saltos en el vacío, por la inseguridad y la angustia, encuentre un derivativo en ese opio del pueblo que la religión ya no va siendo, pero que el alcohol sustituye con eficiencia.

En todo cambio político hacia la justicia social y la democracia surgen ineludiblemente un cúmulo de cuestiones básicas: urbanismo, tiempo libre, medios de transporte, enseñanza, bienestar social y salud mental. ¿Entiende alguien que pueda hablarse de higiene mental cuando el 40 por 100 de los ingresos psiquiátricos en España lo son por alcoholismo? ¿No piensan ustedes que el alcoholismo es una verdadera piedra de toque de las reales intenciones de los poderes públicos por mejorar la estructura psicológica del nuevo ciudadano? Pues no, siguen proliferando los «puti-clubs», siguen en aumento los «pubs», bares, mesones, wisquerías, tabernas, discotecas, etc., etc..., y siguen estables o en regresión las bibliotecas, los centros culturales, los campos de deporte e incluso las iglesias. Se atiende mucho más a la creación de paraísos artificiales —siempre que sean rentables— que al desarrollo armónico del ciudadano, quizá, como decíamos antes, por una cuestión de dividendos.

EL INDIVIDUO

Cuando se psicologiza un problema, tecnifica o se medicaliza, automáticamente pierde importancia la interpretación estrictamente social. Así, por ejemplo, las teorías destinadas a interpretar la proclividad del hombre hacia el alcohol acaban coincidiendo en la explicación común de su gregarismo, baja tolerancia a las frustraciones e inmadurez. Me resulta difícil pensar que dos millones y medio de españoles, fundamentalmente varones y en edad de producción, sean todos ellos frágiles, gregarios e inmaduros. Y si así fuere, habría que cuestionarse de nuevo ese concepto indicativo denominado salud mental. Como decía el doctor Llopis, es muy cierto que el hombre que ha llegado a la Luna sigue siendo vulnerable ante los pequeños problemas, yo diría que tanto o más que el navegante de la Edad Media, que con un cascarón y un trozo de trapo se asomaba al «non plus ultra» del proceloso Océano. ¿Estamos, pues, en progresión técnica y regresión humana? Y si es así, ¿a qué se debe? Seguimos siendo

compulsivos, instintivos y primarios, burdamente occidentales, hasta tal punto que toda moda procedente de Oriente encuentra resonancias, toda nueva explicación e hipótesis no desprestigiada por la inoperancia y la rutina germina entre nosotros; toda alternativa no confirmada encuentra adeptos: artes marciales, yoga, tarot, quiromancia, ovnis, astrología, acupuntura, sofrología, zen, meditación trascendental y, en una palabra, pensamiento mágico, germinan profusamente en el jardín de nuestro desconcierto.

Como decía un filósofo amigo, lo primero que deberíamos cuestionarnos es nuestro derecho a la salud y no como estamos haciendo aquí y ahora al preguntarnos cómo curar el alcoholismo. Tal vez la primera pregunta sería cómo y por qué enfermamos, puesto que el alcoholismo es una enfermedad que se nos impone. Y cito de nuevo al doctor Llopis: «El español (por no hablar de otros) está programado para ser alcohólico desde que nace.» «Lo raro es que no lo seamos todos.» De hecho, presiones y condiciones para serlo no nos faltan.

La lucha diaria desarrolla el pragmatismo, puesto que el contacto con la realidad impone la búsqueda de soluciones viables. Y en tal sentido, desearía terminar con tres consideraciones simples: 1.º Todos los españoles que no están parados, trabajan y con carácter obligatorio, tanto ellos como sus empresarios, tributan a la Seguridad Social. 2.º Siendo así, ¿por qué ésta discrimina al alcohólico y al enfermo psíquico a la hora de una asistencia? ¿Y qué piensan proponer y hacer los organizadores y participantes de este simposio, para que el mismo no quede en juegos florales? 3.º Y por último, es necesario llevar al ánimo del auditorio que ni España es pobre ni el alcoholismo es invencible. Se trataría en primer lugar de distribuir la riqueza y en segundo lugar de hacerlo de modo tal que los presupuestos de Sanidad fueran prioritarios.

Mientras al pueblo se le escatime el derecho a la salud, ningún político podrá decirse en alta voz que es honesto, ningún partido podrá enarbolar la justicia social como bandera, ni ninguna democracia tendrá derecho a tal nombre.



LA PERSONALIDAD DE LOS ALCOHOLICOS

Por Dr. Francisco Alonso Fernández

Catedrático de Psiquiatría. Director del Dpto.
de Psiquiatría y Psicología Médica de la Facultad
de Medicina Central Complutense. Madrid

Sin ánimo, en absoluto, de meterme en el terreno que no es mío, yo creo que para afrontar este tema tengo que exponer previamente el concepto general de alcoholismo, que es un concepto, desde luego, muy discutido, incluso en los círculos técnicos; podríamos decir que es un concepto que no ha gozado todavía del consenso. Hasta el momento actual no se ha logrado una definición unívoca de lo que es el alcoholismo. Una definición del alcoholismo que apela a la pérdida de libertad es la que podríamos llamar *definición determinista*. Hay otra definición del alcoholismo que trata de reducirla simplemente a una intoxicación: es la *concepción tóxica* del alcoholismo, la concepción sintomática, en la cual se escapa lo más peculiar que tiene ese grupo de enfermedades que llamamos alcoholismo, porque, realmente, siempre que nos enfrentamos con el problema del alcoholismo, la cuestión fundamental dentro del conjunto de problemas que surgen en este círculo es preguntarnos por la motivación de por qué esta persona se entrega al alcohol, qué sentido tiene el alcohol para esta persona. No se trata, por lo tanto, de una intoxicación como puede ser una intoxicación industrial o una intoxicación accidental. La intoxicación es la consecuencia del alcoholismo, la alcoholización,



la intoxicación por el alcohol es el efecto. El alcoholismo, desde este punto de vista, es una afección humana que no ha sido desvelada en los estudios experimentales que se han hecho con ratas y demás animales.

Por lo tanto, vemos que no existe una definición unívoca del alcoholismo, y ello se debe a que, desde un principio, tenemos que subrayar que no hay un solo tipo de enfermos alcohólicos, que hay varios tipos de enfermos alcohólicos. El alcoholismo se trata de una enfermedad en plural, ya que debemos hablar propiamente de alcoholismos, no de alcoholismo.

Dentro de esta pluralidad de alcoholismos, yo distingo tres grandes grupos de enfermos alcohólicos:

- **El bebedor excesivo regular.**
- **El bebedor alcoholómano.**
- **El bebedor enfermo síquico.**

Son tres clases *distintas* de enfermos alcohólicos.

El bebedor excesivo regular.

Como indica su denominación, es un alcohólico que bebe exclusivamente alcohol con relación a su tolerancia biológica y que bebe todos los días con una línea muy grande de regularidad, hasta el punto de que nunca incurre en un cuadro de embriaguez. Los bebedores excesivos regulares llegan entonces a graves cuadros tóxicos, a lo mejor sin apenas haberse embriagado nunca, o quizá después de una o dos embriagueces durante su vida; pero, en fin, la embriaguez es un fenómeno muy raro dentro de este tipo de alcohólico, de manera que queda ya subrayado y muy claro desde el principio *que se puede ser alcohólico sin haberse embriagado nunca o casi nunca*.

Este bebedor excesivo regular tiene una personalidad muy sintónica, muy sociable; son personas muy pícnicas, diríamos para las personas que no están muy al tanto de esta biotipología, que son personas que tienen un tipo muy parecido al de Sancho Panza, no sólo ya en lo físico, sino sobre todo en lo psicológico; personas muy sintónicas, muy simpáticas, las cuales, al encontrarse en un ambiente

alcohólico, necesitan para afianzarse en este ambiente beber más de lo que suelen beber por término medio en el mismo; entonces se exceden y hacen un cuadro de bebedores excesivos regulares.

Pero el cuadro de bebedores excesivos regulares está, por lo tanto, condicionado sobre todo por factores ambientales, por factores socioculturales, hasta el punto de que algunos autores, cuando se refieren más o menos a este tipo, le llaman *alcoholismo sociocultural*. Sin embargo, debe quedar bien subrayado desde el principio que el influjo etiológico de los factores socioculturales se extiende a todas las clases de alcoholismo, el ambiente, las posturas de la sociedad, los factores ambientales, influyen sobre toda clase de alcoholismo, pero en el que más intervienen es precisamente en el de los bebedores excesivos regulares.

El bebedor alcoholómano.

El bebedor alcoholómano es, por el contrario, un bebedor que bebe con toda irregularidad, porque lo que busca en el alcohol es la embriaguez. La embriaguez, como vamos a ver muy pronto, significa para este alcoholómano, para este tipo de alcohólico especial, una evasión, y una evasión que él necesita porque se encuentra en una situación insoportable; necesita evadirse de esa situación insoportable, necesita recrear, diríamos, un nuevo mundo, y recurre para ello a la embriaguez. Entonces, el bebedor alcoholómano es el bebedor de la embriaguez, el bebedor que cuando empieza a beber le cuesta muchísimo trabajo parar, no sabe parar hasta que se encuentra emgriagado. Algunas veces consigue parar y bebe simplemente moderadamente, pero por lo general encuentra dentro de sí mismo grandes dificultades a abandonar la bebida una vez que se ha tomado los primeros tragos, las primeras copas.

El bebedor alcoholómano está condicionado sobre todo por factores psicológicos de su personalidad; también influyen, por supuesto, los factores ambientales, pero en un segundo plano. Por ello podríamos concebir, ya desde un principio, este tipo de alcoholismo como *el alcoholismo psicológico*, el alcoholismo condicionado por factores de la personalidad, y precisamente es a la descripción de estos factores de la personalidad a la que yo voy a dedicar la parte más extensa de mi exposición, un poco después de haber dicho dos palabras so-

bre el tercer tipo de alcoholismo, que es el alcoholismo del enfermo psíquico, el alcoholismo condicionado por una enfermedad síquica, por una alteración sico-patológica, el enfermo depresivo, que con la finalidad de neutralizar su tristeza se entrega a la bebida; la persona que tiene un delirio, por ejemplo, de pensar que todos están pendientes de él, de lo que llamamos los psiquiatras en un término un poco técnico delirio sensitivo de autorreferencia, y a lo mejor para calmar este delirio se entrega al alcohol y entonces se encuentra mucho más tranquilo y mucho más seguro frente a las personas; es decir, alcoholismo del enfermo síquico, alcoholismo condicionado por una alteración sico-patológica.

Entre estos tres tipos de alcoholismo existen, desde luego, grandes diferencias, sobre todo en el plano etiológico, en cómo vivencian estos sujetos los efectos del alcohol, puesto que el bebedor excesivo regular vivencia los efectos del alcohol como un afianzamiento en la sociedad, en su postura ambiental, en su postura ante los demás; en cambio, el alcoholómano vivencia los efectos del alcohol como una evasión de la realidad.

El bebedor enfermo síquico.

Y, finalmente, el bebedor enfermo síquico vivencia los efectos del alcohol como una reducción, una disminución de los sufrimientos que le proporciona su alteración síquica, su afección sicopatológica.

Pero, además, también existen diferencias en cómo, en el modo de beber; ya hemos visto que la diferencia más extrema se encuentra en que el bebedor excesivo regular bebe con toda regularidad y, en cambio, el alcoholómano bebe con toda irregularidad, puesto que para el alcoholómano lo importante es la embriaguez.

Hay otras diferencias, pero ya accesorias; las fundamentales son éstas. Entonces tenemos ya tres tipos de alcoholismo:

- Alcoholismo social: el del bebedor excesivo regular.
- Alcoholismo sicológico: el del bebedor alcoholómano.
- Alcoholismo sicopatológico: el del bebedor enfermo síquico.

Tenemos ya aquí encerrada una sistemática de los factores más importantes que intervienen en la determinación del alcoholismo, y



además tenemos unas referencias importantes, importantísimas, para formular diagnósticos precoces, puesto que antes de alcoholizarse la persona podemos pensar que un sujeto es alcohólico cuando se embriaga con cierta frecuencia. Toda persona que se embriaga con cierta frecuencia, aunque sólo sea una o dos veces al mes, en ciertos fines de semana, lo más probable es que sea un alcohólico del tipo alcoholómano.

Alcohólicos que beben con toda regularidad pero que beben una cantidad superior a su tolerancia biológica, entendiendo que por lo general un hombre de una contextura física corriente que realiza una vida profesional muy activa va a resistir menos de un litro de vino diario de 10 grados o su equivalente en otra clase de bebida alcohólica. Es decir, que para formular, por lo tanto, el diagnóstico de bebedor excesivo regular tenemos que fundarnos sobre todo en la cantidad de alcohol por día que ingiere esa persona y que, por lo tanto, si al mismo tiempo le efectuamos una prueba y procuramos tenerle unos días sin beber y durante esos días el sujeto cambia un poco de comportamiento, entonces esta observación nos confirma nuestro diagnóstico de que, efectivamente, nos encontramos ante un bebedor excesivo regular.

Finalmente, el bebedor enfermo síquico; tenemos que sospechar la existencia de este tipo ante todo sujeto que beba, que consuma alcohol con cierta insistencia, con cierta reiteración y que, además, esté afectado por una enfermedad síquica. Muchas veces, naturalmente, la asociación de alcohol y alteración síquica, pues a lo mejor, del consumo del alcohol puede originarse la alteración síquica; pero otras veces la relación es inversa y es la alteración síquica la causa del consumo del alcohol, pero lo cierto es que siempre que nos encontremos ante un bebedor y que al mismo tiempo presenta síntomas de alteración síquica, debemos pensar en la probabilidad de que nos encontremos ante un bebedor enfermo síquico.

Tenemos aquí ya tres cauces para formular diagnósticos precoces con toda facilidad, no un solo cauce, sino tres distintos, completamente diferenciados. Lo que no tenemos es un dato unívoco que nos valga para definir todas las clases del alcoholismo o para formular diagnósticos precoces de todos los tipos de alcoholismo. Entonces vemos que lo importante para la personalidad del alcohólico es profundizar en el alcoholómano, en el alcoholismo de la embriaguez, y en realidad esto no lo tenemos que lamentar demasiado, puesto que

entre nosotros, en nuestro país, según las investigaciones epidemiológicas hechas en los equipos en los que yo trabajo, resulta que el tipo de alcohólico, con mucha más frecuencia en España, por encima de todos los demás, es precisamente el alcoholómano. De manera que vamos a tratar sobre la personalidad del tipo de alcohólico que más abunda entre nosotros.

El alcoholómano

Resulta que este tipo de alcohólico comienza ya a mostrarse muy aficionado por la embriaguez en los años de la adolescencia, entre los quince y los veinte años. Tiene un comienzo extraordinariamente precoz; el 70 por 100 de los alcoholómanos ya han mostrado claro síntoma de su tendencia a la embriaguez alcoholómana antes de los veinte años, y el 30 por 100, después de los veinte años. Estos porcentajes sólo son válidos para los hombres; para las mujeres los porcentajes son distintos. Para la mujer alcoholómana le dedicaré entonces unos comentarios al final de mi exposición, puesto que la mujer alcoholómana presenta ciertas peculiaridades psicológicas respecto al hombre y es conveniente expansionarse sobre ellas.

Este sujeto que empieza a embriagarse ya en la adolescencia (porque realmente la embriaguez para una persona que está, por ejemplo, muy insertada en la realidad y que vive sus obligaciones con gran sentido de responsabilidad, aunque le ocasione unos momentos de placer luego le va a dejar un recuerdo de cómo se portó durante aquellos momentos, de que durante aquellos momentos perdió su trabajo, perdió su sentido de responsabilidad, que la embriaguez fue para él como si le hubieran dado una especie de mazazo en el sistema nervioso y le hubiesen aturdido y le hubiesen atontado, y entonces la experiencia de la embriaguez no le deja ninguna atracción) porque los alcoholómanos, una vez que se embriagan, tienen tanta necesidad de repetir la experiencia. Porque vive la embriaguez como una liberación, como una evasión de la realidad, y para ellos significa esto algo muy importante porque la realidad es que se encuentran sumisos, constituye para ellos una auténtica situación insopportable en la vida. Entonces cualquier camino que signifique una evasión de esta realidad insopportable significa una experiencia extraordinariamente favorable y atrayente para este género de personas.

¿Por qué ellos viven su situación en la realidad como insopor-



table? Pues la viven porque sobre todo está la situación previa a la alcoholomanía de estos sujetos, pues está llena de soledad y de desesperanza, entendiendo la desesperanza en un sentido psicológico, como una sensación de fracaso para toda clase de actividades que ellos realicen, viven por anticipado todas las actividades que ellos pudieran realizar como actividades condenadas al fracaso; esto es la desesperanza en un sentido psicológico. Entonces imaginémosnos una situación impregnada, saturada de esto, de soledad, donde uno se encuentra rodeado de personas; sin embargo, se encuentra inmensamente solo y, al mismo tiempo, con una sensación de fracaso terrible, sin un panorama futuro, sin un proyecto realizable, esto constituye en realidad una situación verdaderamente insoportable. Esto es así, pero luego que esta situación insoportable sea más subjetiva o más objetiva, varía muchísimo de unos casos a otros, lo cierto es que siempre que se asocian vivencias de soledad y desesperanza se constituye una situación muy difícil de soportar, entonces seamos comprensivos y veamos que para estos sujetos la embriaguez significa un alivio, una liberación, porque si analizamos además esta situación desde el punto de vista de la psicología del tiempo, nos reafirmamos más en nuestros conceptos, porque por lo general estas personas han llegado a esta situación después de una serie de experiencias infantiles sumamente infortunadas, generalmente en el medio familiar, muchas veces también en el medio escolar, si han sido trabajadores demasiado precoces, en el medio profesional; pero realmente esconde una tragedia íntima, una tragedia a la cual, a lo mejor, se puede llegar con toda facilidad. Pero otras veces, sin embargo, se llega con tanta dificultad, que cualquier persona que les contemple diría: «Pero cómo Fulano es tan infortunado, se siente tan infortunado, si todo le sonríe en la vida», y, sin embargo, aquella persona tiene unas experiencias psicológicas tan infortunadas, tan tremendamente infortunadas, que constituyen unas experiencias de soledad y desesperanza tan totales como las que pueda tener otra persona en las que la soledad y la desesperanza tienen un fundamento objetivo total.

Y es que la vida se va modelando por experiencias que uno vive. La realidad la vive uno, cada uno de una manera totalmente distinta; pero lo cierto es que, generalmente, estas experiencias se fraguan en el medio familiar, a través de la relación con sus padres, particularmente el alcohólico sobre todo con su padre. Yo no he encontrado ningún alcoholómano que hubiera tenido unas relaciones positivas



afectivas con su padre, no he encontrado todavía ni uno solo, continúo buscándolo, pero ya sin linternas, porque he perdido yo también la esperanza de encontrarle.

Creo que el alcoholómano que haya tenido una relación positiva con su padre, éste no existe; incluso podríamos decir que un porcentaje muy alto de alcoholómanos proviene precisamente de padres que han sido alcohólicos. Es muy curioso ver entonces cómo los chicos manifiestan unos sentimientos terribles hacia el alcoholismo del padre, y luego, llegada una determinada edad, imitan su conducta, a pesar de que las relaciones con su padre sean unas relaciones llenas de hostilidad, llenas de sentimientos negativos; otras veces los hogares son rotos, son vacíos, son abandonados, pero muchas veces el alcoholómano proviene de un medio familiar aparentemente bien integrado y que esconde, sin embargo, grandes tragedias afectivas.

Tenemos que ser un poco sicólogos y penetrar en las situaciones; algunas veces la tragedia se respira en la estructura familiar en donde se ha desarrollado el alcoholómano, pero otras veces tenemos que armarnos de sentido psicológico, de afán de comprensión psicológica para penetrar en la tragedia que se esconde detrás de una aparente armonía familiar, detrás de una aparente relación armónica entre el chico que va a ser alcoholómano y sus padres.

La prueba está en que precisamente la mayor parte de los alcohólicos masculinos empiezan a realizar ya experiencias alcoholómanas sin haberse independizado del medio de sus padres, entre los catorce y los veinte años, como antes decía. Este es un dato de un gravísimo testimonio demostrativo de la importantísima influencia que toma la estructura familiar en la determinación de la alcoholomanía. A mí me parece que es el factor etiológico verdaderamente fundamental.

Pero decía que analicemos la temporalidad de estos sujetos que se sienten inmensamente solos y desesperanzados, y como hacia atrás sus experiencias han sido muy negativas, sus recuerdos están llenos de tragedias, pues resulta que no les gusta en absoluto recordar su pasado, son personas sin pasado, pero al mismo tiempo, como sienten que todo lo que ellos pudieran hacer en el futuro está condenado al fracaso, son personas desesperanzadas, personas sin futuro, porque en definitiva la esperanza es la ruta emocional básica que une al ser humano con su futuro, es el terreno afectivo adecuado para el desarrollo de proyectos; el que no tiene proyectos en la vida carece también de futuro, y esto es lo que les ocurre a los alcoholómanos, pero

al mismo tiempo se sienten ligados a un ambiente presente de una manera muy pasiva, dejándose arrastrar por el ambiente, y entonces la afirmación de que estos sujetos tienen una temporalidad anónima, una temporalidad psicológica casi destruida, totalmente alienada, es una afirmación absolutamente cierta y que demuestra la inmensa tragedia que se esconde en la intimidad de estos seres humanos; entonces, naturalmente, para ellos el empezar a hacer embriaguez significa una gran liberación porque al mismo tiempo tienen un yo muy débil, un «ello», unas energías instintuales muy reprimidas y, finalmente, un súper-yo represor, extraordinariamente fuerte, y en cambio, unos ideales de súper-yo completamente debilitados.

Este diríamos que es el esquema expresado en términos psicoanalíticos de la personalidad del sujeto que puede hacer una alcoholomanía un poco más adelante en su vida. El candidato a la alcoholomanía.

El sujeto en estas condiciones un día se embriaga y encuentra que en medio de la embriaguez se siente firmísimo, se siente muy seguro y que además es capaz de elaborar proyectos y de sentir que sus proyectos pueden tener éxito, y de afrontar su pasado, y de enfrentarse con las demás personas, y cuando le pasa la embriaguez le deja una experiencia como si verdaderamente hubiese pasado por un paraíso, y, naturalmente, a partir de aquel momento este sujeto se siente intensamente atraído por la embriaguez. Pero como al mismo tiempo se trata de personalidades muy valiosas, experimentan que esto es una evasión de la realidad y que realmente es una evasión falsa, una evasión ficticia, y al principio elabora sentimientos de culpa, y entonces se establece en el interior de esta persona una gran lucha entre los impulsos a repetir la experiencia de la embriaguez y el sentimiento de culpa que le aparta del alcohol, pero por lo general en esta lucha va pudiendo progresivamente más, estimulado también por factores ambientales desafortunados, el impulso a la embriaguez, y el sujeto va embriagándose cada vez con mayor frecuencia y al mismo tiempo se va liberando de sentimientos de culpa, y entonces ya va siendo un alcoholismo pleno.

Algunas veces durante toda su vida continúa la lucha entre el impulso a la embriaguez y el sentimiento de culpa, y entonces se manifiesta un alcoholismo alcoholómano, que sólo se manifiesta de una manera episódica, de una manera esporádica, de cuando en cuando, a lo mejor un mes cada dos años o, en fin, alguna manifestación esporádica por el estilo; es la alcoholomanía episódica, la alcoholo-



manía que generalmente se produce en una persona en cuyo campo psicológico se desarrolla una lucha tremenda entre los impulsos de la embriaguez y los sentimientos de culpa, pero por lo general, desde luego, el sujeto ya, al poco de llegar a los veinte años, a los veintidós años, se va liberando del sentimiento de culpa y ya sólo queda en brazos del impulso a la embriaguez; incluso esto se ha visto que en las primeras embriagueces hay algunos alcoholómanos que después de haberla hecho tienen necesidad al día siguiente de recorrer todas las tabernas en que han estado el día anterior para ver si han faltado a alguna persona, pedir disculpas, pedir perdones; es decir, que aquí se ve que se trata de una conducta totalmente motivada por un sentimiento de culpa, pero este sentimiento de culpa se va disolviendo progresivamente a instancias del alcohol y ya entonces sólo queda el alcoholómano en brazos del impulso de la embriaguez.

Vemos cómo lo importante en la embriaguez no es el efecto del alcohol en sí mismo, sino cómo vive el sujeto la embriaguez, cuál es el significado que tiene para él la embriaguez. Para un sujeto muy responsable, la embriaguez es un atontamiento que le desvía de su camino. Para un sujeto que se encuentra en una situación insostenible en la vida, la embriaguez significa un camino de evasión verdaderamente paradisíaco, verdaderamente atrayente, fascinante; por eso se ha dicho con toda la razón que el primer amigo de muchos alcoholómanos en la vida ha sido la botella; a muchos alcoholómanos de este tipo les llamaban de niños «el solitario», porque demostraban que no eran capaces de desarrollar relaciones humanas, por lo que fuera, unas veces porque los demás no les daban facilidades para ello y otras veces porque ellos tampoco tienen una gran facilidad para relacionarse con las demás personas en un marco de amistad.

Vemos cómo la embriaguez, para el alcoholómano, toma un significado de evasión paradisíaca verdaderamente particular, una liberación, y entonces el sujeto que ya empieza a embriagarse con cierta frecuencia cambia de personalidad, y el que tenía una personalidad extraordinariamente reprimida empieza a mostrar una personalidad muy expansiva, muy agresiva, teñida por una conducta intensamente sexual; él, que hasta el momento de haber tomado contacto con el alcohol era un tremendo reprimido en todos los aspectos, sobre todo en la esfera sexual, empieza a mostrarse entonces ya liberado en ese terreno, y entramos en la etapa de felicidad para el alcoholómano. Los sujetos alcoholómanos masculinos se casan, la mayor parte de

ellos, unos años después de haber comenzado la alcoholomanía, cuando la alcoholomanía les ha liberado de sus inhibiciones, de su represión psicológica, y también en el trabajo es donde empiezan a realizar estas personas con un sentido de actividad y creatividad mucho mayor.

Pero todo esto termina muy pronto porque el sujeto, como consecuencia del alcohol, empieza a deteriorarse y pasa ya a entrar en otra fase de alcoholismo que es común a todos los tipos de alcoholismo, que es la alcoholización, lo que se venía llamando alcoholismo crónico, y entonces ya el bebedor alcoholizado empieza a cambiar física y psicológicamente; psicológicamente diríamos en términos muy elementales, que empieza a embrutecerse de una manera terrible, y él, que era una persona de exquisita sensibilidad para captar a los demás e incluso más valiosa en muchos aspectos que las personas que le rodeaban, comienza a embrutecerse terriblemente como consecuencia del alcohol y empieza a ser dominado por los sentimientos y los impulsos más primitivos, pierde los sentimientos de sentido de la responsabilidad propio de un ciudadano, o de un trabajador, de un padre de familia, de un amigo, lo pierde todo, y se convierte en un ser primitivo, de lo que se ha llamado en términos psicológicos muy plásticos «una edición barata de sí mismo». Esto ocurre al cabo de algunos años, es una transformación que no sólo afecta al alcoholómano, sino que también afecta a todos los tipos de alcohólicos, a unos con mayor precocidad que a otros; esto depende de la cantidad que se beba, de cómo sea la psicología de la persona, de la resistencia biológica que tenga, etc.; entonces llegamos a la fase de la destrucción de la personalidad y de la inteligencia del alcoholizado.

Vemos entonces con toda claridad cómo el alcohólico se transforma en alcoholizado y es una transformación profundamente destructiva y decadente, pero pensamos que esas sensaciones de soledad y desesperanza que tiene previamente el sujeto antes de convertirse en alcoholómano, toda persona que tenga esta sensación se ha de convertir fatalmente en alcohólico, en alcoholómano.

Yo, que precisamente me he preocupado de profundizar en estas vivencias y que soy un poco responsable de la imperfección que hay en su descripción, puesto que la descripción que estoy haciendo está inspirada fundamentalmente en investigaciones personales no compartidas por autores españoles, pero sí por muchos autores extranjeros, pues diríamos que cuando identifiqué estos factores previos, que determinan la alcoholomanía, desde un principio dije que no trataba con

esto de haber desvelado lo que podríamos llamar la causa eficiente en un sentido aristotélico de la alcoholomanía, es decir, el hecho de que cuando se den estos factores fatalmente la persona que se encuentra afectada por estos factores tenga que hacer una alcoholomanía. Esto yo nunca lo he pensado, yo siempre he pensado que esto es una condición para que el sujeto se pueda hacer alcoholómano, el sentirse inmensamente solo, inmensamente fracasado, que de otra manera no se convierte en alcoholómano, pero que de todas maneras hay personas que se encuentran también afectadas por estos datos, y que no se convierten en alcoholómanos porque hay otros elementos circunstanciales que no apoyan el que esta persona se libere de esta situación insoportable tomando la evasión por medio de la embriaguez alcohólica, y aquí entonces tenemos que estudiar un poco los otros factores que concurren en la determinación de la alcoholomanía y que hacen que una persona cuando se sienta afectada por esta sensación tome en realidad el camino de la evasión por la embriaguez.

En primer lugar, que esta constelación de sentirse solo, de sentirse desesperanzado, sea suficientemente fuerte; esto tiene una gran importancia. Si se trata simplemente de sentimientos episódicos, de minutos, de sentimientos muy superficiales, el peligro, el riesgo de que la persona tome la evasión por el alcohol es un riesgo verdaderamente mínimo, de manera que se tiene que tratar de una constelación psicológica muy arraigada en la persona.

En segundo lugar, en los demás aspectos, la personalidad de los alcoholómanos se muestra muy diversa de unos alcoholómanos a otros, pues tenemos que pensar también que en los demás aspectos de la personalidad de los alcoholómanos no hay, a lo mejor, desarrollados elementos que supongan un freno para que este sujeto pudiera tomar la evasión por la embriaguez; por ejemplo, una persona que tiene ya, desde el principio, grandes sentimientos de culpa, incluso antes de haber tenido experiencias y embriaguez por otros motivos, sentimientos de culpa ligados a otros factores, pues lo más probable es que esta persona afronte los sentimientos de fracaso y de soledad de otra manera, pero no por medio del alcohol, por ejemplo; en cambio, una persona que une a estos sentimientos uno de inferioridad, entonces este sentimiento refuerza todavía el riesgo que puede tener el sujeto a convertirse en alcoholómano, o una persona también que tenga elementos histéricos, estos elementos histéricos refuerzan la tendencia a la alcoholomanía. Hay, por lo tanto, datos en la personalidad que



refuerzan la tendencia a la alcoholomanía y otros datos que la debilitan; por lo tanto, tenemos que contar también con la intervención de la personalidad, globalmente considerada.

En tercer lugar, el organismo del enfermo, el organismo del alcoholómano o de la supuesta persona en la que estamos estudiando el riesgo de la alcoholomanía, porque si tiene un organismo que se muestra totalmente o muy intolerante para el alcohol, entonces toda persona que ya en sus primeras tomas de alcohol no tolera bien el alcohol es imposible que se vuelva alcohólica; el alcohólico, a la larga, muchísimos alcohólicos, desde luego, pasan de tolerar muy bien el alcohol a tolerarlo muy mal, pero esto es síntoma de la alcoholización, mas lo que no existe es una persona que se haya vuelto alcohólica no tolerando el alcohol ya desde el primer momento.

De manera que vemos entonces cómo el dato somático, en lugar de estimular a la persona a convertirse en alcoholómana, muchas veces lo que hace es realizar un papel protector y es impedir, a lo mejor, que una persona que por sus condiciones psicológicas pudiera volverse alcoholómana, no se vuelva alcoholómana porque simplemente tiene una mala tolerancia para el alcohol.

Finalmente, el cuarto grupo de factores que intervienen reforzando la acción alcoholomanígena de la constelación básica fundamental que he descrito son los factores ambientales. Allí donde no exista un ambiente propicio para consumir alcohol y para embriagarse, el sujeto con sensaciones de soledad y con sensaciones de desesperanza afrontará su situación de otra manera, no por medio de la evasión en el alcohol. De manera que la intervención etiológica de los factores ambientales, de los factores socioculturales es importantísima, puesto que abarca el conjunto de enfermos alcohólicos.

Una persona, naturalmente, si está muy mal vista en un ambiente que uno se embriague, o además resulta que no hay alcohol al alcance de la mano, se sentirá inmensamente sola, desesperanzada, fracasada, etc., y afrontará su situación de otra manera, pero no recurriendo al consumo del alcohol. Por lo tanto, para que esta situación cristalice en una alcoholomanía necesita la cooperación de otros factores psicológicos, biológicos y socioculturales.

De todas maneras, yo creo que esa descripción es bastante interesante porque siempre que nos veamos ante un enfermo alcohólico lo comprendemos mejor, sabemos que tenemos que realizar una sicoterapia de acompañamiento. Yo siempre lo he dicho y lo vuelvo a repetir:

la sicoterapia de grupo es muy importante para el alcoholómano, pero es mucho más importante la sicoterapia individual, entendida como una sicoterapia de comprensión antropológica existencial, de persona a persona, y entonces podemos afirmar que un alcohólico sometido a una serie de sesiones de esta sicoterapia comprensiva, si reacciona estableciendo una relación de sinceridad con su médico, podemos decir que este alcoholómano tiene un buen pronóstico. En cambio, un alcoholómano que después de simplemente siete u ocho sesiones de sicoterapia individual, siempre, desde luego, que ya esté desalcoholizado, siga manifestándose insincero y evasivista hacia su médico, es un alcohólico o que tiene peor pronóstico o que el médico no le ha sabido captar comprensivamente o lo que sea, pero estamos ante una sicoterapia individual que va a fracasar irremediabilmente.

Yo sobre esto aprovecho para afirmar que la sicoterapia de grupo es importantísima, pero la sicoterapia individual de este tipo breve, comprensiva antropológico existencial, no se puede prescindir y debe ser el respaldo de la sicoterapia de grupo, la iniciación antes de meter al alcohólico en grupo. Para muchos alcohólicos, empezar la sicoterapia de grupo representa una auténtica vivencia traumatizante, hay que contar con su colaboración, hay que prepararles para ello, y todo este trabajo hay que desarrollarlo, sobre todo, por la senda de la sicoterapia individual, y la sicoterapia individual sabemos lo que tiene que hacer, puesto que el alcoholómano es una persona que se siente inmensamente sola, inmensamente fracasada, le tenemos que procurar compañía, le tenemos que procurar dar seguridad en sí mismo y colaborar con otras fuerzas ambientales para que el ambiente se le muestre más propicio y pueda llegar a realizarse como ser humano con proyectos.

El alcoholismo en la mujer.

Vamos ahora a consumir los últimos minutos que nos quedan sobre la mujer alcoholómana, porque yo creo que la mujer tiene sus peculiaridades y conviene, no lo hago en este caso con un sentimiento de galantería, en absoluto, sino simplemente por un sentido científico y social del problema, puesto que abunda muchísimo el alcoholismo femenino. Hace treinta o cuarenta años en España había aproximadamente una mujer alcohólica por cada 10 ó 12 hombres alcohólicos; había que buscar a las mujeres alcohólicas casi de expreso

porque, afortunadamente, no las había. Hoy hay una mujer alcohólica entre nosotros, aproximadamente, por cada tres o cuatro hombres alcohólicos, y muchas veces el alcoholismo femenino es un alcoholismo escondido en la intimidad del ambiente familiar, y sobre todo la alcoholomanía femenina tiene algunos aspectos peculiares.

En primer lugar tendríamos que preguntarnos por qué en estos últimos años se ha desarrollado y se ha extendido tanto la alcoholomanía femenina, cuando antes era realmente una experiencia rara. Pues, sobre todo, porque ha cambiado la postura de la sociedad ante la mujer y porque la propia mujer española ha cambiado. Esto tiene una gran importancia.

La postura de la sociedad ante la mujer ha cambiado porque la postura clásica era decir que había dos éticas: la ética laxa, de la manga ancha, la ética masculina, a los que se les perdonaba todo. Y la ética femenina, la ética que se aplicaba a la conducta de la mujer, una conducta inexorable. El sujeto embriagado masculino era un alcohólico; el sujeto embriagado femenino era una «perdida», una «borracha». Un distinto modo de valorar el mismo hecho, el mismo fenómeno, que es, por supuesto, el que todavía se aplica entre nosotros a las distintas clases sociales. Cuando una persona embriagada tiene una formación sociocultural más diferenciada, se le perdona y se le dice un alcohólico, y en cambio, cuando se ve a un vagabundo se le dice «un borracho perdido» y se manifiesta un sentimiento de indignidad contra él, y realmente es el mismo fenómeno, pero son dos prismas valorativos distintos.

Pues bien, estos dos prismas se venían aplicando a la embriaguez masculina y a la embriaguez femenina. Como consecuencia de esto, la mujer se sentía muy distanciada del alcohol porque, por supuesto, sabía que si incurría algún día en la embriaguez quedaba descalificada socialmente para siempre; pero una vez que con toda justicia, aunque el efecto lo lamentemos, de que haya una sola ética o por lo menos que nos aproximemos a una sola ética que se aplique tanto a sujetos masculinos como a sujetos femeninos, la mujer se siente ya con menos inhibiciones para realizar excesos alcohólicos, y si a esto unimos el que la transformación psicológica que se ha producido modernamente en la mujer española es una transformación desafortunada porque ha tomado muchas veces como modelo de inspiración el patrón masculino, cuando había que decirle una y otra vez que el patrón masculino y el patrón femenino son distintos, y además que

no hay que entusiasmarse tanto con el patrón masculino, pues el patrón masculino, entre nosotros, es un patrón demasiado machista que deja mucho que desear, pues entonces tendríamos que alentar a todos estos movimientos de feminismo a que tomaran un camino de renovación por otras orientaciones, no imitando meramente el modo de ser del varón. Pero, infortunadamente, parece que modernamente la mujer española está muy inspirada por la conducta del varón, hasta el punto de que también tradicionalmente, por ejemplo, en el culto a Baco se sabe que las romanas eran entusiastas de dar culto a Baco y que había entonces reuniones de culto a Baco, dedicadas exclusivamente a las mujeres; que luego hubo un largo período histórico donde el alcohol se fue vinculando cada vez más al sujeto masculino, hasta el punto de que se llegó a decir que era fuego viril, de que el alcohol, sobre todo cuando tiene un color oscuro, es equiparable a la sangre masculina, etc., y entonces pasó a ser casi consumido por hombres.

Lo cierto es que en estos últimos tiempos asistimos también un poco perplejos a cómo todo el mundo femenino de nuestro país invade el «habitat» masculino y ya existen bares, yo no sé aquí, en Madrid, pero en ciertos sectores de Andalucía, donde a determinadas horas sólo reciben mujeres y no dejan entrar a hombres. Es decir, el «habitat» masculino invadido por mujeres; mujeres que se entregan con todo ardor, con toda pasión, a ingerir alcohol, muchas veces de tono oscuro, podríamos decir sangre masculina, pues, en fin, estos sitios donde se consume el símbolo de la sangre masculina por parte de mujeres abundan cada vez más entre nosotros. Pero hay aquí una particularidad psicológica en la personalidad de la mujer alcoholómana que tiene una gran importancia, y es que así como el sujeto masculino alcoholómano habíamos dicho que en un 70 por 100 de los casos comienza la alcoholomanía antes de los veinte años, en cambio las mujeres suelen comenzar la alcoholomanía un poco más tardíamente: el 70 por 100 de ellas, entre los veinte y los treinta y cinco años, y en cambio, un porcentaje mucho más reducido, antes de los veinte años, y empiezan precisamente su alcoholomanía a partir de un fracaso sentimental, por habérseles muerto el novio, el marido, por haber tenido un grave desengaño, generalmente una grave frustración afectiva relacionada con el otro sexo, una grave frustración afectivo-sentimental.

Este es el dato que se encuentra aproximadamente en un 70 por

100 de mujeres que inicia la alcoholomanía a partir de este momento, porque como a lo mejor resulta de que han sido desengañadas o se les ha muerto la única persona por la que se sentían vinculadas a la realidad, entonces, una vez que ha desaparecido este vínculo, se sienten intensamente solas y recurren a la evasión por medio del alcohol. O también, se trata aparentemente de un matrimonio afortunado y, sin embargo, la mujer se siente profundamente desengañada por el comportamiento de su marido, porque pensaba que era otra cosa totalmente distinta. Cada año que pasa se va a traducir en la presentación de malformaciones congénitas en el 30 por 100 de sus descendientes. Esto tiene una gran importancia, el alcohol, sustancia teratógena, sustancia que produce malformaciones congénitas. Este es un hecho que no se ha confirmado hasta hace tres o cuatro años.

Bueno, escarbando un poco sobre este fenómeno, he descubierto que en el siglo xx, cuando se dio el fenómeno del que hablábamos hace un momento, de la epidemia de la ginebra en Inglaterra, pues resulta que los médicos ingleses ya habían descubierto más o menos que el alcohol podía producir malformaciones congénitas, pero lo cierto es que luego este conocimiento se perdió y no nos llega a nosotros hasta una evidencia total hasta hace tres o cuatro años.

Únicamente ya decirles que he afirmado varias veces que la alcoholomanía masculina suele comenzar, en el 70 por 100 de los casos, antes de los veinte años, y luego otro porcentaje, también muy considerable pero no tan alto; por supuesto es la juventud, pero también puede comenzar en la ancianidad, y esto tiene una gran importancia. El anciano que se siente solo, el anciano que es internado en un asilo, en una residencia, sobre todo cuando encuentra en este asilo, en esta residencia un ambiente más o menos alcohólico, entonces se encuentra con todos los vínculos socioculturales rotos, se encuentra más o menos subestimado, y muchísimos ancianos en estas condiciones, sin haber tenido antes tendencias alcohólicas de ninguna clase, se vuelven alcohólicos.



Consecuencias sociológicas del alcoholismo

Por Francisco Javier Alonso Torréns

Sociólogo

Equipo de Investigación Sociológica

EDIS

Como todo el mundo sabe, no hay civilización, ni cultura sociológica diferenciada que *no disponga de una determinada droga* cuyo uso y consumo modifica, de un modo más o menos transitorio, la conciencia, la mente, el ánimo de los usuarios y adeptos, proporcionándoles una visión más o menos distorsionada de sí mismos, del mundo, de las personas que les rodean, de las cosas y de los acontecimientos.

En cada cultura o civilización el uso o incluso el abuso de esa *droga concreta* está socialmente admitido, estimulado desde diversas instancias e incluso institucionalizado y hasta exaltado como algo beneficioso y enriquecedor.

Drogas admitidas y drogas proscritas

Siguiendo el pensamiento del doctor González Duro, plasmado en diferentes publicaciones, yo estoy también totalmente de acuerdo en que... «hay drogas lícitas en determinados países, en los que su uso está institucionalizado y entronizado en la vida social y comunitaria, hasta el punto de constituir casi un valor sociocultural».



Las drogas lícitas en cada cultura o civilización tienen sus propias normas de uso y consumo, que adquieren en determinadas circunstancias caracteres mágicos y rituales, sirviendo incluso como potenciadoras de experiencias místicas y religiosas.

Del mismo modo, hay drogas ilícitas, drogas rechazadas, de uso vetado o prohibido para cada cultura, drogas socialmente proscritas, calificadas, por las leyes, las costumbres, «los notables» y los educadores, como muy nocivas para las personas y subversivas de los valores de la comunidad. Su consumo en una determinada comunidad tendrá caracteres clandestinos, marginales, de «peligrosidad social».

Y es que las características sociológicas, o psico-sociológicas de cada cultura, los valores que rigen cada sociedad, los objetivos e intereses de cada organización social son «potenciados» por los efectos (o las consecuencias) de determinadas drogas y «atacados» por las consecuencias individuales y colectivas del consumo de otras.

La perspectiva de mi ponencia ha de ser necesariamente sociológica, no específicamente médica. Estos, los médicos concedores del problema de las toxicomanías, afirman «que no siempre las drogas prohibidas y proscritas son las más perjudiciales y peligrosas desde el punto de vista toxicológico y que no siempre las permitidas son las menos nocivas».

Es otra historia, «otro cantar», otras escalas las que imponen unas y prohíben otras. No son perspectivas científico-médicas las que aquí rigen. Es el sistema social concreto «el que manda»; de tal manera, que son drogas admitidas las que *integran y potencian* y prohibidas las que no benefician, o van en contra de, los valores socialmente buscados.

Algunos ejemplos conocidos de cuanto llevo dicho son éstos:

- La *civilización islámica tradicional* prohíbe severamente el uso y consumo de bebidas alcohólicas, al tiempo que permite el consumo de los derivados del *cáñamo indico* (grifa, kifí, hachís, marihuana).
- En las *civilizaciones orientales* (China, India...) se estimulaba normalmente el uso y consumo de los *opiáceos*, porque facilitaba el culto a la vida pasiva y contemplativa, característica de todas las religiones orientales, que conformaban la organización de aquel sistema social.
- Entre los *indios peruanos*, y durante la dominación colonial

al menos, se estimuló el consumo habitual de hojas de coca, la *cocaína*, que les proporcionaban, hasta gratuitamente, los patronos blancos y que estimulaban la supuesta indolencia del indio, aumentaba su capacidad y rendimiento laboral y además hacía desaparecer la sensación de hambre... Efectos y consecuencias sociológicas todas tremendamente convenientes, positivas y beneficiosas... para el sistema social y sobre todo para sus inventores.

- *El peyote*, un hongo *alucinógeno*, da nombre a una especie de secta sincretista, indígena-cristiana del Norte de Méjico. Es el *peyotismo*. En sus ritos religiosos se usa la *mescalina*, droga que consigue la exaltación mística y una intensa comunicación espiritual. El peyotismo parece que ha logrado erradicar entre sus fieles el alcoholismo...

No es necesario seguir aduciendo ejemplos, y ya puedo «aterrizar» y centrarme en el tema concreto que nos ocupa: el alcohol.

El alcohol, droga occidental

Pues bien, el alcohol es la *droga por antonomasia de la civilización cristiano-occidental* y su implantación, uso, abuso y consumo responde a los mismos esquemas y mecanismos de los que vengo hablando.

Por tanto, y ya desde el principio, es importante decir que para esta civilización nuestra, para la organización del sistema social tradicional y puro, si alguna vez se dio, el uso y el consumo del alcohol ha jugado y juega unos papeles y ha conseguido y consigue unos *efectos* «beneficiosos e integradores» en la línea de los valores propugnados por el sistema y en beneficio principal de los mismos, que siempre tocan a más en el reparto.

La invitación social a la alcoholización pública en modo alguno colisiona con los pilares estructurales de nuestra sociedad, sino que, al contrario, la concordancia entre *alcohol y sociedad* (título del simposio) tiene una amplia tradición en los países occidentales.

El alcohol es una droga esencialmente conformista, mientras que aquí, hasta ahora, otras drogas, incluso menos tóxicas, aparecen ante la opinión pública y de cara al sistema como tremendamente contestatarias y rebeldes, al menos en los comienzos de su implantación.

El alcohol funciona en sus efectos como un agente narcotizante al tiempo que inhibidor y agresivo. Impulsa a la acción, a veces



bastante torpe, y a la dominación, y por ello está en consonancia con las exigencias competitivas y de triunfo individual e insolidario imperantes. Ya que no existe igualdad de oportunidades y posibilidades de éxito y promoción social para todos, el alcohol puede servir a los más como premio de consolación.

Está por hacer, además, el estudio detallado y profundo de la «inestimable colaboración» prestada por el alcohol al imperialismo y al colonialismo de la cultura occidental, europea y americana. Pero, hipotetizo a falta de excesivos datos, que esta colaboración ha sido muy positiva en la consecución de un mundo «más igual» (esta vez para nuestra desgracia), donde ya *actividad, competencia, eficacia, triunfo insolidario, agresividad*, etc., son ahora, y no eran antes, cada vez más, valores dominantes.

No es momento de extendernos en la descripción sociohistórica de la «cultura del vino» en el Occidente latino primero y en la totalidad del Occidente después...

Hubiera sido importante, pero en la brevedad de una ponencia de tan amplio contenido no se pueden sino enunciar ciertos presupuestos básicos.

Si en el principio fue el vino, con el descubrimiento después del alambique y de las técnicas de destilación, el alcohol etílico se fue convirtiendo en artículo de consumo e incluso de primera necesidad.

El alcohol hacía posible evadirse siquiera fuera momentáneamente de los lamentables modos de vida para el naciente proletariado urbano, explotado, alienado, desarraigado de su medio de procedencia y en pésimas condiciones de trabajo y de vida.

Y yo entiendo que ahí, a lo largo del siglo XIX, industrial y urbano, en nacimiento y crecimiento desordenado, comienza a sentirse *el alcoholismo como problema*, que se fue convirtiendo en auténtica plaga social, que crecía y crece sin parar.

Hasta ese momento había habido sin duda alcohólicos... Pero la sociedad rural tradicional a través de sus rígidas «pautas» de comportamiento no había generado el *problema social del alcoholismo*.

Debajo de mi afirmación, que precisa de discusión y matizaciones, sin duda, late la más fuerte intuición de que de éste, como de otros problemas actuales, no se puede hablar fuera del marco sociológico del cambio social.

Y es que, permítanme la expresión, el consumo del vino y de los licores destilados de más alta graduación se «ha desmadrado» de



modo colectivo y, desgraciadamente, «democrático» en nuestra sociedad actual, que sin duda hince sus raíces en la sociedad occidental tradicional, pero que ya está profundamente modificada y, digamos, deteriorada, a partir de la necesidad de asumir los efectos y consecuencias sociales «no queridas» provenientes de los desarrollos mal planificados y mal realizados.

El citado doctor González Duro dice a este propósito, en el número 43 de los suplementos de «Cuadernos para el Diálogo»:

«Hay que rechazar la idea un tanto generalizada de que el alcoholismo es una enfermedad propia de los países desarrollados. Más bien habría que decir que se trata de un fenómeno más frecuente en los países mal desarrollados o en vías de un mal desarrollo.»

Otro tanto sucede, y tampoco es del momento, pero quiero citarlo de pasada, con la democratización juvenil sobre todo, también «desmadrada» y sacada de contexto, de todo tipo de drogas como fenómeno reciente.

Con motivo de un estudio sobre alcoholismo en la ciudad de Vitoria que dirigí recientemente y que se realizó en el equipo en el que trabajo, un maestro vitoriano preocupado por el tema expresaba así estas mismas ideas:

«Creo que es importantísimo abundar en el tema de alcohol y cultura, porque lo que aquí pasa es algo similar a lo que sucede con cualquier otra droga.»

«En medios donde ese tipo de drogas se ha desarrollado de forma natural unida a un determinado tipo de vida, de cultura popular muy enraizada, esas drogas no han tenido ningún peligro o no han causado al menos efectos nocivos muy espectaculares, pero, sin embargo, cuando se traspasa esa cultura y se traspasa esa droga a otras sociedades, a otros niveles, a otras culturas, es cuando viene el choque.»

«Es lo que está pasando ahora en Occidente con todo ese tipo de drogas que viene del Oriente y que allí han pasado inadvertidas prácticamente, como enraizadas dentro de la cultura popular, de una forma de ser y de una filosofía de la vida y, sin embargo, al ser *comercializadas* (¡palabra mágica!) en

Occidente, con otros problemas y otras circunstancias, están siendo catastróficas.»

(*El alcoholismo en la ciudad de Vitoria*. Editado por Cáritas Diocesana en diciembre de 1978.) (1).

Andrés Sánchez, el maestro del que hablo, como el doctor Bruno Rueda, experto en alcoholismo en la misma ciudad, coincidían en afirmar que en materia de alcohol «estamos viviendo un *consumismo* realmente alienante». Son los valores *mercantiles* y *comerciales* los que dirigen y marcan líneas al problema.

Llegados a este momento tengo la impresión de que pretendiendo hablar de *efectos y consecuencias globales* del alcoholismo he vertido más de una idea que respondería más bien a la *causalidad del fenómeno*. Quizá sea inevitable la mezcla de ambos extremos, pero quisiera en el resto de la ponencia centrarme más concretamente en el análisis y la descripción de los costes sociales, los efectos y las consecuencias de la progresiva alcoholización de la población.

Hablaré, pues, de *consecuencias* o *repercusiones* del alcoholismo tal como se dan en el momento presente en España:

- En lo económico
- En la salud nacional
- En la familia
- En lo convivencial
- En lo laboral, y
- En el tráfico.

Se trata, pues, de alguna manera de evaluar, con los datos y estimaciones más recientes a la mano de cualquier investigador, los costes sociológicos, buscados los unos y no pretendidos los más.

La economía

Algunos datos para recordar:

- España es el *tercer país* en producción vitivinícola del mundo. Nos aventajan Francia e Italia. Cerca de 2.000.000 de hectáreas se dedican al viñedo, de los cuales la mayoría se destinan

(1) Estudio realizado por EDIS.

a producción vinícola y alrededor de las 100-150.000 al cultivo de la uva de mesa. Cerca del 9 por 100 del total de la extensión cultivada del país se dedica a la producción viti-vinícola. La superficie dedicada a este cultivo va creciendo progresivamente a lo largo de los años. Son alrededor de los 30 millones de hectolitros de vino anual los que produce este país.

- España ocupa el décimo lugar mundial en producción cervecera. Cerca ya de los 20 millones de hectolitros por año. En 1950 se produjo sólo 1.200.000 hectolitros, y en 1970, 12 millones. La producción sigue subiendo.
- España tenía en 1975, 87.771 establecimientos expendedores de bebidas alcohólicas, de los que 1.241 eran salas de fiestas; 5.262 eran cafeterías y 81.268 estaban considerados como cafés-bares.

A las cifras anteriores habría que añadir los 21.536 restaurantes y las tiendas de comestibles y de bebidas que expenden vinos, licores no consumidos en el propio establecimiento.

Sólo TVE declara haber cobrado en publicidad de bebidas alcohólicas 1.100 millones de pesetas en 1977. Según los cálculos de Freixa y Larios para 1970, la publicidad alcohólica televisiva era la tercera parte del total de publicidad alcohólica. Aquel año se gastaron en publicidad alcohólica 2.300 millones de pesetas... El presupuesto estatal de ese mismo año para combatir el alcoholismo y la toxicomanía era de *cinco millones* de pesetas. La comparación de las dos cifras son por sí solas todo un poema.

Con los simples datos aportados se comprende que en España y en torno a las bebidas alcohólicas se mueven poderosos intereses económicos que presionan fuerte para aumentar el consumo del mismo... y lo consiguen.

Somos el tercer país de Europa consumidor de alcohol [15 litros de alcohol puro por persona y año, 90 litros de vino (10-12°) o su equivalente en grados de alcohol por persona y año]. En 1966 estábamos en los 78 litros por habitante; en 1970, en los 80 litros... Como se ve, seguimos avanzando.

En la ciudad de Vitoria, según el estudio que ya cité, el consumo de bebidas alcohólicas supera los 150 litros por habitante y año. Si prescindimos de los menores de quince años, la cifra se eleva



a los 212 litros, y si descontamos a los abstemios y a los que raramente beben, la cantidad de litros es de 424, a más de litro por día...

El consumo de bebidas alcohólicas reporta alrededor del 5 por 100 del presupuesto familiar.

Es una gran industria, un gran sector industrial de este país, en el que trabajan además y del que viven muchos miles de familias. De las 250 primeras empresas españolas por su volumen de ventas, siete lo son de bebidas alcohólicas. Sólo las diez primeras del sector tienen un volumen de ingresos de 31.959 millones de pesetas. Es ésta la primera consecuencia socio-económica. En el asunto del alcohol se mueven muchísimos millones.

Pero *¿cuánto le cuesta a este país este alcoholismo?* Una reciente publicación de divulgación del problema, *El alcoholismo a lo claro*, lo presenta así:

Coste directo:	2.000	millones	de	pesetas	anuales
Coste indirecto:	20.000	»	»	»	»
Total	22.000	»	»	»	»

Se trata de una evaluación aproximativa que otros juzgan moderada y lo elevan a los 30.000 ó 40.000 millones. Esa cifra parece que supera la totalidad de los presupuestos de todas las universidades españolas... Curioso, ¿no?

Por *costes directos* entienden los autores el montaje económico empleado en la atención a cirrosis hepáticas producidas por el alcohol, la atención a 2.000 alcohólicos crónicos internados, accidentados del tráfico y de trabajo producidos por la ingestión abusiva, etc.

En el capítulo de *costes indirectos* se incluyen las pérdidas de producción de los alcohólicos, el absentismo y el bajo rendimiento y la accidentalidad laboral...

No se me oculta, ni se le oculta a nadie, que a simple vista y desde la exclusiva perspectiva económica, clave importante de inteligencia del fenómeno, el balance es positivo. Se gana muchísimo más que se pierde. Sólo los ingresos de diez empresas productoras superan los costes evaluados.

Por eso, y principalmente por eso, estamos ante una industria floreciente, de cuyos pingües resultados económicos se benefician sobre todo unos pocos.

En los resúmenes de las famosas listas de Hacienda del pasado

año publicados por «Cambio 16» el 15 de abril de 1979, entre *los más ricos de España* aparece el primero José María Ruiz Mateos (Rumasa, Rumasina, Viñedos Españoles), 8.927 millones de patrimonio declarado.

En quinto lugar, *Nicomedes García Gómez* (Destilerías y Crianza del Whisky DYC), con 2.533 millones de patrimonio, y por no citar más, entre los primeros están Rafael, Zoilo e Isidoro Ruiz Mateos, dedicados a la producción de bebidas alcohólicas. Esta familia se presenta con un patrimonio conjunto de 14.284 millones de pesetas. Las firmas Domecq, Terry, etc., ocupan también puestos destacados en la lista.

No hay duda de que entre las consecuencias sociales del alcoholismo está la rentabilidad económica, pero ¿a qué precio y con qué costes sociales?

Los doctores Freixa Santfeliu y Seva Díaz, que me van a seguir en la exposición de las otras dos ponencias de esta tarde, van, creo, a tocar de modo extenso las dos siguientes consecuencias que yo enuncié: *El deterioro de la salud pública y las consecuencias familiares*.

Por eso me limitaré a poco más que la breve anunciación de los datos más salientes.

La salud nacional

Hay un hecho, ya repetidamente enunciado: *La progresiva alcoholización de la población*.

A pesar de la imprecisión de los datos por carecer de estudios globales serios a nivel nacional, son cifras manejadas por casi todos los expertos las siguientes:

- En 1954 se estimaba que el 0,5 por 100 de la población padecía la enfermedad alcohólica.
- En 1974, veinte años después, se habla ya del 6,5 por 100. Un años después, el PANAP admite que entre alcohólicos declarados y los que posiblemente lo son ya, hay un 7,5 por 100.
- Hoy se estima que esta cifra supera el 8,5 por 100 a nivel nacional, y según qué regiones y ciudades, es más del 10 por

100 del total de la población. Esa era, por no citar otras, nuestra estimación en la ciudad de Vitoria.

- La misma TVE hablaba ya de 3.000.000 de alcohólicos... y también en este caso la cifra sigue subiendo.
- Se admite que la mitad de las muertes por cirrosis hepática responden al exceso de alcohol etílico. Unos 4.000 muertos al año.
- El alcoholismo es la cuarta causa de mortalidad.

«El alcoholismo, junto con las tres "C" (corazón, cáncer y carretera) —dice el doctor Piqueras—, es el gran asesino, la gran plaga de nuestros días. Las estadísticas son sencillamente escalofriantes, y no es de extrañar que produzcan sudor hasta en el más abstemio de los humanos. El problema es tan grave que si de pronto hubiera otra epidemia de esta envergadura, el Gobierno lo consideraría como una urgencia ante una gran catástrofe.» (Piqueras, *Informe sobre el alcoholismo*. Ed. Naranco, Oviedo, 1973.)

Como la ponencia siguiente aborda este tema específico, bastan estas ideas para evaluar los costes negativos del alcoholismo progresivo a este nivel.

La familia

Se ha dicho que el alcoholismo es enfermedad social. Concretando más, se podría decir mejor que el alcoholismo es una enfermedad familiar, porque sus consecuencias repercuten de modo tremendamente grave en la familia del enfermo. Habrá que recordar también, de pasada, que el «ambiente familiar alcoholizante» está a la base de la misma enfermedad en gran medida.

La familia, al ser el centro afectivo y social del alcohólico, se convierte, por ello, en el blanco primero de las agresividades y desequilibrios vividos por el enfermo.

Sólo de modo esquemático, por ser tema específico también de otra ponencia, como ya he dicho, citaré tres aspectos deteriorados de la vida familiar a partir del alcoholismo de alguno de los miembros adultos.

- Las conflictivas relaciones conyugales,
- La agresividad en las relaciones familiares y
- Las posibles y probables repercusiones en los hijos.



Se podría uno extender más, pero valgan estos tres aspectos como botón de muestra.

En el estudio de Vitoria y entre sólo casados, el porcentaje de separados para los alcohólicos alcanzaba el 16 por 100. Los casados de la población en general separados eran sólo el 1 por 100.

Mientras los casados de la población afirmaban llevarse bien o muy bien con su mujer el 93 por 100, el grupo de casados alcohólicos sólo lo afirmaba el 60 por 100.

La cuarta parte de los que se consideran a sí mismos bebedores excesivos no se hablan con su mujer o su marido.

Los datos del estudio, que no presento por no cansar, nos demostraron a las claras que incluso en la persona no considerada alcohólica, pero que sí es consumidora habitual de alcohol, la proporción de conflictividad matrimonial y familiar (riñas, peleas, etc.) e incluso con los vecinos es mucho más elevada que en los que no son bebedores o beben ocasionalmente.

Un clima familiar caracterizado por la tensión, la inestabilidad psicológica, las riñas y las peleas tiene que influir negativamente en la crianza y sana educación de los hijos. Habría muchas cosas que decir al respecto, pero en gracia a la brevedad prefiero dejar sólo estos aspectos apuntados.

Lo laboral

Aunque algunas consecuencias globales del alcoholismo en la *productividad* y en la *vida laboral* están ya apuntadas más arriba, quisiera insistir sistemáticamente en seis consecuencias negativas clarísimamente demostradas en la totalidad de los estudios empíricos realizados dentro y fuera de nuestro país.

Se trata de las siguientes:

1. Inestabilidad en el empleo o movilidad empresarial.
2. Bajo rendimiento.
3. Absentismo laboral.
4. Degradación profesional y menor sueldo.
5. Agresividad y conflictividad con compañeros y jefes.
6. Accidentes laborales.



Que el alcoholismo tiene unas repercusiones laborales tremendamente graves es de sobra conocido. En concreto, todas y cada una de las consecuencias laborales que acabo de enunciar han sido probadas como verdaderas en los pocos estudios sectoriales y zonales realizados en este país sobre el particular: el alcohólico y/o bebedor excesivo cambia de empresa e incluso de trabajo con mucha frecuencia; por su menor rendimiento laboral y por su absentismo frecuente, va paulatinamente «degradándose» profesionalmente, participa en peleas, pependencias, «camorras» y situaciones similares con mucha mayor frecuencia que quien no bebe o bebe poco y sobre todo «sufre» con mucha mayor frecuencia que nadie los accidentes laborales.

Se echan de menos evaluaciones económicas rigurosas del coste de todos estos fenómenos, que sin duda nos harían tomar conciencia a todos, pero más a los responsables de la sociedad, de la gravedad de cuanto hay debajo de estas necesarias generalizaciones.

- Se estima que al menos el 15 por 100 de los accidentes laborales se pueden atribuir al alcohol. Para 1970 esta cifra aproximada se concretaría en unos 300 muertos y 150.000 heridos por estos accidentes. Sin duda, hoy esta cifra será mucho mayor.
- El 33 por 100 de los alcohólicos consultados por nosotros en Vitoria trabajó en más de cinco empresas, frente a un 7 por 100 que había realizado el mismo peregrinaje empresarial de entre la población en general.
- El 29 por 100 de los bebedores habituales tiene peleas con los compañeros de trabajo, frente al 10 por 100 de la población laboral que confiesa tener los mismos problemas.
- Frente al 95 por 100 de la población laboral de Vitoria que confiesa no haber tenido ningún accidente laboral serio, en el caso del grupo de alcohólicos éstos son el 41 por 100, ¡el resto, el 59 por 100, sí los ha tenido!
- El 31 por 100 de los que confiesan que «les es imposible dejar de beber» confiesan que faltan al trabajo más de dos veces al mes. Sólo un 4 por 100 de los que no beben dicen lo mismo.

¿Para qué seguir? La cosa está muy clara y sería sólo relativamente grave si esto solamente repercutiera en la menor productivi-

dad o en perjuicio del propio alcohólico en exclusiva..., pero es que como consecuencia inmediata esto repercute en la menor renta, en el menor salario y en la *marginación* laboral, económica, familiar, sanitaria y social del que, como decíamos al principio, *se integró tanto y tan bien* en esta sociedad que «le mandó» beber a través de tantas y tantas incitaciones, y cuyo mandato obedeció.

Y, por fin, el tráfico

Está más que demostrado que a medida que crece el nivel de alcoholización en la población, aumentan las posibilidades de accidentes automovilísticos o de tráfico en general.

Según Tredenber, a medida que aumenta la proporción de alcohol en sangre de los conductores crece la gravedad de los accidentes, sobre todo de los mortales.

Es lógico, pues, que en la mayoría de los países medianamente desarrollados se hallan determinados unos índices de alcoholemia, superados los cuales se considera la conducción como *un delito*.

Las cifras fijadas en estos países oscilan entre los 0,8 y 1 gramo por 1.000 de alcohol en sangre. La O. M. S. aconseja incluso que se establezcan criterios inferiores de 0,5 a 0,8 gramos por 1.000.

El doctor Bogani, en su libro «El alcoholismo, enfermedad social», escribe:

«El exceso de alcohol en sangre entenece los reflejos. Desde el instante preciso en que el conductor percibe el peligro e inicia el frenado transcurre un tiempo muerto. Normalmente es de 0,75 segundos, pero si la alcoholemia es de 0,8 gramos por 1.000, transcurrirá cuando menos 1,25 segundos, por tanto, la distancia de frenado aumenta.

El jefe provincial de Tráfico de Alava, que intervino en la Mesa redonda que sobre alcoholismo organizó Cáritas Diocesana, con motivo del estudio, afirma:

“En materia de tráfico y alcohol lo más serio y peligroso no es el beodo..., lo peor es el bebedor social, que tanto abunda aquí y que se ha habituado a beber de tal forma que exteriormente no manifiesta el grado de alcoholemia que puede tener, porque está acostumbrado de tantos años a beber su cantidad X

que ya anda, habla y razona, de forma que da la sensación que está normal.

Sin embargo, a efectos de tráfico estas situaciones son problemáticas y peligrosas..., pero las estadísticas no son fiables, ni lo pueden ser. Por ley no se puede obligar a una persona a dejarse hacer la prueba alcohólica. Si se niega, se le impone una multa de 4.000 pesetas, pero la cosa no pasa de ahí.

En el año 1977, y para Alava, sólo hay cuatro partes en los que el agente escribe *bebidas alcohólicas*, y en lo que va de 1978, sólo uno.

Las estadísticas oficiales dan para toda España y en 1975 solamente un 8 por 100 de los accidentes de tráfico causados por el alcohol. El mismo jefe de Tráfico considera la estadística falseada.»

Ha sido este del tráfico y el alcohol el aspecto para mí más llamativo del estudio de Vitoria que vengo citando. Algunas datos:

- De un total de 40.000 conductores vitorianos, un 10 por 100 (unos 4.000) beben más de un litro de vino diario o el equivalente en alcohol.

Son bebedores excesivos y conductores peligrosos, y ¿qué hacen, digo yo, esos 4.000 presuntos alcohólicos con el carnet de conducir en la cartera y un volante en las manos? ¿Tiene o no tiene la autoridad competente medios para retirar esas licencias? Si los tiene, ¿por qué no se arbitran?...

- Existe una clara relación directa entre accidentes de tráfico y consumo de alcohol. A mayor consumo, más accidentes.
- Casi la mitad (44 por 100) de los conductores accidentados habían bebido más de la cuenta antes de producirse el accidente.

Si extrapolamos estas cifras, si se quiere rebajadas, a lo que ocurre en la totalidad del país, tenemos que por este capítulo se produjeron en España en 1973 1.662 muertos y 36.232 heridos de tráfico a causa del alcohol. El cálculo está hecho sólo con el 35 por 100, no con el 44.

Es el último dato que aporto. Esta ponencia quizá sólo haya servido para recopilar una serie de datos y estimaciones que no hacen sino confirmar la gravedad del fenómeno.

Si con ello se logra que se ayude a tomar conciencia, ya es algo. Sí, es verdad. Son muchos millones de duros los que están en el juego. Es una riqueza fabulosa, de unos pocos principalmente. Son cientos de miles de familias las que de esto viven... Quizá hasta se refuerce el sistema social con todo esto..., pero también es verdad que quedan en la cuneta del proceso mucha sangre, mucho dolor, muchas vidas y 3.000.000 de españoles en infrasituaciones personales y estigmatizados, marginados y tremendamente infelices.





LA FAMILIA DEL ALCOHOLICO

Por Dr. Antonio Seva Díaz

**Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza
Director del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico**

Como repetidamente hemos señalado (A. Seva, 1979), el alcoholismo ofrece un modelo de enfermedad en el que se imbrican de un modo profundo factores de muy diferente signo como son los biólogos, los genéticos, los psicólogos y los sociales; y de ahí ese abordaje interdisciplinario que del mismo se ha venido realizando. No obstante ello, el factor social ha sido extraordinariamente alzaprimado en las últimas décadas como consecuencia de las posibilidades ofrecidas con vistas a una prevención del mismo.

No voy a referirme a toda la serie de factores sociales y culturales que inciden sobre los modos y formas de la conducta alcohólica, puesto que éstos van a ser tratados por otros ponentes. Sin embargo, sí que quiero hacer mención al hecho de que, quizá, el alcoholismo sea en el fondo un delator del deterioro progresivo de nuestra civilización y cultura.

Quizá, como el mismo Freud entrevió (1948), nuestra cultura esté «enferma», cuando obliga al individuo a renunciar a una serie de necesidades instintivas y afectivas, ofreciéndole a cambio de ello un mundo frío y cruel, en donde la interrelación personal se mercantiliza, transformando a toda la realidad, simplemente, en un objeto de consumo, y nada más.



Probablemente pueda ser ésta una perspectiva cultural, válida para comprender la enorme generalización del alcoholismo en nuestro contexto social. Precisamente bajo esta perspectiva, se nos ofrece el modo de vida del alcohólico, como la manifestación tremendamente viva de una conducta compensadora de huida y refugio en un placer parcelario y limitado en el tiempo y en la intensidad de la satisfacción. La «fiesta», y empleamos palabras de Freud en «Totem y Tabú» (1948), no sería otra cosa que una forma de exceso permitido y ordenado; en definitiva, una violación solemne de una prohibición. Sin embargo, llega un momento en el cual el bebedor deja de ser tolerado por el sistema social. Es éste un momento, dice Morin (1970), inaprensible y misterioso, a partir del cual aquello que únicamente era un «simple hábito» deja de serlo para transformarse en una «enfermedad». Es éste un momento sutil y fugaz, dice, a partir del cual el alcohólico queda ya definido como enfermo, a la vez que acusado e inculpado por la propia sociedad que precisamente generó ese conflicto insuperable para él. Y tan sutil es ese momento, que incluso pasa inadvertido muchas veces.

Así, por ejemplo, Edwards, Hawker y colabs. (1973) realizaron dos investigaciones epidemiológicas paralelas sobre la prevalencia del alcoholismo en un mismo barrio de Londres a lo largo de un año. Por un lado se estudió el alcoholismo a través de su diagnóstico clínico en los hospitales, pero también a través de su detección por diferentes instituciones (Iglesia, Administración de Justicia y Ejército). La prevalencia hallada en ese distrito londinense fue de un 8,6 por 100 para los hombres y de un 1,3 por 100 para las mujeres mayores de dieciséis años. Pues bien, la investigación que se realizó casa por casa mostró una prevalencia de sólo un 6,1 por 100 para los hombres y de un 0,7 por 100 para las mujeres, cifras éstas parecidas a las obtenidas por nosotros [A. Seva, J. J. Vázquez y J. Tejero (1972)], aunque las muestras obtenidas directamente sobre la población urbana son superiores, por tratarse de «población activa o trabajadora» (7 por 100 de los hombres y menos del 1 por 100 entre las mujeres trabajadoras).

Si ello es así de dramático, imaginemos las terribles consecuencias sociales del alcoholismo, especialmente manifiestas sobre la familia, familia de origen y familia de procreación del alcohólico.

Realmente es interesante conocer el lugar que ocupa el alcoholismo en el contexto general de la crisis familiar padecida en nuestro

tiempo, y de ahí nuestro interés por conocer previamente cómo se está realizando ese proceso dinámico de cambio cultural en la familia de nuestro medio español, así como la incidencia de la «alcoholización» general sobre ella.

La familia, ciertamente se encuentra inmersa en un proceso de profundo cambio, de modo que el modelo actual de familia urbano-industrial ha ido perdiendo funciones tradicionales (la económica, la de crianza, la socializadora, etc.), haciéndose al mismo tiempo fuente de nuevos conflictos: pérdida de su cohesión, inestabilidad de la pareja, conflictos padres-hijos, control de la natalidad, etc. (A. Seva, 1979).

Nosotros (A. Seva y J. J. Vázquez, 1974) hace cinco años llevamos a cabo un estudio psicosocial de la familia actual zaragozana, a través del análisis de dos muestras representativas de esa población urbana, una de cabezas de familia y otra de amas de casa, sobre las que al mismo tiempo se estudiaron sus «conductas alcohólicas». Resultó que el 65 por 100 de los hogares estaban constituidos por familias de tipo nuclear, por lo que nos interesó conocer los conflictos básicos de este tipo de familia. Por un lado el llamado proceso de liberación de la mujer dentro del contexto familiar, y por el otro la caída del patriarcado tradicional.

Uno de los cambios fundamentales que muestra la familia actual es el derivado de la progresiva incorporación de la mujer al trabajo, concretándose ello en la variación del papel tradicional de la mujer en el hogar.

Este tipo de trabajo, al que paulatinamente está accediendo la mujer de nuestros días, es el que lentamente va produciendo un cambio importante en la relación familiar, de modo que a su vez está dando lugar a una progresiva desaparición de los roles convencionales de esposo-esposa, padre-madre. Y son de este modo muchos los campos en donde este cambio sociocultural se manifiesta.

Así sucede con la progresiva incorporación de la mujer a trabajos calificados, con la aparición de amigos ya no forzosamente comunes a la pareja, con el descenso del grado de endogamia social en el matrimonio y con la toma conjunta de decisiones por parte de ambos cónyuges.

Pues bien, alrededor de la cuarta parte de las amas de casa de Zaragoza realizaban un trabajo retribuido, y estas amas de casa que son en muchos casos madres de familia trabajadoras, representan un

factor conflictivo nada desdeñable, máxime cuando comprobamos que trabajan en mayor proporción las amas de casa que pertenecen a los más bajos estratos sociales.

No deja de ser relevante cómo un 21 por 100 de estas amas de casa zaragozanas consumen bebidas alcohólicas diariamente, y si profundizamos algo más, en el sentido de conocer qué cantidad de alcohol consumen las bebedoras cotidianas, nos encontramos con que un 2 por 100 de éstas beben más de 60 c. c. de alcohol absoluto, siendo un 13 por 100 las que consumen más de 40 c. c. diarios de alcohol.

Con respecto a lo que llamamos «caída del patriarcado», entendemos toda una serie de fenómenos que se hallan muy ligados al cambio del papel de la mujer en el hogar. Y así, el monolítico bloque familiar sustentado en sus tradicionales bases patriarcales, necesitará de una serie de cambios esenciales que le permitan su adaptación al ritmo de vida urbano.

Así, la mujer incorpora al hogar no solamente su trabajo, sino también su salario; la familia, por otro lado, ha perdido una buena parte de su función socializadora; y finalmente la figura del padre como modelo social ha ido a su vez perdiendo importancia merced a la influencia modeladora de unas nuevas «figuras paternas» terriblemente más poderosas, como son los medios de difusión de masas (radio, TV, prensa, etc.), las modernas empresas comerciales e industriales y, en fin, las grandes instituciones sociales.

La depreciación social del varón cabeza de familia, del padre, es un hecho constitutivo de la cultura masiva de nuestro tiempo. Pues bien, estos cabezas de familia mostraron unos altos niveles de consumos alcohólicos, de manera que más de la mitad (53 por 100) de ellos eran consumidores cotidianos. Pero es que de estos consumidores diarios cerca de una quinta parte (18 por 100) lo hacían en cantidades superiores a los 60 c. c. de alcohol absoluto.

Con respecto a la edad de nuestros entrevistados, vimos cómo las más altas frecuencias en el consumo se daban entre los menores de treinta años; sin embargo, existía un 36 por 100 de bebedores cotidianos entre las cabezas de familia mayores de sesenta años.

Es ciertamente estremecedor detectar los altos consumos alcohólicos diarios que realizan el 38 por 100 de los cabezas de familia menores de 30 años. Pero también son muy altos los consumos en más de la cuarta parte (27 por 100) de estos cabezas de familia en edades comprendidas entre los cuarenta-cincuenta años. Y no diga-



mos nada entre los cabezas de familia de la tercera edad con cerca de la cuarta parte (23 por 100) de sus consumidores cotidianos, haciéndolo también por encima de los 60 c. c. de alcohol absoluto. Solamente en el intervalo de edad comprendido entre los treinta-cuarenta años existe un bajo porcentaje de grandes consumidores diarios.

Lo verdaderamente interesante es comprobar cómo esos altos consumos alcohólicos de más de 60 c. c. diarios de alcohol absoluto se daban con más frecuencia entre los cabezas de familia obreros no calificados, muchas veces recién inmigrados a nuestra ciudad.

Por otro lado, encontramos una clara correlación entre los consumos alcohólicos por encima de los 60 c. c. diarios de alcohol absoluto, y los diferentes grados o niveles de «desesperanza» de estos cabezas de familia.

En ambas muestras intentamos identificar tensiones y conflictos conyugales, mediante la utilización de un indicador objetivo, como es el «tema de discusión familiar» (amor, religión, educación de los hijos, problemas económicos, empleo del tiempo libre, etc.). El resultado fue que existía una ausencia de toma de decisiones en común, como consecuencia del alto convencionalismo en los papeles familiares. De este modo, resultaba que ninguno de los temas propuestos, con ser tan importantes, había sido discutido la semana anterior ni tan siquiera por el 10 por 100 de la muestra.

De todas maneras, en el 65 por 100 de estos hogares sus miembros comían juntos diariamente, y en el 70 por 100 de ellos toda la familia se reunía también diariamente para charlar, estar juntos, etc. En un 15 por 100 ello no era posible por razones laborales.

Si hasta aquí me he referido a una serie de aspectos que enlazan a los problemas psicosociales de la familia actual con la conducta alcohólica, y que nos servirán para comprender algunas características específicas que se dan en la familia del alcohólico, ahora quisiera referirme en sí a la propia familia del auténtico enfermo alcohólico.

Como podemos suponer, las consecuencias familiares del alcoholismo serán diferentes según sea el hombre o la mujer el alcohólico, ya que sus papeles sociofamiliares son bien diferentes dentro de nuestra cultura. De ahí que por su mayor frecuencia nos refiramos más en extenso al alcoholismo del cabeza de familia y a sus consecuencias familiares.

Lógicamente el alcoholismo del padre atenta contra la propia

integridad de la familia nuclear por el hecho de afectar precisamente al bastión de la misma. Es así como el protagonismo socioeconómico que el varón asume dentro del grupo familiar se ve gravemente afectado, hasta tal punto, que su cónyuge, la esposa del enfermo alcohólico, deberá asumir estos roles abandonados por el marido.

Es curioso, de este modo, ver como esta alcoholización masculina colabora en cierta medida en el proceso de «caída del patriarcado» al que antes nos referíamos, aunque la verdad es que en este caso, la dinámica de la enfermedad alcohólica le lleva a su casi anulación.

De todas maneras, ya veremos más adelante cómo esta dinámica interindividual de la pareja, no es tan simple, ya que autores como Jackson, invirtiendo el orden de los factores, señalan cómo el protagonismo socioeconómico y la dominancia familiar de la mujer del alcohólico, no es consecuencia de la dejación hecha por el enfermo, sino que es ya anterior al alcoholismo de aquél, hasta tal punto de que el propio carácter dominante de estas mujeres será el que facilite la caída en el alcoholismo de sus maridos.

De todos modos, lo que sucede muchas veces, es que la desorganización familiar se hace tan dramática que la familia termina rompiéndose.

Una reciente investigación (Rodríguez Martos y Welsch, 1979) realizada en Barcelona mostraba cómo una quinta parte (21,8 por 100) de los alcohólicos casados estaban realmente «separados». El 90 por 100 tienen problemas matrimoniales relacionados con el alcoholismo, pero, y esto es importante, los problemas surgieron para el 11 por 100 ya en el noviazgo, y en cerca de la mitad, dentro de los primeros años del matrimonio. En el 30,3 por 100 el cónyuge del enfermo abandonó la casa, y en más de la mitad de los casos el enfermo había agredido físicamente a su cónyuge. Los problemas económicos se habían dado también en más de la mitad de las familias. De todas maneras, en la mayoría de los casos (88,7 por 100) los cónyuges mantenían la esperanza de rehacer su matrimonio, siempre que el enfermo dejase de beber.

Como podemos suponer, el mantenimiento «formal» del vínculo matrimonial dependerá en última instancia de una serie de factores socioculturales, entre los que sobresalen la religión de pertenencia de la pareja y por supuesto su religiosidad, además de otros factores éticos y morales de su cultura.

Así se explica el hecho de que S. Mutrux (1972), en la Clínica

Universitaria de Ginebra (Suiza), detecte a un 66 por 100 de alcohólicos divorciados. Y, por ejemplo, Boudreau y colabs. (1976) señalen cómo estas diferencias se hacen muy ostensibles en países con normas culturales diferenciadas, tal como ocurre en Canadá. De este modo, en el Quebec francófono, al igual que sucede en Francia, la tolerancia conyugal frente al alcoholismo es más alta, por lo que la estabilidad «formal» del matrimonio es mayor que en el medio cultural anglosajón.

Algo que se halla en la base de no pocas desavenencias conyugales y en el contexto general de la familia del alcohólico, lo constituye la dinámica sexual, tantas veces tan gravemente alterada. Rodríguez Martos y Welsch (1979) lo encuentran, por ejemplo, en el 61 por 100 de sus casos, y García Reyes y colabs. (1972) mostraron la profunda alteración de la vida sexual que se daba en una muestra de enfermos alcohólicos celosos estudiados por ellos.

Como señala Mutrux (1972), un factor patogénico de primera magnitud a tener en cuenta en todo enfermo alcohólico, guarda relación con la disminución de su potencia sexual, traducido ello en una significativa reducción en la excreción urinaria de 17-cetosteroides. La impotencia sexual mayor o menor que presenta el varón, sus eyaculaciones precoces, su egoísmo durante el acto sexual y, en fin, hasta la violencia que utiliza con su esposa, van generando en ella sentimientos cada vez mayores de rechazo, que pronto comienzan a expresarse bajo la forma de una frigidez, y al fin, bajo la de un rechazo formal y consciente a mantener relaciones sexuales con el enfermo. Precisamente sobre esta inseguridad, desconfianza, frustración general y rechazo amoroso, comienzan a construirse los «delirios de celos del alcohólico», que a su vez alimentan la malsana atmósfera que se ha creado en torno a la pareja, y que como veremos más adelante gravitará nefastamente sobre los hijos.

Pero, en fin, hasta aquí hemos hablado casi exclusivamente del alcoholismo en el cabeza de familia por ser el más frecuente, pero no debemos olvidar la existencia de un alcoholismo femenino en aumento progresivo y que será dentro de la familia en donde mostrará su mayor trascendencia.

Como decíamos (A. Seva, 1979) en otro lugar, el alcoholismo femenino genera una mayor desestabilización emocional en la mujer a causa de la menor indulgencia y tolerancia social que nuestra cultura muestra ante ella. Su función maternal y de cuidado de la prole,



confiada casi exclusivamente a ella, la convierten en reo culpabilizado no sólo por la sociedad, sino también por ella misma.

Nachin, buscando una raíz sociológica al crecimiento actual del alcoholismo femenino, lo intenta referir al conflicto inherente entre el papel tradicional de la mujer y los nuevos papeles sociales. De este modo, la búsqueda de compensaciones por sus decepciones, fracasos y frustraciones; la soledad, el abandono y la afirmación de la virilidad con la disminución del gonocorismo entre los dos sexos, se hallarían en la base de muchos comportamientos alcohólicos femeninos. Hay que tener en cuenta, por ejemplo, que entre nuestra muestra de amas de casa casadas existía nada menos que un 16 por 100 de ellas que rechazaba de una forma explícita su sexo por las consecuencias sociales frustrantes que, como consecuencia de su pertenencia a él, tenían que soportar. Esta «frustración por el sexo» solamente se daba en el 2 por 100 de los cabezas de familia.

Pero vamos ahora a señalar toda la serie de características psicológicas que suele presentar la mujer del enfermo alcohólico.

Como anteriormente hemos adelantado, estas mujeres generalmente se caracterizan por su personalidad dominante, hijas a su vez de madres dominantes con sus maridos. Son mujeres activas y decididas, luchadoras y exigentes tanto para los demás como para ellas mismas. Como señalan Israel y Subra-Charpentier (1972), es también muy frecuente encontrar en su historia previa la existencia de una rivalidad con una hermana u otra mujer, que serviría precisamente para crear ese modelo de conducta tan satisfactorio para la madre.

Un autor llamado Norman Evans (1966), tras una revisión bibliográfica sobre el particular, muestra cómo existen dos posiciones contrapuestas con relación a la interpretación que se da al específico tipo de personalidad de la mujer del alcohólico. Unas, que la hacen responsable del alcoholismo de su marido, y otras, para las que la mujer sufre ese cambio personal con el fin de seguir manteniendo el equilibrio familiar.

Probablemente sean razonables ambas posiciones, ya que, por ejemplo, autores como Rimmer y Winokur (1972) demuestran cómo tanto las familias de los alcohólicos como las de sus esposas presentan una más alta prevalencia de enfermedades psíquicas, suicidios y alcoholismo que la población general, y también es una realidad innegable que una enfermedad crónica como es el alcoholismo, que incapa-

cita de tal manera al cabeza de familia, forzosamente ha de provocar un cambio radical en la conducta social del cónyuge.

En el primer caso, autores como Futterman señalan cómo estas esposas, por su carácter previo irritante, molesto y regañón, van arrinconando y amedrentando cada vez más a su esposo, ya inconscientemente seleccionado por ellas por su débil carácter. Sería así como esta mujer podría realizar su ideal de mujer fuerte y poderosa, sencillamente mediante el contraste que establece con su esposo, al cual arrastra y mantiene en el alcoholismo sin darse perfecta cuenta de ello.

Es por esto por lo que constantemente necesitará probar los graves defectos que el paciente ofrece como esposo y como padre. Junto a ello necesitará mostrarse a sí misma y a los demás con esa «imagen de indispensabilidad», que en el fondo no es otra cosa que una máscara o disfraz que cubre la auténtica imagen personal de estas mujeres. Imagen ésta hecha a base de narcisismo, sadismo, necesidad de ser castigada y sentimientos profundos de incapacidad para poder mantener una relación con otro hombre que no sea con su esposo.

Otros autores, como Whalen, han querido distinguir hasta cuatro clases de estas mujeres dominantes, a las que llama la «sufridora», la «controladora», la «veleta» y la «castigadora».

Mientras que la primera tiene una necesidad básica de autocastigarse, por lo que ya de joven elige a un hombre de alguna manera disminuido o poco efectivo, la «controladora» se casará con un hombre inferior a ella, al cual habrá incapacitado con el paso de los años de una manera inconsciente.

La «veleta», por su parte, se ofrece como pieza clave y compensadora frente a los graves desequilibrios de la familia. Ama y no ama a su esposo, lo admite y lo rechaza, denuncia judicialmente sus conductas para con ella, pero termina perdonándole todos sus excesos.

Finalmente, la esposa «castigadora» muestra básicamente su rivalidad y agresividad frente a los hombres en general. De ahí precisamente que muchos hayan querido ver en este tipo de mujer la realización fantaseada del ideal de la supremacía de la mujer sobre el hombre.

Como vemos, en todos estos casos se hace recaer sobre la propia mujer del alcohólico buena parte de la responsabilidad del alcoholismo de él, lo cual nos parece exagerado tomado de un modo radical, aunque ciertamente ello interviene en la dinámica de algunas parejas.

Jackson se refiere a esto mismo cuando afirma que las esposas de los alcohólicos no muestran tipos específicos de personalidad diferentes a los que puedan ofrecer las esposas de los sujetos no alcohólicos.

Lo que sí se daría, según la posición radicalmente opuesta a la anterior, es un tipo de personalidad emocionalmente afectada como consecuencia de la enorme sobrecarga que supone convivir con una persona crónicamente enferma que más que ayudar necesita de ayuda. Así, con el paso de los años, es tanto lo que han sufrido estas mujeres, que llega un momento en el que comienzan a mostrar signos psicopatológicos de esa claudicación, signos éstos que han sido detectados por muchos autores (Rae y Forbes, 1966). Concretamente en nuestra cátedra así lo realizó Dourdil (1977) mediante la utilización del *test* de Rorschach.

Hace unos años, por ejemplo, Drewer y Rae (1969) estudian mediante técnicas de percepción interpersonal a dos grupos de parejas casadas, una con maridos alcohólicos y la otra con maridos sanos. Pues bien, las mujeres del grupo control describen a sus maridos de manera acorde con las descripciones hechas por ellos mismos. Sin embargo, ello no ocurre así con las mujeres de los alcohólicos, lo cual es una prueba fidedigna de la confusión psicosexuales existente entre la pareja, y causa de multitud de dificultades neuróticas en el contexto de estas familias.

En el fondo de todo ello, como decíamos, el síndrome básico que subyace en muchas esposas de pacientes alcohólicos, es un síndrome de sobrecarga parecido al que han de soportar aquellas personas que están al cuidado de familiares crónicamente enfermos. Naturalmente que en el caso que nos ocupa el problema es de mayor gravedad al afectar precisamente al cónyuge y con una enfermedad tan fácilmente culpabilizadora para el propio paciente.

Nosotros (A. Seva y J. J. Vázquez, 1977) en esa misma investigación que realizamos sobre cabezas de familia y amas de casa zaragozanas, intentamos objetivar la incidencia de estos factores de sobrecarga familiar mediante la utilización de un indicador preciso. Señalábamos así cómo en el caso de que con la familia viva un pariente con una enfermedad crónica de más de un año de evolución, será siempre el ama de casa la persona más afectada. Y así, por ejemplo, mientras que un tercio de las amas de casa que conviven con estos pacientes dan altos niveles de afectación depresiva, medidos con la



Escala de Depresión de Zung, no existía esta afectación para ningún cabeza de familia.

Jackson, en este sentido, llega a describir siete estadios por los que pasaría la familia del alcohólico en sus esfuerzos por adaptarse al enfermo:

- Estadio 1: Durante el cual los miembros de la familia intentan negar el problema social de la familia, concediendo poca importancia a los excesos del padre.
- Estadio 2: Durante éste comienza el apartamiento social de la familia a fin de ocultar a los demás el problema del alcohólico.
- Estadio 3: En este período, los hijos pequeños comienzan a presentar manifestaciones conductuales desequilibradas, y la esposa ha de empezar a asumir algunos papeles que anteriormente correspondían al cabeza de familia (padre y esposo).
- Estadio 4: En este momento, el esposo alcohólico ha perdido totalmente sus papeles en el hogar, al tiempo que la esposa va ganando más confianza en sí misma.
- Estadio 5: Algunos sentimientos de hostilidad y resentimiento que se habían iniciado en la esposa anteriormente, terminan por llevar a la separación del matrimonio.
- Estadio 6: Durante este período, la madre y los hijos llegan a reorganizarse ya sin la presencia del marido.
- Estadio 7: Si el esposo consigue abandonar la bebida, entonces puede ser aceptado de nuevo en la familia, que necesitará de una nueva reorganización general.

Naturalmente comprenderemos que estas últimas etapas han de estar perfectamente previstas en el curso de la cura psicoterapéutica, y de ahí la necesidad de tratar y preparar muchas veces a la esposa para que sea capaz, por un lado, de derivar su energía psicológica, tantos años centrada sobre el enfermo, a otras actividades, ya que él no va a necesitarla; por el otro, de ir abandonando parte de sus responsabilidades en favor del marido, que debe en este momento asumir sus papeles sociales anteriormente abandonados. Un problema realmente difícil y que exige un extraordinario tacto por parte de todos.



En fin, que como hemos visto y sucede tantas veces en la dinámica interpersonal de la pareja, es muy difícil separar las causas de las consecuencias. Unas y otras se entrelazan de tal manera en un círculo interactuante, que no sabemos realmente quién elige y quién es elegido, quién es el enfermo y quién el enfermado. Todos realmente participan desde el comienzo en este juego tan entramado que atrapa a toda la familia.

Porque realmente tampoco los hijos escapan a estas situaciones familiares tan conflictivas, sino que, muy al contrario, sufren de un modo directo privaciones y rechazos afectivos, malas identificaciones con las figuras parentales y, no pocas veces, aprendizajes muy precoces de conductas alcohólicas.

Hay que tener en cuenta que solamente desde un punto de vista general y cultural Bogani (1970) señalaba como algo más de la mitad de una muestra de niños valencianos de ambos sexos y con edades comprendidas entre los cuatro y los diez años, consumían diariamente bebidas alcohólicas (vino con gaseosa, cerveza y vino solo) y un 42,6 por 100 bebía algunas veces cerveza, vino dulce, licores y vinos quinados. Y nosotros (1972) también encontramos cómo el 10 por 100 de la población activa de Zaragoza que bebía había iniciado sus consumos antes de los doce años de edad.

Han sido muy diversas las investigaciones que han señalado la alta incidencia de alcoholismo entre los familiares de los enfermos alcohólicos, suponiendo ello cifras de hasta un 33 y un 55 por 100.

Hoy, por supuesto, el factor hereditario en el alcoholismo, tan alzaprimado en el pasado, ha ido cediendo paso a una mayor valoración de los factores psicológicos, sociofamiliares y culturales, hasta el punto de que, por ejemplo, el alcoholismo paterno posee una especial tendencia a transmitirse a los hijos varones, simplemente mediante mecanismos de identificación.

Quizá en el caso del alcoholismo materno influyan otros factores más que actúen tanto por vías psicológicas. Hay que tener en cuenta que la madre que padece de un alcoholismo crónico, tanto durante sus embarazos como durante el período de lactancia natural, inunda permanentemente el organismo del feto, primero, y del lactante, después, de alcohol etílico. Alcohol etílico éste que, independientemente de las graves afecciones que sobre el organismo del niño pueda producir, es capaz también de generar una tempranísima necesidad o dependencia física hacia el alcohol. Nichols, por ejemplo, ya había estu-

diado este mecanismo de transmisión biológica en ratas, a las que tras crearles una dependencia a los opiáceos y al alcohol, las cruzaba, estudiando los niveles de dependencia alcanzados en sus dos descendencias.

Por todo ello es por lo que resulta tan frecuente encontrarse con esas altas incidencias de alcoholismo entre las familias de los alcohólicos, pero además con conductas alcohólicas que se inician más tempranamente en la generación siguiente a la ya alcoholizada.

Así, por ejemplo, Schuckit y colabs. (1971) señalan, tras un análisis del alcoholismo de los padres de 156 alcohólicos varones y 103 alcohólicas hembras, cómo este alcoholismo filial posee junto a un comienzo más precoz un curso clínico más largo. Otro autor, Rosenberg (1969), había también señalado esa atmósfera familiar «alcohol-dependiente» en un estudio realizado sobre 50 alcohólicos jóvenes de menos de treinta años. Ordóñez Sierra (1962), por su parte, daba una morbilidad alcohólica de un 50 por 100 entre los hijos, y Alonso Hernández (1973), por su parte, muestra cómo en un análisis de 50 alcoholómanos, la mitad eran hijos de un padre alcohólico, el 4 por 100 eran hijos de una madre alcohólica y el 18 por 100 poseían un pariente alcohólico más o menos incorporado a la familia.

Lo que realmente está sucediendo en algunos hijos de estas familias alcohólicas y «alcoholomanígenas» es, junto a la identificación y aprendizaje de conductas alcohólicas propias de los padres, la creación y consolidación de un tipo de personalidad tan prealcoholómana como la de su progenitor. Y así, por ejemplo, lo han demostrado de un modo muy objetivo Aronson y Anita Gilbert (1963), mostrando cómo una serie de variables de la personalidad ligadas al alcoholismo crónico de los padres de 41 preadolescentes varones, se encontraban también presentes en ellos, significando ello un importante elemento de riesgo alcohólico a añadir a la nociva atmósfera sociofamiliar.

Este tipo de personalidad facilitadora de una «conducta alcoholómana» es la llamada personalidad pasivo-agresiva, hecha a base de dificultades relacionales interpersonales, impulsividad, dependencia, evasión, etc.

Pues bien, en nuestro país, Alonso Fernández (1973) describe también un «modelo de personalidad infantil prealcoholómano, que se caracteriza por una serie de rasgos superponibles a los anteriores. Es la inmadurez afectiva con su necesidad de amor e intolerancia para las frustraciones, pero junto a ello con un excesivo temor a los

contactos amorosos. Es también la represión instintiva que coarta tendencias, acciones y proyectos lanzados al futuro. Son, en fin, la evasión o huida de toda relación con el *otro*, la insinceridad, el falseamiento en la comunicación, y la soledad, los ingredientes que preparan el camino hacia el alcoholismo.

Pero hasta aquí hemos hablado del alcoholismo sociofamiliarmente transmitido al hijo del alcohólico, sin referirnos todavía a otros efectos y consecuencias patológicas que también pueden recaer sobre él. Me refiero a la más alta incidencia de enfermedades neuróticas y psicóticas que se dan en el contexto de las familias alcohólicas.

Hay que tener en cuenta que la estructura y la propia dinámica de algunas de estas familias es tan patológica que no resulta nada extraño puedan desarrollarse allí cuadros psiquiátricos de este tipo. Por ejemplo, autores como Halmi y Loney (1973), estudiando 94 chicas con anorexia nerviosa asistidas en los hospitales dependientes de la Universidad americana de Iowa, encontraron frecuencias de un 12,76 por 100 de alcoholismo paterno y de un 2,12 por 100 de alcoholismo materno, frecuencias éstas mucho más altas que las ofrecidas para la población americana de aquella zona, y que se mueven en torno al 3-5 por 100 para los hombres y el 0,1-1 por 100 para las mujeres.

Nosotros, por nuestra parte, en la cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Zaragoza, quisimos conocer también la influencia que el alcoholismo paterno pudiera tener sobre el niño, y así, Bonals, Miravete y Velilla (1977) estudiaron a 27 niños y adolescentes con edades comprendidas entre los ocho meses y los diecisiete años, hijos de padre alcohólico, y que habían acudido a la consulta de Psiquiatría infantil de la cátedra durante el Curso Académico 1976-77. Se estudiaron clínica, sociológica y psicológicamente a todos estos niños, aplicándoseles diferentes *tests* psicométricos y de personalidad, además de realizarles un control electroencefalográfico. Pues bien, la mayor parte acudieron por trastornos de conducta, dificultades escolares y síntomas psicósomáticos. Un 11 por 100 eran oligofrénicos y un 18 por 100 presentaron C. I. correspondientes a una oligofrenia liminar. Con relación a sus trazados E. E. G., el 19 por 100 poseían un registro lentificado para su edad, y el otro 19 por 100 lo mostraban «paroxístico». Las pruebas psicológicas mostraban con una gran frecuencia temas de abandono, soledad, rechazo, culpa, castigo, auto-agresión y actitudes pasivas de los héroes. Ya con respecto a las



«relaciones paternofiliales» eran frecuentes las malas identificaciones con las figuras paternas, así como las situaciones en las que estas figuras habían muerto o eran castigadas. Finalmente, las relaciones entre los padres eran proyectadas por los hijos en forma de escenas de violencia, ausencias y muertes de uno de los padres; como vemos, reproduciendo toda la temática que formará parte del alma de muchos de estos niños, hijos de hogares alcohólicos.

Quisiera, en fin, señalar la importancia que las privaciones, carencias y rechazos tienen en el desarrollo psicológico de los niños. Sus consecuencias son muy negativas, y la frecuencia de estas penosas situaciones entre los hijos de los alcohólicos son muy altas.

Nosotros mismos hemos intentado hallar algún tipo de correlación entre carencias afectivas durante la primera infancia y niveles de depresión, medido todo ello en una muestra de población urbana general, y analizándolo casa por casa.

Pues bien, resultó que los niveles depresivos parecen guardar relación con el tipo de educación recibida en la familia, apareciendo los más altos niveles de depresión entre aquellas personas que habían sufrido todo tipo de carencias. Pero si todavía continuamos con un análisis más fino de las carencias y privaciones parentales habidas durante la primera infancia, nos llamará la atención la importancia que tiene la presencia de estas «figuras parentales». Así, por ejemplo, nosotros encontramos una clara correlación entre «depresión» y privación del padre durante la primera infancia, en la muestra de amas de casa de Zaragoza.

Pero no solamente serán altamente negativas las carencias y privaciones del alcohólico para con sus hijos, sino que también la excesiva sobreprotección a la que son sometidos como reacción compensadora exagerada del otro cónyuge poseerá unos efectos perturbadores sobre el desarrollo del niño.

Malo será también crear una relación entre el cónyuge no alcohólico y sus hijos que esté sustentada sobre el temor, el rechazo, la depreciación y el odio hacia el otro padre. La futura personalidad de este niño será la que sufrirá tales posiciones psicosociales adoptadas por el cónyuge no alcohólico.



LA ENFERMEDAD ALCOHOLICA

Por Dr. Freixa i Santfeliu (*)

**Profesor de la Escuela Profesional de Psicología Médica
y Psiquiatría de Barcelona**

**Director de los Servicios de Prevención para alcohólicos
de la Sanidad Departamental**

INTRODUCCION

La enfermedad alcohólica tiene que comprenderse y entenderse en un amplio campo de observación de los fenómenos humanos, de tal forma que su estudio tiene necesariamente que ser polidimensional, multidisciplinario e interprofesional.

La E. A. (enfermedad alcohólica) tiene que conceptualizarse como la expresión de una conflictiva social en la cual los «modelos» al uso de carácter estrictamente «médico»:

Modelo de estructuras biológicas o anatómico (macro y microscópico).

Modelo físico-químico biológico o del «medio interno» (fisiopatológico).

Modelo genético o de herencia,

* Con la colaboración del Dr. L. Bach y Josefa Vidal Llahí.

Centros de Salud Mental C-D para alcoholismo y toxicomanías de la Sanidad Departamental de Barcelona (Ministerio de Sanidad).

Centro Estudios Alcohología y otras Toxicomanías (CEAT), Departamento de Psiquiatría del profesor Obiols. Facultad de Medicina. Hospital Clínico. Barcelona.



que son los que subyacen en la enseñanza «clásica» de la Medicina y convierten al médico en «curador-reparador», hacen incomprensible el fenómeno E. A. o cualquier otro tipo de vinculación (dependencia-adición) a otras sustancias.

Para completar y profundizar en el tema que nos ocupa, tendrían los médicos que completar su educación básica con:

Modelo ecológico-sociológico.

Modelo comportamental o conductual o de aprendizaje.

Modelo de maduración, de interacción o de desarrollo.

Ocasionalmente, y con una visión más amplia, se hace el abordaje de los problemas relacionados con enfermedades infecciosas, con esta visión más objetiva de la realidad, y se la califica de una actitud sanitaria o de salud pública (J. Santodomingo). Este abordaje es el único que permite un enfoque preventivo, pero cuando los médicos como profesionales tienen que dejar sus ancestros chamánicos y analizar la realidad que les envuelve, reparando —curando—, pero fundamentalmente evitando la génesis del conflicto (enfermedad), su formación y la propia naturaleza de los problemas abordados (alcoholismo, heroínomanía, automedicación, tabaquismo, por ejemplo) hace absolutamente necesaria la colaboración de otros conocimientos y de otro tipo de profesionales.

Es preciso, pues, para el estudio del paciente alcohólico tener bien presente que: «La Sanidad es la socio-política-económica de la salud; en consecuencia, el alcoholismo y la profilaxis o prevención de dicho flagelo es un problema económico, político y social que trasciende a la actividad paliativa de la medicina» (Bach-Freixa).

Mejorar la salud es, en consecuencia, un proceso social y político, en el cual las técnicas e instrumentos sanitarios deben aplicarse en relación con su función social.

El doctor Mahler, director general de la O. M. S., en la XXVI Reunión Europea («Crónica de la O. M. S.», vol. 31), ha afirmado:

«Las drogas (en el sentido de medicamentos y “drogas”), incluido el alcohol y el tabaco, y los accidentes de tráfico, matan hoy en día a más gente que todas las epidemias juntas en siglos pretéritos», ... «... los efectos adversos de la industrialización y la urbanización, las enfermedades crónicas, físicas y mentales,



el alcohol y el tabaco, los accidentes de tráfico y la vejez —dice— tendrían que ser los objetivos de la asistencia primaria.»

Cuando no se tiene una visión y enfoque sanitario y de salud pública del quehacer médico, se tiende —dada la estructura de economía de mercado— a crear centros de tecnología avanzada que consumen material, productos farmacéuticos, costosos utillajes, etc., y «generan riqueza», que atienden a casos agudos y espectaculares —magnificados por los medios de comunicación social convenientemente manipulados—, pero no atiende a la patología real de grandes sectores de población, como tampoco atiende a los minusválidos físicos o psíquicos, generando, en consecuencia, una nueva patología social.

La denominada Seguridad Social —no olvidemos que se había denominado S. O. E.— ha desarrollado una tecnocracia médica, con un gesto desordenado de costosos aparatos que ha frenado la justicia social y ha imposibilitado —por la incapacidad de intervención y control de los organismos sindicales— el bienestar físico y mental de áreas muy definidas de población. Una de ellas ha sido la reiterada marginación de los «enfermos mentales» de su estructura asistencial.

El denominado «enfermo mental» sufre, pues, una doble marginación —la del estigma cultural y la consecutiva a un trato discriminatorio por la S. S.— y en los alcohólicos, además, se ve acrecentada por la especial naturaleza de su toxicomanía: la de una droga institucionalizada que, en un 50 por 100 de los casos, además de la dependencia psico-social, produce adicción (dependencia fisiológica) y lesiones físicas por efecto tóxico del producto alcohol (cirrosis, miocardiopatía etílica, polineuritis, encefalopatía, etc...). Gran número de alcohólicos han cotizado y cotizan a la Seguridad Social para ser atendidos correctamente. En el supuesto que un alcohólico —por las «consecuencias» de la enfermedad alcohólica, hepatopatía, por ejemplo— consiga ingresar en una residencia de la S. S., la insuficiente formación en salud pública del personal sanitario (médicos, A. T. S., etc.) le hará víctima de buenos consejos moralizantes, probablemente se tratará a su cirrosis correctamente, pero ni por asomo se establecerá un proceso de información y tratamiento psicossocial que aborde el problema básico de la enfermedad alcohólica (la *dependencia toxicomanía etílica*), ni sus síntomas o desajustes familiares, sociales y laborales. Si el paciente al ser dado de «alta» —sin tratarse

de su verdadero conflicto, el que precisamente ha generado su cirrosis—, los reingresos serán múltiples, o en última instancia si también empeora conductualmente se le remitirá a la «Beneficiencia Provincial» —aunque la salud sea un derecho— y se le incluirá en el circuito «manicomial», en el cual —con algunas excepciones— no recibirá mejores atenciones, seguirá sometido a otro estilo «institucional» que profundizará en marginación y le convertirá —en instituciones sin secciones o departamentos para alcohólicos— con la oficialidad de una psiquiatría de almacenaje, pero con las jerigonzas de un sistema de «puerta abierta», sin una infraestructura de tipo asistencial ambulatorio socio-terápicamente orientada, en un ALCOHOLICO CRONICO (loco crónico) que además podrá consumir las bebidas alcohólicas de la cantina, de la máquina tragaperras o del bar de la propia institución. Aprovechará su «libertad» para beber en todas sus salidas —profundizando su proceso—, esto cuando en la institución no se aprovechen de su «dosificación intrainstitucional» para hacerle trabajar y retenerle crónicamente. Resultando con ello una total y definitiva imposibilidad de rehabilitación y reinserción social.

La problemática de la E. A. queda reflejada en la escasez de obras de esta temática en un país con una epidemiología de dicha enfermedad patente y alarmante. Incluso los tratados de psiquiatría reflejan esta actitud general de los profesionales, y sólo el profesor Alonso-Fernández, en su tratado «Fundamentos de la Psiquiatría actual», aborda el problema del alcoholismo con la extensión que merece.

No existe la misma atonía profesional en Francia, país también productor, donde los profesionales sanitarios publican continuamente (Rainaut, etc.) y la problemática del alcoholismo es objeto de apasionantes debates y en donde evidentemente el Ministerio de Sanidad y la Seguridad Social cubren el riesgo de esta enfermedad (Dallayrac, D.).

En la E. A. el modelo médico estricto, mecanicista de causa-efecto no es aplicable y ha sufrido diversas orientaciones y consideraciones. Las orientaciones psiquiátricas, con un olvido absoluto de la *persona* alcohólica y sus *circunstancias* en una zona vitivinícola, han intentado explicar la etiología del trastorno por una mecánica de simple «individualización» del problema, escotomizando la realidad de las relaciones, *sociales, familiares y laborales*. Estas relaciones que hacen posible no al individuo, sino a la *persona*.

Pero ¿cómo se establecerá esta relación con el alcohol, en una

sociedad permisiva y en la cual todos beben, y la venta y consumo de bebidas alcohólicas está promocionando? (F. Freixa, R. Bayes.)

La importancia de los factores de disponibilidad social del producto y de la permisividad de uso, y la inexistencia —en la población activa trabajadora— de abstemios, hacen que podamos afirmar que: la evolución en el tiempo de la «presión» de la *oferta*, en una situación de *demanda* previamente condicionada, explica cronológicamente los modos de enfermar y sufrir las consecuencias tóxicas y las peculiaridades clínicas.

I. ALCOHOLISMO

El alcoholismo es una enfermedad, tal como queda reflejado en el Glosario de la O. M. S. que corresponde a la categoría de tres dígitos —Sección V del CIE—, 8 en el epígrafe 303.

En la práctica, considerar al alcohólico como enfermo, en el marco de un concepto de Salud Pública y abordarlo como a tal es la única actitud polidimensional e interprofesional que permite obtener resultados satisfactorios del tratamiento.

Los prejuicios sobre el *alcoholismo-enfermedad* están en relación directa con el uso permisivo de la «droga» alcohol en la cultura y medio social del médico, del personal sanitario, del psicólogo, del jurista de la asistente social y de otros profesionales.

Conceptos básicos.—Están en relación con la naturaleza toxicománica del alcohol:

1. Dependencia psico-social.
2. Adición fisiológica.

1. Dependencia psico-social

En relación con los efectos farmacológicos inmediatos o «agudos» del producto excluyendo la embriaguez y los efectos tóxicos persistentes.

Dependencia que se podría definir como la conducta inevitable del sujeto de *búsqueda* de los efectos ansiolíticos, pseudo-euforizan-



tes, etc., pasajeros. Las distintas opciones sobre la actitud de *búsqueda* en la conducta social determinan los tipos básicos de dependencia, con predominio de los aspectos psicológicos o sociales determinativos en las distintas culturas. (Freixa-Bach, a.)

2. Adición fisiológica

A) TOLERANCIA FARMACOLÓGICA

El simple uso de esta droga legal altera la mente y sus efectos objetivos son la *depresión* de las funciones corticales. Actúa suave y solapadamente, ataca primero a los centros superiores, y en concentraciones más altas llega a *deprimir* a las funciones integradas por estructuras nerviosas más antiguas. La muerte sobreviene agudamente por paro respiratorio (afectación directa del centro respiratorio) a concentraciones de 500-800 mgs. en sangre. Frecuentemente, ciertos individuos alcanzan estos niveles o más altos, especialmente como resultado de *apuestas* (beberse una botella de brandy o coñac de un solo trago), cuando un sujeto fallece —cosa que se registra en ocasiones como noticia periodística— se trata precisamente de un individuo *no tolerante*. Su compañero que ha sobrevivido era el paciente alcohólico (Freixa, b.).

El desarrollo de la *tolerancia*, es la base de los trastornos conductuales —como se ha insinuado con anterioridad— con irritabilidad, caracteropatía y, a medida que el proceso o «carrera alcohólica» progresa, las amnesias. Las amnesias alcohólicas tienen como característica su carácter lacunar (*black-outs*), o sea, amnesia total de un período en el cual el sujeto funciona normalmente, pero del cual no recuerda nada después, o bien, en un proceso discretamente más avanzado, le parece recordar algo, en forma confusa, rellenando falsamente su amnesia lacunar (palimpsesto de Jellinek). Durante este tipo de amnesias pueden realizarse tareas motoras secuenciales altamente complejas, atender consultas, cerrar tratos en los negocios, etc., pero de estos hechos no quedan trazas en la memoria. Estos trastornos no deben ser la «nébula» de la embriaguez aguda (D. W. Goodwin, Bach-Freixa, a.).

B) SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Aunque farmacológicamente es posible establecer una tolerancia para ciertos medicamentos sin *Síndrome de abstinencia*, en el campo de las toxicomanías es más rara esta posibilidad (no olvidar el ejemplo típico de la cocaína). Pero con el alcohol o la heroína, y la mayoría de drogas, se observa el síndrome de abstinencia después de una tolerancia farmacológica bien establecida. La brusca cesación de la ingesta alcohólica o, en algunos casos avanzados, una disminución del nivel del alcohol en sangre importante, sin una privación completa, son los desencadenantes del síndrome.

Existen dos grupos de manifestaciones del síndrome de abstinencia:

Las manifestaciones leves, diarias y continuas del individuo tolerante de predominio matutino con:

- temblor lingual, labial y de manos,
- pituitas matutinas o sensación nauseosa,
- ansiedad e inquietud motora,
- cansancio y depresión leve,

que *no* desencadenan durante años el síndrome de abstinencia grave o agudo, pero que *sólo mejoran con la ingesta matutina*. Posteriormente tenemos que añadir el *insomnio*, que sólo mejora con la ingesta nocturna y se complica generalmente por factores yatrógenos. (Nos referimos a la administración de hipnóticos o tranquilizantes.)

El *gran síndrome de abstinencia*, que cursará con manifestaciones de delirio confuso —onírico subagudo o agudo, se inicia con ansiedad y temblor que predomina en las extremidades superiores, en especial en las manos, pero que está presente también en las extremidades inferiores, labios y lengua. El intervalo libre entre la ausencia de ingesta y la aparición de las grandes manifestaciones nerviosas es de ocho-doce horas. Los temblores impiden al sujeto beber, abrocharse, afeitarse o maquillarse. Ocasionalmente y/o con relativa frecuencia, en las primeras cuarenta y ocho horas y si no es trasladado a un centro sanitario, el paciente presenta una o más crisis convulsivas de gran mal —en general no más de dos cada veinticuatro horas o no más de cuatro en cuarenta y ocho horas—. Si después



de este período persisten las crisis convulsivas o se establece de entrada un *status comitialis*, hay que investigar posibles yatrogenias (prescripción no correcta de benzodicepinas, hipnóticos o barbitúricos) (M. M. Gross).

En este período aparecen fenómenos alucinatorios visuales de los que el paciente tiene una cierta conciencia de irrealidad y vive como si los soñara despierto (oniroides). Puede ver formas no concretas que se mueven dentro de su campo visual, con o sin la percepción, en ocasiones, de música o ruidos inexistentes procedentes de la mesilla de noche o de cualquier objeto de la habitación (alucinosis alcohólica). El paciente frecuentemente sabe que estos fenómenos no son reales, pero producen gran ansiedad y desasosiego (forma subaguda). Si no se ha podido tratar convenientemente, entre el 4.º/5.º día se establece el cuadro típico del *delirium tremens* (delirio-confuso onírico agudo). El *delirium tremens* es una *urgencia médica* —en algunas series del National Council on Alcoholism (U. S. A.), el 15-20 por 100 de los casos fueron mortales, y se llega a un 50 por 100 cuando el paciente tiene más de cuarenta años—, o cuando existe —cosa muy frecuente— una enfermedad intercurrente bronco-respiratoria infecciosa y también cuando no puede tratarse convenientemente su síndrome de desorganización electrolítica.

Los grandes temblores, el síndrome confusional con las características oníricas, pero con ausencia de conciencia total de realidad, los fenómenos neurovegetativos con fiebre, diaforesis, taquicardia, arritmia e hipertensión alternativa, concomitantemente con alucinaciones, predominantemente visuales y táctiles (M. Gross), pero con mayor frecuencia de las descripciones clásicas, también auditivas, estas manifestaciones son la expresión del síndrome de abstinencia (idéntico para alcohol y barbitúricos).

Las alucinaciones, en conjunto, no son sólo de pequeños animales, sino también de gente, personas que entran y salen de los armarios, paredes, etc., voces o músicas, etc.; a menudo los animales o las personas son amenazantes por sus gestos o palabras, existiendo situaciones persecutorias o claramente paranoides que obligan a una constante vigilancia del enfermo.

II. DEPENDENCIA PSICO-SOCIAL

La *dependencia* del alcohol, además de los factores conductuales (psicológicos y sociales) después de los experimentos de Mendelson, Mello y otros, con la administración de dosis de alcohol programadas en voluntarios, se ha demostrado que *si bien se bebe generalmente para reducir la ansiedad, la provoca*. En las fases avanzadas —fisiológicamente— de la enfermedad, las manifestaciones de abstinencia son una extensión de esta ansiedad y están en íntima relación con el fenómeno de tolerancia. Como ya hemos indicado, las manifestaciones leves de abstinencia —que generan más ansiedad— son eliminadas con más ingesta alcohólica (matutina y nocturna); hay, pues, una intensa motivación para continuar bebiendo, cuando cualesquiera de las múltiples situaciones de la vida cotidiana produzcan situaciones o vivencias desagradables generadoras de ansiedad (Chafetz y otros).

Se conocen en la actualidad los numerosos cambios neuro-humorales, endocrinos, y en especial de electrolitos e iones metálicos presentes en el *delirium tremens*, pero se desconoce el por qué con historias naturales de la enfermedad alcohólica prácticamente idénticas y con tolerancia de evolución semejante, determinado paciente desarrolla un *delirium tremens* y otro u otros parecidos, manifestaciones de alucinosis alcohólica u otro tipo de encefalopatía alcohólica aguda.

III. EVOLUCION Y DIAGNOSTICO

Al llegar a las consideraciones y evidencias clínico-experimentales sobre la *tolerancia-abstinencia* y al establecer la realidad de la dependencia fisiológica o *adicción*, ningún médico dudará que el alcoholismo es una enfermedad. Pero lo más complejo, a pesar de las explicaciones de los especialistas y los trabajos publicados en libros y revistas especializados, es hacer comprender al médico o sanitario y a otros profesionales que ANTES de este proceso fisiológico persistente o crónico, ya estamos frente a un enfermo o a una enfermedad. (Barry, Criteria; Bogani, a; Rodríguez-A. Martos.)

Los profesionales de la Sanidad y de la Higiene Mental serán y son llamados a ocuparse de las toxicomanías, y ello es comprensible, puesto que determinadas técnicas de tratamiento e investigación

en otras enfermedades, y conflictos o desajustes comportamentales son aplicables al fenómeno de la toxicomanía y porque sus manifestaciones finales fisiopatológicas causan muertes que pueden ser prevenidas y evitadas.

Cuando abordamos una enfermedad, en general distinguimos ciertos principios genéricos y otros especiales o específicos que definen precisamente la enfermedad objeto de estudio. En infecciosas, estudiamos el huésped, el agente y el medio. La susceptibilidad individual, la presencia del agente y los factores coadyuvantes se suman para producir la enfermedad. En cada persona, esta combinación puede provocar ciertas manifestaciones diferentes. En la enfermedad estreptocócica, por ejemplo, un mismo agente puede provocar en individuos diferentes: dolor de garganta con recuperación completa; fiebre reumática; enfermedad cardíaca reumática y/o glomerulonefritis. La glomerulonefritis aguda puede remitir completamente o terminar con un proceso renal y uremia. La tuberculosis puede ser pulmonar o renal o puede afectar al sistema nervioso central (J. Zubín).

Proceso o «carrera alcohólica»

Aplicando un modelo parecido, hemos de tener en cuenta que la *alcoholización* (la tolerancia con adición física) es la expresión final del fenómeno inicial de la *alcoholomanía* (dependencia psico-social).

Los pacientes alcoholizados en diverso grado provienen de todos los estratos sociales y padecen grados variables de patología emocional, laboral, física y social, según su estrato de procedencia y los hábitos socio-culturales de ingesta alcohólica (Lemert).

El doctor E. M. Jellinek, sociólogo y biómetra, en sus estudios ya llamó la atención sobre los variados aspectos de la enfermedad alcohólica, según el estado evolutivo que, por diversas circunstancias, se decidía la consulta médica o cuando después de años de consultas repetidas a distintos facultativos, uno de ellos, finalmente, lanzaba la hipótesis diagnóstica de un posible alcoholismo.

Jellinek ya anunció que una de las razones fundamentales por la cual no se ha desarrollado una visión más clara en referencia a la evolución alcoholomanía-alcoholización como proceso, es fundamentalmente porque «los médicos sólo diagnostican aquellas personas con fenómenos patológicos tardíos (encefalopatías, gastro-pancreo-

patías, miocardiopatías, etc.) y raramente realizan —ni en los hospitales generales— historias clínicas que comprendan el período, de años, anterior a las manifestaciones tóxicas graves que motivan el ingreso o consulta».

El médico investiga pocas veces la «falta de control» y la «incapacidad de abstinencia».

Además, y en nuestros medios, sumamente tolerantes con el uso y/o abuso de bebidas alcohólicas, no podemos hacer otra cosa que resaltar el informe técnico del Comité de Expertos de la O. M. S. de 1967, en el cual se incluyen las bebidas alcohólicas —incluso el vino— como sustancias capaces de crear *fármaco-dependencia*. En dicho informe se «opone una forma de alcoholismo que —para entendernos— califica de anglosajón», más parecido al concepto sociopatológico de toxicomanía (en la zona vitivinícola), en el cual predominan las *motivaciones psíquicas* y las notas de desviación y reprobación social son a destacar como distinto al alcoholismo de los países grandes productores y consumidores de vino; alcoholismo ligado a la estructura social, a la mentalidad y costumbres alimentarias» (Nathan, E. Cáceres).

En esta situación, y siendo el nuestro un país vitivinícola, comprenderemos cómo es posible que multitud de pacientes alcohólicos con manifestaciones leves o groseras de su *dependencia* (alcoholomanía) pasen indagnosticados o mal diagnosticados (Bach-Yuguero).

En estas condiciones, definimos la conducta alcohólica como «aquella que tiene toda persona que usando el alcohol y conociendo que su uso le produce cambios caracterológicos y conductuales, no es capaz de disminuir —persistentemente— la dosis que ingiere o dejar de usar las bebidas alcohólicas, y que con muy alta probabilidad, de esta etapa de *dependencia* (alcoholomanía) pasará a la intoxicación persistente (tolerancia) con *adición* (alcoholización), con las manifestaciones de abstinencia leves y después con un síndrome de abstinencia que, evidentemente, mejorará o paliará con una nueva ingesta del tóxico» (Bach-Freixa).

Los *items* de Jellinek y su puesta a punto en nuestra situación socio-cultural, son un indicador, una pauta, pero no debemos sujetarnos a ellos en forma rígida. Son un intento, muy útil, de reflejar la «historia natural» de la enfermedad alcohólica (Freixa, Sneyers, Rodés).

Lo importante, cuando se ha diagnosticado el alcohólico y/o

alcohólica, más allá de su trastorno orgánico tóxico y de las «barreras» que opone el paciente y en muchas ocasiones sus propios familiares, en especial si es una mujer, es que no existe una personalidad alcohólica. Muchos pacientes, aparte de su conducta alcoholómana, no se les puede diagnosticar de otra cosa que de «normales». Incluso en U. S. A., donde diagnosticar personalidades prealcohólicas es casi un hábito médico, en California —donde se bebe predominantemente vino— una amplia serie mostró cómo en las zonas vitivinícolas europeas la imposibilidad de establecer diagnósticos psicológicos o psiquiátricos peculiares en relación con el alcoholismo. No existen en nuestros medios problemáticas psicológicas o psiquiátricas definidas que expliquen al alcoholismo (Kissin).

Se excluyen los casos de alcoholismo sintomático claramente demostrado (escasamente entre 2-5 por 100).

La gran variedad de tipos de personalidad y el largo período de trastorno de la función cerebral por el alcohol, y por ende de la personalidad, hacen que en un determinado momento evolutivo «todos lo alcohólicos parecen idénticos» (Aragóns-Obach).

En todo paciente, el médico debe, al diagnosticar los trastornos físicos, tener presente la variopinta y polimorfa presentación de la enfermedad alcohólica, y que si bien los trastornos orgánicos necesitan tratamiento por sí mismos, es exigitivo atender el alcoholismo primario (alcoholomanía), pues de lo contrario no se resolverá ni el problema orgánico.

La enfermedad alcohólica sigue este modelo polidimensional y policasual.

Unos condicionamientos sociales, ya sea beber mucho por iniciación precoz en la infancia (Rodríguez-Martos) (vino en la mesa como «alimento»); ciertas ansiedades propias de determinadas situaciones de *stress* social (anomia, inmigración, infraestructura social deficitaria, etc.) (E. Bogani); ritualización de la ingesta, etc., todo ello retroalimentado por la «presión consumista» (R. Bayés). Se inicia con el uso social y se prosigue —en general— con el abuso. Con ello se desarrolla una «necesidad» social del alcohol (no existe acontecimiento que no se celebre sin él). «La bebida llega a ser una necesidad de vida» (*dependencia*) y progresivamente se aumentan las cantidades (tolerancia) y posteriormente existe la necesidad física (adicción). La combinación de este proceso de ingesta con el sexo, la profesión,

la familia, la clase social, el nivel cultural, etc., y la estructura social permisiva y proporcionadora del consumo, condicionan las formas de presentación de la enfermedad (Freixa-Bach-Vidal-Mediavilla).

IV. FACTORES EMOCIONALES A TENER EN CUENTA

Frente a todo paciente alcohólico (Freixa, Sneyers, Rodés)

Ya hemos indicado que no existe un patrón único de personalidad alcohólica o prealcohólica, pero también hemos indicado que el alcohol «uniformiza» las expresiones conductuales. El «autoengaño», la «depresión» y la «inmadurez» son tres aspectos psicológicos destacados.

AUTOENGAÑO

En el proceso de evolución del alcoholismo o «carrera alcohólica» —lento, por otra parte—, el uso permisivo y habitual del alcohol en sociedad, el conferir un cierto «machismo», «el saber beber» y, en ciertas situaciones profesionales o laborales, la «presión social» que hace del beber una *necesidad* y también el conocer que «se aguanta» y no se ha perdido el control, son realidades sociales que hacen difícil reconocer frente a sí mismo el alcoholismo. Cuando lo reconozca, recurrirá a la «negación», que le protegerá de la autoestigmatización como «vicioso».

Ello explica que un paciente «cuyo aroma alcohólico» impregna la consulta, niegue haber «tomado una sola gota» y que la mujer alcohólica en plena embriaguez niegue haber bebido. «Esto sería mentir si el paciente mismo no lo creyera así.»

Este mecanismo psicológico y social se extiende a toda la vida del paciente, de tal forma que no es capaz de relacionar el *beber* con las *patologías* o *desajustes* (personales, familiares, laborales y sociales).

El «autoengaño» y la «negación» han de ser desvelados frente a la propia conciencia del enfermo para que pueda cumplir con la abstinencia.

INMADUREZ

Todo alcohólico —al menos cuando acude a consulta— busca apoyo y comprensión por su problema, pero es incapaz de corresponder afectivamente al apoyo que se le ofrece (ello explica la conflictividad en la pareja y en la familia). En ocasiones esta *inmadurez* afectiva se traduce por una sólida fachada de *indiferencia*.

Estas características las resume Seixas en: «No estoy enfermo; si lo estoy, nadie puede ayudarme, y si lo intenta, no aceptaré su ayuda.»

Frente a estas actitudes, un médico, previamente advertido, que comprenda que es *un enfermo* que está asustado detrás de la coraza de la indiferencia, podrá atravesarla para ofrecerle la oportunidad de tratar su hígado, por ejemplo, y de abordar su alcoholomanía.

DEPRESIÓN

A la ansiedad química (adicción) se agrega la desesperanza de los múltiples intentos frustrados, de reducir la dosis o llegar a la abstinencia. Si el paciente intenta tratarse en «solitario», la recaída refuerza esta situación conflictiva. Las discusiones en el hogar, en el trabajo, los errores profesionales, etc., que el paciente *no relaciona* con el alcohol, contribuyen a deprimirle. (En U. S. A. la tasa de suicidio es unas 55 veces mayor en alcohólicos.) Un médico comprensivo, que explique *racionalmente* la enfermedad alcohólica y ofrezca una esperanza realista de tratamiento, evitará el uso, contraindicado, de antidepresivos. Muchos intentos de suicidio en alcohólicos y suicidios consumados son, en ocasiones, indirectamente yatrógenos al tratar el insomnio, la depresión y la ansiedad del alcohólico con psicofármacos sin abordar su alcoholomanía.

V. ENFOQUE TERAPEUTICO

Es preciso recordar, ante todo, la necesidad de modificar determinadas actitudes profesionales, en especial la que denominamos (Bach-Freixa, b) «incredulidad escéptica», no exenta de agresividad más o menos disimulada ante la simple existencia de un enfermo alcohólico, actitud que imposibilita la asistencia. Hemos de intentar

que todo profesional tenga una «postura de aceptación» de esta realidad médico-social.

Es, desgraciadamente, demasiado frecuente y sorprendente que el médico abruma al alcohólico con reproches, anatemas y «consejos», olvidando —aunque esté aparentemente sobrio— que se encuentra ante un intoxicado que *no puede entenderle*, puesto que el profesional le dice exactamente las mismas cosas que lleva escuchando desde hace años de sus familiares, amigos, etc.; con ello se profundiza en la desesperanza, ya que las instituciones, el médico, la familia y el propio enfermo, acumulan todos los resentimientos personales y prejuicios sociales que les convierten en «viciosos», «crónicos inveterados» o «incurables». La opinión del médico se resume en la lapidaria expresión de «nada puede hacerse», es como «un cáncer», etc. La sociedad y la familia con menor ilustración médica optan por adjetivaciones éticas más peyorativas que no dejan de apoyarse en los sabios comentarios y diagnósticos de los facultativos que han tratado al enfermo.

Un enfoque terapéutico correcto ha de tener en cuenta todos los aspectos de esta compleja fenomenología psico-social y abordarla desde el principio.

En consecuencia, es preciso desde que se establecen los primeros contactos con el enfermo y sus familiares (hay que procurar siempre la participación y colaboración de estos últimos), explicarles las características clínicas, sociológicas y terapéuticas fundamentales que acompañan a la alcoholomanía.

Es difícil, pero imprescindible, crear por todos los medios a nuestro alcance una esperanza de recuperación que progresivamente se plasmará en una auténtica conciencia de enfermedad alcohólica. No hay que olvidar nunca que la familia está frecuentemente al borde del agotamiento de sus posibilidades de reacción, es decir, también enferma. Debemos, pues, esforzarnos en paliar las tensiones existentes entre ambas partes, expresadas en sentimientos de culpa, resentimientos, agresividad, violencia manifiesta, paranoidismos, etc. Sin una mutua aceptación de base entre el paciente y los suyos, nuestra labor terapéutica será de peor pronóstico.

Por su parte el equipo sanitario que ha de tratar al enfermo debe tener una sólida formación y experiencia en el tratamiento de alcohómanos. El marco adecuado para el desarrollo de esta actividad específica lo constituye a nuestro juicio, y a falta de unidades antialcohó-

licas específicas, un servicio de psiquiatría inserto en un hospital general. Ello permite abordar simultáneamente las complicaciones tóxicas del alcoholismo, puesto que el alcoholómano es un enfermo que precisa de una atención médica diversificada y de un enfoque terapéutico pluridimensional.

Exceptuando los casos de descompensaciones agudas alcohólicas en los que el enfermo es hospitalizado de urgencia, es preferible tener los primeros contactos en situación dispensarial. En este marco es factible iniciar la relación del enfermo con el equipo asistencial dentro de un ambiente comprensivo, deseoso de evitar coacciones y en muchas ocasiones capaz de relacionarse cordialmente. Por lo general, las presiones para acudir al médico las ha recibido anteriormente de enfermos por conducto de enfermos, por familiar o por vía de apremio laboral (despido, amenaza de despido).

No es infrecuente que el paciente acuda al centro antialcohólico por sufrir una grave enfermedad somática, cuyas posibilidades terapéuticas están condicionadas a una estricta sobriedad alcohólica. Ejemplo: cirrosis hepática, hepatitis alcohólica, encefalopatías alcohólicas, etc. En muchas ocasiones la acción directa o indirecta de un enfermo alcohólico en vías de recuperación en contacto con los grupos socio-terapéuticos, o que reconoce, por ser o no miembro activo de una asociación de enfermos recuperados, la problemática de esta enfermedad, puede ser decisiva para ayudar al paciente a dar este gran primer paso.

No es, pues, sorprendente que en tales casos baste una sola visita para convencer al enfermo no tan sólo de lo que ya sabe, que el alcohol le perjudica, sino también de que no le queda otra solución que tratarse.

El ambiente de un dispensario antialcohólico, en donde la persona enferma es bien acogida por todo el mundo, empezando por sus propios compañeros que le alientan y estimulan con el testimonio de su propia curación, ejerce un efecto extraordinariamente positivo al enfermo y familiares que acuden por primera vez. El equipo médico-asistencial, formado por médicos especialistas, A. S., A. T. S. y psicólogos, lima en la mayoría de las ocasiones asperezas, vence resistencias y disipa los prejuicios éticos al uso sobre la naturaleza de la enfermedad alcohólica.

El clima de optimismo y confianza que envuelve a estos dispen-



sarios es el primer impacto de higiene mental que recibe el alcohólico tras tantos años de desesperanza y soledad.

En el curso de la entrevista con el equipo asistencial se procura dar una información clara sobre los conceptos básicos del alcoholismo, de las posibilidades de recuperación del enfermo y de los medios concretos que la posibilitarán. Se escuchará atentamente el relato del alcohólico y, aunque es recomendable una postura de comprensión y cordialidad, debe quedar clara nuestra posición de estricta neutralidad médica. De no ser así, el enfermo podría, y de hecho lo intenta a menudo, implicarnos en su complicada y confusa red de racionalizaciones y excusas alcohólicas; al tiempo que lo utilizan para desangustarse y justificarse, apenas ocultan la intención, más o menos disimulada, de convencernos de la importancia indebida de algunos factores y circunstancias de carácter externo. Así, es frecuente la invocación de su mala suerte, problemas familiares, personales, etc. Sin dejar de valorar la influencia posible de estos factores, nuestra experiencia nos demuestra que en la mayoría de las ocasiones los graves conflictos alcohólicos en el orden conductual son consecuencia y no causa de dicha enfermedad.

El enfermo no miente cuando habla de su soledad y de su angustia, que prácticamente envuelven toda su existencia de toxicómano. Tampoco lo hace cuando, con demasiada rapidez, pretende haber descubierto el secreto de su recuperación precipitada. Su susceptibilidad e incluso paranoidismo, no justifican las muchas humillaciones de las que ha sido objeto. Pero para llegar a obtener un claro criterio de valoración del enfermo, su personalidad y su medio, precisamos como mínimo de un largo período de comportamiento sobrio.

Así, pues, la desintoxicación del enfermo alcohólico es el primer paso que daremos en el proceso terapéutico de su recuperación. La desintoxicación se obtiene mediante la abstinencia alcohólica, el empleo de sedantes específicos (entre los que es justo mencionar, por su excepcional eficacia, la hemineurina o clormetiazol), reposo durante unos quince días como mínimo, vitamínoterapia a grandes dosis del complejo vitamínico B₁, B₆, B₁₂, hidratación suficiente y la sistemática observación de las constantes biológicas que nos alertan de toda posible complicación.

Finalizados los ocho primeros días de esta primera fase se puede proceder, según los casos, al tratamiento de deshabitación. Basada en el reflejo condicionado o asociativo se utiliza en el tratamiento de



la enfermedad alcohólica, mediante el uso del clorhidrato de apomorfina, sustancia emética que no produce ni efecto placentero, ni habituación. Previamente al uso de la misma se hace una selección de enfermos, siendo los criterios selectivos de orden psicológico o somático. En este último aspecto se excluyen sistemáticamente los enfermos con trastornos cardio-respiratorios, o con lesiones hepato-digestivas graves.

Operativamente se administra una cantidad de bebida alcohólica determinada al enfermo. Previamente se le ha mostrado el vaso o recipiente conteniendo la bebida y se le ha invitado a que la contemple, huelga y paladee. Es preciso hacer este ritual de una manera metódica, calculadamente lenta y exacta. Pasados unos dos minutos, se inyecta la primera cantidad de apomorfina, vía subcutánea, en cantidad aproximada de 2 mg. La pureza de la sustancia en el mercado es variable, y a veces obliga a repetir la dosis inicial, hasta alcanzar en ocasiones un máximo de 1 cg. Pasados pocos minutos se obtendrá un estado nauseoso. El enfermo vomitará la casi totalidad de la bebida alcohólica ingerida. Se acostumbra a repetir a las dos horas la bebida junto con la inyección de apomorfina, hasta un máximo de cinco veces diarias. Este tratamiento puede durar de quince días a tres semanas.

Estimamos que está fuera de duda la eficacia que para ciertos enfermos tienen éste y otros tratamientos aversivos de base reflexológica, como son las faradizaciones —indicadas cuando existen contra-indicaciones hepatológicas cardíacas, etc.—; si bien estimamos como primordiales los aspectos psicológicos de estos tratamientos, por encima, opinamos de su acción biológica aislada.

Cabe insistir ante el enfermo del carácter aversivo y molesto de este tratamiento, unido al mismo tiempo a su carácter eficaz. La aceptación del mismo ha de intentarse mediante unas entrevistas psicoterapéuticas previas. De no obtener la conformidad del paciente, se desistirá de esta terapéutica, dado el fracaso que supone una actitud impositiva que le coaccione.

Hemos descrito hasta ahora en lo que concierne al tratamiento del enfermo alcohólico:

- La primera entrevista con el paciente o toma de contacto.
- El proceso de la desintoxicación.

- Los tratamientos aversivos, insistiendo en la eficacia de los mismos, especialmente en sus vertientes psicológicas y socio-familiares.

Previamente a la descripción y análisis de la psicoterapia de grupo, que constituye el aspecto más decisivo en la recuperación del enfermo alcohólico, vamos a considerar los factores que condicionan un enfoque ambulatorio o en régimen de ingreso del tratamiento de los pacientes que aquí nos ocupan:

- Aunque no existen dos enfermos alcohólicos iguales, por mucho que se parezcan, es difícil conocer, salvo casos muy concretos (intoxicaciones graves, trastornos psiquiátricos de consideración, etc.), cuándo será necesario tratar al enfermo en régimen ambulatorio únicamente o, previamente al mismo, proceder a su hospitalización.

- Nuestra tónica es evitar ingresos, y de acuerdo con nuestras experiencias señalaremos algunas de las circunstancias que nos impiden eludirlos:

- 1) Enfermo en mal estado general a consecuencia de sus trastornos tóxicos alcohólicos. Estas consecuencias pueden ser de expresión fundamentalmente psiquiátrica, somática o mixta. No podemos olvidar que la hospitalización de un enfermo alcohólico puede también obedecer a motivaciones no tóxicas.
- 2) Trastornos psicoconductuales graves:
 - Incapacidad de abstenerse, en función de la intensa dependencia psíquica al alcohol.
 - Enfermos afectos de violentas distimias.
 - Enfermos muy deprimidos.
- 3) Motivos fundamentalmente de orden familiar:
 - El enfermo no es aceptado en este medio.
 - El enfermo rechaza la ayuda de la familia.
 - Inviabilidad por distintos motivos de intentar una cura de desintoxicación en el medio familiar.
- 4) Motivos socio-económicos:
 - El enfermo carece de familia.

- El enfermo y la familia carecen de medios económicos y de resistencia correspondiente en este aspecto.
- El enfermo carece de hogar propio.

5) Excepcionalmente, cuando el paciente solicita el ingreso.

Aparte del esquema anterior, es de observación frecuente, aunque no generalizada, que cuando el alcoholismo lleva más de cinco años de duración, las situaciones conflictivas personales e interpersonales son tan acentuadas que es preferible recomendar un breve internamiento del paciente.

Como hemos señalado hace poco, la parte más importante, tan imprescindible como la misma desintoxicación, pero mucho más compleja y larga, la constituye la psicoterapia del enfermo alcohólico. Esta puede abordarse en algunos casos de enfermos sintomáticos de una grave neurosis, por ejemplo, o bien en enfermos complicados, de una manera individual o en pequeños grupos.

Habitualmente, en nuestro medio cultural, y dada la muestra de enfermos cuyo aprendizaje alcohólico ha sido determinado fundamentalmente por la costumbre social de beber abusivamente, obtenemos remisiones, o mejor dicho recuperaciones que oscilan alrededor del 40 por 100 mediante los grupos de discusión terapéutica. Sin embargo, estos grupos no tienen una capacidad ilimitada de admitir nuevos enfermos alcohólicos, y dado que el tratamiento de los mismos se prolonga durante uno o dos años y los ingresos por alcoholismo aumentan a un ritmo muy acelerado, es preciso poner un tope que, a veces, hace imposible el tratamiento de todos los enfermos alcohólicos que asistimos ambulatoriamente, o previa hospitalización.

Aunque existen discrepancias respecto a los criterios de selección de enfermos destinados a este tipo de socioterapia, nuestra experiencia nos enseña que pueden incluirse en la misma todos aquellos enfermos capaces de tener una auténtica conciencia de enfermedad y de ayudar a tiempo, en la toma de esta misma conciencia, a los demás miembros participantes.

Emilio Bogani resume así los objetivos de la psicoterapia de grupo:

- La psicoterapia de grupo es la vía regia del tratamiento anti-alcohólico. Consigue estabilizar la abstinencia pasajera.



- La primera condición *sine qua non* para una psicoterapia eficaz es que el enfermo acuda a ella sobrio.
- No olvidar que con el alcohólico enferman reactivamente los restantes miembros del medio familiar y que por ello se debe pretender incluirles en la psicoterapia.
- Crearle conciencia clara de que es un enfermo y no un vicioso.
- Enseñarle a ser sincero consigo mismo abandonando las actitudes justificativas, tan frecuentes en estos pacientes.
- Prepararle para que sepa resolver los problemas que su abstinencia le planteará al salir del sanatorio y vivir en una sociedad alcohólica.
- Intentar prevenir las dificultades que frecuentemente le ofrecerán en el medio familiar y laboral.
- Hacerle entender que durante el resto de sus días será un enfermo alcohólico en eterna abstinencia, pero que su sensibilización es un hecho irreversible.
- Procurar que su abstinencia, al principio represiva, se encauce hacia una liberación.

Respecto a los objetivos y finalidades del grupo psicoterapéutico establecemos la siguiente puntualización:

- Como objetivo más inmediato de la misma apuntamos a la abstinencia absoluta de los enfermos. Sin ella es imposible valorar los trastornos de conducta que de alguna manera casi todos los enfermos presentan, y que de una forma superficial, pero arbitraria, se han atribuido siempre o casi siempre a desórdenes caracteriales y psicopáticos previos.

Prácticamente lo más difícil es conseguir la colaboración activa y continuada del enfermo y su medio, la cual deberá ser estimulada constantemente, habida cuenta de la complejidad y duración de la terapéutica empleada.

En una fase ulterior, los resultados de la abstinencia y el impacto esclarecedor de la psicoterapia de grupo contribuyen a una mejor estructuración de la personalidad del paciente.

La psicoterapia de grupo precisa de un personal sanitario cuidadosamente elegido, formado y especialmente motivado.

La función de los alcohólicos recuperados antiguos en el seno del grupo adquiere no únicamente un valor de testimonio y experiencia;

su presencia y participación es absolutamente necesaria para que el grupo no incurra en los defectos propios de su inmadurez.

Las primeras experiencias del paciente recién incluido son por lo general positivas, pero complejas, y frecuentemente desconcertantes y ambivalentes.

El grupo ante la presencia de nuevos miembros expresa y demuestra el grado de madurez y consolidación, fruto de las interrelaciones establecidas entre los distintos elementos que lo integran. Del mismo modo, el terapeuta, cuya función primordial será la de moderar e informar, deberá entender y comunicar el grupo los conflictos originados por la alteración estructural del mismo.

Los enfermos más recientes suelen presentar actitudes de inhibición, desconfianza y susceptibilidad, que el grupo deberá modificar a medida que transcurran las sucesivas sesiones psicoterapéuticas.

Comentaremos, por último, los problemas planteados con mayor frecuencia en el seno del grupo:

- Las ausencias son ampliamente comentadas y a menudo aprovechadas para «no entrar en materia». El grupo esgrime sus defensas para evitar el planteamiento de los elementos presentes, circunstancia que les angustia y en ocasiones intentan evadir hablando de personas ausentes o comentando circunstancias triviales.
- Las recaídas. Este tema, especialmente en los grupos muy numerosos y de carácter abierto, es abordado con demasiada frecuencia de una manera indirecta. La falta de cohesión de las estructuras grupales y el desconocimiento de circunstancias fundamentales de la vida de cada uno de los elementos del grupo, propician el disimulo de estos acontecimientos fundamentales en la vida del grupo. Por ello, las recaídas pasan a veces inadvertidas por el psicoterapeuta, en sus inicios, y es frecuente que sólo una ausencia prolongada, una confidencia de un amigo del enfermo, un grave episodio de intoxicación, consecuencia de esta recaída, y en último caso la solicitud de una entrevista personal por parte del enfermo o familiar con el médico, «desvele el misterio».
- La pretendida fuerza de voluntad, que según algunos cura por sí sola el alcoholismo, es utilizada tanto por los enfermos como por los familiares para ocultar la necesidad de una auténtica conciencia de enfermedad alcohólica.



- Las inhibiciones y mutismos que constituyen actitudes normales en los primeros pasos del enfermo por el grupo son si se prolongan sospechosas de recaídas.
- Las dificultades para conseguir una auténtica conciencia de enfermedad y motivación antialcohólica. Este tema ocupa en muchas sesiones la mayor parte del tiempo y expresa los distintos grados de madurez conseguida por los miembros del grupo en lo que hace referencia a su problemática alcohólica. Las consideraciones éticas en torno al concepto alcoholismo, vicio-enfermedad, reflejan algo más que una consecuencia dinámica de un grupo terapéutico. Son, a nuestro juicio, la traslación en el mismo de unos prejuicios sociales.
- La actitud de los familiares frente al enfermo adquiere gran importancia con miras a su recuperación. Si es cierto que las dificultades en este plano son utilizadas en muchas ocasiones como excusas alcohólicas, no lo es menos que el hecho de que se acepte o no dentro de la familia el alcoholismo como enfermedad, influye en el proceso terapéutico. Muchos autores están de acuerdo con nosotros sobre la existencia de una gran complejidad (detectada en el grupo) en la dinámica familiar que en algunos casos termina por prescindir del paciente como miembro integrante de este grupo primario, con las consecuencias extraordinariamente graves que ello presupone.
- La participación en el grupo, aunque ésta no sea siempre necesariamente verbal, es del todo imprescindible. La marginación de los enfermos es un índice de mal pronóstico.
- El déficit de dispensarios antialcohólicos supone una centralización excesiva, en el orden geográfico, de los grupos psicoterapéuticos. Esta temática es comentada frecuentemente en el curso de las sesiones y constituye un problema real, aunque en ocasiones pueda servir de excusa para dejar el tratamiento.
- El desfase entre las necesidades terapéuticas de los abstinentes antiguos y las propias de los pacientes recientemente incorporados, no siempre representa ventajas y es fácil comprobar que entorpece en muchos aspectos a la dinámica de grupo, al no ser éste capaz de canalizar e integrar coherentemente el distinto nivel de demandas terapéuticas.



VI. TRATAMIENTO

Como dice Seixas: «Tratar a un alcohólico es como seguir una receta culinaria de conejo: el primer paso es cazar al conejo (Seixas, a).

El alcohólico acude a un médico de cabecera por múltiples motivos, pero rara vez para que le aconseje cómo puede tratar su alcoholismo.

Es frecuente que los pacientes alcohólicos acudan a centros de urgencia por fracturas, o descompensaciones de un proceso orgánico tóxico.

En ocasiones acuden al médico «presionados» por la esposa o el esposo, que amenaza con una separación.

En otras ocasiones, la *baja* de la Seguridad Social encubre las «crisis» de la enfermedad alcohólica; la repetición de dichas bajas sin cuadros clínicos definidos puede hacer sospechar un alcoholismo. Si el médico está informado, una exploración de base puede ponerle en evidencia el problema.

La pregunta directa de: «¿Cuánto bebe usted?» no obtendrá respuesta —como se desprende del mecanismo psicológico del «autoengaño»—; es necesario dejar hablar al paciente, investigar con prudencia «pautas alimenticias», y la referencia a la bebida surgirá espontáneamente. Entonces las preguntas iniciales del Jellinek sobre la «debilidad de la memoria» pueden iniciar la obtención de una historia clínica más completa.

Las esposas o esposos, que deberán ser necesariamente entrevistados —o cualquier familiar que conviva con el paciente en otros casos— contarán una historia totalmente diferente a la del enfermo. (Vidal-Mediavilla). En ocasiones es aconsejable realizar la entrevista conjuntamente, pero en determinadas circunstancias las entrevistas separados —en principio— son muy útiles. Siempre el médico debe abstenerse de comentarios ético-morales, juicios de valor, y del uso, por escrito u oralmente, de la palabra *crónico*. Debe quedar claro que el médico centra su interés en las posibilidades de tratamiento y NO «en la defensa de los intereses de la esposa o del esposo».

El examen físico indicará al médico la actitud correcta a tomar en relación con las complicaciones orgánicas (A. R. Leeds, M. A.



Gassull, J. B. Dilawari, M. Bruguera, J. A. Jenkins A. J. Bayes y J. García-Sanmiguel).

ABSTINENCIA

El primer paso es la abstinencia, que puede lograrse con una corta hospitalización (cinco-diez días) en hospital general o clínica privada — no psiquiátrica— o incluso en el propio domicilio, siempre que rigurosamente *se le obligue* a guardar cama como si estuviera afecto de un síndrome febril. El ingreso breve tiene como ventaja: la desafrentización del medio, pone de relieve frente al propio enfermo y a sus familiares que tratamos a una enfermedad; permite el control del síndrome de abstinencia si éste se presenta; el médico puede comprender mejor a un paciente e indicarle la necesidad de que acuda a los centros de tratamiento psico-social para alcohólicos para abordar un problema primario: la *dependencia*.

No es necesario indicar la sistemática analítica a seguir, ni la terapéutica del trastorno orgánico.

Durante el ingreso se evitará el síndrome de abstinencia con el uso del clormetiazol o hemineurin, hidratación adecuada (ionograma), etc.

Los barbitúricos, las benzodiacepinas y sus sales se administrarán con gran cuidado, así como los neurolépticos, en especial cuando existan evidencias de posible hepatopatía, etc.

Es aconsejable administrar «interdictores» (disulfiramcianamida) *siempre con conocimiento* del paciente, advirtiéndole de la necesidad del uso de dichos productos hasta que no entre en contacto con un centro especializado. En ocasiones un alcohólico tratado en un centro —con anterioridad— y miembro de una asociación de alcohólicos rehabilitados es una ayuda incalculable para proseguir la rehabilitación y reinserción.

El médico de cabecera debe aceptar, en los casos de toxicomanía, no tan sólo compartir las problemáticas de su paciente con un psiquiatra especializado, sino también con profesionales de un equipo especializado, psicólogos, asistentes sociales y los propios pacientes rehabilitados (F. Freixa-Bach-Freixa, b).

Es necesario que el paciente continúe con «control» con su mé-

dico de cabecera, puesto que en él más que en la dinámica de la terapia de grupo y del centro especializado, ve *la persona* que ha introducido un cambio total en su vida.

La abstinencia total —como la ausencia total del tóxico en otra toxicomanía— es el objetivo final de todo tratamiento. En el estado actual de nuestros conocimientos, un solo «trago» pone en marcha no tan sólo el mecanismo de *dependencia*, sino los efectos tóxicos objetivos del alcohol sobre órganos y sistemas.

Barcelona, mayo de 1979

EL SINDROME ALCOHOLICO FETAL (S. A. F.)

El poder teratógeno del alcohol en la reproducción humana

Por el Dr. J. Mestres Estartús
Dt.º de Obstetricia y Ginecología y Centro de Estudios
de Alcoholología y otras Toxicomanías (*)
Universidad Centro de Barcelona

INTRODUCCION

La importancia de las bebidas alcohólicas en los aspectos social y económico de la vida moderna hace que adquiera importancia el examen de este hecho, ya que esta droga puede estar contribuyendo a la morbimortalidad infantil que caracteriza a determinados grupos.

El riesgo que hace correr al producto de la concepción el alcoholismo gestacional es muy elevado, y esta condición etiológica debe ser considerada de forma especial por una de las causas mejor caracterizadas de embriofetopatía recurrente y susceptible de expresarse por un aborto, un síndrome de nanismo intrauterino con debilidad mental y malformaciones o por una mortalidad neonatal elevada.

Al identificar y aconsejar a estas mujeres, los obstetras y ginecólogos, y todos los sanitarios en general, debemos estar interesados en evitar la presentación del síndrome (prevención) o diagnosticarlo en el recién nacido.

(*) Profesores González Merlo y J. Obiols.

OBSERVACIONES CLINICAS INICIALES

La asociación entre alcoholismo materno y alternaciones del desarrollo de la descendencia ya fue descrita en la antigua mitología griega y romana. En Cartago, a los recién casados se les prohibía beber vino en su noche de bodas para impedir que pudieran ser concebidos niños defectuosos. En 1834, un trabajo presentado a la Cámara de los Comunes por un Comité encargado de investigar sobre la embriaguez, indicaba que los niños nacidos de madres alcohólicas presentaban con frecuencia un aspecto famélico, arrugado e imperfecto. En 1900 Sullivan describió un aumento de los abortos y mortinatos en las mujeres alcohólicas crónicas y una mayor frecuencia de epilepsia entre sus hijos supervivientes.

Desde entonces han aparecido esporádicamente trabajos clínicos sugiriendo la asociación entre alcoholismo materno y anomalías graves de su descendencia.

Haggar y Jellinek, en 1942, concluyen en una completa revisión que incluía pacientes alcohólicas de Francia, Inglaterra, Finlandia y Austria, que en las familias alcohólicas es mayor el número de hijos y que las madres alcohólicas tienen un número tres veces mayor de abortos y dos veces mayor de mortinatos con respecto a las abstemias.

Roe, en 1944, recopila una serie de trabajos que demuestran alta incidencia de epilepsia, idiocia y psicosis en los hijos de madre alcohólica.

Lecompte, en 1944, menciona en su material un aumento de recién nacidos muertos, prematuros y de deformidades; efectos que atribuye a la acción del alcohol sobre las glándulas de la reproducción. Observaciones similares halló Pearl en 1917, en su estudio de la población penal de Liverpool.

Schaefer, en 1962, describe por primera vez síntomas de privación alcohólica en un niño a término de 2.900 gramos de una madre alcohólica india Yukon.

OBSERVACIONES EXPERIMENTALES

Los primeros estudios en animales resultaron algo más definidos. En 1912, Pffringer asegura que la administración de alcohol retrasa



el desarrollo y da lugar a anomalías del S. N. C. en los perros. Nice, en 1912, nota un aumento de la fecundidad, pero también un aumento de las muertes fetales en ratones blancos alcohólicos cuando se comparan con los controles.

Stockard y Papanicolau, en 1918, estudian la descendencia de cobayas alcohólicas, encontrando un aumento de las muertes prenatales tardías y una disminución del tamaño y peso de las crías.

McDowell y Lord (1922), en un experimento con ratones muy bien controlado encuentra un aumento de la mortalidad prenatal en los ratones expuestos durante largo tiempo a vapores alcohólicos.

En 1930, Biuhun describe una disminución de la talla de las crías, un peso inferior al nacimiento y mayor tasa de mortalidad entre las procedentes de ratonas tratadas con etanol. Davenport, en 1932, afirma que las ratas alcohólicas alumbran menos crías y son más lentas en orientarse en los laberintos que los controles.

Papara-Nicholson (1957), administrando alcohol durante la gestación de cobayas, observa el nacimiento de fetos con peso anormalmente bajo, mala locomoción e incoordinación, anemia y, en algunos casos, espasticidad y ceguera. Sus cerebros muestran un aplanamiento de las circunvoluciones, poca profundidad de las fisuras y, microscópicamente, edema, dilatación vascular, hemorragias y retraso en la mielinización de diversas partes del córtex y de los ganglios basales.

En el trabajo de Pilstrom y Kiessling, en 1967, de extraordinario rigor científico, se investiga la ingestión prolongada de etanol en las madres y su influencia sobre la función mitocondrial hepática y la actividad del trifosfato de adenosina en el feto de rata. Demostraron una diferencia significativa en el peso al nacer. También encontraron una mayor tasa de mortalidad entre la descendencia de las madres intoxicadas; el peso medio al nacer desciende progresivamente hasta la muerte, mientras en los controles asciende normalmente. Este efecto se ha atribuido a la inhibición de la secreción de oxitocina por el etanol, que da lugar a la emaciación de los hijos de madres alcohólicas.

En 1971, Laale encuentra que, tras la exposición de los embriones del pez zebra a concentraciones crecientes de etanol aparecen defectos del desarrollo, con duplicación de la columna vertebral.

En humanos, la producción de enzimas por los microsomas hepáticos bajo la acción del etanol ha sido demostrada por Rubin y Lieber en 1968.

Sandor (1968-1971), en su investigación sobre los efectos del etanol en la morfogénesis precoz de los animales de laboratorio, incluye que en el embrión de pollo y en la rata albina se producen deformaciones cerebrales y medulares, con desarrollo anormal de los somitas y retraso general del desarrollo y de la morfogénesis. Extrapolando estos estudios animales, advirtió en 1968 y otra vez en 1971 que existe un serio peligro de riesgo prenatal por intoxicación por etanol durante las primeras fases del embarazo en los humanos.

El efecto del alcohol sobre el cerebro fetal, funcionando en términos de EEG, así como sobre otros parámetros neurofisiológicos tales como las denominadas respuestas corticales, ha sido estudiado tanto en la infusión aguda de alcohol como en los alcohólicos (Begleiter, 1972; Dolce, 1972; Root, 1975; Havliceck, 1976).

Mientras que no se ha aceptado un patrón EEG típico, hay un consenso en que el enlentecimiento del ritmo alfa hacia ritmo theta es secuela característica de la sobrecarga del alcohol. La reducción en la amplitud y el enlentecimiento del trazado parece correlacionarse linealmente con el aumento en las concentraciones de alcohol en sangre materna, tanto en animales como en humanos. Este hecho sólo se hace evidente a partir de valores relativamente altos de alcoholemia, hasta desembocar en el animal de experimentación a trazados isoeléctricos (Mann, 1975). Con respecto a estos cambios EEG queda por dilucidar el grado de protagonismo que corresponde al alcohol propiamente considerado, y al efecto del severo estado de acidosis por él determinado. Parece razonable suponer que tanto el alcohol como la acidosis sobreponen sus funciones durante el empeoramiento de la función cerebral reflejada en el EEG (Horiguchi, 1971; Mann, 1973).

Del conjunto de los experimentos comunicados por los distintos autores parece deducirse claramente como conclusión que el sistema nervioso central del feto se deprime y altera de forma sustancial frente a prolongadas o repetidas sobrecargas alcohólicas de la madre que lo alberga. En nuestra serie (Mestres-Estartús) no se encuentra un patrón uniforme de alteraciones electroencefalográficas. Existen trazados con importante lentificación, junto con otros incluíbles dentro de límites normales. En un trazado se evidenció componente de hiperexcitabilidad neuronal.

Con referencia al nivel de actividad, se registran casos con bajos potenciales y uno hipersincrónico.

Señalemos también que los tres registros EEG más patológicos se correspondían, incluso con paradójica exquisitez, con los que clínicamente presentaban menor desarrollo mental y mayores trastornos psicomotores y conductuales.

ESTABLECIMIENTO DEL S. A. F.

En 1968, Lemoine y Harousseau describen en un grupo de 127 niños procedentes de 69 madres con alcoholismo gestacional una serie de alteraciones, de las que las más constantes son un retraso del crecimiento y del desarrollo mental y psicomotor.

Ulleland, en 1972, llamó la atención sobre un grupo de niños subnormales que tenían en común el descender de madres alcohólicas y presentar asimismo un retraso del crecimiento intrauterino, seguido de un retraso general del desarrollo, tanto físico como intelectual. El autor supuso que dicha intoxicación era la causa responsable de las anomalías constatadas y concluye que el alcoholismo debe ser añadido a la lista de factores maternos susceptibles de originar al feto un medio intrauterino desfavorable, cuyas consecuencias pueden persistir toda la vida.

Puede asombrar, sin embargo, que hasta 1973 no se haya relacionado al alcoholismo gestacional con un síndrome específico caracterizado por una embriofetopatía recurrente severa, para la cual los autores (Jones y Smith) han propuesto el término de síndrome alcohólico fetal (S. A. F.).

El patrón disgenético del S. A. F. establecido por dichos autores sobre 23 observaciones se caracteriza por:

1. Mortalidad perinatal elevada (19 por 100).
2. Retraso del crecimiento intrauterino de predominio estatural sobre el ponderal.
3. Retraso de crecimiento postnatal persistente.
4. Microcefalia.
5. Retraso mental severo.
6. Retraso psicomotor.

7. Facies peculiar, secundaria a una serie de anomalías; microftalmia; hendiduras palpebrales cortas y antimongoloides; hipoplasia mediofacial con micrognatia; pabellones auriculares dismórficos; epicanthus, estrabismo y eventual ptosis palpebral unilateral.
8. Surcos palmares anormales y anomalías articulares menores.
9. Cardiopatía congénita en el 50 por 100 de los casos.
10. Otras malformaciones menos constantes (clitoromegalia, hidronefrosis, hemangiomas cutáneos, hirsutismo).

El cariotipo es normal en todos los casos de S. A. F. publicados. Ya Lamy y Frezal, en 1957, concluyeron que el alcohol no era susceptible de provocar la aparición de taras transmisibles en varias generaciones, sino por el contrario un factor teratógeno por acción tóxica directa sobre el embrión. Con posterioridad este hecho ha sido comprobado en el terreno experimental por muchos autores: Kesaniemi (1971 y 1974), Skosyreva (1973), Aurous (1973), Saule (1974), Chernoff (1975) y Mulvihill (1976).

En los últimos años, nuevos casos de S. A. F. han sido comunicados en distintos países: 1973, Ferrier (un caso); 1974, Palmer (tres casos); 1975, Root (cuatro casos), Iosub (un caso), Tenbrinck (un caso); 1976, Hanson (41 casos), Havliceck (15 casos), Qazi y Masakawa (11 casos), Mulvihill (siete casos), Hermier (cuatro casos) y Lausecker (cuatro casos).

Extrapolando el resultado anterior no sorprende encontrar las específicas alteraciones del SNC en los modelos experimentales del S. A. F.

El único caso de S. A. F. humano con estudio necrópsico publicado (Jones y Smith, 1973) evidenció por otra parte: lisencefalia, aberraciones en la migración neuronal que daban lugar a numerosas heterotopías, hamartoma leptomeníngeo de células gliales y neuronales que fusionaba las circunvoluciones anteroposteriores, y agenesia del cuello calloso, detención del desarrollo cerebral anterior a los ochenta días de gestación.

OBSERVACIONES PERSONALES

Vamos a obviarlas, pues puede encontrarse en nuestros trabajos que, confirmando los datos anteriores, publicamos en la *Revista Española de Obstetricia y Ginecología*, 36, 253, 258 (1977); *Clinica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, vol. 4, núm. 5, 241-252 (1977), y *Clinica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, vol. 5, número 6, 262-273 (1978) y en el trabajo de investigación correspondiente a la beca de la Fundación «Pedro Pons» (1978), «Alcohol y reproducción» y otros.

COMENTARIOS

Existe evidencia obtenida de la experiencia humana y animal de una clara relación entre alcoholismo materno y aberraciones en la morfogénesis de su descendencia.

El efecto teratógico sobre el producto de concepción depende directamente de los niveles de etanol no metabolizado, más que de la concentración de sus productos metabólicos.

El etanol atraviesa libremente la placenta, distribuyéndose por el líquido amniótico y por los tejidos embrionarios y fetales con rapidez.

El cerebro es uno de los órganos menos efectivos para metabolizar el etanol. La actividad enzimática oxidativa del mismo es unas 3.700 veces inferior a la capacidad oxidativa hepática.

Los aldehidos y metales pesados contenidos en las bebidas alcohólicas coadyuvan probablemente a potenciar la acción teratogena primaria del etanol.

No se aceptan la hiponutrición materna ni la ferropenia secundarias al estado alcohólico crónico, como argumento patogénico del S. A. F.

Los trastornos psicomotores no guardan relación con un síndrome de privación alcohólica postparto, sino con lesión específica del SNC.

Los varones son significativamente más vulnerables que las hembras a la toxicidad del etanol. Al fusionar los datos publicados sobre

S. A. F. en los que se había registrado la distribución de sexos, observamos que existía un exceso significativo de niñas (González-Merlo y cols., 1977). Estudios experimentales sobre la toxicidad del etanol en animales gestantes confirman que tanto el feto como el recién nacido varón son más vulnerables que las hembras (Skosyрева, 1973; Auroux, 1973; Saniemi, 1974).

La probabilidad de que una enferma de alcoholismo gestacional conciba un S. A. F. es del 56 por 100, siendo la mortalidad perinatal en este grupo del 19 por 100.

El 38 por 100 de casos de S. A. F. no presenta evidencia de recuperar nivel de desarrollo pondoestatural ni intelectual durante la infancia. El medio ambiente postnatal no modifica de forma significativa la evolución seguida por dichos niños.

La problemática y repercusión social del alcoholismo es evidente (Freixa). España ocupa el cuarto lugar mundial en consumo de alcohol absoluto por habitante (114,65 litros por año), cifrándose en dos millones el número de alcohólicos en nuestro país, de los que aproximadamente 400.000 son mujeres (Bach).

Toda alcohólica en edad generativa supone un riesgo potencial de que incorpore en cada gestación un nuevo subnormal a la sociedad.

Al esquema preventivo de la enfermedad alcohólica (Freixa-Bach), hay que añadir necesariamente, entre otras medidas, el informar, educar y motivar a toda mujer *del gran riesgo que supone el alcohol para un feto en desarrollo*; dotación de centros de prevención y tratamiento suficientes y, por último, atender a aquella medida profiláctica que de forma más directa atañe a los obstetras y ginecólogos: establecer una eficaz planificación familiar.

Vista la alta incidencia de alcoholismo femenino en nuestro país (Freixa-Bach, Santodomingo), creemos que se deben haber producido muchos casos de S. A. F. que no han sido correctamente identificados.

CONCLUSIONES

- 1.^a Es imperativo que el alcohol sea añadido a la lista de factores maternos susceptibles de originar al feto un medio ecológico intrauterino desfavorable cuyas consecuencias (subnormalidad, etcétera) pueden persistir toda la vida.

- 2.^a Toda mujer debe ser informada del grave riesgo que supone el alcohol para un feto en desarrollo.
- 3.^a Toda alcohólica en edad generativa supone un serio riesgo potencial de que incorpore en cada gestación un nuevo subnormal a la sociedad.
- 4.^a Es indispensable para una correcta profilaxis o prevención del S. A. F. una eficaz planificación familiar.

Barcelona, junio de 1979





Lesiones del alcohol sobre el aparato digestivo

Estudios clínicos y experimentales

Por Dr. R. Alcalá-Santaella Núñez

Catedrático de Medicina Interna.
Jefe del Servicio de Gastroenterología y
de la Escuela Profesional de digestivo.
Ciudad Sanitaria Provincial, Madrid

SUMARIO:

Introducción.—Metabolismo del alcohol en el organismo. Cantidad tolerable de alcohol. Sistemática general de las lesiones alcohólicas.

Esquema general de exposición.—Material y metódica.

I. Material y metódica.

1. Estudios clínicos.
 - 1 a. Lesiones digestivas en el etilismo crónico.
 - 1 b. Frecuencia del etilismo en enfermos digestivos.
2. Estudios experimentales.

II. Resultados y discusión.

1. Enfermedades producidas por el alcohol sobre el tracto gastrointestinal (t. g. i.).
 - 1 a. Gastritis:
 - En el etilismo agudo: endoscopia, anatomía patológica.
 - En el etilismo crónico: clínica y exploración.
 - 1 b. Úlcera gastroduodenal.
 - 1 c. Esofagitis: el reflujo.
 - 1 d. Síndrome de Mallory-Weiss.
2. Mecanismo de la lesión estructural sobre el t. g. i.

3. Lesiones funcionales sobre el t. g. i.
 - 3 a. Sobre la secreción ácida del estómago.
 - 3 b. Sobre la absorción intestinal.
 - 3 c. Sobre la circulación sanguínea.
 - 3 d. Sobre la barrera mucosa gástrica.
 - 3 e. Conclusiones de las acciones del alcohol sobre el t. g. i.
4. Lesiones sobre el hígado.
 - 4 a. Infiltración grasa alcohólica.
 - 4 b. Síndrome de Zieve.
 - 4 c. Cirrosis hepática.
 - 4 d. Hepatitis alcohólica.
 - 4 e. Estudios experimentales.
 - 4 f. Conclusiones de los estudios experimentales.
5. Alcohol y pancreatitis crónicas.
 - 5 a. Observación clínica.
 - 5 b. Estudios experimentales.
 - 5 c. Estudios epidemiológicos.
 - 5 d. Desarrollo de la pancreatitis crónica.

INTRODUCCION

Que el alcohol causa lesiones en el aparato digestivo es un hecho que está fuera de toda duda. Para tener conceptos claros, conviene, sin embargo, matizar varios aspectos. De una parte, la cantidad de alcohol necesaria para producir las lesiones, y de otra parte, el mecanismo por el cual se producen estas lesiones.

En relación con el primer punto, es decir, la dosis que ingerida por el ser humano es excesiva, hay que distinguir el caso de sujetos con alguna enfermedad del caso de sujetos sanos. Existen, en efecto, algunas enfermedades para las cuales el alcohol es lesivo a cualquier dosis y en cualquier cantidad que se tome. Entre ellas podemos decir que los enfermos de hígado, fundamentalmente cirróticos, y los enfermos de páncreas, particularmente pancreatitis agudas, son especialmente sensibles al alcohol, de forma que en ellos se puede afirmar sin temor a equivocarse que el alcohol debe ser suprimido en todas sus formas y en cualquier cantidad.

En el sujeto sano los aspectos son un poco diferentes, y por ello conviene también matizarlos. En este sentido, es necesario ante todo aclarar una afirmación rotundamente falsa, al menos en el sentido que habitualmente se usa. Me refiero a la afirmación que hacen algu-

nas personas, para justificar la toma de alcohol, de que el alcohol es vasodilatador y sobre todo vasodilatador coronario. Cierto que el alcohol a grandes dosis, y actuando sobre animales de experimentación, puede tener una acción vasodilatadora, pero no es menos cierto que en el sujeto vivo la vasodilatación del alcohol no se puede lograr más que a costa de graves efectos colaterales, y, por supuesto, aquellos que deseen o necesiten una acción vasodilatadora la pueden lograr a mucho menor riesgo, e incluso con mucho menor costo, con cualquier producto vasodilatador farmacológico.

Es difícil evaluar la cantidad de alcohol que un sano puede ingerir sin que le produzca lesión. En este sentido hay que considerar dos aspectos fundamentales: cantidad total de alcohol y calidad del alcohol que se ingiere. En relación con este último punto es de subrayar que, como norma general, el alcohol vínico procedente de uva, y con concentraciones de alrededor del 12 por 100 o menos, parece que es el mejor tolerado por el organismo, y que tomado en cantidades moderadas, de manera esporádica y durante la comida no sólo no tiene propiedades perjudiciales, sino que incluso puede tener propiedades digestivas y eupépticas, siempre que el individuo no padezca alguna de las afecciones que dijimos anteriormente.

En relación con la cantidad, y partiendo siempre de la base de que nos encontramos frente a un sujeto sano, es necesario considerar cuál es el destino que el alcohol etílico introducido en el organismo humano sufre. Sabemos que el alcohol es absorbido sin transformar a través del tracto gastrointestinal y al llegar al hígado por la vena porta es oxidado. La oxidación está catalizada mediante una enzima que contiene zinc, la enzima alcohol-dehidrogenasa. En una primera fase el alcohol origina aldehídoacético. Del aldehídoacético se pasa al ácido acético. El ácido acético, con arreglo a una serie de fases cuyo detalle no interesa en este momento, se transforma en acetilcoenzima A.

En realidad el problema es más complejo, pues sabemos hoy en día, según han demostrado Pietruszco y cols. (22), mediante la cromatografía en carboximetil celulosa, que el alcohol-dehidrogenasa se puede separar en seis isoenzimas distintas, y por otra parte, Higgins y cols. (23) muestran, mediante los fármacos que inhiben la alcohol-dehidrogenasa, que la alteración del metabolismo hepático es distinta en la intoxicación aguda que en la intoxicación crónica.

En cualquier caso, sabemos que el acetilcoenzima A es una de

las piezas claves del metabolismo intermediario humano y que a través de él, mediante su introducción en el ciclo de Krebs, se relaciona con el metabolismo de los aminoácidos y, por consiguiente, de las proteínas; que mediante su ulterior relación con el pirúvico se relaciona con el metabolismo de los hidratos de carbono, y que mediante su transformación en aceto-acético se relaciona con el metabolismo de las grasas. El alcohol, pues, a través de este auténtico «cruce de caminos» que es el acetilcoenzima A, según didican B. Gunther y J. Talesnik (24), se inserta dentro del metabolismo normal.

Ahora bien, para que esta vía metabólico se cumpla es necesario que la cantidad de alcohol ingerido no sea superior a la cantidad de enzima alcohol-deshidrogenasa hepática. Se calcula, según indica Lieber, que el hígado es capaz de metabolizar entre 50 y 180 mgs. de alcohol por kilogramo de peso y hora. Toda ingestión etílica que supere esta cuantía hace que el organismo no pueda degradarla y por consiguiente que circule libremente a su través, con las consiguientes posibles consecuencias lesivas.

En relación con la cantidad de alcohol ingerido por el sujeto sano, la Organización Mundial de la Salud ha propiciado una cifra, al llegar a la cual se admite que el sujeto es un etílico crónico, es decir, entra dentro del campo del intoxicado crónico. Esta cifra es de 70-80 grs. de alcohol al día, y se calcula a partir del líquido ingerido mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Cantidad de alcohol} = \frac{\text{concentración} \times \text{cantidad diaria} \times 0,8}{100}$$

No es nuestro propósito ni es éste el lugar de definir los límites dentro de los cuales la ingestión alcohólica es inofensiva, ni tampoco las cualidades buenas del alcohol vínico, entre las que evidentemente figuran el que puede ser utilizado como alimento, puesto que tiene 7 calorías por gramo y está comprobado, desde los ya antiguos de Richter (61), que favorece el crecimiento y que, tal como indican Rubin y col. (62), aumenta el retículo liso endoplasmático y la velocidad del metabolismo hepático, todo ello a dosis moderadas.

Tampoco trataremos de los aspectos del alcohol en cuanto droga, ni de los aspectos sociológicos de su abuso, ni de las consecuencias psicológicas de su toma, limitándonos a estudiar las consecuencias que

la ingestión abusiva de alcohol tiene sobre el organismo humano, en el sentido de producirle lesiones orgánicas. En este sentido llevamos bastantes años realizando una serie de trabajos (1 a 20) sobre estos interesantes extremos.

Para ver las lesiones que produce el alcohol conviene que recordemos que después de ingerido es metabolizado hasta la fase de acetilcoenzima A, según veíamos antes, y ulteriormente hasta anhídrido carbónico y agua, en la cuantía de 50 a 180 mgs. de alcohol por kilo de peso y hora. Toda ingestión etílica que supere esta cuantía hace que el organismo no pueda degradarla y, por consiguiente, que circule libremente a su través.

El destino ulterior del alcohol ha sido objeto de múltiples estudios, desde los primitivos de Lieber (25) hasta la reciente monografía sobre el metabolismo de las drogas de Ladue y Mandel y cols. (26). En cualquier caso, su afinidad por los lípidos hace que pueda causar, al menos teóricamente, lesiones en estructuras tan importantes como son las cubiertas celulares de las fibras musculares, del sistema nervioso, etc. Alterando las mitocondrias y otras múltiples estructuras.

De esta rápida y esquemática visión se deduce como consecuencia más importante que el alcohol podrá teóricamente producir lesiones en el organismo a tres niveles: al absorberse, al metabolizarse o al circular.

Tal como mostramos en el cuadro 1, al absorberse puede producir lesiones sobre el esófago, y concretamente en el síndrome de Mallory y Weis; lesiones sobre el estómago, produciendo el estímulo local de ácido clorhídrico que facilita la aparición de úlceras, de atrofia o de hemorragia, o bien lesiones sobre el intestino, produciendo enteritis.

Cuadro 1.—Acciones del alcohol al absorberse

ORGANO	ACCIONES LOCALES
En esófago	esofagites S. Mallory Weiss
En estómago	estímulo secreto CLH atrofia local
En intestino	gastritis enteritis

Al transformarse en el hígado, se ha descrito que produce una serie de lesiones, y así las más importantes son la infiltración grasa, que en su grado máximo, si se acompaña de anemia hemolítica, se llama síndrome de Zieve; la hepatitis aguda alcohólica y finalmente la cirrosis hepática (cuadro 2).

Cuadro 2.—Acciones del alcohol al transformarse en el hígado

Infiltración grasa del hígado

Síndrome de Zieve

Lesión ultraestructural

Cirrosis

Gasto metabólico energético

Finalmente, al circular, tal como indicamos en el cuadro 3, se han descrito numerosas acciones del alcohol en el sentido patológico, y así hay lesiones sobre los músculos en forma de miopatía y miocardiopatía alcohólicas; sobre el sistema nervioso en forma de neuritis, de polineuritis, de encefalopatías de Wernicke, el síndrome de Wernicke-Korsakoff, de degeneración cerebelosa cortical, de mielínolisis protuberancial central, etc.; sobre la sangre, favoreciendo la presencia del síndrome de Marchiafava y Michelli; sobre el páncreas, con aparición de pancreatitis, tanto agudas como crónicas, y finalmente, sobre el comportamiento psicológico del individuo, haciendo aparecer el síndrome de abstinencia, síndrome de alucinosis alcohólica, síndrome de *delirium tremens*, etc.

Cuadro 3.—Otras acciones nocivas del alcohol

Sobre músculos	miopatía alcohólica miocardiopatía
Sobre s. nervioso	neuritis polineuritis escefalopatía de Wernicke S. Korsakoff-Wernicke degeneración cerebelosa mielinolisis protuberancial
Sobre sangre	S. Marchiafava-Michelli ¿anemias hemolíticas? hiperlipemia
Potenciación de la pelagra	
Sobre psique	síndrome de abstinencia alucinosis alcohólica delirium tremens

Por supuesto, es imposible revisar, ni siquiera someramente, todas estas acciones, y por ello vamos a limitarnos a un estudio esquemático de las acciones del alcohol sobre el organismo, basándonos fundamentalmente en los resultados de investigaciones clínicas y experimentales realizadas en los últimos años sobre las lesiones que el alcohol produce sobre los dos primeros escalones citados, es decir, al absorberse y al transformarse en el hígado, centrandolo estudio sobre los distintos tramos del traco gastrointestinal. Dividiremos por ello la exposición de este trabajo en tres apartados:

1. Acciones del alcohol sobre el tracto gastrointestinal.
2. Acciones del alcohol sobre el hígado.
3. Acciones del alcohol sobre el páncreas.

En cada uno de estos puntos expondremos los resultados de nuestros estudios clínicos y experimentales, haciendo un resumen sumario de la literatura sobre estos procesos.

ESQUEMA GENERAL DE NUESTRA EXPOSICION

I. MATERIAL Y METODICA

Con el fin de estudiar todos estos aspectos, planteamos una serie de trabajos clínicos y experimentales, que en resumen se sintetizan en los siguientes:

1. Trabajos de investigación clínica

1.a. Estudio de la incidencia de lesiones del tracto gastrointestinal en sujetos diagnosticados de etilismo crónico.

1.b. Incidencia de toma de alcohol en una población hospitalizada por molestias digestivas.

El primero de los grupos estaba integrado por 464 alcohólicos. El segundo de los grupos estaba integrado por 114 sujetos. El conjunto de enfermos estudiados para aclarar la relación entre ingestión de alcohol y las lesiones del tracto gastrointestinal asciende, por consiguiente, a 578 pacientes.

En los enfermos se valora la radiología, los datos clínicos, analíticos, funcionales y endoscópicos existentes, la biopsia gástrica e intestinal cuando la realizamos, y en algunos casos se han realizado, estudios de histoquímica y determinación de anticuerpos.

El estudio microscópico se ha hecho en microscopía óptica y, en algunos casos, en microscopía electrónica.

Naturalmente, no en todos los enfermos se han realizado todas las exploraciones, puesto que en muchos de ellos el estudio ha sido retrospectivo; pero en aquellos enfermos que hemos planificado prospectivamente, que serán a los que más en detalle nos referiremos, el esquema de estudio ha sido básicamente el que aquí indicamos.

2. Investigaciones experimentales

Se han hecho seis lotes de ratas en las que se han producido intoxicaciones etílicas agudas y crónicas de diferente duración, estudiando 10 animales en cada uno de ellos.

El primer lote reúne animales sometidos a una dieta normal en el

que se hace una sobrecarga alcohólica aguda a razón de 2 cm³ por kilogramo durante cinco días a la semana.

Al segundo lote se le hace la misma administración de alcohol, sometiendo a los animales a la ingestión de sólo pan duro. En el tercer lote se da a los animales como único líquido de bebida alcohol en forma de aguardiente a una concentración del 49,66 por 100. El cuarto lote es similar al tercero, con la diferencia de que la alimentación es sólo a base de pan duro. Al quinto lote se inyecta peritonealmente una dosis masiva de alcohol. Al sexto lote se le administra una dosis masiva de alcohol a través de una sonda que se introduce directamente en el estómago. Hay un séptimo lote testigo.

En los cuatro primeros lotes se sacrificaron los animales a la semana, a las tres semanas, a las seis semanas, a los cinco meses y al año.

II. RESULTADOS Y DISCUSION

Resumiremos los resultados obtenidos en estos estudios en una serie de apartados, en los cuales, además de la exposición de nuestros datos, enumeraremos y discutiremos aquellos aspectos entre los cuales se tiene hoy seguridad sobre la acción del alcohol y aquellos otros que son todavía incógnitas poco claras. Los apartados que enunciaremos son los siguientes: 1) Enfermedades producidas por el alcohol. 2) Problemas no resueltos de las acciones orgánicas del alcohol en el tracto gactrointestinal (t.g.i.). 3) Alteraciones funcionales producidas por el alcohol en el t.g.i. 4) Pruebas funcionales no resueltas en la relación alcohol/t.g.i. 5) Lesiones estructurales y ultraestructurales.

Naturalmente, todas las lesiones son distintas en cada uno de los órganos que integran el tracto gastrointestinal.

1. Enfermedades producidos por el alcohol en el t.g.i.

Ya anteriormente indicábamos cuáles son las enfermedades fundamentales producidas por el alcohol en el tracto gastrointestinal. Existe bastante seguridad en lo que se refiere a la relación de la mayoría de estos procesos con el alcohol. Sin embargo, en algunos casos, como en el síndrome de Mallory y Weiss, la relación no es tan clara. Examinaremos sucesivamente cada uno de estos procesos, iniciándolo

con las lesiones gástricas, que son con mucho las más frecuentes encontradas en los etílicos.

1.a. *Las gastritis*

Para valorar la frecuencia de las gastritis en los alcohólicos hemos considerado tres grupos distintos de pacientes.

De una parte, un grupo pequeño de enfermos de etilismo agudo (grupo B); de otra, un grupo de 466 enfermos con etilismo crónico (grupo A), y de otra parte, la valoración del porcentaje de sujetos alcohólicos dentro de un grupo de 114 casos de gastritis comprobadas endoscópicamente (grupo C).

Comenzando por este último grupo, hemos estudiado las imágenes endoscópicas de 114 casos diagnosticados de gastritis y las imágenes histológicas de los pacientes en los que se realizó la biopsia. Entre estos 114 casos, 18, es decir, el 15 por 100 aproximadamente, tenían antecedentes de ingestión alcohólica crónica.

Respecto de las imágenes histológicas, podemos indicar que su naturaleza abarca toda la gama anatomopatológica posible, desde las gastritis agudas hasta las gastritis crónicas, pasando por cuadros de atrofia gástrica. En nuestras publicaciones en revistas científicas (1 a 20) mostramos las imágenes obtenidas en estos pacientes.

En el grupo de etílicos crónicos también encontramos aspectos similares. En este grupo la incidencia aparente de gastritis es menor, lo que se debe a la dificultad de realizar las exploraciones endoscópicas y biópsicas necesarias para la identificación de las gastritis por la naturaleza del proceso etílico de base.

Para aclarar si en la ingestión aguda alcohólica la gastritis es más o menos frecuente, realizamos un estudio sistemático en 10 pacientes sometidos a la influencia de una dosis elevada de alcohol, pudiendo observar que nueve de estos diez casos tenían imagen endoscópica de gastritis.

Estos hechos coinciden en líneas generales con los publicados por Aspe y cols. (27), presentados en el Congreso Hispanoamericano de Gastroenterología de Lima, y también con los estudios de Pitchumoni y cols. (28). Los primeros autores citados comparan el comportamiento morfológico del estómago en enfermos alcohólicos crónicos sin hepatopatía crónica, en enfermos alcohólicos crónicos con hepatopatía crónica y enfermos ulcerosos gastroduodenales alcohólicos.



Concluyen que la existencia de una hepatopatía crónica de origen alcohólico no modifica los resultados obtenidos en la serie de bebedores sin hepatopatía, y asimismo llaman la atención sobre la frecuencia de gastritis crónica atrófica en bebedores de más de cuarenta años. Estos autores, sin embargo, indican que existe una mucosa frecuentemente normal en sujetos alcohólicos, incluso con ingestión alcohólica elevada.

Pitchumoni y Glass, por su parte, comparan las biopsias obtenidas del fundus y del antro de 100 alcohólicos y de 80 no alcohólicos. Observan gastritis moderada o severa en el antro, con muy pocas lesiones fúndicas, en 46 alcohólicos, es decir, en el 46 por 100, mientras que sólo el 25 por 100 de los controles tenía lesión fúndica. La gastritis fúndica moderada o avanzada fue la única lesión en el 12 por 100 de los alcohólicos. Y la gastritis fúndica avanzada apareció en el 6 por 100 de los controles. Concluyen de estos estudios que el etilismo crónico aumenta de modo significativo por incidencia de gastritis antral crónica.

Una modalidad interesante y desconocida hasta hace poco de las gastritis que pueden aparecer en el etilismo crónico es la de las gastritis hemorrágicas. Al estudio de las gastritis hemorrágicas hemos dedicado recientemente algunos trabajos (29, 30). Las gastritis hemorrágicas son debidas a numerosas causas. En ellos indicamos los resultados obtenidos por nosotros por el estudio endoscópico de 53 gastritis hemorrágicas.

Recientemente, Luccini y cols (31) tienen un estudio detenido de la hemorragia digestiva alta por la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas. Estudian 87 casos de hemorragia digestiva alta que se presentan después de un exceso alcohólico. En todos ellos hacen gastroscopia, examen radiológico gastroduodenal y en muchos casos biopsia de la mucosa gástrica. De estos 87 casos, en 37 se ha encontrado gastritis hemorrágica, y en el resto las causas de la hemorragia o no fueron aclaradas o se debían a otras razones distintas de las gastritis hemorrágicas.

También es interesante en el mismo sentido el reciente estudio de Pinoso y cols. (32), los cuales intentan valorar el papel del alcohol en la patogenia de las gastritis erosivas agudas y en la hemorragia gástrica, estudiando la pérdida de sangre fecal en seis sujetos alcohólicos con mucosa gástrica normal, seis con gastritis superficial y seis con gastritis atrófica, antes y después de la ingestión de etanol al 40 por 100, utilizando células rojas marcadas con cromo 51. Los auto-

res no pudieron encontrar cambio significativo en la pérdida sanguínea por las heces en los sujetos como cosa normal y en los sujetos con gastritis alcohólica superficial, pero todos los sujetos con gastritis atrófica tuvieron un aumento significativo de la pérdida de sangre por las heces durante la ingestión de etanol. Los autores concluyen sus estudios indicando que la morfología de la mucosa gástrica puede ser un determinante importante de la mucosa gástrica durante la ingestión de alcohol. Más adelante, al hablar de los procesos en que no está claramente todavía dilucidada la influencia del alcohol, recaeremos de nuevo sobre estos apasionantes problemas y compararemos nuestros hallazgos previos con lo descrito en la literatura.

1.b. *La úlcera gastroduodenal*

La existencia de la úlcera gastroduodenal en enfermos alcohólicos parece ser mayor que en los grupos similares de enfermos no alcohólicos. Tanto en nuestros grupos de alcohólicos agudos como en los de alcohólicos crónicos este hecho era de fácil observación. Sin embargo, la incidencia no es suficientemente alta como para tener la seguridad de que el alcohol sea un factor etiológico importante, sino más bien el pensar que la causa de la mayor incidencia de úlceras en los alcohólicos se debe a los restantes factores agresivos que acompañan a la lesión alcohólica en los bebedores habituales. Es éste un problema todavía no resuelto y abierto a debate, pues si bien parece seguro, según lo que indicamos más arriba y por estudios ya más clásicos de Bouchier (32), Pinoso y cols. (33), Coulston (34), Nedham (35), Williams, Winawer y cols. (36), etc., que el alcohol es un agente que produce gastritis hemorrágicas, e incluso lesiones superficiales, ninguno de estos autores se atreve a decir que el alcohol produce auténticas úlceras gastroduodenales.

1.c. *Esofagitis*

El conocimiento de la frecuencia de esofagitis en los alcohólicos data solamente de la introducción masiva de los procedimientos endoscópicos. No es por ello de extrañar que no haya demasiados trabajos estadísticos sobre el tema. En nuestros tres grupos de enfermos existe una esofagitis superior a la de los sujetos no alcohólicos. En contra



de lo que cupiera esperarse, sin embargo, la frecuencia de esofagitis es menor que la de la gastritis. En realidad el mecanismo de aparición de estas esofagitis no parece ser la lesión directa del alcohol, sino que es más bien debido a la relativamente frecuente aparición en los etílicos crónicos de reflujo gastroesofágico, como pudimos demostrar en algunos de nuestros trabajos previos.

En cualquier caso, el hecho de una mayor frecuencia en el reflujo era fácilmente sospechable por la presencia en clínica de frecuentes pituitas matutinas y la frecuencia de los vómitos, como asimismo la frecuente aparición de pirosis en los sujetos alcohólicos. La pirosis de estos enfermos, sin embargo, no es claramente expresiva del reflujo, y así se demuestra por el reciente estudio de Rudolph y cols., estudiando el reflujo gastroesofágico y la motilidad esofágica en 23 enfermos, de los cuales, cinco no tenían alteración, siete tenían una pirosis por lesión orgánica y otros tenían pirosis por lesión funcional. De sus trabajos concluyen que la pirosis se produce en el enfermo funcional por un mecanismo similar al del enfermo orgánico, y ni el reflujo ni los cambios de la motilidad pueden hacerse responsables en todos los casos de la pirosis.

Como es natural en la etiopatogenia de las esofagitis alcohólicas, por acción directa, no tanto entra a considerar la cantidad de alcohol ingerida, cuanto como indica Roth (37), la concentración del alcohol ingerida, siendo mucho más frecuentes las esofagitis por acción tóxica de aquellos bebedores que ingieren bebidas de elevada concentración alcohólica.

1.d. *Síndrome de Mallory-Weiss*

Se denomina así a la hemorragia por un rasgamiento lineal de la mucosa esofágica en el cardias o inmediatamente por encima. Clásicamente se afirman dos hechos de este síndrome: el primero es que se trata de una hemorragia que tiene como característica principal la de ser sangre arterial, lo que la diferencia de las hemorragias por varices esofágicas, y en segundo término, el hecho de que se presenta exclusivamente en enfermos alcohólicos. Este último punto, sin embargo, está poco claro hoy en día, sin que se acabe de ver por qué el alcohol tiene que causar esta afectación. Ciertamente las rasgaduras del esófago se pueden producir por reflujo en los sujetos alcohó-

licos, pero también otras causas distintas del reflujo pueden, o al menos en teoría, ser las causantes del síndrome de Mallory-Weiss.

Hasta aquí los bien conocidos efectos del alcohol en sus relaciones con las enfermedades del estómago. Existen, sin embargo, una serie de problemas por resolver en lo que hace referencia a otras acciones del alcohol sobre el estómago humano.

Podemos ver que la relación del alcohol con los autoanticuerpos gástricos, el efecto inhibitor del etanol sobre la secreción de ácido gástrico, la relación entre el etanol y la inervación vagal, la relación entre el alcohol y el sistema AMP cíclico en la mucosa gástrica, las relaciones del alcohol con las potenciales transmurales, las relaciones del alcohol con la histamina en la pared del estómago y las relaciones del alcohol con la circulación gástrica, son aspectos sobre los que se han publicado en estos últimos años una serie de trabajos importantes. Alguno de estos aspectos tienen cabida en este apartado y otros los veremos en el apartado c.4.

Problema de los anticuerpos.—No es éste el momento de discutir ni de evaluar los distintos anticuerpos que pueden originarse frente a estructuras o secreciones del estómago. Recordemos fundamentalmente los anticuerpos frente a la célula gástrica, los anticuerpos frente a la gastrina, los anticuerpos frente al factor intrínseco, etc. A muchos de ellos se les ha querido ver significación e importancia en enfermedades gastrointestinales, y así, por ejemplo, se sabe que hay gastritis crónicas en las que hay aumento de estos anticuerpos, mientras que en otras gastritis crónicas no hay aumento de los referidos anticuerpos.

Como es natural, al producir el alcohol frecuentes lesiones de gastritis crónica, era lógico que se investigaran estos extremos, y así, recientemente, Pitchumoni, Lopes y cols. (38), estudian 150 enfermos, y otros tantos controles, en relación a la presencia de anticuerpos contra las células parietales del estómago. Al mismo tiempo bloquean y fijan los anticuerpos contra el factor intrínseco en los sueros de todos los enfermos en los cuales había anticuerpos frente a la célula parietal gástrica. De sus estudios han podido concluir que la distribución por edad y sexo de los anticuerpos frente a la célula parietal gástrica son iguales en los alcohólicos y en los no alcohólicos, y que en aquellos alcohólicos que tenían gastritis antral moderada, o incluso severa, no existía un aumento significativo en la incidencia de anti-

cuerpos frente a la célula parietal. En todos los casos positivos determinaron, además, la eventual presencia de anticuerpos frente al factor intrínseco, no obteniendo ningún caso en los cuales existieran anticuerpos frente al factor intrínseco. Concluyen de sus trabajos que no hay alteración humoral gastroinmune en los alcohólicos crónicos, si bien los aspectos que relacionan las gastritis, los anticuerpos y el alcohol necesitan ulterior revisión.

2. Mecanismo por el cual el alcohol lesiona la pared del estómago

Ya hemos visto anteriormente, y estudiaremos más detenidamente en el apartado siguiente, que el alcohol produce lesiones sobre el tracto gastrointestinal. Estas lesiones son por acción directa, como veremos más adelante, pero el mecanismo por el cual se producen no está claro. Se han sugerido en este sentido una serie de posibilidades. Así, por ejemplo, se sabe desde los estudios de Buurunen, Carpanen y cols. (40), que el alcohol tiene una acción sobre el sistema AMP de la mucosa fúndica, habiendo estos autores estudiado en el perro cómo el etanol aumenta el contenido del AMP cíclico en la mucosa gástrica si se administra a la concentración de 2,5 por 100, mientras que las concentraciones alcohólicas del 10 y del 20 por 100 disminuyen el contenido mucoso del AMP cíclico.

Otra posibilidad de lesión estriba en el hecho, descrito por Gaspary, de que el alcohol etílico a concentración moderada disminuye significativamente el potencial transmural compatible con su estimulación de la difusión retrógrada del hidrógeno. Si en lugar de alcohol etílico a concentración moderada se administra alcohol a concentración alta, la estimulación es más rápida y la restauración a niveles normales no se logra ni siquiera después de cuarenta minutos. Esta alteración del potencial transmural parece ser que es importante no sólo en cuanto a las lesiones de la célula parietal, sino fundamentalmente en cuanto a la actividad funcional de la misma. Estos estudios, sin embargo, necesitan ulterior comprobación.



3. Lesiones funcionales sobre el t.g.i

3.a. *Relaciones entre la ingestión de alcohol y la secreción del ácido clorhídrico por el estómago*

Se sabe que el alcohol se empleaba en tiempo pretéritos a dosis pequeñas como estimulante de la secreción gástrica. Siendo esto verdad, está sobradamente comprobado que el etilismo crónico produce hiposecreción gástrica. Varios son los factores a los que se puede atribuir esta hipoclorhidria. De una parte, la gastritis atrófica, que disminuye la masa de células secretoras de clorhídrico. De otra, la influencia del alcohol sobre la inervación vegetativa del estómago. Algunos autores recientemente han intentado estudiar si las prostaglandinas tendrían alguna influencia en este sentido, y así, por ejemplo, Kaarpanen., Puurunen, etc. (39), han estudiado la secreción de ácido gástrico por un método de perfusión en ratas anestesiadas, y después que la cuantía de secreción de ácido en el estómago se había estabilizado, han administrado a unos lotes animales etanol al 10 por 100, logrando una cesación total de la secreción de ácido gástrico en treinta a sesenta minutos. Si previamente los animales habían sido tratados con indometacina, variaba notablemente el efecto inhibitorio. De sus resultados sugieren que el efecto inhibitorio del etanol local sobre la secreción de ácido por el estómago, en la rata, puede ser remediado, al menos en parte, por aumento de la síntesis de prostaglandinas.

Algunos autores, como por ejemplo K. S. Ivey (41), explican recientemente, siguiendo estudios anteriores de Davenport, la necesidad de la integridad de la barrera mucosa gástrica para la normal secreción del ácido clorhídrico. En este sentido es bien sabido desde los estudios del propio Davenport (42) que el alcohol altera la barrera mucosa gástrica, y que si nosotros de esta manera impedimos la llamada «difusión retrógrada», fenómeno sobre el que no podemos extendernos en este momento, se puede aumentar la secreción clorhídrico. El propio Ivey sugiere que quizá ésta sea una de las posibilidades por las cuales el alcohol a pequeñas dosis estimula la secreción del ácido clorhídrico.

3.b. *Alteración de la absorción intestinal en alcohólicos*

Una lesión alcohólica interesante es la que se origina en las funciones absorbentes del intestino delgado. En nuestros trabajos clínicos previos habíamos podido observar la frecuencia de la alteración de la digestión intestinal y de la absorción del ácido oleico y de la trioleína marcada isotópicamente en un grupo de etílicos crónicos. Roggin y cols., por su parte, describieron la malabsorción en etílicos crónicos, y Chang y cols. e Israel y cols. describieron el efecto inhibitor del alcohol sobre el transporte intestinal de aminoácidos. Confirmando todo ello recientemente, Krasner y cols. (43) han estudiado 10 enfermos etílicos crónicos a los pocos días de una ingestión masiva de alcohol y han podido ver cómo en tres casos había una absorción defectuosa de D-xilosa y en cinco se dieron valores bajos de ácido ascórbico en los leucocitos y de folato en el suero. Usando un tipo de perfusión de triple luz estudian la absorción de agua y electrólitos en el yeyuno y ven que la absorción del agua está disminuida de una manera estadísticamente significativa en relación con los sujetos sanos. Asimismo observan una disminución de sodio y cloro.

Otros estudios interesantes en lo que hace relación a la posible acción lesiva del alcoholismo crónico sobre la función de la histología del intestino delgado son los realizados por De Dieu y col. (43). Estudian estos autores los desórdenes de la absorción y de la histología de la mucosa en 20 enfermos alcohólicos crónicos no cirróticos. De ellos, en cuatro no había evidencia de malabsorción. Los resultados permiten obtener una malabsorción del 55 por 100 después de 50 grs. de lactosa; en el 10 por 100, después de 50 gr. de glucosa; en el 45 por 100, después de 25 gr. de xilosa, y en el 20 por 100, después de 80 grs. diarios de lípidos. Las lesiones en la mucosa intestinal, sin embargo, fueron pocas y discretas y no se pueden explicar por ellas las lesiones de malabsorción observadas. Al microscopio electrónico las alteraciones de los enterocitos tampoco fueron específicas y no afectaron a los microvillis. La motilidad intestinal estudiada mediante el tránsito de la papilla de bario fue normal. Concluyen los autores de sus trabajos que la malabsorción es un fenómeno esencialmente funcional y no morfológico y que quizá puede ser debido a un déficit de ácido fólico o algún otro déficit, sin que ello tenga expresión sobre las estructuras de las células intestinales. Lo curioso de estos estudios, además de la comprobación de la lesión funcional, es que se va

a observar que ésta se presenta en ausencia de toda lesión estructural en la biopsia yeyunal.

Respecto al mecanismo de la lesión de la célula intestinal en la ingestión crónica alcohólica, se han sugerido varias hipótesis, y así, por ejemplo, Carmichael y cols. (44) sugieren que la alteración en la absorción en el intestino delgado se debe a un efecto directo de la ingestión de alcohol, pues observan que la exposición de segmentos aislados de yeyuno a concentraciones de etanol al 2 por 100 durante una hora causa una disminución importante del ATP cuando se compara con las mismas asas perfundidas con solución de Krebs. Sin embargo, es curioso cómo la administración crónica de alcohol a dosis de 2,5 grs./Kg. de peso durante dos semanas no altera ni el contenido de ATP ni la actividad ATP-ASA de la mucosa yeyunal.

Zucoloto y cols. (45) también se muestran partidarios de que el alcohol es directamente tóxico sobre las células del intestino delgado, y para demostrarlo estudian el efecto de la ingestión prolongada de alcohol entre la población de células del intestino delgado de la rata, dándoles a beber una solución de alcohol al 32 por 100 en agua con sacarosa al 25 por 100 durante doce semanas y ven que las ratas alimentadas con alcohol ganan un 25 por 100 de peso menos que las controles y que sus mucosas yeyunales e ileales son más delgadas que las controles, mientras que las criptas intestinales tienen un número menor de célula epiteliales que las controles.

Otra función alterada en el intestino delgado de los alcohólicos es la absorción intestinal de la B₁₂. Sin embargo, el mecanismo por el cual se altera en su absorción no está aclarado en el momento presente. Recientemente, Findlai y cols. (46) han estudiado la absorción del complejo factor intrínseco-vitamina B₁₂ marcado con cobalto 57 y su captación por el intestino delgado de las ratas, observando que este complejo se une perfectamente a la célula intestinal, siendo por consiguiente necesario buscar la malabsorción de vitamina B₁₂ en los alcohólicos. Otra explicación distinta a la de la deficiente captación de la célula intestinal por dicho complejo.

Aunque en algunos de los aspectos funcionales antes descritos hay algunas dudas, puede decirse que existe un consenso casi general sobre la acción del alcohol en la génesis de dichas lesiones. En cambio, los aspectos que vamos a referir a continuación son problemas sin resolver, sobre los que es necesario realizar ulteriores estudios.

3.c. *Alcohol y circulación sanguínea*

Un hecho que todavía no está claro es el de la influencia del alcohol en el flujo sanguíneo del estómago y las posibles relaciones entre la variación del flujo sanguíneo provocadas por la ingestión alcohólica y las variaciones en la secreción gástrica producidas por concentraciones diferentes de alcohol. En este sentido, De Saint, Blanquant y cols. (47) han estudiado la secreción mucosa y el flujo sanguíneo en estómago de perros denervados tras la administración de alcohol a distintas concentraciones. Pudieron observar que el volumen segregado en la acidez fue paralelo a la administración de alcohol.

En relación con la posible dependencia entre flujo sanguíneo mucoso y facilidad de aparición de ulceraciones podría abonar la experiencia de Guth (48), que produjo úlceras experimentales por ligadura de la rama antral de la arteria gástrica izquierda y su vena acompañante en la rata, hecho que, sin embargo, necesita ulterior demostración por haber sido negado por otros autores recientemente, aunque Holm y Layne (49) parecen mostrarse partidarios de estas técnicas, hoy día ampliamente superadas por las de úlceras de restricción en movimientos en los animales experimentales, o mejor aún, tal como lo hace Gerety (50), la mezcla de restricción y alteración de la barrera mucosa de la difusión de iones de hidrógeno mediante introducción de fluidos adecuados en el estómago con ligadura de píloro.

Augur (51) estudia el flujo mucoso gástrico tras la administración de alcohol, y midiendo el flujo mediante el aclaramiento de aminopirinarina en cuatro períodos de veinte minutos tras irrigación con solución de etanol en la mucosa, observa que si bien en un momento se produce un aumento del flujo sanguíneo a la mucosa, ulteriormente disminuye marcadamente, haciendo una evidente lesión funcional de la barrera mucosa gástrica.

3.d. *Alcohol y barrera mucosa gástrica*

Otro aspecto interesante sobre el que existe abundante literatura y controvertidos puntos de vista es el del mecanismo de acción del alcohol sobre la barrera mucosa del estómago. Esta barrera mucosa es no sólo importante en lo que al clorhídrico se refiere, sino que

también es eficaz en la prevención de las erosiones y ulceraciones gástricas.

En este sentido, A. R. Cooke (53) estudia el efecto del etanol como causa de la úlcera péptica en el hombre. En unos primeros trabajos (54) creía ver en el alcohol una causa importante de ulceración gastroduodenal, aunque más tarde (55) se mostrara escéptico sobre estos aspectos.

Friedman, Siegelap y cols. (55) no encuentran tampoco relación entre el consumo de alcohol y la frecuencia de aparición de úlceras.

Lo que sí es cierto, sin embargo, es que parece que cuando los sujetos alcohólicos toman aspirina tienen mayor frecuencia de erosiones sangrantes, y en este sentido, Astley, Jenings (56) y Needham (57) creen haber encontrado asociación. En este mismo sentido, Davenport hablaba de gastritis por aspirina-alcohol. Este mismo autor (58) ha demostrado que el etanol a concentraciones tan bajas como al 4 o al 5 por 100 potencia marcadamente los efectos nocivos de la aspirina y de los ácidos sobre la mucosa gastroduodenal y demuestra que una combinación de 20 mM ácido acetilsalicílico (equivalente a 640 mgs. de ácido acetilsalicílico en 180 c.c. de jugo gástrico), más 0,1 normal de clorhídrico, más 9 por 100 de etanol, producen hemorragia severa en todos los perros a los que se administra, e incluso en un caso, peritonitis. Parece probable que esta combinación de aspirina, ácido y etanol a la concentración mencionada se podría encontrar en el estómago de cualquier individuo que ingiera cantidades incluso moderadas de bebidas alcohólicas.

Otro punto que tampoco está totalmente aclarado, en lo que respecta a la acción del alcohol sobre el estómago, es el de las posibles relaciones entre la ingestión de alcohol y la histamina. Recientes trabajos de Dinoso, Chuang y cols. (68), estudiando los cambios en la cantidad de histamina existente en la mucosa durante la instilación del alcohol etílico en el estómago, han permitido observar que la concentración media de histamina en todas las áreas del estómago de perro tratado con etanol al 40 por 100 fue significativamente mayor que en perros tratados con suero fisiológico. Los estudios seriados de la sangre venosa gástrica en los perros tratados con etanol mostraban elevaciones significativas de concentraciones de histamina dos horas después de la instilación de alcohol al 40 por 100 en el estómago. La severidad de estos cambios aumentaba con las concentraciones



alcohólicas usadas. Los resultados de estos trabajos parecen indicar que la aplicación local de alcohol al 40 por 100 aumenta la concentración de histamina en la mucosa gástrica.

Aunque los autores sugieren que ésta pueda ser una de las vías de lesión de la célula gástrica en la ingestión alcohólica, esto es un hecho que necesita ulteriores comprobaciones.

No está clara la relación existente entre la absorción del alcohol y la situación de la inervación vegetativa del estómago. En este sentido no son fáciles de interpretar los resultados obtenidos por Moodie y cols. (67), al comprobar que las concentraciones sanguíneas de alcohol dan elevaciones más precoces tras vagotomía troncular con antrectomía que en los sujetos normales.

Las muestras humanas exhibían una degradación citoplásmica focal. Estas alteraciones son similares a aquéllas producidas por el alcohol en el hígado y sugieren que el etanol es lesivo para el intestino delgado en ausencia de deficiencia nutritiva.

3.e Conclusiones de las acciones del alcohol sobre el t.g.i.

Si quisiéramos resumir todo aquello que por el momento es seguro y todo aquello que por el momento es dudoso en relación a las acciones del alcohol sobre el aparato digestivo en su tramo gastrointestinal podíamos terminar diciendo lo siguiente:

1.º En los sujetos alcohólicos la incidencia de esofagitis es superior a los sujetos normales.

2.º En sujetos alcohólicos las gastritis que se han podido comprobar también en esos niveles de experimentación fueron muy superiores en su incidencia a los sujetos normales.

3.º La gastritis alcohólica puede adoptar cualquier tipo anatómopatológico de gastritis.

4.º La gastritis alcohólica puede adoptar cualquier forma clínica de gastritis, incluso la forma de gastritis hemorrágica.

5.º Esta última forma de gastritis alcohólica se asienta de preferencia sobre mucosas que previamente hubieran sufrido una gastritis atrófica.

6.º La úlcera gastroduodenal parece más frecuente en los alcohólicos, si bien no está clara una relación directa del alcohol.

7.º En esta úlcera sí parece evidente como factor de mantenimiento, sobre todo para el caso de los alcoholes concentrados.

8.º El alcohol produce a veces cuadro de enteritis.

9.º El alcohol produce una lesión ultraestructural en las células gástricas.

10. El alcohol produce una lesión ultraestructural en las células intestinales.

11. El alcohol produce una lesión funcional en la secreción de jugo gástrico.

12. El alcohol altera la barrera de la mucosa gástrica.

13. El alcohol influye sobre la circulación sanguínea de la mucosa gástrica.

Entre aquellos puntos que todavía no están claros y que necesitan ulterior estudio podríamos citar los siguientes:

14. El síndrome de Mallory-Weiss puede que se inflencie por el etilismo, pero debe haber otros factores sobreañadidos.

15. La esofagitis que aparece en los alcohólicos parece más bien debida al reflujo que a una acción tóxica directa.

16. No sabemos exactamente la influencia del alcohol en la alteración de los potenciales transmurales, aunque parece que efectivamente es importante.

17. No sabemos con toda claridad cuál es la influencia del alcohol en relación con el ATP y otras estructuras similares de la mucosa gastrointestinal, aunque parece que es importante.

18. Las relaciones entre el alcohol y la inervación vegetativa gástrica no está clara y necesita ulteriores estudios.

19. La relación entre el alcohol e histamina de la pared gástrica necesita ulteriores estudios.

Si bien parece cierto que la lesión ultraestructural se favorece en los animales experimentales en la cualidad de la alimentación, este hecho necesita ulteriores estudios.

20. Si bien parece cierto que el alcohol es potencialmente ulcerogénico y que la úlcera gastroduodenal es más frecuente en los alcohólicos que en una población similar de sujetos no alcohólicos, ello puede ser debido a la diferente alimentación y a factores sobreañadidos. Es punto que necesita ulteriores estudios.

21. Parece ser que el alcohol potencia las acciones iatrogénicas de otras drogas, como son la aspirina, la indometacina, etc.

4. Lesiones sobre el hígado

Como cuadros clínicos seguros causados por el alcohol hemos observado sin lugar a dudas: la infiltración grasa del hígado, con su forma especial que constituye el llamado síndrome de Zieve, y la hepatitis aguda alcohólica. Respecto a influencias sobre la evolución de otros procesos es indudable la influencia que el alcohol tiene sobre la transformación de los hígados enfermos en hígados cirróticos. No está claro, sin embargo, y de ello daremos abundantes pruebas, que el alcohol por sí solo cause una cirrosis irreversible.

Examinamos sucesivamente cada uno de estos aspectos.

4.a. *Hígado graso alcohólico*

El alcohol puede aumentar los triglicéridos hepáticos a través de tres mecanismos: A) Aumentando los ácidos grasos hepáticos mediante un aumento de síntomas y extrayéndolos, o bien de los depósitos grasos, como indican Schapiro y cols. (70), o bien extrayéndolos de la dieta, como indica Lieber, o finalmente, como indican Poggi y cols. (71), disminuyendo la oxidación de los ácidos grasos. B) También puede aumentar el contenido de grasas en el hígado aumentando la esterificación de los ácidos grasos a triglicéridos; y C) También puede aumentar el contenido de grasas en el hígado, disminuyendo la síntesis y la liberación de lipoproteínas, tal como indican Jones y cols. (72).

Es de notar que la cantidad de grasa depositada en el hígado, y por consiguiente la cuantía de la adiposis, o si preferimos llamarla así, de la degeneración grasa, depende de tres aspectos fundamentales, a saber: A) La cantidad y calidad de alimentos. B) La cantidad y calidad de ingestión alcohólica; y C) Una susceptibilidad especial individual (Rubin y cols.) (73).

Numerosísimos han sido los autores que han estudiado estos problemas: Scheig (74), Porta y cols. (75, 76), Ashworth y cols. (77), Itseri y cols. (78), Thorpe (79), Lane y cols. (80) Takaba (81), Lieber (82), Koch y cols. (83), etc. Todos ellos valoran uno u otro de los tres factores de influencia antes expuestos.

En relación con la influencia del efecto de la dieta en la inducción de hígado graso, parece necesario subrayar que la causa del hígado graso no es la falta de nutrición, sino la mala nutrición cualitativa.

Se sabe, por ejemplo, que el ayuno no produce hígado graso. La grasa, en este caso, es movilizada desde el hígado de los animales que experimentalmente se someten al ayuno prolongado. En cambio, si se hace un déficit de ingestión de proteínas y al mismo tiempo se hace un aporte alto de calorías en forma de hidratos de carbono, aparece un hígado graso en los niños, que lleva a una enfermedad que se conoce con el nombre de Kwashiokor y que es relativamente frecuente en algunos países africanos. En ella la grasa representa nada menos que hasta el 50 por 100 en ocasiones de todo el peso del hígado. Esta enfermedad es progresiva y causa la muerte si no se trata con los medios adecuados. Si se administra la cantidad de proteínas suficientes, la enfermedad cura. Por otra parte, es importante también tener presente que cuando los niños sobreviven a la enfermedad desaparece totalmente el hígado graso, adquiriendo éste un aspecto normal. También es importante señalar que en ellos no aparece nunca cirrosis nutritiva como consecuencia de su enfermedad [Wacerlow y colaboradores (84)].

Se pensó, en conexión con todos estos hechos, que el alcohol produciría infiltración grasa del hígado solamente si aparecía una inadecuada cantidad de proteínas en la dieta del sujeto. Se sabe que cuando se da alcohol a ratas con una dieta proteica alta o con colina el hígado no se infiltra de grasa. Sin embargo, se puede obtener acúmulos grasos en los hígados de ratas si beben mucho alcohol, incluso aunque la dieta sea nutritivamente adecuada, según indican Lieber y cols. (85). Pero además los agentes lipotrópicos no impiden la acumulación de grasa después de una dosis de alcohol suficientemente grande, según indican Hartroft y cols. (86). Se sabe, por otra parte, desde los estudios de Rubin (87) y Lieber (88), que en las biopsias de voluntarios humanos que ingieren cantidades de alcohol por debajo de la concentración de 100 a 150 mgs./decilitro de sangre, que se considera «intoxicación legal» en los Estados Unidos, aparecen hígados grasos.

Se temió durante un cierto tiempo que el hígado graso alcohólico favoreciera la ulterior aparición de cirrosis, tal como pensaba Hims-worth (89). Se sabe hoy en día que esto no es cierto y que el hígado graso producido por el alcohol es completa y totalmente reversible, volviendo totalmente a la normalidad cuando el sujeto deja de beber. Sin embargo, ha habido numerosos investigadores que han tratado de estudiar algún medio para prevenir la esteatosis hepática producida



por el alcohol. Así, por ejemplo, Jones y cols. (52) han podido objetivar que cuando las ratas comen una dieta con alto contenido en grasa se acumula mayor cantidad de dicha sustancia en sus hígados que cuando estas ratas comen menos cantidad de grasa dándoles la misma cantidad de alcohol que a las ratas del grupo anterior. Por ello se recomienda a los sujetos alcohólicos crónicos que procuren tomar la menor cantidad posible de grasas. Sin embargo, Scheig y cols. (92) y el propio Jones (59), en otra serie de experiencias, han visto que la aparición de hígado graso se dificulta, pero no se impide con la reducción de grasas en la dieta. En las experiencias antes citadas de Lieber y de Rubin y cols. ya veíamos que aunque la dieta con poco contenido en grasa y con mucho contenido en proteínas no previene el acúmulo de grasa en el hígado de voluntarios humanos biopsiados en estas condiciones, sin embargo, en el hígado de los sujetos que beben alcohol y toman en su dieta muchas grasas el acúmulo hepático es dos veces mayor que en el de los sujetos que no toman grasas.

Sin embargo, nuestra experiencia coincide con la de Volwiler y cols. (93) e indica que aunque teóricamente el contenido de grasa en la dieta puede ser interesante, en la práctica médica bastan las medidas de protección hepática y la suspensión del alcohol para que la mejoría de la lesión alcohólica hepática puramente esteatótica regrese a la normalidad, incluso aunque tome gran cantidad de grasas en su dieta. De ello tenemos bellos ejemplos en nuestros casos de biopsias hepáticas, antes y después de la supresión terapéutica del alcohol. Es quizá interesante en este momento indicar que la grasa en el hígado no solamente se acumula en los hepatocitos, sino también en unas células especiales que acumulan grasa y que han sido llamadas «lipocitos». Estos lipocitos, que han sido descritos recientemente por Bronfenmajer y cols. (60), carecen de función conocida en el hombre.

4.b. *Síndrome de Zieve*

Cuando la infiltración grasa hepática de origen alcohólico se acompaña de hiperlipemia, ictericia y anemia hemolítica recibe el nombre de síndrome de Zieve. Este síndrome fue descrito por primera vez en 1958 por el autor que lleva su nombre (94) y confirmado posteriormente por Kessel y cols. (95), por Smith y cols., por Strom y cols. (96)

y por Petite y cols. (97). Nosotros mismos (15) hemos descrito casos de este síndrome.

Está definido por la asociación de ictericia de evolución especial, a la que luego nos referiremos, con una hiperlipemia notable que a veces puede dar aspecto turbio o incluso blanquecino al suero, con gran aumento de la colesiterina sérica, sin inversión de relación ester-total, y una anemia muy marcada que presenta la característica particular de ser de mecanismo hemolítico. La principal molestia objetiva de estos enfermos consiste en crisis paroxísticas de dolores cólicos abdominales que en ocasiones pueden adquirir gran intensidad, y desde el punto de vista anatomopatológico se caracteriza por la existencia de una esteatosis hepática con pruebas alteradas de función hepática que evoluciona por brotes al igual que la ictericia. Parece fuera de duda que en estos brotes ejerce una importancia etiológica marcada el alcohol, hecho sobre el que luego insistiremos. Si bien la esteatosis suele evolucionar favorablemente, se han descrito casos, como los de Martini y Dolle (98), de eventual transformación cirrótica.

El síndrome es interesante desde el punto de vista pronóstico y terapéutico, pues su tratamiento adecuado lleva a la curación del mismo, pero sobre todo es importante porque plantea una serie apasionante de problemas fisiopatológicos. De entre ellos hay algunos que merecen una consideración especial. Analicemos someramente los siguientes:

1. ¿Qué relación tienen los síntomas clínicos con el etilismo?
2. ¿Qué relación hay entre la hiperlipemia y la hemólisis?
3. ¿A qué se debe la hiperlipemia?
4. ¿A qué se debe la hemólisis?

Respecto a la relación del etilismo con las lesiones hepáticas, ya hemos dicho anteriormente una serie de consideraciones. Pensamos, sin embargo, que la inclusión de un cuadro esquemático podría facilitar la comprensión del problema (cuadro 4).

**Cuadro 4.—Principales manifestaciones del «hígado
alcohólico»**

Núm. 1. Hígado graso I	Núm. 2. Hígado graso II	Núm. 3. Ictericia con o sin obstrucción
Sin ictericia ni insuficiencia hepática.	a) Con obstrucción. b) Eventualmente, con hiperlipemia y anemia hemolítica. (Síndrome de Ziéve.)	a) Con infiltración grasa con alteración inflamatoria y degeneración. b) A veces con fibrosis o cirrosis 2. ^a c) A veces con síndrome de Ziéve 2. ^a Recibe muchos nombres: Gall.—Hepatitis tóxica. Hurst.—Hepatitis alcohólica aguda. Thaler.—Hepatitis sobre hígado graso. Phillips y Davidson.—Insuficiencia hepática del alcohol. Popper.—Cirrosis florida. Caroli.—Distrofia hepática alcohólica subaguda.
Si continúa la ingestión alcohólica Núm. 4. Cirrosis tipo Laenec o postnecrótica (raro)		

4.c. *Cirrosis hepática*

El alcohol y sus acciones sobre el hígado puede seguir una vía que llamaremos «directa» o bien una vía «indirecta», al causar anorexia, gastritis, déficit alimenticio, vitamínico, de factores lipotrópicos, etc. Cuando por una u otra vía se constituye el «hígado alcohólico» y éste evoluciona en un sentido progresivo podemos encontrarlos en el curso ulterior del proceso con una serie bastante notable de posibilidades. En primer lugar, según algunos autores, se puede observar la aparición de una cirrosis de Laënc, a la cual se puede desembocar directamente o bien a través de los estadios tercero y cuarto del esquema si el sujeto sigue ingiriendo alcohol. Por supuesto, si sobre el «hígado alcohólico» se añaden algunos factores tóxicos para el hígado, virus, carencias, etc., se precipita este tipo de evolución hacia la cirrosis, que en raras ocasiones, si la agresión es violenta, puede incluso adoptar el carácter de postnecrótica.

Pero además de este tipo de evolución hacia la cirrosis, que es muy cuestionable y que nosotros creemos que no se habitualmente por la sola influencia del alcohol, siendo necesaria la concurrencia de otros factores, el hígado alcohólico puede evolucionar en el sentido de producir un hígado graso no cirrótico. Dentro de él caben dos posibilidades: de una parte, la ya anteriormente descrita como «hígado graso» simple, o bien apareciendo en clínica con un síndrome discretamente obstructivo sin que se objetiven grandes alteraciones degenerativas o inflamatorias. En ocasiones, según indican Sataline y colaboradores (99), la ictericia obstructiva es notable e incluso se acompaña, según indican Ballard y Bernstein (100), de alteración en las pruebas de función hepática. El cuadro clínico en algunos casos llega a ser superponible al de una colostasis intrahepática. Un grupo aparte en la evolución del «hígado alcohólico» lo constituyen aquellos casos en los cuales la ictericia es el síntoma predominante. La aparición de ésta puede ser aguda o crónica, y en este caso precederse durante un cierto tiempo de síntomas entre los cuales P. Livingstone y colaboradores (101) subrayan una anorexia, y Green y cols. (102) incluyen en la fiebre vómitos y molestias abdominales vagas. La evolución de esta forma especial de «hígado alcohólico» puede degenerar hacia la fibrosis, que no es igual que la cirrosis, o hacia el síndrome de Ziève. Este tipo evolutivo de hígado alcohólico ra recibido distintos



nombres, y así Carolli y cols. (103) lo llaman «distrofia hepática subaguda»; Hurst (104) lo llama «hepatitis aguda por alcohol»; Philips y Davidson (105) lo llaman «insuficiencia hepática aguda del alcohólico»; Popper y cols. (106) lo llaman «cirrosis florida», y Thales lo llama «hepatitis con hígado graso». Todas estas denominaciones nos demuestran que los límites de esta forma evolutiva no son claros y recortados, sino que dentro de ella se imbrican una serie de posibilidades diversas.

Otro punto poco claro en estos enfermos es el de la hiperlipemia, sus causas y la relación que pueda tener con la insuficiencia funcional del hígado. Existen múltiples causas de hiperlipemia, desde la hiperlipemia esencial de Bürger y Grutz, pasando por las hiperlipemias alimenticias, o aquellas otras por defecto de aclaramiento plasmático o por exceso de aporte endógeno al plasma [Merchante y colaboradores (107)], hasta las hiperlipemias que aparecen en las cirrosis biliares, de las que recientemente hemos publicado un estudio (108). Dentro de estos cuadros, el síndrome de Zìève es difícil de encajar, pues aunque es cierto que algunas de las variaciones de los lípidos del plasma en estos enfermos puede deberse en algún caso a un grado variable de pancreatitis y a los efectos de los excesos alcohólicos, no existe seguridad sobre estos hechos, y así, por ejemplo, Vogel y Zìève (72) ven los lípidos normales en cinco casos de pancreatitis experimental, y, sin embargo, otros autores producen hiperlipemia experimental en perros [Losorosi y cols. (73)] y en conejos (Kessler).

En la clínica algunos autores, como Wang y cols., la ven elevada en las pancreatitis, y otros la ven elevada en las ingestiones de alcohol. Lisowski y cols., Kessler y cols. y Jones y cols. también la ven elevada.

Por lo que hace referencia a la anemia, es interesante recordar que, como indican Kart y cols. (74) y Cawein y cols. (75), es relativamente frecuente en enfermedades hepáticas, y sobre ella tenemos los trabajos de Sheeny y cols. (74), los de Krasnow y cols., los de Hymann y cols. (77), etc. Respecto a la existencia de anemias hemolíticas en enfermos hepáticos, se sabe hoy en día que hay una dinámica eritrocitaria, según indican Jandel y cols. (73) y Hall (79). Algunos autores como Jandel piensan que esta hemólisis pueda ser debida a un defecto enzimático y ven disminuido el valor del glutatión en los

eritrocitos. Nosotros hemos visto una evidente disminución del contenido en colinesterasas de los hematíes en el estroma de los mismos.

4.d. *La hepatitis alcohólica*

Pero además de la esteatosis alcohólica o infiltración grasa del hígado, de la que hemos mostrado ejemplos anteriormente, y de la situación clínica conocida con el nombre de Ziève, en clínica hemos observado numerosas veces la presencia del cuadro conocido con el nombre de «hepatitis alcohólica». ¿Qué entendemos como hepatitis alcohólica?

En los últimos años se han utilizado una variedad numerosa de términos para describir la enfermedad hepática aguda que aparece en los alcohólicos crónicos. Mallory (85) habla de cinco condiciones desde las cuales se puede llegar a la cirrosis, hablando entre ellas de la hepatitis alcohólica. Volwiler habla de cirrosis grasa. Phillips y colaboradores hablan de insuficiencia hepática aguda del alcohólico crónico. Gall habla de la «hepatitis tóxica». Popper y cols. (81) hablan del hígado graso con hepatitis aguda e ictericia. En otra publicación el propio Popper (82) habla de cirrosis florida. Zimmerman habla de «esteatonecrosis». Edmondson y cols. (83) hablan de necrosis esclerosante hialina. Pero el término que más se ha extendido ha sido el de «hepatitis aguda alcohólica», tal como la llaman Green y cols. (84) y Pecett y cols. (85).

Se trata de aquellos casos en los cuales la lesión ultraestructural producida por el alcohol lleva a necrosis del parénquima e inflamación. Davidson (86), aparte de Peckett y Popper, indican que el diagnóstico morfológico de la hepatitis alcohólica depende de la presencia de grasa y de cuerpos alcohólicos hialinos en los hepatocitos. Sin embargo, Galamboss opina que el curso clínico de la hepatitis alcohólica en los alcohólicos crónicos es el mismo, independientemente de que en la biopsia hepática aparezcan cuerpos hialinos y grasa o no. La esteatosis es la lesión más común, y los cuerpos hialinos son los más característicos de la hepatitis alcohólica. Sin embargo, no parece apropiado que solamente se use esta lesión como el criterio morfológico diagnóstico, y así, por ejemplo, Volwiler y cols. (87) consideran que los cuerpos hialinos son sólo un estado de la degeneración hepatocelular de la hepatitis alcohólica, aunque ciertamente es la imagen morfológica más caracterizada de dicha enfermedad.



Sería importante estudiar ahora quién desarrolla hepatitis alcohólica. La reversibilidad de los cambios ultraestructurales hepáticos, a los que luego haremos referencia, de las células del hígado en el bebedor ocasional es completamente similar a la observada en los alcohólicos crónicos son y sin hepatitis alcohólica, tal como indican Rubin y cols. (88). Otros autores, sin embargo, como Klion y colaboradores (89), describen toda una serie de diferencias cuantitativas y cualitativas en estos cambios entre los sujetos con hepatitis alcohólica y aquellos otros que solamente beben esporádicamente. Realmente la progresión desde la lesión hepatocelular incipiente a las lesiones severas depende de factores extrínsecos (fundamentalmente a la alimentación) o de susceptibilidad individual. Viel (90) y cols. y Libach y cols. (91) opinan que la lesión hepática está relacionada con la duración y la cantidad de la ingestión alcohólica. Sin embargo, nosotros no hemos podido establecer una correlación proporcional, habiendo encontrado casos de severa lesión hepática en sujetos poco bebedores y, en cambio, otros numerosos sujetos extremadamente bebedores sin lesión hepática alguna. Estos datos son confirmados por Galambos y por otros varios autores.

Algunos autores piensan que sería un índice pronóstico bueno la elevación de transaminasas en suero después de la ingestión alcohólica. Sin embargo, tal como indica Galambos (63), hay que ser cauto, puesto que el alcohol puede provocar lesiones musculares que sean responsables de la elevación de la SGOT. El pronóstico de los enfermos con hepatitis alcohólica parece, según se desprende de los trabajos de Phillips (105), Popper y cols. (106) y Edmondson (110), que es bastante sombrío. Sin embargo, las recientes investigaciones de Christoffer y cols. (96) parecen introducir bastante más optimismo, dentro del pesimismo generalmente reinante.

En un reciente trabajo de J. P. Galambos (63) se afirma taxativamente que todos los enfermos con hepatitis alcohólica que beben alcohol durante la misma evolucionan hacia la cirrosis.

Ahora bien, a pesar del cúmulo de observaciones hasta aquí descritas se ignoraba totalmente cuáles fueran las primeras lesiones que el alcohol causa en el aparato digestivo y su evolución ulterior, y juzgamos que sería interesante planear algunos estudios experimentales con este objeto.

4.c. Estudios de experimentación animal

Por todo lo hasta aquí dicho, y con el fin de aclarar las fases iniciales de la lesión alcohólica, programamos el estudio paralelo en la experimentación animal y en la clínica humana de las situaciones de intoxicación etílica aguda y de sobrecarga etílica crónica; desde el punto de vista clínico, el material experimental consistió en dos grupos de sujetos voluntarios. El primero de ellos era un grupo amplio de sujetos internados en una institución psiquiátrica con el diagnóstico de alcoholismo crónico y que voluntariamente se prestaron a ser estudiados en relación con la normalidad o enfermedades de su aparato digestivo. Un segundo grupo también numeroso de sujetos que habían sido internados con el diagnóstico de *delirium tremens*, es decir, de accesos agudos psicopáticos, consecuencia de la ingestión masiva y reiterada de alcohol. Estos sujetos también se prestaron voluntariamente a un estudio de la situación de su normalidad o anormalidad de sus aparatos digestivos.

En relación con los animales de experimentación hemos estudiado más de 200 ratas de raza Vister, que al comienzo de la experimentación tenían aproximadamente cinco meses y un peso que oscilaba entre 200 y 250 gramos. En el primero de ellos hemos tratado de reproducir las condiciones de ingestión alcohólica masiva durante largo tiempo. Para ello a los animales de este lote se les administra una comida cualitativa y cuantitativamente normal, pero solamente se les permitió beber aguardiente con una concentración alcohólica del 49,66 por 100. En estas condiciones se mantiene a los animales durante un año, al cabo del cual son sacrificados y examinados.

En el segundo grupo hemos tratado de reproducir los efectos de una sobrecarga masiva brusca en un sujeto crónicamente intoxicado. Para ello a los animales de este lote se les mantiene bebiendo exclusivamente aguardiente de la concentración alcohólica antes citada durante tres meses, al cabo de los cuales son sometidos a una sobrecarga brusca de alcohol inyectándoles 1 c.c. intraperitonealmente. Sabemos que la absorción por la vía intraperitoneal es prácticamente tan rápida como por vía intravenosa. Los animales en estas condiciones son sacrificados y examinados.

Al tercero de los grupos se le administra una inyección intraperitoneal de 1 c.c. diario cinco días por semana. En estas condiciones

experimentales persisten durante doce semanas, al cabo de las cuales son sacrificados y examinados.

Al cuarto lote de ratas se les provoca una sobrecarga brusca, pero en lugar de por vía intraperitoneal, por vía digestiva, introduciéndoles en su estómago, a través de una sonda, 1 c.c. por kilo de peso de la concentración alcohólica al 50 por 100. En este lote se hacen cuatro subgrupos, sacrificándose los animales a las cuatro, seis, doce y veinticuatro horas de la sobrecarga etílica.

Finalmente el quinto grupo es sometido a una sobrecarga por vía digestiva a través de sonda de 1 c.c. por 100 gramos de peso, repetida tres veces en veinticuatro horas, sacrificando a continuación al animal.

En cada uno de estos seis grupos de estudio hemos determinado una serie de valores para poder compararlos, analizando los hallazgos obtenidos con el fin de averiguar las acciones que el alcohol tiene sobre el aparato digestivo en las fases de absorción y de transformación y más concretamente sobre estómago, intestino e hígado.

En este sentido, en los enfermos hemos estudiado (4) los aspectos endoscópicos mediante fotografía de la mucosa del estómago en vivo a través del fibroscopio de fibras ópticas, mediante el estudio radiológico del estómago, el duodeno y el intestino y mediante el estudio bióptico de la morfología del estómago e intestino, observando la pieza tomada tanto en el microscopio de luz como en el microscopio electrónico. Hemos estudiado asimismo, como aspectos funcionales más importantes del estómago e intestino, la secreción clorhídrica y la digestión intestinal, y asimismo la absorción isotópica con trioleína marcada y la absorción con ácido oleico marcado isotópicamente.

Para valorar la situación del hígado de los enfermos, además de los signos clínicos de ictericia, tamaño de hepatomegalia, presencia o ausencia de esplenomegalia y alteraciones endocrinas y cutáneas, hemos valorado analíticamente las pruebas de floculación, la retención de la bromofenolsulfaleína, valor de la colemia y de sus fracciones, tiempo de protrombina, transaminasas glutámico-oxalacética y glutámico-pirúvica, fosfatasas alcalinas, colinesterasa, sideremia y cuprenia, miliequivalentes en sangre de sodio, potasio, calcio y fósforo, reserva alcalina, espectro electroforético de las proteínas del plasma, lipidemia y colesterinemia, recuento, fórmula, velocidad de sedimentación y análisis elemental de orina.

En todos ellos hemos determinado cuantía del flujo hepático, gammagrafía isotópica del hígado y biopsia hepática, examinando la pieza obtenida tanto al microscopio de luz como al microscopio electrónico.

En los animales de experimentación hemos determinado contenido de transaminasas glutámico-oxalacética y glutámico-pirúvica, y asimismo de aldolasa y de láctico-dehidrogenasa en suero y contenido de estas cuatro enzimas en el homogenado de animales. Desde el punto de vista morfológico estudiamos con el microscopio de luz y con el ultramicroscopio electrónico el estómago, intestino e hígado.

Hemos intentado establecer las correlaciones clinicoexperimentales, analíticas y morfológicas, tratando de averiguar si el alcohol produce alguna lesión en el organismo humano, y en caso positivo, depurar cuál sea la lesión inicial que la droga causa.

Veamos sucintamente las alteraciones que hemos hallado en cada uno de estos cuatro grupos.

En primer término, el grupo de ratas intoxicadas crónicamente.

Es curiosa la facilidad con que una rata se vuelve adicta al alcohol. A partir de la primera semana el animal se habitúa a la ingestión de la droga y en muy poco tiempo la privación de la misma le produce graves alteraciones. Bajo el efecto de la droga el animal se vuelve irritable y altamente agresivo, de forma que el manejo del mismo se torna peligroso. El animal vuelve su agresividad hacia sus compañeros de jaula, a los que ataca violentamente, llegando a darles muerte. No contento con ello, el animal produce en su cuerpo grandes destrozos que llegan a la práctica de mutilaciones canibalescas. Junto a ello el animal, de suyo pacífico y silencioso, se revuelve contra la mano del experimentador que trata de sacarle de la jaula, siendo necesario en esta fase el uso de gruesos guantes para protegerse de las finas mordeduras de estos animales experimentales. Simultáneamente el animal pierde su carácter habitualmente silencioso hasta el extremo de haber tenido que aislarles en un pabellón alejado del habitual debido a que sus gritos nocturnos impedían el reposo en habitaciones próximas.

Tras una primera fase en que todos estos signos son claros y ostensibles, el animal se transforma, se vuelve relativamente apático e indiferente. Disminuye grandemente su apetito y le aparecen unas curiosas alteraciones tróficas en la piel caracterizadas por un pelo ralo,



descamación de la cola y pérdida de la lustrosidad general del cuerpo. En esta situación persiste hasta que el animal es sacrificado.

La adicción a la droga en estos animales tuvo una manifestación por demás curiosa. Durante el transporte de los mismos para ser examinados al microscopio electrónico se produjo la rotura del recipiente que contenía el aguardiente de orujo de concentración 49,66 por 100 de alcohol. En vista de ello intentamos darles a beber coñac de alta graduación, que los animales rechazaron sistemáticamente, así como vino de Jerez, siendo necesario proceder al sacrificio de los mismos ante el temor de que se alteraran las condiciones experimentales por negarse los animales a beber ningún otro líquido.

¿Cuáles han sido los hallazgos objetivos, dejando de lado estas curiosas observaciones que hemos podido constatar en los lotes de animales experimentales y en el estudio de la clínica humana? Estudiaremos sucesivamente los hallazgos analíticos y posteriormente los estructurales y ultraestructurales del estómago, intestino y fundamentalmente hígado, tratando de establecer una correlación entre los obtenidos en los sujetos humanos examinados y en los animales de experimentación, para ver si podemos deducir alguna conclusión acerca de las eventuales lesiones que el alcohol puede causar en el organismo y, en caso de que descubramos alguna acción patológica, ver si podemos desprender cuáles son las primeras fases de la misma.

En lo que hace relación al esófago, llama la atención el hecho de que en la exploración radiológica nueve de cada 10 enfermos estudiados presentaban alteraciones y asimismo se confirmaba endoscópicamente en siete de cada 10 enfermos. Las curiosas alteraciones radiológicas consisten en la aparición de una evidente hipotonía. En ningún caso existían divertículos esofágicos y hernias hiales por deslizamiento, pero no en mayor proporción de lo normal. Endoscópicamente existía esofagitis en siete de cada 10 casos, y en la quinta parte de los enfermos estudiados existía reflujo gastroesofágico. Todos estos hallazgos son naturales si se tiene en cuenta que al fin y al cabo los sujetos tienen como norma habitual la ingestión de un cuerpo irritante como es el alcohol etílico. Es muy curioso, sin embargo, que solamente en tres de cada 10 enfermos explorados existía pirosis, siendo así que, al menos en teoría, la esofagitis y el reflujo deberían producirla. Ello es debido, a nuestro juicio, a dos circunstancias: la primera, la de que la inflamación producida por el alcohol es muy superficial, de aparición muy lenta, de instaura-

ción crónica, y por ello los mecanismos defensivos dolorosos no son tan intensos. En segundo lugar existe la posibilidad de que el alcohol tenga una cierta acción anestésica sobre la mucosa inflamada, impidiendo así la aparición de la pirosis.

En lo que hace referencia al estómago, la extrapolación de los resultados experimentales con los obtenidos en clínica humana permite observar algunos hechos interesantes.

En primer término, el estudio radiológico de los enfermos etílicos crónicos permite observar lesiones en ocho de cada 10 pacientes. Estas lesiones consisten en nichos ulcerosos de diversa localización, tanto gástrica como duodenal, o en deformaciones bulbares sugerentes de una irritación y eventual erosión del órgano.

El estudio del BAO y los resultados de la prueba de estimulación gástrica con dosis máximas de histamina (MAO) arrojaron valores inferiores a los normales en siete de cada 10 casos estudiados.

La visión directa de la mucosa del estómago en vivo permitió objetivar imágenes de gastritis en nueve de cada 10 casos. En cuatro de las gastritis aparecían imágenes erosivas y en ellos se apreciaban además pliegues hipertróficos. Dos de ellas tenían el aspecto de gastritis atrófica y el resto parecían simples gastritis superficiales. El estudio con microscopía de luz de las biopsias obtenidas de la superficie del estómago permitió confirmar la presencia de estas gastritis en algunos de los casos, mientras que curiosamente en la mayoría existía una disociación macroscópica-microscópica, de forma que a pesar de que superficialmente había imagen de gastritis, el estudio histológico era normal.

La microscopía electrónica no añadió más datos de interés a la microscopía de luz. Aun en el caso de la gastritis atrófica, el estudio de las células glandulares restantes no demuestra alteraciones de éstas. Sin embargo, pensamos que debemos insistir en el estudio de más casos para llegar en este sentido a conclusiones definitivas.

En los animales experimentales se confirman estos resultados y asimismo se deducen algunos otros hechos curiosos. En primer término, que es necesario una acción prolongada y tóxica de la droga para producir las acciones nocivas sobre el estómago. Así, por ejemplo, en los animales sometidos a sobrecarga intraperitoneal durante doce semanas, tanto el estudio macroscópico como microscópico en el microscopio convencional y en el microscopio electrónico del estómago resultó completamente normal. En los animales, en cambio,

en los que se producía la ingestión de alcohol por la boca, se ven aspectos del estómago congestivos con erosiones y hemorragias superficiales, y al microscopio de luz se ve en algunas ratas una disminución del grosor normal de la mucosa gástrica en la porción mucosa del estómago, que, como se sabe, ocupa la parte más distal del órgano de estos roedores (5).

El intestino delgado ha sido otro de los órganos incluidos en nuestro estudio. En este sentido hay que señalar, en relación con el estudio clínico y anamnéstico de los enfermos, que no se obtiene ningún dato de lesión intestinal. No existen en ellos cólicos, diarreas, retortijones, rectorragias ni ningún otro síntoma achacable a su intestino.

En lo que hace referencia a su estudio coprológico, la digestión de los hidratos de carbono es normal en la mayoría de los casos y sólo en tres hay escasos gránulos de almidón extracelular.

La absorción de las grasas es normal en todos los casos excepto en uno que tenía un patrón de esteatorrea a expensas de la grasa neutra.

La digestión de las proteínas es normal salvo en tres casos, en que aparecen escasas fibras musculares sin atacar.

En lo que hace relación a la absorción isotópica de la trioleína marcada con yodo¹³¹, podemos observar que es normal absolutamente en todos los casos. Asimismo los valores de absorción del ácido oleico marcada con yodo¹³¹ es completamente normal, no presentando ninguna otra alteración.

La radiología, en cambio, muestra aspectos patológicos, y si bien en el 60 por 100 de los casos el tránsito es normal, en los restantes existen alteraciones del tipo de enteritis, con imagen en nevada y en pila de platos, y con distonía. Nos ha llamado la atención la evidente hipotonía del duodeno en varios casos, hecho que hemos tenido ocasión de observar reiteradamente.

Desde el punto de vista microscópico, el estudio de las biopsias obtenidas permitía observar muy discretas alteraciones, objetivándose solamente alguna discreta disminución de los Villis, que estaban aplanados y engrosados, y en la submucosa había una evidente infiltración linfoplasmocítica polinuclear, como es característica de las enteritis inespecíficas.

En los casos que presentaban lesiones se pudo observar en el microscopio electrónico la desaparición de las microvellosidad del

revestimiento celular, existiendo un número muy escaso de las mismas. La porción más superficial de las células aparece ocupada por vesículas del retículo, múltiples, dilatadas. Por debajo de ellas se ven los núcleos y las mitocondrias normales. En otros campos aparecen dilatadas, y junto a ellas, gran número de células macrofágicas.

El estudio rectosigmoideoscópico fue completamente normal en todos los casos en que se realizó.

Del estudio realizado sobre intestino se puede concluir sin lugar a dudas que en algunos casos de intoxicación etílica crónica hay lesión de intestino delgado.

Esta lesión se manifiesta no tanto en el déficit funcional (puesto que las exploraciones de absorción selectiva mediante el estudio de residuos alimenticios en estos enfermos están relativamente normales), sino especialmente en las lesiones radiológicas y en las anatomopatológicas. Recientemente, Kent y cols. ven que no hay una correlación entre la alteración de la morfología y la alteración de la función intestinal.

En relación con las imágenes radiológicas no sólo se aprecian las alteraciones del tránsito, sino que en todos los casos hay lesión mucosa evidente, como se demuestra por las imágenes en nevada, dilatación de asas, imágenes en pila de platos, etc., dando imágenes parecidas las descritas por Swischuk y cols. con el nombre de engrosamiento generalizado de la mucosa del intestino delgado. Habría que concluir que estos sujetos son portadores de una enteritis del delgado, más o menos marcada, y que el hecho de que no se manifiesten en clínica por diarreas se debería al conocido fenómeno, descrito por London, de la compensación cólica. Quizá este punto de vista se refuerce si pensamos que la rectosigmoidoscopia era normal en todos los casos. Dentro del cuadro radiológico lesional del intestino delgado nos llama la atención, en dos casos, la existencia de una evidente hipotonía duodenal, quizá en relación con la lesión vegetativa producida por el tóxico.

En algunos enfermos estudiados la lesión no sólo es funcional, sino también estructural, como se demuestra por la alteración de los Villis y la infiltración inflamatoria de la mucosa intestinal. La ultraestructura evidencia que la lesión más intensa y probablemente más precoz se localiza en la membrana, con destrucción de los microbios y alteraciones muy marcadas del retículo endoplasmático en la porción adyacente a la membrana; en cambio, al menos en

esta fase, el núcleo y las mitocondrias de estas células en cepillo no demuestran alteraciones en su aspecto.

Estudios posteriores a los nuestros realizados por Rubin y colaboradores (109), administrando crónicamente alcohol como sustitución isocalórica de los carbohidratos de la dieta a voluntarios, les ha permitido observar alteraciones ultraestructurales llamativas en el intestino delgado. Existen anormalidades de las mitocondrias y dilatación del retículo endoplasmático y del aparato de Golgi en el yeyuno y en los Villis del íleo de las ratas. Cambios similares se encuentran en las células de las criptas y en los Villis de voluntarios humanos tras la administración de etanol en las mismas condiciones. Los sujetos experimentados exhibían también degeneración citoplásmica focal. Estas alteraciones son similares a las producidas por el etanol en el hígado y sugieren que el etanol es lesivo para el intestino delgado incluso en ausencia de deficiencias nutritivas, tal como ya habíamos podido observar nosotros en el estudio de los sujetos con intoxicación etílica crónica.

Hemos intentado asimismo un estudio de las repercusiones pancreáticas que puedan desarrollarse tras la ingestión de alcohol.

Se han realizado gammagrafías y arteriografías, y al mismo tiempo, determinación de la digestión como prueba más específica. Particularmente se ha tratado de investigar la acción de los fermentos digestivos sobre la función endocrina del páncreas.

En este sentido nos ha sido útil la determinación de las absorciones de trioleína marcada y de ácidos grasos marcados isotópicamente.

Se ha podido observar en la exploración clínica que no existe auténtica pancreopatía crónica en estos enfermos. La digestión de los principios inmediatos es prácticamente normal y por otra parte no existe alteración ostensible gammagráfica ni arteriográfica que nos permita afirmar la existencia de una pancreopatía crónica en sujetos con ingestiones etílicas normales.

No hemos podido extrapolar los estudios experimentales con los clínicos, pues el estudio del páncreas de los animales de experimentación no ha sido posible por razones técnicas.

Queda finalmente por depurar la posible lesión que en el hígado se produzca por el alcohol.

En este sentido hemos estudiado muy detenidamente la historia clínica, analítica y exploratoria de los pacientes, completándola con

los estudios morfológicos, microscópicos y ultramicroscópicos y extrapolando los resultados obtenidos en los diversos lotes de animales de experimentación a los enfermos.

Desde el punto de vista clínico hemos visto la posible sintomatología descrita en la literatura como dependiente de la ingestión etílica, y así hemos observado casos de síndrome de Ziève (6) con la típica esteatosis hepática, con la típica anemia hemolítica y la típica hiperlipemia.

Hemos observado también una serie de casos de hepatitis aguda alcohólica, algunos de ellos falsamente confundidos con hepatitis viral, y en los que un estudio detenido ha podido confirmar la naturaleza etiológica del proceso.

Independientemente de ello hemos podido constatar también la presencia de una dislipemia clínica, con esteatosis hepática, que revierte a la normalidad al privarse de la droga.

¿Cuáles han sido nuestros resultados experimentales sobre el hígado?

Se sabe desde muy antiguo que el alcohol es un tóxico para el hígado enfermo, y así, por ejemplo, los trabajos de Edmonson y colaboradores (110), de Mainget y cols. (111), de Lunit y cols., etc., no dejan duda sobre estos extremos. Se sabe también que en las cirrosis de Laënc la ingestión alcohólica tiene una cierta importancia, como han demostrado, entre otros, los trabajos de Piesbergen y colaboradores (112), Frank y cols. (113), etc. Sin embargo, se piensa que no basta la ingestión alcohólica para la producción indefectible de cirrosis, siendo de esta opinión Takada y cols. (114), Volvier y cols. (115), Patet y cols., etc., y que son necesarios algunos factores coadyuvantes. Incluso se afirma hoy en día que la administración de alcohol a los cirróticos en cantidades dosificadas es útil para la evolución clínica de estos enfermos, como llegaron a afirmar Summerkill y cols. (116) y Reynold y cols. (117).

Pero si el alcohol es nocivo para el hígado enfermo no es cuestión a debatir en este momento. El problema que nos interesó es si el alcohol etílico puede ser nocivo para una persona que carezca de otras agresiones al hígado. ¿Qué podemos contestar de tan apasionante problema a la luz de nuestros estudios experimentales?

Veamos en primer término lo que se concluye del estudio clínico, analítico y morfológico de nuestra experimentación clínica.

En este sentido es interesante subrayar que sólo dos de cada 10

enfermos etílicos crónicos estudiados tenían un patrón estructural cirrótico en el microscopio de luz; por el contrario, con el microscopio electrónico se observaron una serie de alteraciones del máximo interés. En primer término se pudo ver cómo el citoplasma de los hepatocitos estaba ocupado por un gran número de vesículas de lípidos, entre las que se observaban un núcleo pequeño y retraído y escasa cantidad de mitocondrias y retículo endoplasmático. Llama la atención una intensa dilatación del retículo endoplasmático liso y que ocasionalmente las vellosidades del conductillo biliar se encuentren edematizadas. Los espacios de Disse están ensanchados, las células de Kuppfer están proliferadas y sus prolongaciones se disponen en varias capas. Las vellosidades de los hepatocitos están muy disminuidas y únicamente se observan en algunos puntos.

En las alteraciones analíticas es de destacar la disminución de la colinesterasa. Respecto a otros fermentos, Lucasic intenta recientemente valorar el efecto del alcohol basado en ciertos *tests* enzimáticos. Contrariamente a la opinión de Piserte, nuestros pacientes tenían hiperlipemias en todos los casos, aunque es interesante destacar que en aquellos en que morfológicamente existía cirrosis los valores absolutos de lípidos totales son menores. No cabe duda de que la hiperlipemia está relacionada con la ingestión alcohólica y no siempre por defecto de la lesión hepática, según ha descrito Mendelhal (108). Algunos autores piensan que estaría en relación con la pancreatitis etílica, hecho que no parece existir en nuestro caso. Pensamos, junto con Comparti, que la hiperlipemia sea más bien por la acción del alcohol en la movilización hepática de las grasas, quizá a través de un mecanismo pancreático aún no conocido.

Es de subrayar el hecho de que el índice más precoz de la afectación hepática parece ser la disminución del flujo sanguíneo, como han visto otros autores estudiando los hígados de porfíricos (Jelavic y Schuller), y asimismo la alteración de la imagen gamma-gráfica, que también se afecta, si bien con menor precocidad que el estudio del flujo hepático medido mediante métodos isotópicos.

En orden decreciente de sensibilidad como índice expresivo de lesión hepática figura el *test* de la BSP, que en los casos de lesión morfológica de cirrosis estaba francamente alterado, hecho en el que coincidimos con Liverman.

Es de notar, sin embargo, que la lesión hepática no fue lo sufi-

cientemente intensa para reflejarse en la electroforesis, en las pruebas de floculación ni en el tiempo de protrombina, lo que parece indicar que estas tres últimas pruebas tan usadas y a las que tanto valor se les concede sólo adquieren una positividad en las fases avanzadas del proceso lesional.

Es curioso que, tal como indican Aron y cols., hay una alteración de la sideremia en una serie de casos de enfermos alcohólicos en los que no se puede pensar en una hemocromatosis. La intervención del hígado en la absorción y metabolismo del hierro es muy marcada; sin embargo, en nuestros casos la alteración de la sideremia es muy poco importante.

Que existen relaciones entre el hígado y el metabolismo del cobre es un hecho sobradamente conocido, y para ello basta recordar la enfermedad de Wilson. Es sorprendente la probable precocidad de dicha alteración, dado que en varios de nuestros casos sin lesión hepática ostensible ya existía hipercupremia. Quizá ésta depende del alcohol más que de la lesión hepática producida por el tóxico.

Como en nuestra serie de pacientes no existía descompensación hidrónica en ninguno de los casos, es congruente que no hayamos encontrado alteraciones en las determinaciones iónicas plasmáticas ni en el equilibrio acidobásico. De todo ello parece deducirse que, independientemente de la lesión cirrótica, el alcohol produce en el hígado de los sujetos estudiados por nosotros una lesión ultramicroscópica, quizá anterior a la esteatosis, y desde luego independiente de ella, y que se caracteriza por una alteración precoz del retículo endoplasmático, del núcleo y de las mitocondrias. Puede existir una lesión hepática ultraestructural sin alteración evidente en el microscopio de luz y sin proyección en las pruebas funcionales habituales. Comparemos ahora estos resultados obtenidos en la investigación de la especie humana con los resultados obtenidos por la administración de alcohol en los animales de experimentación.

En el lote al cual se le inyecta intraperitonealmente alcohol durante doce semanas, tanto al microscopio de luz como al microscopio electrónico se observa una absoluta normalidad de las estructuras hepáticas, siempre y cuando la alimentación haya sido normal. Sin embargo, si en estas mismas condiciones se produce una alimentación deficitaria, se ven una serie de alteraciones muy interesantes. En el hígado se ve macroscópicamente una esteatosis intensa o coloración larvacea del órgano, y en la microscopía de luz se ve una



esteatosis difusa en muchas ocasiones, demostrable con la hematoxilina-eosina, con el aceite rojo y con el Sudán 3. A pesar de la intensa esteatosis, en estos animales está conservada bastante bien la estructura lobulillar.

Al microscopio electrónico se ven alteraciones notables en este lote, y así se puede observar que el núcleo está muy disminuido de tamaño, presentando en muchas ocasiones la peculiaridad de ser muy osmiófilo. En el protoplasma se ven inclusiones lipídicas. A mayor aumento se ve que la vascularización del citoplasma es debida fundamentalmente a una vacuolización de las mitocondrias, en las que además se ven las crestas muy pequeñas y en ocasiones desaparecidas. Entre ellas aparece comprimido el retículo endoplasmático.

Estas primeras investigaciones, que pudiéramos llamar de duración media de sobrecarga, nos permiten concluir los siguientes aspectos: no basta la administración crónica de alcohol sobre el animal sano, sino que es necesario la restricción dietética para producir lesiones hepáticas. Una segunda conclusión interesante es que la lesión primaria puede ser una agresión a diversas estructuras celulares ultramicroscópicas, independientemente de la degeneración adiposa, en contra de la opinión emitida por una serie de autores en las cuales se afirma que la secuencia sería esteatosis-birosis-cirrosis. Nosotros hemos podido comprobar alteraciones ultraestructurales, posiblemente evolutivas independientes de la adiposis, y por otra parte la clínica nos ha permitido demostrar que las adiposis etílicas revierten a la normalidad con la simple privación de la droga.

Como pensamos, por otra parte, que el problema de la secuencia adiposis-fibrosis-cirrosis es de suficiente trascendencia práctica, planeamos la permanencia de los animales experimentales con sobrecarga oral intensa durante un año. A este fin ya indicábamos con anterioridad que mantuvimos a ratas con una alimentación normal, pero bebiendo exclusivamente aguardiente con una concentración alcohólica del 49,66 por 100. Al cabo de un año los animales fueron sacrificados y de su hígado se hicieron cortes histológicos para microscopía de luz, mediante congelación e inclusión en parafina y tinción con las técnicas habituales de hematoxilina-eosina, Sudán 3, PAS e impregnación para reticulina. Los fragmentos utilizados para microscopía electrónica fueron fijados en tetróxido de osmio al 1 por 100 en solución tampón de veronal sódico durante dos horas

a 4° C. e incluidos en destopal W. Mediante un microtomo LKB 3 se obtuvieron cortes ultrafinos que después de teñidos con acetato de uranilo y nitrato de plomo fueron examinados con el microscopio electrónico 6EM9A.

El estudio histológico de estos animales con el microscopio de luz reveló una estructura hepática lobulillar conservada en todos ellos; no obstante, se advierten ligeras irregularidades en la forma, tamaño y apetencia cromática de los núcleos de los hepatocitos y un moderado número de gotas lipídicas en los citoplasmas de los hepatocitos de la zona central y media de los lobulillos. También se apreciaron algunas vacuolizaciones citoplasmáticas que no muestran apetencia por los colorantes específicos para las grasas. Estas alteraciones no revisten igual intensidad en todos los animales, pues mientras que en unos son poco manifiestas, en otros adquieren mayor relieve.

La observación con el microscopio electrónico de los hígados de ratas demuestra una serie de alteraciones ultraestructurales que difieren en intensidad de un caso a otro, de igual manera que ocurre en las imágenes que nos muestra el microscopio de luz. Los citoplasmas de los hepatocitos presentan abundantes gotas lipídicas distribuidas difusamente, el retículo endoplásmico aparece considerablemente dilatado y se advierte una pérdida de los ribosomas adosados a sus paredes. Las mitocondrias muestran en general una moderada tumefacción, a pesar de que en algunas células conservan sus dimensiones próximas a los límites normales. Las más tumefactas poseen un número mayor de crestas. Otro hallazgo importante es el incremento del número de lisosomas y la aparición de muchos de ellos con un manifiesto carácter de actividad. También se observan algunas figuras mielínicas características. En muchos espacios de Disse moderadamente ensanchados existe gran cantidad de fibras colágenas formando haces que separa las vellosidades de los hepatocitos de la célula endotelial de Kupffer.

¿Qué podemos deducir de todas estas observaciones? Lo más importante, a nuestro juicio, es el hecho de que a pesar de que debajo del microscopio de luz el tejido hepático de las ratas por nosotros estudiadas no presenta más alteraciones que ligeras irregularidades citoplasmática y nucleares, junto con un discreto grado de esteatosis, al efectuar el estudio ultramicroscópico nos llama la atención la intensa dilatación del retículo endoplásmico con pérdida

deribosomas, la tumefacción mitocondrial, el depósito de grasa y la aparición de numerosos lisosomas activos, todo ello, al parecer, expresivo de un proceso de degeneración lentamente progresivo que termina con la destrucción celular y la proliferación conectiva en los espacios de Disse (cuadro 5).

No hemos observado signos de lesión celular brusca, y si bien Iseri y cols, obtuvieron antes de un mes de experimentación alteraciones similares a las descritas por nosotros, debe tenerse en cuenta, por un lado, que estos autores emplearon etanol al 95 por 100 para confeccionar el alimento de las ratas, mientras que en nuestros experimentos se utilizó etanol al 49 por 100, y, por otro lado, las alteraciones que hemos descrito son de mayor intensidad con relación al retículo endoplásmico y que la colagenización del espacio Disse debe ser expresiva de una mayor exposición al agente lesivo. Resulta difícil interpretar la naturaleza de los filamentos espirales que encontramos en el interior de las mitocondrias. Iseri y cols. encuentran estos elementos formando parte no sólo en las crestas, sino también en ocasiones localizados entre las dos membranas mitocondriales.

Todos estos hallazgos apoyan la opinión de que el alcohol por sí solo no tenga un efecto directo excesivamente importante, aunque sí moderadamente tóxico, sobre la célula hepática, pero que cuando se asocia a otros factores nutricionales es capaz de provocar lesiones más graves.

Si éstas son las principales deducciones que pueden derivarse del estudio de las sobrecargas crónicas mantenidas con etanol, veamos sumariamente cuáles son las alteraciones y conclusiones que pueden derivarse del estudio de la sobrecarga aguda etílica.

En primer término, y en lo que hace referencia a los sujetos humanos estudiados, en la fase de recuperación tras una borrachera aguda pudimos observar una completa normalidad del proteinograma sanguíneo, tanto en su cuantía total de proteínas como en el reparto de las mismas. Solamente en un caso, que previamente a la intoxicación aguda tenía una cirrosis, el reparto porcentual estaba alterado. El estudio hematológico de fórmula y recuento fue completamente normal, como asimismo la velocidad. Las determinaciones de uremia, glucemia y colesterolina en sangre fueron normales. Las pruebas de floculación fueron también normales. Solamente en los casos en los cuales existía una cirrosis previa estaban alteradas.

Resulta interesante consignar que las transaminasas estaban discretamente elevadas, pero sin llegar a las 100 U.I. La colinesterasa fue normal en todos los casos y las determinaciones de amilasa y lipasa en sangre fueron normales, y la fosfatasa alcalina fue normal prácticamente en la inmensa mayoría de los casos.

La colemia y sideremia fue normal, como asimismo la lipidemia y la retención de bromofenolsulfaleína. El tiempo de protrombina no experimentó alteraciones. En relación con la gammagrafía hepática, en más de la mitad de los casos estudiados tanto el tamaño del hígado como la distribución del trazador fue completamente normal. Sin embargo, en más del 40 por 100 de los casos existía una cierta desestructuración con imagen de hipofunción.

Lo más importante parece haberse encontrado en la biopsia hepática. En la microscopía óptica se encontró una adiposis marcada en más de la mitad de los casos con moderado depósito de hierro. En lo que respecta a la microscopía electrónica, hemos podido observar algunos hechos curiosos. En primer término se observa que los hepatocitos tienen diferente densidad del citoplasma y que en ellos existe abundante glucógeno. En algunas zonas existen hepatocitos en necrosis incluso con su membrana rota. Existen asimismo alteraciones mitocondriales con cuerpos densos en su interior y vacuolización. Las mitocondrias en algunos lugares adoptan aspectos de megamitocondrias.

Junto a ello existe un gran aumento del retículo endoplasmático.

Parece, pues, bastante conclusivo que existe un patrón ultraestructural uniforme experimental y clínico que permite apreciar alguna de las lesiones básicas que el alcohol causa en la ultraestructura de la célula hepática (cuadro 5).

Cuadro 5.—Principales lesiones observadas en microscopia electrónica en nuestras experiencias

INTOXICACION AGUDA		INTOXICACION CRONICA	
Experimental	Humana	Experimental	Humana
1) Lípidos en protoplasma.	Gotas lipídeas abundantes.	Lípidos en citopl.	Gotas lipoideas.
2) Cuerpos hialinos.			
3) Retículo endoplásmico liso dilatado.	Ret. endopl. poco dilatado.	Ret. endopl. dilat.	Ret. endopl. dilat.
4) Núcleo retraído.			
5) Mitocondrias vacuolizadas. Cuerpos hialinos citopl.	Mitocondrias megamitocondrias vacuolización cuerpos densos.	Mitocondrias tumefacción fibras helicoid.	Mitocondrias casi normales.
6)	Aumento lisosomas.	Aumento lisosomas.	
7)		Dilat. Disse.	Dilat. Disse.
8) Microvillis tumefactos.			

Cuadro 6

SUERO EN ANIMALES CON UNA SOLA SOBRECARGA								
A las 4 horas					A las 6 horas			
	X	S	N	P	X	S	N	P
SGOT	235	54	13	< 0,01	235	42,5	13	0,02
SGPT	80	28	15	> 0,25	93	20	12	0,05
ALD	241	43	12		250	32	13	
LDH	2.800	54	13	< 0,01	2.890	820	12	0,01
HOMOGENADO DE ANIMALES CON UNA SOLA SOBRECARGA								
A las 4 horas					A las 6 horas			
	X	S	N	P	X	S	N	P
SGOT	175.000	40.500	12	> 0,05	170.000	65.000	15	0,2
SGPT	90.500	23.500	13	> 0,10	70.500	45.000	16	0,4
ALD	4.450	528.500	18	< 0,005	3.450	2.300	11	0,005
LDH	635.000	100.000	10	< 0,005	650.000	167.000	10	0,005

La existencia de diferencias entre las lesiones hepáticas agudas y crónicas permite suponer que algunas de las lesiones ultraestructurales producidas por el alcohol son reversibles con una relativa facilidad.

¿Son estos datos superponibles a los que obtenemos en la experimentación animal? Tratemos de ver si hemos obtenido los mismos resultados con la sobrecarga animal experimental que los que vemos en los enfermos que espontáneamente habían ingerido una sobredosis etílica. En los lotes de animales sometidos a sobrecarga oral de alcohol, y sacrificados a las seis, doce y veinticuatro horas, se ha podido ver que la transaminasa glutamicooxalacética presenta en el suero una elevación estadísticamente significativa, que se inicia a las cuatro horas. El mayor aumento aparece a las veinticuatro horas de la sobrecarga. En el homogeneizado de hígado hay aumento a partir de las cuatro horas de la sobrecarga, pero sólo es estadísticamente significativo a partir de las doce horas. Precisamente en este lote es donde más altos son los resultados. En la transaminasa glutamicopirúvica se observa que ni en suero ni en homogeneizado hemos obtenido variaciones con significado estadístico positivo.

Cuadro 7.—Valores normales. Fermentos en suero e hígado

VALORES BASALES						
	<i>Suero</i>			<i>Homogeneizado</i>		
	7X7	S	N	X	S	N
SGOT	175	39	10	154.000	54.500	24
SGPT	73	20	12	77.500	34.500	24
ALD	240	25	10	6.250	5.850	27
LSH	2.135	200	9	280.000	159.000	16

La aldolasa no presenta en suero ninguna alteración. En el homogeneizado hay un descenso de su actividad, que es significativo a las cuatro horas de una sola sobrecarga, para tener su máxima

expresión a las doce horas. En las horas siguientes experimenta un ligero descenso.

La dehidrogenasa láctica presenta gran actividad en el homogeneizado, con aumento de los valores ya en el primer lote. La mayor actividad se encuentra en las ratas sacrificadas a las seis horas de la sobrecarga. En los ulteriores lotes el aumento es estadísticamente significativo. Asimismo los valores en suero presentan en todos los lotes un aumento considerable, mostrando valores similares en todos ellos.

En lo que hace referencia al estudio microscópico del hígado, se ve que a las cuatro horas las células poseen forma y tamaño regular, y en su citoplasma hay vacuolas pequeñas y escasas, que mediante el Sudán 3 se ven que corresponden a gotas de grasa. A las seis horas las células tienen un citoplasma denso y eosinófilo, núcleos con irregularidades marcadas y abundantes vacuolas diseminadas. Con Sudán 3 se ven numerosas vacuolas pequeñas a través de los espacios porta, dejando libre la zona centrolobulillar. En las sacrificadas a las doce horas, las células presentan vacuolización abundante citoplásmica de mayor tamaño que las del grupo anterior. Con Sudán 3 la vacuolización es similar a las del grupo anterior, resultando difícil establecer diferencias. Signo diferencial es la presencia de vacuolas de grasa más voluminosa. La extensión de las células vacuolizadas se acerca más al centro del lobulillo. En las sacrificadas a las veinticuatro horas, ligeras irregularidades nucleares y citoplásmicas. Vacuolización alrededor de los espacios porta. Con Sudán 3 la vacuolización grasa es ligeramente menos intensa que en el grupo anterior, aunque las vacuolas son del mismo tamaño. Estos resultados muestran claramente cómo una sola dosis de alcohol produce evidente aumento de la cuantía fermentativa de la transaminasa glutamicooxalacética y de la deshidrogenasa láctica, tanto en suero como en homogeneizado hepático. La evolución de la esteatosis es progresiva, alcanzando un máximo a partir del cual se produce un retroceso en la misma, llegando incluso a obtenerse al cabo de un cierto tiempo de la sobrecarga inicial alcohólica una imagen de recuperación bastante notable.

4.f. Conclusiones de los estudios experimentales

¿Qué comentarios finales podemos sacar como conclusión de cuanto hasta aquí llevamos dicho?

De la extrapolización de los resultados clínicos y experimentales parecen deducirse con bastante verosimilitud los siguientes hechos:

1. Existe una acción tóxica local irritativa sobre la mucosa esofagogastroduodenal.

2. Esta acción no se logra si el alcohol es administrado por otra vía distinta que la oral.

3. En ocasiones esta acción tóxica local es tan intensa que el proceso de flogosis puede ir más allá, apareciendo auténticos procesos erosivos.

4. Para lograr todas estas alteraciones, la dosis de alcohol necesita ser muy alta y mantenida durante lapsos prolongados.

5. El alcohol produce una alteración del contenido fermentativo en la sangre y asimismo discretas alteraciones analíticas. Ellas son reversibles con relativa rapidez.

6. Desde el punto de vista morfológico, la sobrecarga alcohólica aguda produce en el hígado infiltración grasa, visible al microscopio de luz, y alteración ultraestructural, visible al microscopio electrónico. Ambas alteraciones grasa y ultraestructural parecen ser reversibles si no se mantiene el aporte continuado etílico.

7. La sobrecarga crónica mantenida durante mucho tiempo produce una cierta proliferación fibrosa, visible al microscopio electrónico. No hemos observado en ningún animal experimental la aparición de cirrosis por la simple sobrecarga alcohólica. Las dosis administradas han sido en algunos casos extremadamente elevadas.

8. Es posible que a través de la adiposis y de la proliferación fibrosa observada por nosotros pueda, en una fase ulterior, evolucionar hacia la instauración de un cierto patrón de desestructuración de la víscera. Este último extremo no está confirmado.

9. Si sobre el hígado sano, y en cantidades moderadas, el alcohol no parece tener consecuencias irreparables, en cambio sobre el hígado afecto por cualquiera otra razón o en condiciones de desnutrición el alcohol tiene efectos sumamente desfavorables.

10. Persisten todavía numerosos extremos, tanto en clínica como en experimentación, que requieren ulterior investigación.

5. Alcohol y pancreatitis crónicas

Independientemente del consenso casi universal de la existencia de evidentes relaciones entre la pancreatitis crónica y la ingestión de alcohol, tenemos tres órdenes de argumentos que nos pueden demostrar esta relación:

a) De una parte, las observaciones clínicas diarias. b) De otra parte, la experimentación animal. c) De otra parte, los estudios epidemiológicos-geográficos.

5 a) Observación clínica

De todos es conocida la alta incidencia de alcohólicos entre los sujetos que padecen una pancreatitis crónica. En tiempos hicimos una revisión entre los enfermos ingresados por etilismo crónico en un hospital psiquiátrico, comparando la frecuencia de las pancreatitis crónicas con un número igual de enfermos ingresados en un servicio de Medicina. La frecuencia entre los alcohólicos fue superior a la de los no alcohólicos. Numerosas estadísticas podríamos citar en apoyo de esta tesis. Baste, sin embargo, como muestra la descripción hecha recientemente por un grupo de autores, encabezado por Gastard Jouband y colaboradores, que estudian 263 enfermos de pancreatitis crónica primaria y afirman que el alcohol está presente en el 84,8 por 100 de los enfermos y que nada menos que el 36 por 100 eran alcohólicos severos, que consumían más de 200 centímetros cúbicos de alcohol absoluto por día. Los estudios de Marks, Band y colaboradores, los de Ammann Hammar y colaboradores, etc., son suficientes como ejemplos adicionales, por lo que no juzgamos necesario insistir sobre este punto.

5 b) Estudios experimentales

Los estudios experimentales son también otro argumento para afirmar las relaciones entre las pancreatitis crónicas y la ingestión de alcohol. En nuestras investigaciones en ratas pudimos observar en los casos de ingestión alcohólica la existencia de una pancreopatía crónica, que en algunos casos era muy evidente. Cierto que, como

indica Sarles, las lesiones anatomopatológicas se parecen bastante a otras existentes en ratas no alcohólicas, pero no cabe duda que la afectación pancreática en las alcohólicas y en las no alcohólicas muestra diferencia muy notable a favor de las primeras. Cueto, Tajen y colaboradores han estudiado la pancreatitis alcohólica del perro y observan que la administración de cinco gramos diarios de alcohol por kilo de peso durante cinco días a la semana, a través de un orificio de gastrotomía, origina una pancreatitis crónica en la sexta semana, siempre y cuando el perro esté sometido a una alimentación rica en carne.

Ulteriormente comentaremos los resultados que se deducen de un análisis más detenido de estas y otras observaciones experimentales.

Recientemente, Solomon y Shambour ven una inhibición de la secreción pancreática por acción directa sobre la célula pancreática del alcohol inyectado intravenoso.

5 c) Estudios epidemiológicos-geográficos

Los estudios epidemiológicos-geográficos también dan argumentos a favor de la influencia del alcohol en la génesis de la pancreatitis crónica. De la comparación de los datos obtenidos en Suiza, Francia, Unión Surafricana, Japón —donde Ishil Nakamura y colaboradores estudian 150 enfermos con pancreatitis calcificante crónica y ven que en el 32 por 100 de los enfermos ocurría un consumo importante de alcohol—, etc., y sobre todo, del estudio de los datos recogidos en el IX Congreso Internacional de Gastroenterología, en París, en 1972, en que se tabularon los datos correspondientes a 21 hospitales de ciudades de los cinco continentes, se pudo demostrar la mayor frecuencia de la pancreatitis crónica calcificante con aquellas áreas geográficas en las que el consumo de alcohol es mayor. En Inglaterra, Howatt afirma que el aumento de la incidencia de pancreatitis crónica calcificante va paralelo al aumento de consumo de alcohol en las personas de edad media. A conclusiones parecidas llega Forrell en Alemania.

Una vez establecido, sin lugar a dudas, que la relación entre pancreatitis crónica y alcohol es segura, conviene aclarar a qué se debe esta relación.



Cinco pueden ser en principio los mecanismos de influencia de alcohol en la génesis de la pancreatitis crónica:

a) A través de un aumento de la secreción de fermentos pancreáticos.

a) A través de la provocación de brotes repetidos de pancreatitis agudas, que a la larga originaran una pancreatitis crónica.

c) A través de una obstrucción al flujo hacia la luz intestinal de los fermentos pancreáticos.

d) A través de una interacción con deficiencias dietéticas o con factores dietéticos.

e) A través de una acción sobre los controles nerviosos de la secreción pancreática.

Veamos someramente cada uno de estos apartados:

Estímulo directo

El alcohol podría influir en la génesis de las pancreatitis crónicas a través de la secreción de fermentos por la glándula, y esta influencia podría lograrse: 1) por estímulo directo; 2) por estímulo vagal, y 3) por hipersecreción de secretina por estímulo antral.

Estímulo directo.—Una serie de autores, como Capitaine y colaboradores, han visto en el hombre que el contacto del alcohol con la mucosa duodenal origina una secreción pancreática del tipo de la obtenida tras la administración de secretina, aunque en cuantía más moderada. En esto se funda la antigua prueba del alcohol instilado, muy parecida a la prueba de la instilación del éter. Hoy en día ambas se consideran poco útiles e incluso peligrosas en el estudio de la función pancreática.

Se sabe que la cantidad de secreción pancreática obtenida por la ingestión de alcohol es poco importante, incluso menos que la obtenida por una comida normal, y así Tiscornia y Sarles han visto que en perros con una cánula duodenal, la instilación de un gramo de etanol por kilogramo de peso produce un aumento de la secreción de pugo pancreático y de bicarbonato, que corresponde a 0,25 unidades de secretina, junto con un aumento en la secreción de proteínas correspondiente a 0,33 unidades de colecistoquinina-pancreozimina.

Interesantes son los recientes estudios de Valenzuela y colabo-

radores, que ven que la administración oral de alcohol en aves aumenta la amilasa, pero como el efecto secretor máximo ocurre cuando el etanol en sangre ha vuelto a su valor basal, afirman que hay un lapso de tiempo en que el páncreas contiene una concentración enzimática elevada.

Estímulo vagal producido por el alcohol que originará un aumento de la secreción de fermentos pancreáticos. Esta opinión ha sido emitida por Hisschowitz, Pollard y colaboradores, y por Woodward Robertson y colaboradores, para quienes si bien cualitativamente es inobjetable, desde el punto de vista cuantitativo, es necesario relatar los estudios de Korman, Soverny y colaboradores, según los cuales la liberación de gastrina por la ingestión de alcohol es menor que la liberación de gastrina producida por una comida estándar. Por otra parte, tal como indican Carlos, Tiscornia y colaboradores, la liberación de gastrina y de secretina en el alcohólico, sobre todo en el alcohólico deplecionado en proteínas, está muy disminuida, sobre todo si se asocia con gastritis, como es tan frecuente en estos sujetos y pudimos demostrar en nuestros estudios experimentales.

5 d) Eventual desarrollo de una pancreatitis crónica tras repetidos ataques de pancreatitis aguda

Aunque en teoría este hecho parece probable, se ha podido ver en los estudios detenidos de una serie de autores que en una serie de 67 enfermos de pancreatitis aguda, solamente uno desarrolló pancreatitis crónica, mientras los enfermos con pancreatitis crónica tenían la enfermedad ya desde el primer ataque. Ambos grupos no se distinguían uno de otro más que los enfermos con pancreatitis crónica eran más jóvenes, eran más bebedores (170 gramos de alcohol absoluto diario en lugar de 93 gramos) y no tenían enfermedades hepatobiliares, y sobre todo que en los enfermos de pancreatitis agudas la histología revelaba edema e inflamación en toda la glándula, con necrosis en el 80 por 100 de los enfermos, mientras que en el grupo crónico, incluso en el primer ataque, la histología demostraba obstrucción de los pequeños conductos distribuida irregularmente con depósitos de un material proteiforme, con disminución del número de las células acinares reemplazadas



por conductos dilatados y con esclerosis. Ulteriormente recaeremos sobre este interesante hecho.

Lo que es evidente es que experimentalmente se puede producir lesión pancreática por el alcoholismo agudo. Nuestras ratas tenían lesión pancreática, y asimismo las de Tremolières, Carre y colaboradores. En el hombre, asimismo, la ingestión de una dosis elevada de alcohol produce eventualmente pancreatitis aguda. Es hecho ya conocido desde antiguo, y ha sido recientemente subrayado por Strum y Spiro.

Sin embargo, la hipótesis de que la pancreatitis aguda repetida puede causar la pancreatitis crónica es poco verosímil, puesto que las estadísticas amplias que comparan las edades de comienzo de pancreatitis aguda y de pancreatitis crónica han podido observar que la edad de comienzo de la pancreatitis crónica calcificantes es 37,7 años, mientras que en esa misma serie la edad media en que aparecía el primer brote de pancreatitis aguda era 50,7 años, es decir, trece años más que la edad media de comienzo de la pancreatitis crónica.

Dificultad para la excreción de jugo pancreático

Se ha aducido que el alcohol podría causar una pancreatitis crónica, dificultando el flujo del jugo pancreático hacia la luz intestinal. Tres han sido los mecanismos que se han aducido para ello: 1) aumento de la resistencia del esfínter de Oddi; 2) obstrucción de los conductos pancreáticos, y 3) defecto congénito.

Aumento de la resistencia del esfínter de Oddi

Menguy y colaboradores así lo pudieron demostrar. Cueto, Tayer y colaboradores, por su parte, han observado que dando a los perros etanol a dosis de seis miligramos por kilogramo de peso cinco días por semana, a las dieciocho semanas se desarrolla una fibrosis periambular. Sin embargo, las diferencias anatomopatológicas entre las lesiones alcohólicas periambulares y las auténticas lesiones del esfínter de Oddi con estenosis hacen que no parezca este mecanismo más probable. A mayor abundamiento, la rata, que carece de

esfínter de Oddi, desarrolla pancreatitis crónica alcohólica, por lo cual, al menos en este animal, el mecanismo de la pancreatitis crónica desarrollada por el alcohol debe de tener una etiología distinta de la pura lesión del esfínter de Oddi.

Obstrucción de los conductores pancreáticos

Dentro de las posibilidades de desencadenamiento de pancreatitis crónicas por la ingestión alcohólica, la eventual obstrucción de los conductos pancreáticos es un mecanismo al que recientemente se le concede mucha importancia. Tiscornia y colaboradores ven que aumenta la concentración de proteínas en el jugo pancreático de perros por el alcohol ultragástrico en determinadas circunstancias. Para Henry Sarles se trataría de una secreción hiperconcentrada de proteínas en el jugo pancreático, que precipitarían obstruyendo los ductus y generando así las condiciones necesarias para la aparición de la pancreatitis crónica. Aducen en este sentido la publicación de Clemente, Riviero y colaboradores, que encuentran una proteína especial en el jugo pancreático de enfermos alcohólicos con pancreatitis calcificante aguda, que no se encuentra en el jugo de sujetos sanos. Sarles afirma que esta proteína anormal es la lactoferrina, que es una proteína que aumenta la formación de agregados proteínicos. Los agregados proteicos se calcificarían y formarían cálculos.

En los sitios de contacto con ellos desaparecería el epitelio ductal y aparecería una proliferación de tejido fibroso periductal, originándose oclusión cicatricial del territorio drenado por dichos conductos. Así se originaría un secuestro y destrucción progresiva del parenquima. La hipótesis es sugestiva y merece ulteriores estudios.

Base hereditaria

La existencia de una base hereditaria, o al menos congénita, sobre la que actuaría el alcohol es otra de las teorías que se han emitido como la explicación de la génesis de la pancreatitis crónica alcohólica. Tres órdenes de este argumento se han definido en este sentido. En primer término, la existencia de casos familiares; en



segundo término, la frecuente existencia de un «test» positivo al sudor en sujetos con pancreatitis crónica calcificante, y en tercer término, que en estos pacientes el grupo sanguíneo 0 es más frecuente que en la población general.

Influencia de la dieta

La coexistencia de una ingestión aumentada de alcohol, con una dieta especial, es otra de las teorías que se han emitido para la génesis de este tipo de pancreatitis. En este sentido es interesante subrayar que Cueto y Zimmerman, en sus experiencias de producción de pancreatitis en perros, les administraban una dieta rica en carne. Sarles afirma que en sus casos de pancreatitis crónica alcohólica ha observado una ingestión proteica y de grasas superior a la de los sujetos normales, y se piensa que para la formación de los probables agregados proteicos, que obstruyeran los conductos pancreáticos en este tipo de afecciones, la dieta rica en proteínas y lípidos juega un papel coadyuvante de interés.

Influencia del sistema nervioso

Que el sistema nervioso tiene algo que ver en la producción de las pancreatitis alcohólicas crónicas parece demostrarse por el hecho de que el aumento de la secreción pancreática producido por la inyección intravenosa de alcohol, en los perros alcohólicos crónicos se suprime por la administración de apopina, y sobre todo por el hecho de que la sección de los vagos dificulta extraordinariamente la aparición de las pancreatitis experimentales.

Si quisiéramos sacar algunas conclusiones de todo cuanto llevamos dicho, parece que se pueden hacer algunas afirmaciones.

En primer término parece seguro el hecho de que la pancreatitis crónica, tal como ya se sabía anteriormente de la pancreatitis aguda, se influye de un modo muy probable por el consumo de alcohol.

En segundo término, parece muy probable que si al mismo tiempo de un consumo aumentado de alcohol, el sujeto tiene un consumo superior al normal de grasas y de proteínas, la posibilidad de aparición de la pancreatitis crónica es mayor.

En tercer término, y además del aumento de consumo de alcohol, y de grasas y proteínas si se trata de un sujeto con una cierta predisposición familiar o constitucional, en los sentidos a que más arriba hacíamos referencia, entonces la aparición de la pancreatitis crónica calcificante se encuentra todavía más facilitada.

En cuarto término, el alcohol puede actuar a través de una bi-persecreción de fermentos pancreáticos. Si además en ese sujeto se produce una estimulación del esfínter de Oddi, y si además en ese sujeto se produce la aparición de agregados proteicos intraductales, tendremos tres mecanismos coincidentes y complementarios, que facilitan la aparición de la pancreatitis crónica en los sujetos que ingieren cantidades abundantes de alcohol.

Quedan, sin embargo, todavía suficientes puntos oscuros como para requerir continuar las investigaciones en este sentido.

Madrid, julio de 1979

BIBLIOGRAFIA

- (1) **R. Alcalá-Santaella** y **J. Sanz Esponera**: «Estudios experimentales sobre la lesión precoz hepática y gástrica producida por la ingestión crónica de alcohol». *Revista Clínica Española*, 112-527, 1969.
- (2) **R. Alcalá-Santaella**, **A. F. Pacheco** y **D. Castellanos**: «Estudio clínico, histológico y de ultraestructura del trayecto esófago-gastro-duodenal en los alcohólicos». *Revista Clínica Española*, 112-127, 1969.
- (3) **R. Alcalá-Santaella**, **J. Robles** y **A. F. Pacheco**: «Estructura y ultraestructura del hígado en los alcohólicos». *Rev. Clín. Esp.*, 112-245, 1969.
- (4) **R. Alcalá-Santaella**, **A. F. Pacheco** y **J. Sanz Esponera**: «Estudio de la ultraestructura, la histología y la clínica de las alteraciones de la mucosa intestinal en los alcohólicos». *Rev. Clín. Esp.*, 112-341, 1969.
- (5) **R. Alcalá-Santaella**: «Hepatopatías con hiperlipemia». *Bol. Soc. Val. Aparato digestivo*, 8-7-1968.
- (6) **R. Alcalá-Santaella**: «Lesiones gastrointestinales experimentales producidas por el alcohol». *Universidad de Madrid. Coloquio farmacológico*, pág. 127, año 1969.
- (7) **R. Alcalá-Santaella**: «A propósito de la lesión experimental y clínica producida por el alcohol en el hígado». *Boletín de la Universidad Compostelana*, 75-105, 1968.
- (8) **R. Alcalá-Santaella** y **H. Galera**: «Ulteriores hallazgos ultraestructurales en el hígado alcohólico». *Rev. Clín. Esp.*, 119-205, 1970.
- (9) **R. Alcalá-Santaella**, **J. M. Tabernero** y **D. P. Sandoval**: «Efectos de la intoxicación etílica sobre el contenido fermentativo del suero e hígado y sobre la morfología hepática». *Rev. Clín. Esp.*, 119-304, 1970.
- (10) **R. Alcalá-Santaella** y **D. P. Sandoval**: «Valor clínico de la actividad guanásica en hepatopatías». *Rev. Clín. Esp.*, 122-407, 1971.

- (11) **R. Alcalá-Santaella**: «Estudio de la función pancreática en los alcohólicos». Actas del XI Congreso Español de Patología Digestiva. Edit. Seix y Barral, pág. 207. Barcelona, 1968.
- (12) **R. Alcalá-Santaella**: «Un problema grave: las hepatitis que no curan». Bol. Soc. Val. Ap. digest., 12-5-1972.
- (13) **H. Galera y R. Alcalá-Santaella**: «Estudio óptico y de ultraestructura del hígado en la intoxicación etílica». Rev. Clín. Esp., 130-163, 1973.
- (14) **R. Alcalá-Santaella**: «Valoración clínica de la exploración funcional hepática». Dade y Grifols, S. A. Barcelona, 1973 (Asociac. Esp. de Biopatología Clínica).
- (15) **R. Alcalá-Santaella**: «A propósito del síndrome de Zieve». Revista Clín. Esp., 108-183, 1968.
- (16) **R. Alcalá-Santaella y V. Navarro**: «Sobre las hiperglicemias de los círróticos». Rev. Clín. Esp., 96-277, 1965.
- (17) **R. Alcalá-Santaella**: «Hallazgos ultraestructurales en la intoxicación aguda etílica humana». Journées Occitannes Franco-Espagnol. Cannes, 1973.
- (18) **R. Alcalá-Santaella**: «A propósito de algunas drogas permitidas por la ley». Discurso de apertura curso. Colegio Universitario San Pablo. Madrid, 1973. Imp. R. García Blanco.
- (19) **R. Alcalá-Santaella**: «Alcohol y pancreatitis crónica». Tribunal Médica, pág. 3, diciembre 1975.
- (20) **R. Alcalá-Santaella**: «Acciones del alcohol sobre el tracto gastrointestinal». Ponencia del Congreso Nacional de Medicina Interna. Granada, 1978.
- (21) **E. Neuzil y F. Bousquet**: «Metabolismo del alcohol. Modernos aspectos bioquímicos». Sem. Hosp. París, 51-29, 1975.
- (22) **R. Pietruszco, H. Hheorrell y C. de Zalensky**: «Heterogeneity of alcohol dehydrogenase from human liver». Arch. Biochem. Biophys., 153-279, 1972.
- (23) **E. S. Higgins y W. H. Fried**: «Time course of the acute alcoholic fatty liver and concomitant mitochondrial function in fasted rats». Proc. Soc. Exp. Biol. Bed., 141-944, 1972.
- (24) **B. Günther y J. Talesnik**: «Patología funcional». Ediciones Universidad de Chile. Edit. Ariel. Barcelona, 1963.
- (25) **C. S. Lieber y N. Spritz**: «Effects of prolonged ethanol intake in man. Role of dietary adipose, endogenously synthesized fatty acids in the pathogenesis of the alcoholic fatty liver». Journal. Clin. Invest., 15:1400, 1968.
- (26) **B. N. La Du, H. G. Mandel y E. L. Way**: «Fundamentals of drug metabolism and drug disposition». Williams and Wilkins Co. Baltimore, 1971.
- (27) **H. Aste, L. A. Medina y A. Lucchini**: «Estudio de mucosa gástrica en alcohólicos». Rev. Med. Chile, 96-586, 1968.
- (28) **C. S. Pitchumoni y B. J. Glass**: «Patrones de la gastritis de los alcohólicos». Biol. Gastroent., 9-11, 1976.
- (29) **R. Alcalá-Santaella y D. Castellanos**: «Endoscopia en las gastritis hemorrágicas». Rev. Esp. Enf. Aparato Digestivo, 37-477, 1972.
- (30) **A. Lucchini, H. Aste y L. A. Medina**: «Hemorragia digestiva alta post-ingestión excesiva de bebidas alcohólicas». Rev. Med. Chile, 96-582, 1968.
- (31) **V. P. Dinoso, Jr.; H. Meshkinpour y S. H. Lorber**: «Morfología de la mucosa gástrica y pérdida fecal de sangre durante la ingestión de etanol». Gut., 14:289, 1968.

(32) **I. A. D. Bouchier** y **H. S. Williams**: «Determinación de la pérdida de sangre fecal después de la toma combinada de alcohol y salicilato». *Lancet.*, 1-178, 1969.

(33) **V. Dinoso**, **H. Meshkinpour** y **S. H. Lorber**: «Estudios del efecto agudo del etanol en la mucosa gástrica del hombre». *Gastroenterology*, 62-843, 1972.

(34) **K. Goulston** y **A. R. Cooke**: «Alcohol, aspirina y hemorragia gastrointestinal». *Brit. Med. J.*, 4-665, 1968.

(35) **C. D. Needham**, **J. Kyle**, **P. F. Jones**, **S. J. Johnston** y **D. F. Kerridge**: «Aspirina y alcohol en la hemorragia gastrointestinal». *Gut.*, 12-819, 1971.

(36) **S. J. Winaver**, **J. Béjar**, **R. S. McGray** y **J. Zamcheck**: «Gastritis hemorrágica». *Arch. Int. Med.*, 127-129, 1971.

(37) **J. L. A. Roth**: «Esofagitis y úlcera péptica del esófago». H. L. Bockus. *Gastroenterology*, pág. 197. V. Saunders Philadelphia, 1966.

(38) **C. S. Pitchumoni**, **J. D. Lopes** y **G. B. J. Glass**: «Presencia de autoanticuerpos en alcohólicos crónicos». *Amer. J. Gastroent.*, 64-187, 1976.

(39) **H. Karppanen** y **J. Puurunen**: «Etanol, indometacina y secreción ácida gástrica». *Eur. J. Pharmacol.*, 35-221, 1976.

(40) **J. Puurunen**, **H. Karppanen** y **T. Larmi**: «Efectos del etanol sobre el sistema AMP cíclico en la mucosa gástrica del perro». *Eur. J. Pharmacol.*, 38-275, 1976.

(41) **K. J. Ivey**: «Gastritis». *Clínicas médicas de Norteamérica*, pág. 1288, noviembre 1974.

(42) **H. W. Davenport**: «Daño alcohólico a las glándulas oxínticas de la mucosa del perro». *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, 126-657, 1967.

(43) **N. Krasner**, **K. M. Cochram**, **E. I. Russell**, **H. A. Carmichael** y **G. G. Thompson**: «Alcohol y absorción en intestino delgado». *Gut.*, 17-245, 1976.

(44) **N. Krasner**, **H. A. Carmichael**, **R. I. Russell**, **G. G. Thompson** y **K. M. Cochram**: «Efectos del etanol sobre la actividad ATP y ATPasa en el yeyuno de cobaya». *Gut.*, 17-249, 1976.

(45) **S. Zucoloto** y **M. A. Rossi**: «Efectos de la ingestión alcohólica en la población celular del intestino delgado de la rata». *Experientia*, 32-614, 1976.

(46) **J. Findlay**, **E. Sellers** y **G. Forstner**: «Falta de efecto del alcohol sobre la conjugación intestinal de la vitamina B₁₂ con el complejo del factor intrínseco». *Con. I. Physiol. Pharmac.*, 54-469, 1976.

(47) **De Saint, Blanquant** y **R. Derache**: «Irrigación gástrica y secreción en ratas con ligadura del píloro o fístula y tras aceite de oliva intraduodenal». *Experientia*, 31-1432, 1975.

(48) **P. H. Guth**: «Revisión de la producción de úlceras experimentales por ligadura vascular». *Amer. J. Dig. Dis.*, 17-721, 1972.

(49) **B. Holm**, **S. Boyorsky** y **T. G. Morrione**: «Efecto de la devascularización experimental sobre la mucosa gástrica». *Gastroenterol.*, 12-116, 1949.

(50) **D. G. Gerety** y **P. H. Guth**: «Erosiones gástricas producidas por restricción. Papel de la difusión retrógrada de ácido». *Amer. J. Dig. Dis.*, 17-1012, 1972.

(51) **N. A. Augur, Jr.**: «Daño del flujo de la mucosa gástrica por el alcohol, ácido acético o aspirina». *Gastroenterol.*, 58-311, 1970.

- (52) **J. A. Layne y G. S. Gerh:** «Efecto de la ligadura de las arterias del estómago sobre la secreción gástrica de ácido y sobre el aspecto endoscópico de la mucosa gástrica en el perro». *Sugery*, 13-136, 1943.
- (53) **A. R. Cooke:** «Papel de la barrera mucosa en las úlceras y erosiones gástricas producidas por drogas». *Amer. J. Dig. Dis.*, 21-155, 1976.
- (54) **A. R. Cooke:** «Drogas y úlcera péptica en enfermedades gastrointestinales». Edit. M. H. Slesinger. Philadelphia, 1973.
- (55) **G. D. Friedman, A. B. Siegelanb y C. C. Seltzer:** «Cigarro, alcohol, café y úlcera péptica». *New England J. Med.*, 290-469, 1974.
- (56) **G. H. Jennings:** «Influencias causales en las hematemesis y melenas». *Gut.*, 6-10, 1965.
- (57) **C. D. Needham, J. Kyle, P. F. Jones, S. J. Johnston y D. F. Kerridge:** «Alcohol y aspirina en la hemorragia gastrointestinal». *Gut.*, 12-119, 1971.
- (58) **H. W. Davenport:** «Hemorragia mucosa gástrica en perros: Efectos del ácido, aspirina y alcohol». *Gastroenterol.*, 56-637, 1969.
- (59) **D. P. Jones y E. A. Greene:** «Influences of dietary fat on alcoholic fatty liver». *Amer. J. Clinical Nutrition*, 18-350, 1966.
- (60) **S. Bronfenmajer, F. Schaffner y H. Popper:** «Fat storing cells (lipocytes) in human liver». *Arch. Pthol.*, 82-447, 1966.
- (61) **C. P. Richter:** «Study of the effects of moderate doses of alcohol on the growth and behaviour of the rat». *J. Exp. Zool.*, 1926 (referencia tomada de Galaboss) (29).
- (62) **E. Rubin, F. Hutterer y C. S. Lieber:** «Ethanol increases hepatic smooth endoplasmic reticulum and drug metabolizing enzyme». *Science*, 159-1459, 1968.
- (63) **J. T. Galaboss:** «Alcohol and liver disease». *American Journ. of digestive diseases*, 14-477, 1969.
- (64) **N. Jolliffe y E. M. Jellinek:** «Vitamin deficiencies and liver cirrhosis in alcoholism Quart». *Journ. Stud. alcohol*, 2-544, 1941.
- (65) **M. Baillie:** «The Morbid Anatomy of some of the most important parts of the human body» (Barber y Smithwick edit.). Albany, N. Y. (cit. ref. 29).
- (66) **V. P. Dinoso, Jr.; S. C. Ming. y J. McNiff:** «Cambios de la ultraestructura de la mucosa gástrica del perro tras aplicación tópica de concentraciones variables de alcohol». *Amer. J. Dig. Dis.*, 21-626, 1976.
- (67) **A. F. Moodie, C. M. S. Royston y J. Spencer:** «Tolerancia al alcohol tras vagotomía proximal». *Gut.*, 16-966, 1975.
- (68) **P. V. Dinoso, Jr.; J. Chuang y S. N. S. Murthy:** «Cambios en las concentraciones de histomina en la mucosa y en la vena durante la instilación de etanol en el estómago del perro». *Amer. J. Dig. Dis.*, 21-93, 1976.
- (70) **R. H. Chapiro, R. L. Scheig, B. S. Drumme, J. H. Mendelson y K. J. Isselbacher:** «Effect of prolonged ethanol ingestion on the transport and metabolism of lipids in man». *New Engl. J. Med.*, 272-610, 1965.
- (71) **M. Poggi y N. R. di Luzio:** «The role of liver and adipose tissue in the pathogenesis of the ethanol-induced fatty liver». *J. Lipid Research*, 5-437, 1964.
- (72) **A. L. Jones, N. B. Ruderman y M. G. Herrera:** «An electron microscopic study of lipoprotein production and release by the isolated perfused rat liver». *Proc. Soc. Exper. Biol. and Med.*, 123-4, 1966.

- (73) **E. Rubin y C. S. Lieber:** «Early fine structural changes in the human liver induced by alcohol». *Gastroenterology*, 52-1, 1967.
- (74) **R. Scheig:** «Effects of ethanol on the liver». *Amer. J. Clin. Nutr.*, 23-467, 1970.
- (75) **E. A. Porta, W. S. Hartroft y F. A. de la Iglesia:** «Hepatic changes associated with chronic alcoholism in rats». *Lab. Invest.*, 14-1437, 1965.
- (76) **E. A. Porta y C. L. A. Gómez:** «A new experimental approach in the study of chronic alcoholism». *Lab. Invest.*, 18-352, 1968.
- (77) **C. T. Ashworth, F. Wrightsman y cols.:** «Cellular aspects of ethanol induced fatty liver». *J. Lipid res.*, 6-258, 1965.
- (78) **O. A. Iseri, C. S. Lieber y L. S. Gottlieb:** «The ultrastructural of fatty liver induced by prolonged ethanol ingestion». *Amer. J. Pathol.*, 48-535, 1966.
- (79) **M. E. C. Thorpe y C. O. Shorey:** «Long-term alcohol administration. Effect on ultrastructure and lipid contents of rat liver cell». *Am. J. Path.*, 49-593, 1966.
- (80) **B P. Lane y C. S. Lieber:** «Ultrastructural alterations in human hepatocytes following ingestion of ethanol».
- (81) **T. Takada, E. A. Porta y W. S. Hartroft:** «Correlation of structural and functional recovery from cirrhosis in rats treated with lipotropic diet». *Am. J. Pathol.*, 49-841, 1966.
- (82) **C. S. Lieber y N. Spritz:** «Effects of prolonged ethanol intake in man». *J. Clin. Invest.*, 45-1400, 1966.
- (83) **O. R. Koch, E. A. Porta y W. S. Hartroft:** «A new experimental approach in the study of chronic alcoholism». *Lab. Invest.*, 18-386, 1968.
- (84) **J. C. Waterlow y G. Bras:** «Nutritional liver damage in man». *British Med. Bull.*, 13-107, 1957.
- (85) **C. S. Lieber, D. P. Jones y L. M. de Carli:** «Effects of prolonged ethanol intake: production of fatty liver despite adequate diets». *J. Clin. Invest.*, 44-1009, 1965.
- (86) **W. S. Hartroft, E. A. Porta y M. Suzuki:** «Effects of choline chloride hepatic lipids after acute ethanol intoxication». *Quart. J. Study alcohol*, 125-427, 1964.
- (87) **E. Rubin y C. S. Lieber:** «Alcohol-induced hepatic injury in alcoholic volunteers». *New Engl. J. Med.*, 278-869, 1968.
- (88) **C. S. Lieber y E. Rubin:** «Alcoholic fatty liver in man on a high protein and low fat diet». *New. E. gl. J. Med.*, 278-869, 1968.
- (89) **H. P. Himsworth:** «The liver and its diseases». *Harvard Univ. Press. Mass.*, 1950.
- (91) **D. P. Jones, E. S. Porman y C. S. Lieber:** «Free fatty acid turnover and tryglyceride metabolism after ethanol ingestion in man». *J. Lab. Clin. Med.*, 66-804, 1965.
- (92) **R. Scheig, N. M. Alexander y C. Klatskin:** «Some effects of chronic ethanol ingestion on lipid metabolism». *J. Lipid Research*, 7-188, 1966.
- (93) **W. Volwiler, C. M. Jones y T. B. Mallory:** «Criteria for the measurement of results of treatment in fatty cirrhosis». *Gastroenterology*, 11-164, 1948.
- (94) **L. Zieve:** «Hyperlipemia and hemolytic anemia. A new syndrome». *Annals of Internal Medicine*, 48-471, 1958.
- (95) **L. Kessel:** *American Journal of Medicine*, 32-747, 1962.

- (96) **J. Strom:** «The Zieve Syndrom». *Acta medica Scandinavica*, 174-219, 1963.
- (97) **J. P. Petite:** «Sidrome de Zieve». *Presse Medicale*, 72-1501, 1964.
- (98) **G. A. Martini y W. Dölle:** «Deutsche Medizinische Wochenschrift», 90-793, 1965.
- (99) **L. R. Stataline y W. J. Matre:** *Amer. J. Medicine*, 35-323, 1963.
- (100) **H. Ballard, M. Bernstein y J. T. Farrar:** *Amer. J. Medicine*, 30-196, 1961.
- (101) **A. G. Becket, A. V. Livingstone y K. R. Hill:** «Acute alcoholic hepatitis». *British Medical Journal*, II-1113, 1961.
- (102) **L. Green, S. Mistilis y L. Schiff:** *Archives of Internal Medicine*, 112-67, 1963.
- (103) **J. Carolli, P. Mainquet y P. Ricordeau:** «Gastroenterologia» (Basel), supl. 95-94, 1954.
- (104) **A. F. Hurst:** «Practitioner», 133-533, 1954.
- (105) **G. B. Phillips y C. S. Davidson:** «Gastroenterology», 33-236, 1957.
- (106) **H. Popper, E. Rubin, S. Krusy y F. Schaffner:** «Postnecrotic cirrhosis in alcoholics». *Gastroenterology*, 39-669, 1960.
- (107) **A. Merchante, P. Rubio y J. A. Abad:** «Consideraciones sobre los estados hiperlipémicos con aportación de dos casos». *Revista Clínica Española*, 103-32, 1966.
- (108) **R. Alcalá-Santaella, A. F. Pacheco y J. Robles:** «A propósito de la cirrosis biliar primaria por clorpromacina y su tratamiento por colestiramina». *Revista Clínica Española*, 108-367, 1968.
- (109) **E. Rubin, B. Y. Rybak, J. Lindenbaum, C. D. Gerson, G. Walker y C. S. Lieber:** «Ultrastructural changes in the small intestine induced by ethanol». *Gastroenterology*, 63-801, 1972.
- (110) **H. A. Edmonson, R. L. Peters, H. H. Frankel y S. Borowsky:** «Lesión hepática en el alcohólico». *Medicine*, 46-119, 1967.
- (111) **P. Mainget, O. Thys, E. Balasse, E. Jacobs y Van Geel:** *Acta gastroenterológica. Bélgica*, 29-973, 1966.
- (112) **H. Piesbergen y J. Jungermann:** *Zeitschrift für gastroenterol.*, 4-345, 1966.
- (113) **H. Frauk, W. Heil e I. Leodolter:** *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 109-892, 1967.
- (114) **A. Takada, E. Porta y W. S. Hartroft:** «Regression of dietary cirrhosis in rats fed alcohol and a «super diot». Evidence of nonhepatotoxic nature of ethanol». *Amer. J. Clinical Nutrition*, 20-213, 1967.
- (115) **W. Volwiller, C. M. Jones y T. B. Mallory:** «Criteria for the measurement of results of treatment in fatty cirrhosis». *Gastroenterology*, 11-164, 1948.
- (116) **W. H. J. Summerskill, S. J. Wolff y C. S. Davidson:** «Response to alcohol in chronic alcoholics with liver disease. Clinical pathological and metabolic changes». *Lancet*, 1-335, 1957.
- (117) **T. B. Reynolds y H. A. Edmunson:** «Alcoholic hepatitis». *Annals of Internal Medicine*, 74-440, 1971.

Algunas consideraciones sobre el tratamiento del alcohólico

Por Dr. José Varo

Psiquiatra. Director del Departamento de Alcoholismo y Toxicomanías de Pamplona

I. INTRODUCCION

La consideración del alcoholismo como una enfermedad constituye una conquista que va alcanzando progresivamente a sectores cada vez más amplios de la comunidad, en la medida en que estos sectores van adquiriendo información y secundariamente desarrollan una actitud menos moralista ante el problema.

Como todos sabemos, esta es una batalla que está lejos de haber terminado. El alcoholismo puede ser ya considerado una enfermedad, pero tal vez no una enfermedad «como las demás». El alcoholismo es aún un trastorno discriminado dentro de la consideración pública y dentro de la sanidad en general.

La historia de las ideas sobre el alcoholismo pasa por diversas fases que no es nuestra intención describir en detalle aquí. Quizá uno de los hechos más importantes de esa historia es el paso difícil desde una actitud social marginadora y punitiva a otra que significase la despenalización social del alcohólico y la inclusión de éste a todos los efectos dentro de los dispositivos asistenciales de que está provista la comunidad.

La tendencia a la «medicalización» del alcoholismo es un hecho



relativamente reciente. Recuérdese el desarrollo de la obra de Jellinek que cristaliza esta concepción y los informes más importantes de la O.M.S., todo ello de fechas cronológicamente no demasiado lejanas.

Como hemos dicho, éste es un paso penoso que parece haber comenzado a producirse, pero que aún no ha hecho más que iniciarse.

La respuesta que da la sociedad al problema del alcoholismo es ambigua. Aunque cada vez existe mayor tendencia hacia la consideración de este trastorno como una enfermedad digna de toda la atención sanitaria y social, no están, ni mucho menos, eliminados los elementos represores y marginadores en el enfrentamiento que la sociedad hace del problema. Sin contar con un modo de respuesta también frecuente, como es la de —simplemente— ignorar el problema, eliminándolo de la conciencia social.

Dicha respuesta, y desde un punto de vista histórico, podría sintetizarse en varios momentos:

1. Enfoque moral.

El alcoholismo era considerado como un vicio moral, sobre la base de que los conceptos morales o filosóficos (religiosos) eran los únicos que servían para definir las conductas como aceptables o no. Los conceptos de normalidad o patología están íntimamente ligados a los de culpa. La conducta alcohólica es entendida como una búsqueda desordenada de placer individual y como un comportamiento realizado libremente por el individuo. (Es interesante señalar que en nuestro medio social, fuertemente consumidor de alcohol, la condena del alcohol no es tanto por el beber excesivo en sí cuanto por salirse de las normas sociales, en cuanto al modo de beber y en cuanto a las consecuencias del mismo.) Como consecuencia de ello, los consejos, admoniciones y represiones, así como los movimientos y organizaciones sociales caritativas o moralizantes, eran los únicos recursos que se oponían al problema alcohólico.

2. Enfoque médico del alcoholismo.

El alcoholismo empieza a ser visto como un trastorno que puede poseer un sustrato orgánico. Pero, sobre todo, la medicina se ha

planteado el alcoholismo desde el punto de vista de las consecuencias del abuso crónico del alcohol. Precisamente el tratamiento de estas consecuencias (o el de las complicaciones psiquiátricas graves, en el caso de la asistencia psiquiátrica tradicional) ha constituido durante mucho tiempo (y así persiste en gran medida) el único lazo de unión entre esta enfermedad y los dispositivos asistenciales médicos o psiquiátricos.

3. Enfoques psicológicos.

En la opinión pública y científica va tendiendo a ligarse el abuso alcohólico a unos problemas de personalidad subyacentes. Se van describiendo los aspectos psicodinámicos del alcoholismo según el desarrollo de las diversas teorías psicológicas que van incorporándose (aunque lenta e insuficientemente) al tratamiento y asistencia de los alcohólicos.

El alcoholismo empieza a ser estudiado en su conflictiva psicológica y entendido como un síntoma de ella.

4. Enfoques sociales.

Más recientemente se va abriendo camino el entendimiento de la conducta alcohólica en su contexto social. Se trata de una conducta desviada de la norma habitual, que debe ser comprendida desde sus condicionamientos sociales. El alcohólico es un individuo cuyo comportamiento es producido, reforzado o estimulado precisamente por su interacción con su grupo social. Un modelo interesante de descripción de los procesos sociales implicados en el fenómeno de la pérdida de control es, por ejemplo, el aportado por Bacon.

En nuestro país, y desde hace años, los estudiosos del tema del alcoholismo vienen señalando el papel clave de la estructura social en la producción y mantenimiento del abuso del alcohol. Véanse a este respecto los conocidos trabajos de Santodomingo, Alonso Fernández, Bogani, Freixa, etc.

La respuesta médica a los problemas sociales es uno de los hechos típicos de nuestro momento histórico. Cada sociedad enfrenta sus dificultades de acuerdo con sus esquemas valorativos y planteamien-

tos ideológicos. Es reveladora, a este respecto, la historia de las ideas, actitudes y comportamiento de cada sociedad con respecto a la enfermedad mental. En el momento actual se tiende a incluir problemas enfocados con criterios morales (y segregadores) en los dispositivos asistenciales, dentro de los cuales se comprende el médico psiquiátrico.

No obstante, y como viene señalándose desde diversos ángulos, en determinadas condiciones pudiera ocurrir que incluso los sistemas asistenciales constituyan una nueva forma de segregación en casos como la conducta alcohólica y otros problemas psicosociales. Santodomingo, refiriéndose a todos los toxicómanos, señalaba que «incluso detrás de una actitud aparentemente médica quedan escondidas muchas veces valoraciones éticas incluso farisaicas y que en algunos momentos históricos y en algunas comunidades puede correrse el riesgo de convertir la asistencia y la rehabilitación de los toxicómanos en una nueva caza de brujas con pretextos más o menos sanitario-sociales». De esta manera, la comunidad no se plantearía una autocrítica y mientras produce enfermos con sus estructuras y dinámica sociales, por una parte; por otra, intenta reducir la incidencia del trastorno y el impacto de sus consecuencias a través del sistema asistencial.

Los presupuestos sociológicos e ideológicos no actúan, como es natural, sólo a nivel «popular». Impregnan también con intensidad a los profesionales (médicos, etc.) de los que depende la asistencia al alcohólico en mayor o menor grado. En una enfermedad que aún despierta importantes resonancias emocionales en mayor medida que otras, incluso el bagaje técnico profesional está fuertemente mediado por actitudes éticas e ideológicas arraigadas más profundamente que los conocimientos y puntos de vista científicos.

Es decir, que el alcoholismo (y el paciente alcohólico concreto) puede enfocarse con un fondo de actitud no específicamente profesionales, sino pertenecientes al acervo cultural común, en mucha mayor medida que otros procesos.

Pero, por otro lado, y como veremos más adelante, también juegan un papel importante los prejuicios (éstos ya de tipo más específicamente «científico») en el tratamiento de alcohólicos, incluso por el personal especializado en esta enfermedad.

Los presupuestos y prejuicios sociológicos, ideológicos y culturales

pueden repercutir modelando el enfoque de la enfermedad en tres niveles de la acción profesional:

1. En la teoría, el sistema de ideas que sirve para comprender y explicar la realidad.
2. En los objetivos terapéuticos que se plantean ante el alcoholismo en general y, por tanto, ante cada enfermo en particular.
3. En los métodos terapéuticos empleados.

En los tres niveles reseñados, la variabilidad de opiniones es muy amplia, de modo que con frecuencia resulta difícil lograr un acuerdo real entre los diversos enfoques profesionales de la enfermedad alcohólica. Esta dificultad es especialmente patente cuando se trata de lograr una coordinación entre modelos profesionales de asistencia al alcohólico y la asistencia de asociaciones no profesionales. Esta coordinación, como es de todos conocido, puede resultar una empresa esforzada y trabajosa debido a constituir dos sistemas conceptuales distintos, a veces en aspectos fundamentales.

II. MODELOS TEORICOS Y ENFOQUES TERAPEUTICOS

Antes hemos señalado que los diversos enfoques de la enfermedad alcohólica se han desarrollado históricamente hasta llegar a la situación actual, en que los encontramos coexistiendo simultáneamente. Según la estructura de valores predominante, así se reforzará un modo de comprensión del alcoholismo y, consiguientemente, una serie de medidas asistenciales u otra. A riesgo de sintetizar y simplificar en exceso, resumiríamos como sigue las modalidades de enfoque de la enfermedad alcohólica.



<i>Modelos</i>	<i>Conceptualización</i>	<i>Medidas de tratamiento</i>
Moral	Conceptos filosóficos, morales y religiosos.	Ayuda moral y espiritual. Represión y marginación.
Médico	El alcoholismo como trastorno biológico. Teorías genéticas, endocrinas, bioquímicas.	Tratamiento en los aspectos somáticos.
Psicológico	Teorías psicodinámicas. Teorías conductistas.	Psicoterapia. Técnicas de modificación del comportamiento.
Sociales	Valores culturales. Estructura social. Interacción social.	Interacción social. Procesos grupales.

Hemos incluido en el cuadro un modelo «precientífico» (el modelo moral) porque nos parece que a nivel sociológico éste no deja, ni mucho menos, de seguir ejerciendo su influencia en todos los dispositivos asistenciales. Y desde luego, un modelo de este tipo marca bastante la filosofía de A.A., por ejemplo, así como las actitudes y acciones con respecto al alcohólico de algunos profesionales de posible gran importancia en el tratamiento de alcohólicos (médicos generales).

Jones y Helrich, en USA, encuentran que de una muestra de 6.805 médicos generales encuestados, el 26,3 por 100 pensaba que la causa principal del alcoholismo es la «inmoralidad o la falta de voluntad». Rathod, en Inglaterra, informa de que en esa misma proporción, un grupo de médicos de cabecera encuestados contestan que los términos más apropiados para describir el alcoholismo eran «debilidad de voluntad, vicio, malas costumbres, falta de fuerza de voluntad». Ruiz Ruiz, en cambio, encuentra en España una mayor consideración del alcoholismo como enfermedad psíquica entre los profesionales sanitarios, con respecto a otros grupos profesionales y a la población en general. Nos parece, sin embargo, que a veces no hay congruencia (como el mismo autor apunta) entre las opiniones expresadas a nivel racional y el componente afectivo básico de la actitud, así como el enfoque concreto ante el paciente.

Por otra parte, es claro que cuando hablamos de alcohólicos no nos referimos a una población homogénea. Quizá un logro importante en el campo del alcoholismo haya sido la comprensión cada vez más clara de que:

1. No se trata de un trastorno unitario.
2. Puede tener diversos condicionamientos etiológicos.
3. La población de alcohólicos está constituida por conjunto de subpoblaciones. Por consiguiente, cada subpoblación podría ser accesible a diversos modelos y enfoques terapéuticos.

El sentido de la conducta alcohólica en lo global de la persona es ampliamente variable y muchas veces no reductible a la comodidad del diagnóstico según un modelo simple.

Como señalan Rossi y Filstead, una de las principales fuerzas que ha dominado el campo del alcoholismo históricamente ha sido la categorización del pensamiento sobre la enfermedad y los problemas del alcohol en términos extremos. Los mismos autores señalan,



como ejemplo de ello, la utilización más bien radical e inexorable que se ha hecho a veces de las famosas frases descritas por Jellinek en la evolución de la enfermedad. Las ideas científicas también sufren el mismo proceso de mitificación y rigidez que otros sistemas ideológicos o culturales.

El único recurso frente a esto es la observación atenta de la demanda asistencial, que resulta cambiante. Uno de los factores de cambio es —precisamente— el establecimiento de programas asistenciales.

En el terreno clínico, un aspecto sobre el que merecería la pena el realizar una reflexión y evaluación continua es sobre el establecimiento de unos criterios precisos y diferenciados sobre qué tipo de pacientes son los mejores candidatos a cada modalidad de tratamiento.

Los criterios de selección de pacientes para cada enfoque o técnica terapéutica resultan a veces algo imprecisos y quizá anárquicos. Aspectos como el internamiento de enfermos, su asistencia a un modo u otro de psicoterapia, la indicación de un programa de modificación del comportamiento, o de un modelo de rehabilitación social, deberían ser fijados con un mínimo de estereotipos.

Por otra parte, la proverbial sobrecarga de todo servicio que se ocupa de alcohólicos se vería aliviada con una «distribución» precisa de las actividades terapéuticas. En este sentido, los métodos de tratamiento de orientación conductista resultan ejemplares por el momento.

III. SOBRE LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Como hemos apuntado anteriormente, una de las posibles razones de fracaso en la terapéutica del alcoholismo puede ser la de no ajustar en forma precisa las medidas indicadas a la realidad total del paciente. Es decir, el no plantearse unos objetivos bien definidos en cada caso. (Obsérvese, como ejemplo, la frecuente vaguedad de expresiones como «mejorar los problemas de personalidad, los conflictos, etc.», en la psicoterapia, o la dificultad de evaluar en forma objetiva la evolución de un grupo terapéutico.)

Los objetivos comúnmente planteados en la terapia concreta del alcoholismo se refieren a tres áreas:

1. El tratamiento de las consecuencias de la enfermedad, a nivel somático, psiquiátrico, social, etc.
2. El tratamiento y enfoque de la dependencia alcohólica como tal.
3. El abordaje terapéutico de los posibles problemas de personalidad subyacentes.

Nos gustaría considerar, como ilustración de las implicaciones que venimos señalando, un aspecto relacionado con el enfoque terapéutico de la dependencia del alcohol. Se trata de la polémica suscitada desde hace años sobre el tema del beber controlado como posible objetivo terapéutico. Nos parece éste un ejemplo de cómo un problema puede traspasar los límites de los hechos comprobados y radicalizarse fácilmente. Desde los primeros estudios aparecidos sobre el tema, algunos vieron en él un duro ataque contra una de las bases más firmes de la teoría y tratamiento del alcoholismo: la idea de que el alcohólico no puede beber moderadamente, puesto que se instaurará indefectiblemente la pérdida de control. Esto, que en una parte de los pacientes que tratamos es un hecho evidente, puede comprobarse que no es algo inexorable.

En el fondo de la conceptualización del tema está la concepción de la pérdida de control polarizada en dos extremos:

1. Como una cadena de hechos fisiológicos, no influenciados por el paciente, que se ponen en marcha con la ingestión de alcohol.
2. Como una conducta con muchos más elementos situacionales, aprendidos en parte e instituidos como consecuencia de una serie de mecanismos de refuerzo (con gran importancia del contexto social donde el alcohólico se encuentra) y, por consiguiente, modificables según técnicas de descondicionamiento*.

Es evidente que la discusión no ha terminado. Quedan aún muchos datos por aportar, algunos conceptos por precisar y una notable cantidad de hechos a comprobar antes de que se pudiera llegar a conclusiones definitivas. Pero quizá esta aspiración a « conclusiones definitivas » puede ser el fallo esencial y originario en toda la polémica, que está impidiendo el análisis flexible, no dogmático, de los hechos en las diversas subpoblaciones de alcohólicos.

(*) Una revisión en castellano del tema es la de J. Cáceres: «Revisión del concepto de pérdida de control». (En prensa.)

El intento de evitación de toda rigidez y maximalismo tiene, además, un resultado práctico inmediato. Inevitablemente, las consideraciones dogmáticas tienden a «modelar» a los pacientes a través de las actitudes del terapeuta. No olvidemos que, con frecuencia, el alcohólico experimenta el impulso aportado por el terapeuta hacia la abstinencia en forma fantaseada, en coexión con su ambivalente tendencia a la dependencia y a las relaciones de dominio/sumisión. Una actitud abierta en este campo disminuirá las barreras comunicativas y las resistencias al acceso a la experiencia real (y no interferida por el esquema teórico) del alcohólico en situaciones como, por ejemplo, la recaída, los episodios de pérdida de control, las breves épocas de beber moderado, etc.

Otro aspecto que quisiéramos destacar en relación con los objetivos marcados en la terapéutica es referente a la deshabitación. El cambio que emprende el alcohólico cuando toma la vía de la abstinencia conlleva una serie de tanteos y ensayos azarosos que le llevan a aprender modos de comportamiento nuevos para él. El alcohólico ha aprendido hasta el momento a regular su estado interior casi exclusivamente por medio del alcohol. Las experiencias gratificantes están moduladas por la intoxicación alcohólica y por el contexto donde ésta se produce. Ahora debe lograr un modo de manejo de sí mismo que no incluya el alcohol. El uso a que hoy han derivado los medicamentos de acción aversiva es precisamente el de forzar otro modo de comportamiento excluyendo el beber. Pero, a partir de estos momentos, el alcohólico debe ser acompañado en un largo recorrido que reestructura su interacción con el entorno.

Miller, desde la óptica de la terapia del comportamiento, resume una serie de áreas donde el terapeuta debe ayudar al paciente a encontrar alternativas a la conducta alcohólica. Precisamente son las áreas donde el alcohólico fracasa con frecuencia y que resultan deterioradas por la dependencia del alcohol. En estas áreas, la relación básica con el terapeuta y la utilización de una amplia serie de técnicas debe proveer al paciente de recursos para aprender a manejar situaciones que antes distorsionaba con el beber. Así, por ejemplo:

1. Remodelación de las relaciones interpersonales (en todos sus niveles) posibilitando un cambio real en los modos de interacción social, que equilibren, por ejemplo, la tendencia a la polarización entre dependencia/autoafirmación.



2. Aprendizaje de recursos frente a la presión (tanto la que viene desde el interior como la presión de las situaciones sociales) que el alcohólico puede experimentar hacia el beber.
3. Aprendizaje de nuevos modos de manejo de la ansiedad. Recursos que le permitan enfrentarse con las situaciones de frustración.
4. Nuevas adquisiciones de tipo recreativo u ocupacional.

Es de recordar, como indica Bacon y es experiencia común en toda la terapéutica del alcoholismo, la importancia de que todas estas acciones sean desarrolladas en un contexto de interacción social, interacción a través de la cual se «aprendió» también el comportamiento alcohólico. La terapéutica así entendida, no sólo propone modelos (abstinencia, etc.), sino que amplía la acción concreta a todas aquellas áreas comprometidas por la enfermedad. Los cambios tales como la abstinencia, la recuperación física o el equilibrio psicológico pueden ser «prerrequisitos» para un nuevo y global modo de vida en la interacción social.

IV. SOBRE LA EVOLUCION DEL ALCOHOLISMO

Otra área donde se muestra la plasticidad de la conducta alcohólica y la necesidad de eliminar los prejuicios que llevan a un enfoque rígido del problema es en el de los factores implicados en la evolución favorable o desfavorable de la enfermedad. Aparte de otras condiciones, tanto psicológicas como sociales, que vienen señalándose como importantes para una buena evolución del alcoholismo, existe un concepto de amplia utilización por el personal de servicios que tratan alcohólicos. Nos referimos al concepto de motivación y a otro (el de «insight») estrechamente relacionado con él. La explicación de determinados fracasos terapéuticos apelando a la falta de motivación del paciente, así como a la ausencia de «consciencia de enfermedad», es bastante común. Sterne y Pittman, en una encuesta a profesionales de esta área, encuentran, efectivamente, que la mayoría de ellos relacionaban el éxito del tratamiento con el hecho de que el paciente admita el problema y con la motivación hacia el cambio. Sin embargo —y esto es lo importante—, tendían a conceptualizar la motivación como algo estático (se tiene o no se tiene). De una consideración estática y excesivamente categorizadora de la motivación resulta con



frecuencia un cierto grado de prejuicios que etiquetan definitivamente al paciente y bloquean la posibilidad de que el terapeuta pueda promover cambios reales. No olvidemos la importancia que en el tratamiento de alcohólicos tiene el refuerzo positivo de la motivación utilizando para ello la multitud de situaciones gratificantes que a través de su misma conducta puede ir adquiriendo en la relación terapéutica o la interacción social.

La falta de motivación, como señalan Nir y Cutler (5), es una condición determinada por diversas variables, como las siguientes: mecanismos defensivos de negación, alta de «insight», ego-sintonicidad de los síntomas y angustia ante el cambio. Junto con esto, existen también una serie de factores influyentes en la motivación que son puramente situacionales o bien culturales, de mayor o menor posibilidad de cambio.

Así, por ejemplo, las ideas sobre la enfermedad y el tratamiento propias del ambiente próximo al enfermo, su interacción con el grupo social más inmediato, etc.

Muchos de estos factores son esencialmente dinámicos y flexibles. Entender la motivación como algo definitorio puede en el fondo estar basado sobre una idea voluntarista de la enfermedad alcohólica.

La desesperanza con que a veces se enfrenta el tratamiento de alcohólicos, el esquema estereotipado de que «no quieren curarse», etcétera, demuestra más bien la limitación de los recursos terapéuticos, especialmente ante los pacientes con escasa motivación.

El dinamismo y las posibilidades de modificación de la motivación y el «insight» de los enfermos alcohólicos es un hecho de observación diaria, aunque a veces queda fuera de la acción terapéutica, en ese notable cúmulo de factores no terapéuticos que influyen en los cambios del paciente. En cuanto a su relación con la evolución ulterior del alcoholismo, notemos que Willems, Letemendía y Arrollave, en un grupo de alcohólicos tratados en régimen de internamiento, mostraron cómo el nivel de «insight» ligado positivamente a la evolución del alcoholismo es el alcanzado por el paciente en el momento del alta, no el que presentaba a la llegada.

En nuestra ponencia a las IV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol evaluamos con los criterios que llevamos dichos la motivación y el «insight» de un grupo de pacientes tratados en forma ambulatoria. Encontramos que un 53 por 100 poseían un buen grado de motivación, un 34 por 100 presentaban una motivación débil

o superficial y un 13 por 100 manifestaban una casi total falta de motivación inicial. Revisada la evolución de todos estos pacientes a los doce meses de tratamiento, también encontramos que el grupo de pacientes cuya motivación había sido inicialmente pobre, pero que había aumentado a lo largo de dicho tiempo, no mostraba en su evolución diferencias significativas con aquellos que habían comenzado la terapéutica con un buen nivel de «insight» y motivación. El tanto por ciento de evoluciones favorables era sólo ligeramente superior en el segundo grupo. Una observación frecuente en el tratamiento de alcohólicos es el hecho de que, durante mucho tiempo, dicho tratamiento debe encaminarse casi en exclusiva a eliminar paciente y sutilmente toda aquella trama de hechos psicológicos y sociales que impiden al enfermo superar la «falta de motivación». Una vez conseguido esto, la mejoría global del paciente puede cristalizar con rapidez y con menor intervención terapéutica.

V. ASPECTOS ASISTENCIALES

Hemos querido someter a discusión algunos aspectos en relación con el tratamiento del alcohólico con la intención de destacar las implicaciones de tipo ético e ideológico, así como la tendencia a los estereotipos que se entremezclan frecuentemente con los modelos de ayuda y asistencia que se ponen en marcha ante esta enfermedad.

En la precariedad del sistema actual del tratamiento del alcoholismo en España (o, mejor dicho, ante la ausencia real de tal sistema) urge poner en marcha dispositivos asistenciales que sean capaces de incluir todos los aspectos de la enfermedad. Para ello resulta indispensable considerar y evaluar con realismo las siguientes áreas:

1. Evaluación permanente de la población de alcohólicos a atender, no desde un punto de vista cuantitativo, sino en cuanto a las diversas subpoblaciones y la especial problemática de cada una de ellas. La evolución de la epidemiología del alcoholismo está, evidentemente, ligada a otros cambios sociales y esta evolución debe acompañarse de medidas asistenciales ágiles y creativas. Así, por ejemplo, el desarrollo de programas específicos de asistencia para las formas de alcoholismo juvenil que venimos observando requeriría un enfoque particular (y no reductible a ser entendido como un problema de «fases» de la enfermedad simplemente).

2. Definición del tipo y modelo de centros y servicios de asistencia al alcohólico. Los diversos modelos de asistencia juegan un indudable papel en el modelado de la misma demanda, como ha sido destacado por Pattison. Según los programas de tratamiento de alcohólicos que se desarrollen, serán atendidas u olvidadas unas u otras formas de alcoholismo y grupos de alcohólicos. El hecho lamentable y frecuente es que la clase social es una de las circunstancias más determinantes de esta selección.

Hasta el momento (y salvo los escasos equipos funcionantes en el país), el tratamiento dado a los alcohólicos se ha centrado en un burdo control de las consecuencias del beber (somáticas, sociales o psiquiátricas), no en el alcoholismo en sí. Esta ha sido una de las causas del fracaso del hospital psiquiátrico tradicional en el tratamiento de alcohólicos, aparte su papel social represor y marginante.

La filosofía «ideal» de los servicios que se ocupen de alcohólicos (su agilidad y capacidad de adaptación a las necesidades de la comunidad, su ausencia de prejuicios, etc.) viene siendo señalada por la O.M.S. y, en España, por los autores citados anteriormente (Santodomingo, Freixa, Bogani, etc.). Un aspecto importante de esa filosofía nos parece la ausencia de dogmatismo, especialmente el científico, y la capacidad de utilizar múltiples recursos terapéuticos.

3. Los modos de coordinación e incorporación de estos servicios con el resto de la asistencia médica y psiquiátrica.

4. Los métodos de tratamiento empleados. Ya nos hemos referido a la necesidad de evaluar en forma precisa y objetiva los diversos recursos terapéuticos de la dependencia alcohólica y de la habituación. La fijación «mitológica» de determinados conceptos y técnicas no puede evitarse más que con una observación constante de la realidad y una gran flexibilidad en el enfoque múltiple de una enfermedad múltiple también.

La psicoterapia en el alcoholismo

Por Dr. José PEREZ MARTORELL

Director del Centro de Salud Mental de Alicante

INTRODUCCION

El hombre pasa la mayor parte de su vida insomne en grupos: familiares, laborales y sociales de diversas clases. Desde principio de siglo, a estos grupos natural e históricamente enraizados vienen a sumársele unas experiencias artificiales de grupo que tienen como objetivo primordial y flexible paliar el trastorno, fomentar el desarrollo personal, ampliar la sensibilidad emocional o, como es evidente en determinadas circunstancias, lograr una experiencia de grupo como algo de valor propio evidente que quizá no es bastante asequible en el marco cultural. Pioneros de esta iniciativa fueron Camús Pognier (1904), Pratt (1905), Buck, Rhoads, Moreno (1911), etc. Este último dio a conocer su Psicodrama y posteriormente el mismo autor nos legó el término «Psicoterapia de grupo» en 1931.

En un principio estos métodos terapéuticos fueron puestos en tela de juicio y vistos con mucha suspicacia por la gran mayoría de médicos. La segunda guerra mundial marcó el inicio de un período en el que la terapia de grupo y otros métodos similares tales como el Psicodrama, Terapia institucional, Psicoterapia analítica de grupo, etcétera, se desarrollaron y diversificaron en una amplia escala, cons-



tituyendo y siendo aceptado todo su conjunto «como un movimiento auténtico de terapéutica social».

Actualmente podemos decir que la psicoterapia de grupo adquiere una gran expansión e importancia en todos los países del mundo, gracias a la actividad desarrollada en congresos, reuniones científicas y publicaciones, desempeñadas por autores de tan reconocida solvencia en este movimiento como son Moreno, Tosquelles, Biere, Bion, Klahman, Sivadon, Burrows, Foulkes, Ledovici, entre un etcétera interminable.

En las décadas de 1950-60 fue patente la influencia psicoanalítica ejercida en estas corrientes de la terapia de grupo; actualmente se observa un descenso de esta orientación y una vuelta a un mayor nivel de integración de la primitiva orientación basada en el estudio de los «procesos de interacción del aquí y ahora» en el grupo.

De todos modos, cualquiera que observe o repase la literatura existente sobre la psicoterapia de grupo se encontrar una diversidad de opiniones y corrientes sobre el problema. Hemos de llegar a la conclusión de que los métodos de grupo deben ser utilizados, superados e ignorados. Cada vez, y conforme se conoce más profundamente sus sistema, exige a correcciones y evoluciones que permitan una buena adecuación terapéutica.

Lo que sí es real, que las técnicas de psicoterapia de grupo tienen hoy día una gran predicación y auténtica importancia en la mayoría de las instituciones psiquiátricas que las han introducido dentro de sus métodos usuales de trabajo.

Definición

Haciéndose eco de Moreno, hay que aclarar primero el significado de psicoterapia de grupo. Según este autor, es «un método para tratar conscientemente y en el marco de una ciencia empírica, las relaciones interpersonales y los problemas psíquicos de los individuos de un grupo». En la definición se incluyen, por consiguiente, los siguientes factores.

- a) La psicoterapia de grupo es una metodología clínica desarrollada, consciente y sistemáticamente.
- b) Emprende el tratamiento de varias personas dentro de un grupo.

c) Trata los problemas psíquicos y sociales de los miembros del grupo; de sus dolencias somáticas, sólo se ocupa en la medida de su etiología psicógena.

d) Es un método fundado en investigaciones empíricas y que se practican en un marco empírico.

Para que una psicoterapia de grupo sea verdadera tiene que fundarse en el conocimiento de la patología del grupo y de sus problemas psicológicos y sociales.

Las primeras definiciones que dio Moreno de la psicoterapia de grupo precisaban las siguientes características:

1) Es preciso, como principio fundamental de toda psicoterapia de grupo, que todo individuo del grupo —y no sólo el médico que les trata— pueda actuar como agente terapéutico respecto a otro individuo, y todo grupo respecto a otro grupo.

2) La metodología de la psicoterapia de grupo debe de aspirar a lograr la más favorable agrupación terapéutica de sus miembros. Procura una reagrupación de los miembros cuando es necesaria para poner de acuerdo la constelación del grupo con las motivaciones e inclinaciones espontáneas de los miembros.

3) La psicoterapia no trata solamente al individuo aislado convertido en foco de atención por sus dificultades de adaptación e integración, sino a todo el grupo y a todos los individuos que se encuentran en relación con él.

4) La psicoterapia de grupo como procedimiento verdaderamente terapéutico no puede intentar un objetivo final menor que la humanidad entera. Definición sociátrica, punto de vista de una «sociología médica» que ve en la sociedad humana total al verdadero paciente.

Psicoterapia de grupo en el alcoholismo

Centrándome en el título de la ponencia y sujetándome a nuestras experiencias, que se remontan a unos diez años como asesor médico-terapeuta de APAEX (Asociación Provincial Alicantina de ex Alcohólicos), delegación de Alicante, y en los tres últimos años en el Centro de Salud Mental de Alicante (Delegación Provincial Territorial de Sanidad), comienzo por afirmar mi convencimiento de que la psicoterapia de grupo representa para el enfermo alcohólico



el método regio por excelencia en su rehabilitación y recuperación, tanto psíquica como socialmente. Coincido con esta afirmación, con la opinión de alcoholólogos nacionales de tan reconocida solvencia como Alonso Fernández, Cáceres, Bogani, Llop s, Paret, Llorca, Freixa, Bach, Martín García, Santo Domingo, etc.

No obstante, no dejo de reconocer de que personalidades disarmonicas, que conductas de causalidad tan compleja como son las que se engloban en el alcoholismo crónico, plantean de por sí un problema terapéutico a veces confuso y siempre complicado.

La psicoterapia de grupo en el alcoholismo tiene un objetivo flexible: «Paliar el trastorno, fomentar el desarrollo personal, ampliar la sensibilidad emocional; implica la paliación de la ansiedad o enfermedad de un grupo a través de la interacción y ayuda mutua. Podríamos resumir diciendo que su fin primordial se centra en la recuperación de la mujer u hombre alcohólico psicológicamente enfermo, para recuperarle y reintegrarle totalmente restablecido a la sociedad como elemento sano, de hecho y derecho.»

La psicoterapia de grupo es, según Castilla del Pino, una de las formas más eficaces para que el alcohólico se comunique, por reunir las siguientes condiciones:

- En primer lugar, es una forma auténtica de comunicación imposible en otra esfera social.
- En segundo lugar, gratifica éticamente, por cuanto se ponen así los medios para la solución del conflicto.
- En tercer y último lugar, va encaminada a una adaptación e integración, partiendo de la misma vida del sujeto.

Veamos cuáles son los *principios generales* de nuestros grupos de psicoterapia, que siendo sinceros no siempre se cumplen por diferentes causas y exigencias surgidas.

1. *Estructura y composición del grupo.*—Nuestros grupos son de carácter abierto, con incorporación constante a ellos de nuevos enfermos y abandono ocasional, bien sea por indicación médica o por deserción.

Tienen aspectos homogéneos: su cualidad común de ser enfermos alcohólicos.

Son también grupos heterogéneos: abarcan ambos sexos, de todas

las edades, de distintas nacionalidades. Además, son aceptados aquellos familiares más cercanos, en particular el cónyuge, por precisar igualmente de tratamiento.

Hicimos grupos homogéneos con separación de sexos, siendo los resultados baldíos. Igual respuesta recibimos diferenciando grupos de jóvenes y de adultos.

El grupo abierto-heterogéneo con la única aceptación homogénea del alcoholismo común, la consideramos como la composición preferible. Este grupo mixto representa, en una palabra, una sección en miniatura de la sociedad en la que vive el grupo. Es el marco ideal, porque hace posible la encarnación de todas las figuras significativas de nuestra cultura.

2. *Número de integrantes.*—La mayoría de los alcoholólogo-terapeutas aconsejaban grupos que no excedan de 7 y 15 en sus dos extremos liminares. Dentro de estos límites nos movemos en nuestros grupos de psicoterapia del Centro de Salud Mental, no así en los de APAEX, que han llegado a cifras de 40, transformándose en grupos de discusión. Son grupos constantes que adoptan un carácter familiar y vitalicio; son «familias terapéuticas» que consideran imprescindible al grupo psicoterapéutico para su bienestar social. En gran parte están motivados por la carencia de terapeutas y ser mayor la demanda que la oferta. La «magnitud de estos grupos» dependerá de la capacidad que tienen para absorber nuevos miembros sin disminuir su capacidad psicoterapéutica.

3. *Frecuencia de las sesiones.*—Normalmente venimos impartiendo una sesión de psicoterapia grupal a la semana. En ocasiones en determinados grupos se realizan dos.

4. *Duración de una sesión.*—Considero que no se debe determinar rígidamente el tiempo que debe durar una sesión, por la misma razón de que es perjudicial determinar de antemano el número de componentes de un grupo.

Según la experiencia, hora y media es el tiempo habitual, pero no siempre el más óptimo.

La duración de una sesión depende del carácter más o menos intenso del problema. Si la sesión tiene un carácter altamente explosivo, no la prolongamos más de cuarenta minutos. Cuando el pro-



blema planteado no se ha desarrollado ni clarificado, consideramos necesario ampliarlo a dos horas.

5. *Elementos no aceptables al grupo.*—Exceptuamos de su incorporación al grupo aquellos individuos de un nivel medio muy bajo, inelectivamente hablando, así como todos aquellos que, ostentando una desorganización psicótica de su personalidad o en estado de embriaguez, no obtendrían un efecto terapéutico mínimo e incluso podrían producir un disturbio en la dinámica de grupo.

6. *Exigencia previa para su ingreso.*—Exigimos que todo enfermo alcohólico para ingresar en un grupo de psicoterapia debe de haberse sometido a una entrevista previa del médico psicoterapeuta, entrevista imprescindible que prepara al alcohólico ayudándole a la toma de conciencia de su enfermedad y a la aceptación del método psicoterapéutico. Igualmente si el enfermo no está en abstinencia alcohólica, se le instaura un tratamiento ambulatorio durante un mes con metronidazol o disulfarán.

7. *Medium del grupo.*—Solemos ubicarlo en una sala adecuadamente amplia. Los pacientes suelen sentarse en círculo sin un orden formal. El psicoterapeuta adopta igual actitud. ¿Por qué en círculo? Porque la observación nos ha enseñado que la forma del círculo no sólo tiene un significado estético: para muchos alcohólicos representa un significado terapéutico.

8. *Método de la libertad.*—Los miembros del grupo de alcohólicos son libres de elegir en cada sesión dónde se han de sentar. Esto lo aceptamos porque para el psicoterapeuta representa tener ante sus propios ojos un actograma y un sociograma visual, que mostrará modificaciones características en cualquier otra sesión posterior.

9. *Problemas de rango (status).*—En la psicoterapia de grupo de alcohólicos, la igualdad del *status* de sus componentes dentro del grupo es fundamental. El rango que los alcohólicos componentes tengan fuera del grupo, sean ricos o pobres, negros o blancos, jóvenes o viejos, nacionales o extranjeros, quedan fuera de toda consideración en la medida de lo posible; el *status* debe estar determinado únicamente por los valores terapéuticos. En este aspecto somos exigentes.

10. *Espontaneidad*.—De ordinario, preferimos una espontaneidad e improvisación en los comentarios, que el terapeuta procura no coartar si los temas son útiles y adecuados. Los miembros del grupo suelen reaccionar espontáneamente unos frente a otros. Todo se desarrolla como la vida misma, con todas sus incertidumbres, tensiones, pausas y hostilidades.

11. *Libre actuación sin inhibiciones*.—La diferencia de las técnicas psicoanalíticas, los alcohólicos componentes de un grupo psicoterápico pueden conducirse con total libertad.

12. *Integración*.—En el curso de las sesiones terapéuticas va aumentando la integración psíquica del grupo a través de la fusión de los miembros. Con la integración de los mismos, hemos podido observar que la cohesión del grupo crece.

13. *Papel del psicoterapeuta*.—En APAEX, como en el Centro de Salud Mental de Alicante, el equipo conjunto de ambas unidades antialcohólicas, está constituido por dos psiquiatras, un médico especializado en psicoterapia y dos psicólogos. Consideramos que nuestro papel debe de asumirse dentro del contexto general del grupo como un elemento más del mismo, debe eludir convertirse en el foco de atención del grupo —el alcohólico es muy suspicaz y sensible—, en ocasiones sentirse un «protagonista participante», nunca un puro observador. En contadas ocasiones impondrá su protagonismo, cuando se requiera mantener la forma de la sesión, evitar el desorden, centrar la atención sobre un tema surgido interesante, etc., facilitando además que esta función moderadora la vaya asumiendo sucesivamente cada uno de los miembros.

Estimulando el diálogo, el médico procura no desarrollar una actitud dogmática de ningún estilo y sólo «nos permitimos argumentos de autoridad» en lo referente a las complicaciones somáticas del alcoholismo, siendo preferible evitar tanto una actitud plenamente directiva como una actitud omisiva; en psicoterapia de grupo de alcohólicos la experiencia nos lleva a la convicción de que el psicoterapeuta se convierte así en un guía que se pliega a las preferencias y gustos del grupo, evitando los caminos sin salida o las situaciones peligrosas. Podríamos decir que el psicoterapeuta es «una combinación de tres funciones: la del médico, la del investigador y la del paciente».

Al principio del tratamiento se habla de dar la impresión al enfermo de estar apoyado en el terapeuta, aunque rápidamente este apoyo es transferido al grupo, quedando el médico con un papel de técnico y moderador al que ocasionalmente se puede acudir. Posteriormente el terapeuta se desembaraza de su misión tutelar mientras que el grupo va elaborando progresivamente una conciencia de la propia responsabilidad ante el alcohol, centrándose la cuestión en sus verdaderos términos de situación existencial, concreta e individual.

Es obvio recalcar que el psicoterapeuta debe tener una formación amplia sobre conocimientos y tratamiento del alcoholismo, orientaciones amplias doctrinales y no conformarse estrictamente con las psicodinamistas.

14. *Catarsis*.—El sujeto alcohólico que entra a formar parte de una de estas reuniones tiene una primera reacción de sobrecogimiento con sentimientos de culpabilidad más o menos conscientes; al describir su psicobiografía, y ante las preguntas de los demás y su propia insatisfacción, se ve obligado a pensar en este mundo de alcohol y a rebuscar en su historia. Todo ello le lleva a hacer una catarsis, empezando a operarse en él una transformación. Si la interacción tiene carácter terapéutico, se puede hablar de una «catarsis integral» en el grupo. Entonces es frecuente ver cómo la atención del grupo le va haciendo olvidar o minusvalorar su vida pasada y la ayuda que presta a los demás frena sus tensiones haciéndole estar preocupado por el prójimo, creándose así una nueva vida de relación, un círculo nuevo de amistades. El pertenecer al grupo supone ya *la aceptación del papel* que éste representa en la sociedad: si el miembro es sincero observaremos cómo en cierto modo se torna en un renovador de la misma asumiendo frente a ella ciertos aspectos que lo valorizan y realzan. Al experimentar esta situación inédita, no es raro que el alcohólico llegue a una especie de conversión o subversión de valores, que, alterando su proyecto vital, nos permita hablar de una *acción rehabilitadora* que capacita al enfermo para vivir en sociedad a pesar de persistir el defecto adaptativo básico: la pérdida del control ante el alcohol.

15. *Temas y tópicos que surgen en psicoterapia grupal de alcohólicos*.—Por la similitud de situaciones que viven casi todos los alcohólicos, aparecen una serie de temas, de tópicos, que son tratados

con mucha frecuencia en estas discusiones y que por su importancia son importantes comentar; los que aquí exponemos es un muestrario surgido en nuestras psicoterapias grupales de Alicante:

Cuestiones relacionadas con el hábito alcohólico.—Las complicaciones físicas y psicosociales que reporta el alcoholismo lleva a muchos miembros al estudio de una serie de cuestiones relacionadas con el hábito que son prontamente asimiladas y situadas objetivamente, formándose así un acervo cultural técnico que el grupo utiliza frecuente y adecuadamente. En cuanto a las causas del hábito, al principio el grupo da importancia a toda clase de motivaciones psicológicas haciendo derivar la «reacción alcohólica» de las situaciones de *stress psicológico* (carencia de voluntad, inseguridad, complejos de inferioridad, soledad, timidez, búsqueda de evasión ante los problemas, tendencias depresivas, etc.). Conforme el grupo va madurando, sin deschar el papel desencadenante de la experiencia vivencial específica, se valoran ya procesos biológicos morbosos, desconocidos en su esencia, pero responsables de los síntomas fundamentales: pérdida de control, incapacidad de abstinencia (efecto tóxico del alcohol-droga, que crea dependencia). Hay quienes achacan las causas del hábito a un contagio social diverso cimentado en una perseverancia de tradiciones, costumbres, mitos, etc. Algunos cayeron en ese hábito según apuntan, al seguir consejos terapéuticos del alcohol (estomático, analéptico, etcétera). Alguien nos apuntó que su hábito alcohólico fue adquirido, «más que por falta de voluntad, por encariñamiento con el alcohol» (¿?).

Concepto de alcoholismo-enfermedad.—Llegan a esta conclusión una mayoría bastante elevada de alcohólicos; se basan en el hecho de que cuando ingieren alcohol experimentan una serie de complicaciones psicosomáticas diagnosticables (temblores, pérdida de visión, gastritis, vómitos, hepatitis, pérdida de peso, anorexia, astenia, alteraciones caracteropáticas y de conducta, celotipias, alucinosis, estados confusionales, etc.), que desaparecen al dejar de beber y ser tratados médicamente, recuperando la salud perdida.

Concepto de alcoholismo-síntoma.—Partiendo de la aceptación de una personalidad prealcohólica por parte de alcohólicos que profundizan en el estudio de su problemática, llegan a la conclusión

que el alcoholismo más que una enfermedad sería un síntoma más a solucionar que viene a ensombrecer a su personalidad congénitamente disarmónica.

Personalidad del alcohólico.—En contraposición a la opinión de algunos médicos que niegan la existencia de una personalidad psicopática alcohólica, muchos componentes de nuestros grupos son coincidentes en aceptar de personalidad mórbida prealcohólica sin una caracterología unitaria que le defina, pero sí con rasgos más comunes y confluyentes que la distinguan: obsesoides, inseguros, inestables, fóbicos, depresivos, neuróticos y liminares intelectivos.

Aceptación de su papel de alcohólico rehabilitado.—Consideran fundamental aceptar el concepto de ser enfermos alcohólicos como medio sólido de perseverancia ante posibles recaídas y como condición indispensable para conseguir su integración nuevamente en una sociedad que de plano le rechazaba al beber.

Actitud ante las recaídas y deserciones.—En algunas ocasiones, dada la frecuencia de recaídas y deserciones, aparece el tema de los desviantes del grupo. En estos casos se procura por todos los medios buscar a los desertores y lograr su reincorporación por medio de «la repesca». Se recomiendan cualidades de paciencia, comprensión, amistad, testimonio, perseverancia y entrega ante tan difícil tarea.

Analizando el problema concreto de cada recaída, se derivan otras temáticas como la *posibilidad o necesidad de ingreso hospitalario*. Si se logra repescar al caído, la solicitud y espíritu de bienvenida son francamente estimulantes.

Situación conyugal.—Una gran mayoría de enfermos alcohólicos dan gran importancia a los desacuerdos conyugales como causas desencadenantes del hábito alcohólico; otros opinan que los desajustes conyugales no son causa sino consecuencia de la ingesta alcohólica. La realidad es que estos dos puntos de vista pueden ser reales y viceversa; dependerán de las circunstancias, así como también del grado de rehabilitación del enfermo.

Problemas laborales.—Constituyen éstos otro de los temas ampliamente surgidos y tratados, siendo las opiniones varias y diversificadas. Hay alcohólicos rehabilitados que se lamentan de la falta de

confianza de sus patronos y suspicacias de la sociedad para emplearles una vez restablecidos. Se quejan —y con razón— de que encuentran más fácilmente empleos cuando bebían que cuando no lo hacen, quizá porque los trabajos ofrecidos eran humillantes y poco dignos, encontrándose en todo momento en situación límite de despido al podersele aplicar la vigente ley laboral. El no conseguir trabajo una vez rehabilitado puede ser —y de hecho lo es —motivación de desánimo y recaída. Por todo esto, constantemente el grupo dedica tiempo y esfuerzo en el logro de una conducta laboral estable, búsqueda de trabajo para algún miembro en situación de paro, etc., desarrollándose situaciones comprensivas positivas, así como actitudes de apoyo, incluso en el caso de una posible recaída alcohólica motivada por una frustración laboral.

Abstinencia completa.—La noción de imposibilidad de un control normal de la cantidad de alcohol ingerida les lleva a los alcohólicos que desean curarse alcanzar la meta de una «abstinencia completa». Esta necesidad de abstinencia absoluta pueden llevar a algunos a abandonar el grupo psicoterapéutico.

Existe un grupo de alcohólicos que consideran la necesidad de un tratamiento reflexológico, pese a su trasfondo represible, para que su abstinencia sea un hecho definitivo. Otros, más maduros en su rehabilitación, opinan que hay que superar todo método opresible y maniqueísta buscando el logro de una personalidad más armónica y madura, así como una capacidad volitiva fuerte que permita conseguir una actitud de total indiferencia ante la droga alcohol.

Fuerza de voluntad.—El grupo suele prestar mucha atención a la «fuerza de la voluntad» como elemento básico en el abandono del hábito, designándose con este término la mayor o menor facilidad con que el enfermo es capaz de reorganizar su existencia sin el alcohol; siempre resulta muy fructífero el análisis de los factores que integran la fuerza de voluntad.

Diferencia conceptual entre «borracho» y «alcohólico».—Tema también muy frecuente y debatido. Son coincidentes en las opiniones de que «se puede ser borracho y no alcohólico», «ser alcohólico y no borracho» y «ser borracho y alcohólico a la vez». La gran mayoría comprenden muy bien que el alcohólico perdió su libertad por la

ingesta alcohólica, donde el tóxico erosiona la voluntad, a la vez que impide toda reflexión, ver claros los problemas y tomar soluciones justas. Se acepta más benevolente el término «borracho», porque hasta cierto punto socialmente cae «más gracioso y simpático», considerando el término «alcohólico» como algo «ofensivo, insultante, que identifica al individuo como un ser abyecto, vicioso, degenerado y despreciable». Los más concienciados profundizan y aclaran que la no aceptación del término alcohólico se debe a una falta de maduración psicoterápica, y hasta tal punto, que el que piensa así no está muy convencido si podrá soltarse definitivamente del tren alcohólico.

Prevención y epidemiología alcohólica.—Con suma frecuencia, surge en el grupo un lamento y una denuncia: la carencia de una información preventiva y eficaz. Se preguntan y no comprenden cómo las autoridades sanitarias del país dan tan escasa importancia a una sociopatía que afecta de lleno a unos tres millones de españoles. Tampoco entienden el mortecino funcionamiento de unos pocos dispensarios antialcohólicos caprichosamente repartidos por el país y discriminatoriamente, porque muchas provincias, entre ellas Alicante, carecen de ellos.

Examen crítico de las técnicas de desintoxicación y deshabitación.—El famoso «injerto» ha sido motivo de amplias deliberaciones. Una minoría lo consideran como método ineficaz, como un verdadero «bluf». Una gran mayoría lo consideran como un «seguro de vida» para no volver a beber permitiéndoles durante un tiempo más o menos largo vivir de las rentas sin tener que someterse a las terapias de grupo. Un tercer grupo que comprenden que estas rentas son cortas y limitadas llegan al convencimiento de reemplazar el «injerto somático» por un «injerto mental», basado en el convencimiento y no en el miedo o temor, únicamente logable por la psicoterapia de grupo.

Una pequeña minoría exponen que las técnicas de reflejos condicionados revulsivos por los métodos de micro-shos eléctricos, son rechazables por inhumanas, cruentas e ineficaces. Existe dura crítica para quien los utiliza. En su conjunto, las consideran como técnicas represivas.

Alcoholismo y Seguridad Social.—Ante este tema existe una repulsa general ante la actitud discriminatoria de la Seguridad Social

en la atención del enfermo psíquico en general y con el alcohólico en particular. No comprenden cómo un asegurado que abona sus cuotas mensuales, ante un problema de alcoholización carece de un adecuado centro de desintoxicación, viéndose obligados a su internamiento en un manicomio, con el agravante de tener que abonarse su tratamiento y estancia. La misma pregunta podría hacerse ante la carencia de servicios de psicoterapia grupal en los ambulatorios con servicios psiquiátricos.

Sentido de la existencia.—Con cierta frecuencia ha surgido el tema de la existencia humana individual y del proyecto vital con escasas referencias a aspectos trascendentes de la existencia humana; la abundancia de términos como «consideración», «rehabilitación», «significación», etc., denotan la necesidad de una integración social satisfactoria, siendo menos frecuente en el abandono del hábito, el recurso a motivaciones como una mejoría de *status* económico y material, etc. En cambio, parece que entra en juego el temor a las complicaciones somáticas, especialmente en sujetos maduros.

Valor terapéutico del grupo.—Muy frecuentemente el grupo analiza el valor terapéutico del propio grupo, su significado y función. Espontáneamente no se discute nunca el éxito terapéutico del grupo por sí mismo, se reconoce el valor del apoyo mutuo, del intercambio de conocimientos y experiencias, de soluciones, etc. Por otra parte, se admite el valor de la comunicación existencial que se establece entre sus miembros y su fin común; en ocasiones se llega a poner de manifiesto que la comunicación establecida en el grupo constituye un sucedáneo o una variante de expresión de la comunicación, de los medios alcoholígenos, surgiendo de este modo la necesidad de constituir asociaciones tipo APAEX, AVEX, AREA, AAE, con sus clubs respectivos, en las que encuentra satisfacción la evidente necesidad de relación de los enfermos.

Publicidad y alcoholismo.—Hacen hincapié sobre el efecto pernicioso de la publicidad proalcohólica, en especial a lo que de niños y jóvenes se refiere y en general a todos los niveles de la sociedad.

Publicidad que consideran más escandalosa por utilizar medios de comunicación social, algunos estatales, como es la TV.

El psicoterapeuta y el grupo.—Tema conflictivo que surge en

numerosas psicoterapias es la crítica que el grupo ejerce sobre el psicoterapeuta y de modo especial si éste es psiquiatra.

Para un grupo grande, el médico «debe de ser algo así como el buen padre, dispuesto a todo y en todo momento»; para otros se convierte en el «bicho expiatorio de sus recaídas». Se puede decir que existen tantas opiniones como componentes del grupo. Veamos algunas:

— Actitud reflexiva sin provocar temor e irritación. El temor provoca violenta reacción y sólo deberá ser utilizado en última necesidad. No les va, pues, la actitud amenazante; más bien buscan una «actitud dulce, amistosa, atractiva, plena de simpatía, comprensiva; lo contrario puede ser contraproducente».

— Abordarle con la ayuda de otra persona previamente concienciada. Para atraer al alcohólico el médico no debe de hacerlo directamente, pues el alcohólico de por sí les suele rehuir.

— No irritarles con peroratas y sermones inútiles. Se utiliza una mejor empatización por medio de la amabilidad. El alcohólico —no olvidemos que ha sufrido múltiples contrariedades— está hastiado, no se acostumbra y desde luego no soporta reproches y censuras. El trato amable y comprensivo le abre un mundo nuevo muy distinto de ese otro que le era usual, pleno de rencores y resabios. Con esta actitud su concienciación es más fácil.

— El abordaje del alcohólico depende del grado de alcoholización. Desde luego es más fácil en su fase inicial que cuando se encuentra embrutecido y semidestruido de la fase demencial.

Cuanto más se le profundiza en un principio, más teme, se auto-defiende y rehúye al médico. Si éste utiliza poco tacto echándole la culpa de su situación y de la de los suyos, el efecto psicoterápico del *rapport* inicial se torna negativo; es fatal. Puede decirse que ese médico puso buena voluntad, pero no utilizó la cabeza.

Si el médico no le culpa a él y sí al alcohol como droga responsable de su desgracia y de la de los suyos, el alcohólico usualmente colabora, porque aun en su degradación comprende que se le quiere ayudar, que se le desea curar y no dañarle. Personalmente, en mi experiencia personal me dio buenos resultados.

— El médico debe ante todo observar al enfermo. Debe hacerlo con una gran comprensión, con serenidad y evitándole cualquier humillación; debe tratar «de ver al enfermo y no al vicioso».

— Curiosa opinión de algunos enfermos es la de considerar un «*rapport* inicial del médico recargado de ironía», como la manifestación de un sadismo, de una insultante superioridad abusiva del psicoterapeuta sobre él. En ciertos aspectos, algunos de ellos se preguntan si esta actitud que ellos consideran agresiva por parte del médico no esconde en éste un alcoholismo larvado.

— Otra queja hacia la figura del terapeuta es el «que el abordaje del enfermo se hace sin respeto» en algunas ocasiones. Violentan los criterios íntimos del alcohólico, creencias e ideologías, y al no ser coincidentes, descargan y transfieren su animosidad de modo intolerable.

— El médico puede quitarle el resabio al alcohólico evitando las previas acusaciones del cónyuge o familiares.

Diferentes conceptos y definiciones del alcoholismo

Son muy dispares. Veamos algunas:

- Enfermedad:
 - ... «porque se enloquece».
 - ... «porque existe una intoxicación».
 - ... «porque es algo interior que impele a beber sin querer».
 - ... «porque el beber altera la salud y al dejar de beber se mejora».
 - ... «porque existen unos condicionamientos metabólicos que al beber predisponen enfermar».
 - ... «fundamentada en la necesidad imperiosa de beber».
 - ... «pues al beber surgen múltiples trastornos psíquicos y físicos».
 - ... «manifestada por la erosión y fallo de la voluntad».
- Toxicomanía:
 - ... «de la que se desea privarse y no se puede, creando interiormente una lucha odiosa y dura».
 - ... «porque el alcohol, su causa, tiene todos los condicionamientos propios de una droga».

- Degeneración:
 - ... «es un modo más degradante de nuestra sociedad ca-
duca».
 - ... «fiel reflejo del mundo actual carente de una verda-
dera escala de valores».
 - ... «... alienante y promocionada por una sociedad con-
sumista».
- Hábito:
 - ... «productos de costumbres y tradiciones».
 - ... «reflejo de una falta de originalidad y carencia de per-
sonalidad».
- Predisposición familiar:
 - ... «que se hereda y adquiere».
- Rutina:
 - ... «sin salida, producto del mimetismo y aburrimiento».
- Vicio:
 - ... «muy malo, que quita la voluntad, preciso para no
pensar, cruel y encadenante, imposible de frenar, que
no lleva a buen camino, cuyas causas son los disgustos,
a veces apasionante, sin el que se puede pasar..., etc.»
- Costumbre:
 - ... «muy española, como los toros».
 - ... «iniciada desde pequeños en la mesa».
 - ... «para matar el rato».
- Gusto:
 - ... «ni enfermedad, ni vicio..., un gusto agradable, que se
puede controlar».
- Síntoma:
 - ... «que altera una personalidad enfermiza».

- Ritual:
 - ... «se diría religioso, que conlleva reiteradas visitas a “templos” determinados».

Metodología

El número de métodos que se han desarrollado en estas últimas décadas son considerables, pero por desgracia hay que convenir que su elaboración raramente ha respondido a principios científicos. Si bien es verdad que la experiencia nos muestra lo difícil que representa la aplicación de técnicas específicas en el tratamiento de alcohólicos, por la resistencia que éstos oponen a la creencia de verse manipulados, es necesario que rechacemos con energía la suposición de que la psicoterapia de grupo es un caso excepcional dentro de la medicina que puede ejercerse sin estudios diagnósticos. Otro dislate muy extendido es el de querer reducir todos los métodos de psicoterapia grupal a un «denominador común»; cada método tiene sus peculiaridades e indicaciones precisas; también circunstancias ajenas al deseo del psicoterapeuta facilitará el uso del más deseable.

Dentro de nuestras limitadas posibilidades y basándome siempre en nuestra experiencia a través de nuestros servicios, los métodos usados fueron:

Métodos visuales, reduciendo nuestro papel al mínimo y haciendo, en cambio, amplio uso de diapositivas (Santo Domingo, PANAP, etc.), películas y planos.

Métodos de discusión libre. Los alcohólicos reunidos en grupo en forma circular o alrededor de una mesa, conjuntamente con psicoterapeuta, discuten problemas personales y comunes.

Métodos de club o asociación. Es, quizá, el más extendido en nuestra provincia, que contamos con diez asociaciones. En ellas el terapeuta y los socios-pacientes para tratar de ayudarse mutuamente, realizando una labor médica, social y cultural, que facilita cumplir dos objetivos primordiales:

- Recuperación de enfermos alcohólicos.
- Reinserción de los mismos como elementos sanos a la sociedad. Ejemplo de los métodos de los clubs son la asociaciones de alcohólicos rehabilitados, cuyos resultados tan positivos están fuera de todo lugar. Es un hecho incuestionable.



Métodos de conferencias. El terapeuta adopta el papel de conferenciante, describiendo ante los enfermos los mecanismos dinámicos del alcoholismo.

Una variante de este método es de *mesa redonda* entre médico —que expone la parte teórica— y uno o dos alcohólicos veteranos rehabilitados —que aportan la parte vivencial—, seguido después por un catarsis coloquial por parte del grupo.

Psicodrama. Aunque somos conscientes de que el psicodrama representa un método catártico activo, independiente de la psicoterapia de grupo, lo incluimos en este apartado por haberlo usado cuando hubo que reemplazar la discusión y análisis por un diálogo más directo y verdadero, por la «vida misma», como método reaccionante ante un grupo que no se sincera, ni produce. En el psicodrama se transfieren los *métodos de la vida real* a la psicoterapia.

De otros métodos, tales como el método de clases, el de asesoramiento, el psicoanalítico, sociométricos de ambiente, musicoterapia, biblioterapia, ocupacionales, laborales, de cintas magnetofónicas, etc., carecemos de experiencia.

Acción sobre el ambiente.—El tratamiento colectivo de alcohólicos aconseja la necesidad de actuar de alguna forma sobre el ambiente cercano a los mismos, para lo cual, muchos alcoholólogos utilizan *reuniones de esposas, esposos o familiares* que algunos las simultanean con las psicoterapias de grupo y nosotros en diferentes días y horas, dirigidos por una asistente social. En ellas se trata de fomentar en el grupo familiar, la concienciación de la naturaleza morbosa del alcoholismo, eliminar las actitudes acusadoras y de culpabilidad, procurar atemperar el ambiente alterado por la presencia del alcohólico o alcohólica en la familia, etc., todo ello con un enfoque realista y adecuado de la cuestión, analizando temas; por ejemplo: de situación laboral, familiar, factores de acostumbamiento, nociones de pérdida de control, incapacidad de abstinencia, dependencia física y psíquica, etc.

Curación.—Al valorar la psicoterapia de grupo como método catártico verbal, surge en primer lugar la pregunta de hasta qué punto es posible hablar de curación con todas sus implicaciones en el alcoholismo. Según la experiencia de numerosos autores, la palabra «curación» no se puede aplicar en el momento actual a los alcohóli-



cos genuinos, con lo cual se quiere decir que lo que más se puede lograr en una cura antialcohólica es que el enfermo deje de beber y que se logre un ajuste más o menos satisfactorio de la persona consigo misma y con el ambiente. El fenómeno morboso nuclear del alcoholismo, la pérdida de control, posiblemente enraizada en lo somático, continúa inmodificado: el enfermo prosigue siendo enfermo aunque no beba, ya que existe una obligatoriedad en algún aspecto de su conducta que constituye la esencia de la alteración morbosa. En este sentido es evidente que el grupo de psicoterapia no actúa del todo curativamente; sin embargo, su utilidad le convierte hoy por hoy en una de las armas, por no decir la más eficaz, de que dispone el arsenal antialcohólico para afrontar el problema en términos colectivo, y ello por lo siguiente:

- Porque el alcohólico se ve tal cual es y no como él se ve a sí mismo.
- Aprende a aceptarse a sí mismo guiándose por la razón y no por su vida emocional.
- Al constatar que los otros componentes del grupo presentan problemas parejos o peores que los suyos, se estimula recordando fe en sí mismo, confianza y esperanza en su futuro.
- Distribuye el sentimiento de culpa en el grupo, disminuyéndola en sí mismo.
- Descubre cosas buenas en ellos que les lleva al aumento del aprecio hacia sí mismo.
- Se convence que no está solo, que encuentra comprensión y ayuda.
- Aprende a dispensar, tolerar frustraciones, buscar soluciones, a modificar su conducta.
- Les facilita la comunicación, con lo que abandonan la búsqueda del alcohol como método de protesta. (Con el alcohol se adquiere el valor de decir en menor medida qué hacer, lo que sin él no se diría ni se haría.)

.....

Como final cabe hacernos una pregunta: ¿Hasta aquí, es suficiente esta estructura terapéutica en el tratamiento del alcoholismo y por ende en el alcohólico?

Personalmente creo que aunque algo hemos conseguido en este

aspecto, no basta, es insuficiente y exiguo. Debemos exigirnos en la búsqueda de nuevos métodos, de nuevas posibilidades. Para mí es castrante tener que admitir esa verdad transitoria para el alcohólico de estar siempre a la defensiva, defendiendo su abstinencia y escudándose en esa frase que machaconamente se repite y se le repite de que «una vez alcohólico, siempre alcohólico». Se debe de ahondar en la necesidad de que el alcohólico consiga que su existencia personal, como realidad inmediata, se la presentase como un transcurrir, en el que en sucesivos despliegues haga posible sus potencialidades individuales, al tiempo que el pasado personal quede convertido en historia propia, como opina G. González. Hay que posibilitar los medios que faculden el proceso de su realización personal. Hay que lograr que adecúe su existencia de ser como persona a la existencia compartida, la existencia que conquista progresivos grados de libertad. Que comprenda que su realización como persona, como ser vivo, va más allá de él, hacia lo que no es, a lo que existe frente a él, a las cosas, a los hombres, a las ideas, a las obras y tareas. Habría que conseguir que el alcohólico sintiese y viviese plenamente el significado de persona, que no es una meta ni una etapa: es la auténtica existencia de la condición humana, *la existencia en la progresiva conquista de la libertad*.

MARTÍN GARCÍA, J.: *Nuestras experiencias en la evolución del tratamiento de los enfermos alcohólicos*. IV Jorns. Nac. de Socidrogalcohol, 1976. Almería.

MORENO LÓPEZ, J. L.: *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. Fondo Cultural Económico, 1960. México.

PÉREZ MARTORELL, F. J.: *La Unidad Antialcohol. APAEX en la lucha contra el alcoholismo en Alicante*. XI Reunión de la...



Los grupos y Asociaciones de Ex-alcohólicos

Por **Rafael L. OSETE MULA**

Presidente de la Asociación de Ex-alcohólicos Españoles

Comenzaré esta disertación transcribiendo un párrafo de una de las ponencias que fue presentada en el V Congreso de Alcohólicos Rehabilitados, y que esencialmente define el tema, por el que tengo el honor de encontrarme ante ustedes.

— «Ante nuestro problema de convivir con el mundo, y para salvar la distancia que el alcohólico percibe ante la sociedad, creamos las asociaciones de alcohólicos; los apellidos de ex alcohólicos, rehabilitados o anónimos, no son problemas de diferencias profundas, sino de matices; cualquiera de ellas están no sólo para combatir nuestra soledad individual, sino para ejercitar y favorecer nuestra convivencia.»

La experiencia adquirida en los dispensarios y hospitales sobre el beneficio que en el enfermo alcohólico producía la psicoterapia de grupo; las recaídas y vuelta a la enfermedad, una vez que, dados de alta, el enfermo se encontraba frente al medio que le rodeaba, aislado, sin ayuda en la mayoría de los casos, con unas familias que tampoco entendía en qué consistían. Pensando que este hombre o esta mujer bebían porque así lo deseaban. Sin una información precisa de cara al alcoholismo por parte de médicos y facultativos. Donde



a este enfermo, en el mejor de los casos, se le decía: «Para no volver aquí, lo que tienes que hacer es no beber.» Frase manida, pero que en ningún caso ha conducido nunca a nada.

Las terapias de grupo, tan beneficiosas, como decía anteriormente, forzosamente se veían interrumpidas; una vez dados de alta, ya no tenían opción para seguir en el dispensario o en el hospital.

En el año 1963, un grupo de enfermos alcohólicos en tratamiento en un dispensario antialcohólico de Madrid, de común acuerdo y a la vista de lo que sucedía al interrumpirse el tratamiento, decidieron, asesorados por su médico y un asistente social, crear, para tratar de solucionar el problema de cara al futuro, una unidad de apoyo y rehabilitación, con el objeto principal de que, una vez dados de alta en el dispensario, pudieran seguir un terapia común, encaminada a la perseverancia en la abstinencia alcohólica, base de la recuperación definitiva y continuada en la rehabilitación del enfermo alcohólico.

Resultado de ello fue la creación de la Asociación que tengo el honor de representar y que fue la primera de su tipo creada en España. El día 13 de junio de 1967, tras laboriosas gestiones, fueron aprobados oficialmente sus estatutos sociales, y que en la introducción de los mismos, en su artículo 1.º, dice textualmente:

«Con el nombre de Asociación de ex Alcohólicos Españoles, se constituye en Madrid una asociación con plena personalidad jurídica y con ámbito nacional, por lo que podrá establecer delegaciones en cualquier punto de España.»

A partir de aquí, afortunadamente, los grupos y asociaciones de alcohólicos han ido proliferando, aunque podamos considerar que estamos aún en los comienzos.

Casi con las mismas características, la misma organización, diría, incluso, que hasta los estatutos de unas y otras son idénticos, en la actualidad existen treinta asociaciones de ex alcohólicos y rehabilitados, sin contar los grupos alcohólicos anónimos.

Quizá otra de las bases para la creación de este tipo de asociaciones fue la difícil localización de estos grupos de A. A. y que estas personas, una vez pasada la cura de desintoxicación, se alejan totalmente del asesoramiento médico.

Es indudable, no obstante, que antes de la creación de estas asociaciones el alcohólico podía encontrar comprensión y ayuda en estos grupos de A. A., pero también es cierto que por su mismo anonimato no siempre estaban al alcance de todos los que pudieran necesitarlo.

Desde estos grupos, en donde también se sigue como base de sus reuniones el sistema de grupo de terapia, se venía una vez más a demostrar que la convivencia entre alcohólicos es fundamental, en base de su recuperación y rehabilitación.

Pudiéramos definir como fundamental que la función principal de todos estos grupos y asociaciones, objetivamente, es el de ayudar a otros enfermos a conseguir esta misma abstinencia, procurando que la recuperación sea definitiva.

Hemos tenido que pensar que es la Administración quien debe de preocuparse de dar a cada enfermo, sea cualquiera la enfermedad que padezca, los recursos necesarios para superar su dolencia. En este tipo de enfermos, el resultado ha sido negativo hasta el día de la fecha. Se ha encontrado, una vez dado de alta, inerme ante la sociedad, que en casi todos los casos, por su conducta social, le empujó hacia su dependencia alcohólica. Tampoco es nuestra intención culpar a nadie, pero si hemos de pensar que si la sociedad de consumo, en defensa de sus intereses, adopta un *modus vivendi*, si el Estado permite la publicidad de las bebidas alcohólicas, pues se lucra en ello, es esta misma Administración la que tiene la obligación de atender a ese enfermo y, en definitiva, el de ayudar a estas asociaciones, para su proliferación y sostenimiento.

Paradójicamente, en este país, donde existen más de tres millones de personas implicadas en el problema del alcoholismo, el Estado, que reconoce que existe la enfermedad alcohólica, al mantener diez o doce dispensarios para la atención del alcoholismo y las otras toxicomanías, hagamos un paréntesis para indicar que estos establecimientos carecen en su mayor parte de los medios necesarios para una atención médica y sanitaria correcta, en donde el enfermo que acude a ellos, en la mayoría de los casos tiene que aguardar de quince a veinte días, y aún más tiempo, para ser vistos en consulta. Decíamos que reconocía la existencia de la enfermedad tal y como la define la Organización Mundial de la Salud, y por otra parte niega absolutamente la atención al enfermo alcohólico por el órgano sanitario principal de nuestro país, ya que la Seguridad Social niega la asistencia a los enfermos psíquicos.

A estos enfermos la Administración los remite a las diputaciones, y aquí nos encontramos con que el alcohólico se ve ingresado, si su estado así lo precisa, en un manicomio, o, como se dice ahora, en un hospital psiquiátrico. Pero no sólo radica aquí lo malo; el mal



lo encontrará el enfermo al hallarse mezclado indiscriminadamente con todo tipo de enfermos mentales, lo que irremediablemente le llevará al padecimiento, aparte de su alcoholismo, de toda suerte de vejaciones y frustraciones, que en ningún caso podrán ayudarle en su rehabilitación.

Es, sin duda, otra de las funciones de las asociaciones y grupos de alcohólicos, al tratar de llevar información clara y precisa que, de hecho, entra dentro del contexto de sus actividades, a las familias, a los grupos de vecinos, a las parroquias, a los colegios, a las universidades, de los peligros de una ingesta incontrolada de alcohol, función ésta que, vista desde cualquier punto, es deber, o debía de ser, obligación ineludible de la Administración.

Las asociaciones de alcohólicos no sólo han de se lugar para la terapia, sino que además deben dar imagen de club, donde el enfermo pueda encontrar nuevas amistades, incluso el sitio donde el asociado pueda elevar su formación cultural, moral y social.

Deberán estar al tanto de cuantas disposiciones legales, sociales, prácticas, etc., sean importantes para lograr la abstinencia de sus asociados; deberán colaborar además con las autoridades gubernativas, médicas, judiciales, etc., o de cualquier otra naturaleza, a fin de lograr con ello la recuperación de los enfermos alcohólicos.

En definitiva, tenemos la obligación de cambiar a los ojos de la sociedad nuestra imagen. Debemos conseguir que este enfermo no sea rechazado *a priori*. Nuestro entorno debe conocer que el enfermo alcohólico es un enfermo como los demás, que no es una persona culpable por ser lo que es, pues evidentemente nadie quiere estar enfermo, y por ello no se le puede culpar a éste el haber adquirido la dependencia alcohólica.

Desde la lucha primaria las asociaciones deben velar, tienen que exigir a la Administración que sean derogadas leyes vigentes que atentan a los *derechos humanos del enfermo alcohólico*. Como españoles, debemos exigir que se nos den los mismos beneficios que a cualquier otro trabajador y consecuentemente: enfermo.

El mero hecho de ser alcohólico es causa justificada para el despido inmediato. Aquí las reglamentaciones de trabajo no reconocen lo que el Estado, por otro lado, sí acepta. Las leyes laborales no admiten al alcohólico como enfermo; ya hacíamos constar anteriormente que la Seguridad Social ni nos atiende, ni nos asiste. Señores de la Administración: si de un lado mantenéis dispensarios antialco-

hólicos, de otro negáis la asistencia en la Seguridad Social; si como contrapartida aceptáis la definición de la O.M.S., que dice que el *alcoholismo es una enfermedad*, debéis corregir vuestros fallos y errores. Debéis eliminar al alcoholismo como causa de despido, debéis aceptarnos en la Seguridad Social y definitivamente; tenéis la obligación de admitir que a un enfermo se le ayude a superar su enfermedad —no se le despida.

Cuando un enfermo acude a la Asociación, se le aconseja, se le instruye, tratarán de hacerle comprender cuál es su problema; si acepta y asimila la gravedad de su situación, se le orientará hacia un dispensario, si lo hay en la zona, o al médico de la Asociación. Será atendido orgánica y psíquicamente y este tratamiento será gratuito. Pero ¿con qué problemas tendrá que enfrentarse una vez iniciada su recuperación? Costearse las recetas, si esta persona tuvo la desgracia de perder su empleo. El médico de cabecera no podrá darle la baja, pues la Seguridad Social en ningún caso le acogerá. Por la vía voluntaria y humanitariamente, algunos médicos de la S. S. aceptan extender las recetas, esto si es un trabajador activo; en caso contrario, aun cuando este hombre haya estado trabajando por cuenta ajena cuarenta años, se encontrará supeditado a recurrir a la beneficencia municipal. ¿Qué será de su familia, de los seres que le rodean? Su falta de empleo proyectará sobre él y los suyos un futuro incierto y de desesperación; resultado de todo ello: es que esta persona se refugie nuevamente en el alcohol, para olvidar, inhibirse, ocultarse a este panorama desolador.

Hay quien cree que las asociaciones de ex alcohólicos son la «mano del santo»; esto no es así. La Asociación le servirá al alcohólico cuando éste quiera que le sirva. No sólo se recupera el alcohólico con la asistencia a las terapias de grupo, sino con esas otras nuevas amistades que se adquieren. La Asociación deberá proyectarse hacia los juegos, las lecturas, las charlas, que no siempre han de ser de alcoholismo. Las excursiones. A ser posible tendrán TV, música, etc., cuanto sirva para dejar de sí el espectro de su vivencia anterior. En suma, la Asociación debe estar abierta para tratar de atender al enfermo alcohólico en todo cuanto sea preciso. Una labor muy importante, de cara a su recuperación moral y social, será el que tenga un servicio de asistentes sociales que puedan encaminar al enfermo hacia aquellas informaciones laborales y sociales que pueda necesitar, bien él o sus familiares.

Por todo lo expuesto y resumiendo, las funciones de las asociaciones de ex alcohólicos deberán ser:

- Velar por que se mantenga el estado de abstinencia entre sus asociados.
- Ayudar a quien lo solicite a conseguir un tratamiento y encaminarle posteriormente a los grupos de psicoterapia.
- Informar, orientar y ayudar a los familiares de los enfermos para que tengan una mayor visión sobre la problemática del enfermo alcohólico.
- Estar al tanto de todas las disposiciones legales, médicas, judiciales, sociales y prácticas que puedan ser importantes para lograr la abstinencia y recuperación del enfermo alcohólico.
- Contribuir a elevar la formación cultural, moral y social de todos sus asociados.
- Colaborar con las autoridades gubernamentales, municipales, médicas o de cualquier otra índole, para lograr la erradicación de la enfermedad alcohólica y la reintegración del enfermo en la sociedad.
- Establecer y mantener contactos con otras organizaciones similares, nacionales y extranjeras.
- Informar dentro de sus posibilidades a la familia, juntas de vecinos, colegios, universidades y en general a todas aquellas personas que puedan estar interesadas, de la incidencia y peligro que representa para la salud la ingesta abusiva e incontrolada de bebidas alcohólicas.

Un poco de las actividades que las asociaciones deben realizar están reseñadas en lo que anteriormente se ha expuesto, ya que sus funciones y funcionamiento llevan aparejados la realización de las mismas.

Como actividad primordial y base de su funcionamiento será la terapia de grupo. No obstante, el hacer una definición o un estudio de este tipo de actividad a nivel individual o de asociación, no es del todo factible, pues indefectiblemente habrá que eliminar la idiosincrasia de cada estamento, necesidades, modos de vida, costumbres, características definitorias de la comarca, provincia o ciudad. Tendremos, por tanto, que realizar un breve esquema a nivel general.

En nuestra organización estatutariamente debe existir un vocal asesor médico, que será el encargado de velar y tomar las decisiones de tipo médico y sanitario. Este vocal estará exento en las reuniones de psicoterapia de grupo, bien entendida su presencia como asesor únicamente, ya que la terapia se realizará y estará a cargo de los propios enfermos.

Los grupos de terapia podrán contar, a falta de médico, con la presencia y asesoramiento de psicólogo o sociólogo.

A la vez, y como consecuencia de la presencia en la Asociación del enfermo, es muy conveniente que se realice otra sesión de terapia para los familiares, éstos asistidos, si la economía de la organización lo permite, por asistentes sociales, ya que consideramos de vital importancia, de cara a la recuperación del enfermo, una completa armonía a nivel familiar. En este sentido y dada la peculiaridad de la enfermedad alcohólica, en que no solamente es el enfermo el que padece su enfermedad, sino que todos los que le rodean son partícipes y víctimas de este mal. De importancia capital es el que tengan un conocimiento claro sobre la problemática alcohólica.

En los grupos de psicoterapia, en ambos casos, habrá de procurar que no existan liderazgos, ya que si por la simpatía hacia algunos de éstos algunas personas estarían satisfechas, es evidente que en bastantes ocasiones se estaría perjudicando a otros. Es cierto y es conveniente que en todos los grupos haya veteranos, que sin ninguna duda aportarán el ejemplo y la experiencia, pero habrá de procurar el que el individuo no haga demagogia en relación al grupo.

Otra fase importante, por su modalidad, que no en todas las asociaciones se sigue, es la psicoterapia de grupo mixta, familiares y enfermos juntos. Pero esta misma terapia no es común en todas las organizaciones. Por ejemplo, en Madrid la psicoterapia se hace en grupos separados, familiares por un lado y enfermos por otro (mujeres y hombres).

Únicamente el último miércoles de mes se realiza esta terapia en común.

Se deberá ofrecer al enfermo recién llegado el total apoyo, comprensión y experiencia, pero sí creemos conveniente negarle el paternalismo. Deberá concienciársele sobre la dureza que el tratamiento conlleva, las dificultades a las que habrá de enfrentarse. Tratar de convencerle sobre su calidad de enfermo y sobre la misma enfermedad, cosa que en su mayoría ignoran. Creemos que en tanto el alco-



hólico no haya adquirido conciencia clara de cuál es su problema real, de que depende del alcohol, el problema de su recuperación será incierto.

Aparte de esta actividad, dentro del seno de la Asociación será el conseguir que en los lugares donde existan enfermos alcohólicos, éstos reciban información acerca de la existencia de estos grupos. Conseguir que en hospitales, clínicas y dispensarios, los médicos en el momento de dar el alta informan al paciente que para la solidificación de su tratamiento ambulatorio y perseverancia en la abstinencia, la conveniencia de buscar la compañía y el consejo de otros alcohólicos, haciéndoles ver las dificultades que entraña la recuperación individualmente.

Dotar a la Asociación de medios de divulgación de la problemática alcohólica a nivel exterior: posters, folletos, etc.

Acudir a los medios de difusión, siempre que ello sea posible, para recabar de éstos la difusión de la Asociación: sus fines, actividades, etc.

Instalar a la mayor brevedad teléfono y, como en el caso de varios grupos que ya lo tienen en funcionamiento, el contestador automático de llamadas telefónicas, ya que ante la imposibilidad de mantener abierta la Asociación muchas horas al día, este aparato les permitirá con anterioridad ponerse en contacto directo con aquellas personas que les necesiten.

Contactar con la Compañía Telefónica, en su Servicio de Información, para que den su teléfono o cuantas personas se interesen por el alcoholismo.

Procurar que en donde existan planos y guías callejeras de la ciudad sea incluida la Asociación, en las de utilidad pública.

Montar como primera fase un servicio de recepción e información no sólo para los alcohólicos, sino para cuantos familiares acudan en demanda de aliento y comprensión para el problema que representa el tener un enfermo alcohólico en su seno.

Organizar grupos de trabajo que contacten con otros estamentos necesitados de información sobre alcoholismo, de cara al exterior de la organización.

Contar con un equipo, dentro de las posibilidades de cada Asociación, de asistentes sociales, imprescindibles para la consulta, orientación laboral y social no sólo a nivel del enfermo, sino también para los familiares.

Necesitamos dar a la sociedad que *bebe* una imagen clara sobre el enfermo alcohólico. Esto lo tenemos que realizar desde la Asociación y los alcohólicos rehabilitados individualmente, siempre que ello sea posible, ya que si no somos los propios alcohólicos los que realicemos esta difusión, nadie lo hará por nosotros.

Quizá en este momento esto no sea del todo cierto, ya que hoy, ahora, en estos momentos, ante la sociedad no nos encontramos solos. Hasta aquí hemos llegado en buena compañía, pero si pensamos que en ESPAÑA hay más de tres millones de alcohólicos, ¿qué representan —pregunto yo— la colaboración de unos pocos médicos, sociólogos, asistentes sociales, que puedan arrojar un tanto por ciento mínimo? ¿Cuántos médicos, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, piensan todavía, en la actualidad, que el alcohólico es un vicioso, un mal trabajador, un pésimo padre o madre de familia, en muchos casos un criminal, un reprimido o un anormal de cualquier otro tipo? Hemos de hacer desaparecer esta imagen deformada y esa definición que se nos ha adjudicado de marginados. Nos han marginado, ¿por qué? ¿Porque es más cómodo, quizá? Si la O.M.S. nos define como enfermos y declara el alcoholismo como una enfermedad, ¿por qué esta marginación? Nadie desea estar enfermo. Por tanto, necesitamos que a los ojos de la sociedad desaparezca la imagen deformada que tiene del alcohólico. Tenemos la obligación de darnos a conocer, exteriorizar nuestras problemáticas, facilitar información sobre las características de nuestra enfermedad, tratar por todos los medios a nuestro alcance de contrarrestar esa publicidad abusiva que día a día entorpece nuestra lucha. Como decía anteriormente, desde nuestra individualidad y a nivel asociativo, tenemos el deber ineludible de barrer, referida a la enfermedad alcohólica, la definición de marginados. Somos enfermos, como los demás, y tenemos los mismos derechos; como a un diabético no se le llama marginado, a nosotros se nos debe quitar esta etiqueta.

Las asociaciones de alcohólicos necesitan al máximo la colaboración no sólo técnica que le puedan prestar los médicos y especialistas, necesitan también la ayuda moral de las personas que les rodean no alcohólicas y que dan valor el trabajo que realizan las mismas, pues si bien es cierto que esta actividad se hace sin el ánimo de que nos den las gracias, no es menos cierto que hace ilusión el que valoren nuestros trabajos.

Teniendo en cuenta que el sostenimiento económico de estos gru-

pos y asociaciones se inicia como base en la cuota de sus socios de número, no nos extrañe que el mantenimiento de las mismas represente una lucha constante por su supervivencia.

El día 10 de enero de 1975, en el Consejo de Ministros celebrado en esa fecha, se consideró que a la Asociación de ex Alcohólicos Españoles, por su trabajos, debía otorgársele el título de UTILIDAD PÚBLICA, debido a sus actividades en la lucha por el alcoholismo.

Si consideramos que el Estado puede reconocer que el trabajo que realizamos en estas asociaciones y grupos de alcohólicos son de reconocida utilidad de cara a la sociedad, es la Administración quien debe ayudar a su sostenimiento y favorecer su proliferación.

No obstante, como viene sucediendo, las ayudas económicas de locales, de medios técnicos (médicos, psicológicos, sociológicos y asistentes sociales), se vienen obteniendo en aportaciones voluntarias de uno y otro tipo, por parte, de un lado, de socios protectores y, de otro, de Cáritas diocesana, parroquias, y en algunos casos de las cajas provinciales de ahorros. Sin embargo, paradójicamente, en Madrid, y valga aquí nuestra experiencia de estas últimas, no se ha obtenido beneficio alguno; es más, ni siquiera nos han contestado, por lo que es de suponer que en muchísimos otros lugares ocurra lo mismo.

EXIGIMOS que el Gobierno, a través de su Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, dé al enfermo alcohólico, y evidentemente a la enfermedad alcohólica, el tratamiento que necesita como a cualquier otra enfermedad. Y he dicho EXIGIMOS porque ya estamos cansados de pedir, y en un país en el que ya nos vamos cansando también de decir que somos democráticos y que defendemos a ultranza los derechos humanos, es intolerable que a un enfermo, por el hecho de ser alcohólico, se le margine no solamente de la sociedad, sino a nivel de todos los derechos que recibe y acepta cualquier otro ciudadano español.

Necesitamos de forma inmediata ser integrados en la Seguridad Social. Que en los hospitales se creen servicios de alcoholismo, como los que ya existen de otras especialidades; asimismo en los centros psiquiátricos deberán proveerse de pabellones exclusivamente para alcohólicos, tal y como ya existen en Valencia y Barcelona.

A través de siete congresos de alcohólicos rehabilitados nos hemos cansado de pedir, de hacer manifiestos, de entregar nuestras

conclusiones a las autoridades e incluso a algún que otro presidente del Gobierno, lo que en comunidad y en claro raciocinio estimamos que necesitamos, no habiendo obtenido hasta el presente más que, en el mejor de los casos, buenas palabras, pero ningún hecho.

Es por esto que estoy empleando aquí el término EXIGIR, pues parece raro que hoy, a pesar de lo que la O.M.S. aplica sobre el alcoholismo, el Ministerio de Trabajo, en sus reglamentaciones laborales, considere como causa justa de despido el ser alcohólico, pues si el ser alcohólico es ser un enfermo, parece que se dan de bofetadas (permítanme esta expresión) lo uno y lo otro, pues a un enfermo no se le despide, se le ayuda a superar su enfermedad.

La abolición del artículo 77 de la Ley de Contrato de Trabajo, no alterado por la actual de Relaciones Laborales, en cuanto define que será causa de despido la «embriaguez habitual», ya que si consideramos que la «embriaguez habitual» es sinónimo de alcoholismo, el despido no sería procedente, por tratarse de una incapacidad temporal, derivada de una enfermedad, cuando esta incapacidad no pueda atribuirse al trabajador, según prescribe la propia ley en el número 1 del artículo 79.

Hemos pedido hasta la saciedad, ahora EXIGIMOS, que el Ministerio de Educación ponga en práctica lo que también se ha estado pidiendo durante siete años, que con carácter obligatorio sea impartida en colegios, universidades y demás centros docentes una información exhaustiva sobre los peligros del alcohol y demás toxicomanías. Aprovechando que cierto tipo de información referida al tráfico va a comenzar a impartirse próximamente en los citados estamentos educativos; sin embargo, voy a permitirte ofrecer unos datos que, aunque se refieran al año 1971, ya en aquella fecha eran significativos, y siento no tener estos mismos datos más actualizados:

Muertes por alcohol	8.700
Cirrosis hepática	7.747
Accidentes de tráfico	4.764 (datos 1973)

Si tenemos en cuenta que está admitido que un 50 por 100 de las defunciones por cirrosis hepática son de etiología alcohólica y que el 35 por 100 de los accidentes de tráfico son atribuidos al alcohol, tendremos unas cifras verdaderamente terroríficas de lo que es el alcoholismo en España.

De las necesidades de las asociaciones de alcohólicos y del alcoholismo, quizá, será muy posible que este trabajo no se acabará nunca. Si por otro lado fuera hablar de todo lo que hemos pedido, racionalmente necesario y que no se nos ha concedido, muy posiblemente sería asimismo interminable.

A nuestras asociaciones acuden alcohólicos en los que, desgraciadamente, se observa y ellos declaran, que realmente su dependencia alcohólica comenzó durante su período militar. También en este caso el Ministerio de Defensa debía poner en práctica el impartir una educación a nivel de las Fuerzas Armadas, los peligros que puede ocasionar una ingesta abusiva e incontrolada de bebidas alcohólicas. Ignoro si ya existe una disposición en la que se prohíbe el uso de bebidas alcohólicas a las fuerzas del Orden Público en horas de servicio, norma ésta que sería muy aconsejable, si se tiene en cuenta que al conductor de un vehículo automóvil se le recomienda el no beber alcohol cuando vaya a conducir porque esto le merma los reflejos. Pensamos que quien tiene que velar por la seguridad ciudadana debe tener al máximo estos reflejos.

Las asociaciones deberán acometer empresa que a todas luces deberían correr a cargo de otros estamentos, esencialmente del Estado o del Municipio. Necesitamos informar a todas las familias, aconsejar a todos los enfermos y, como decíamos en otra parte de este trabajo, hacer propaganda en contra de la publicidad abusiva que de las bebidas alcohólicas se nos hace a diario y por medio de todos los dispositivos de información. Han de ser las asociaciones y nosotros, los alcohólicos, los que digamos a nuestra sociedad que en España hay más de tres millones de alcohólicos, niños, jóvenes, adultos, mujeres y hombres, implicados en los problemas del alcoholismo y que, de ser el tercer país en el consumo de alcohol, vamos a pasos agigantados a convertirnos en el segundo. Difícil tarea será para grupos y asociaciones de alcohólicos que esencialmente carecen de medios económicos suficientes aun para su sostenimiento.

¿Cuándo preguntamos una vez más? El Ministerio de Cultura se ocupará de una forma definitiva, tajante, precisa, de detener la avalancha de anuncios de todo tipo, calidad y presentación con que nos invitan a vaciar las bodegas, bares, cafeterías y tabernas de nuestros ricos caldos, amén de todas las marcas de licores extranjeros. Como única norma se incluyó la graduación del alcohol contenido en las mismas. Esta última en los anuncios de televisión sirven de orienta-



ción y ayuda, paradójicamente, a quien quiere llegar más aprisa a los efectos que busca en el alcohol.

Como ejemplo para este aserto podremos decir desde aquí que si los grupos mayoritarios de alcohólicos que desde hace diez años se ceñían a las edades comprendidas entre treinta y cinco y cuarenta y cinco años, después de haber llevado una vida de bebedores de diez y quince años, en el presente llegan alcohólicos que lo son desde hace tres años, y éstos, en su mayoría, jóvenes de ambos sexos que ya tienen problemas alcohólicos a los veinte años. Nuestra juventud se está convirtiendo en los alcohólicos actuales, y esto se lo debemos a la actual sociedad de consumo, a la libertad y, desde luego, al abuso en la publicidad alcohólica.

Es por ello que también desde hace siete años una y otra vez hemos estado pidiendo el freno en la publicidad de bebidas alcohólicas; ahora también EXIGIMOS que de una vez por todas se ponga coto a este abuso.

He hablado de que en España existen más de tres millones de personas implicadas en el alcoholismo. De que el alcoholismo le cuesta al Estado español más de veinte mil millones de pesetas, una vez contabilizadas las horas de absentismo laboral y las prestaciones a accidentes, consecuencias de conductas irregulares en el trabajo y en el tráfico, como efectos del alcohol. ¿Qué se está aguardando para reconocer esta verdad? ¿A que se haya llegado al alcoholismo de forma más masiva aún? Esto está costando mucho dinero. Este dinero, aplicado a atender y cubrir necesidades, afrontando el problema con realismo, dotando servicios adecuados y necesarios, como he venido explicando con anterioridad, y que una vez puestos en práctica no serían tan graves como presuponen, económicamente hablando.

Hoy se van sabiendo y van siendo dados a conocer los primeros síntomas de cualquier enfermedad. El hombre tiene capacidad para prevenir contingencias, porque conoce las sintomatologías. Pues bien, señores, lancemos a los cuatro vientos todos nuestros conocimientos sobre el alcoholismo. Demos a conocer cuáles son sus síntomas. Admitan de una vez por todas y sin reparos lo que ya tiene conocido la O.M.S. y digamos cómo y de qué forma es posible la prevención del alcoholismo, así como la rehabilitación de un alcohólico.

Desde esta última parte venimos a determinar que al Ministerio de Justicia también le tenemos que EXIGIR. Hemos de insistir en



este caso no para su abolición, sino para hacer cumplir aquello que nuestras leyes penales dictaminan y que en el sentido general se incumplen. Veamos: El artículo 584, en su número 7.º, del Código Penal, sanciona «la venta o servicio de bebidas alcohólicas a menores de dieciséis años». ¿Cuándo y en qué medida, por ejemplo, podremos decir que se cumple el anterior precepto, si una mujer alcohólica, y esto parece lógico, siente vergüenza en ir personalmente a comprar sus bebidas y mande por ellas a su hijo de diez o doce años y es atendido? ¿Cómo y en qué medida se cumple la ley? Cuando vemos chicas y chicos de edades inciertas entrar en bares, tabernas, clubs y pubs sin recato alguno. ¿En qué medida se cumple la ley?

Según sentencia del Tribunal Supremo, los conceptos de «embriaguez» y «alcoholismo» son análogos y determinan un mismo concepto.

Si ello es así, si para el Estado el alcohólico es un sujeto susceptible de la Ley de Peligrosidad Social; si la «embriaguez habitual» es causa de despido; si, y de esto no he hablado, si, como digo, los Tribunales eclesiásticos consideran culpables a los cónyuges alcohólicos en los procesos de separación, no cabe duda de que seguirá en aumento, día tras día, el número de «borracheras», porque hay que pensar que nadie querrá admitir, así en frío, lo que sabe que le va a traer funestas consecuencias. De este modo, cuando lo haya destruido todo en su entorno, y sobre todo cuando se haya destruido a sí mismo, el alcohólico, este enfermo, si llega a tiempo, podrá iniciar su camino de salvación, cuando es muy posible que no tenga nada en absoluto que salvar.

Comencé este trabajo con un párrafo de una ponencia presentada en el V Congreso de Alcohólicos Rehabilitados de León; quiero cerrarlo con un pensamiento, para mí muy hermoso, cuyo autor, eminente especialista de alcoholismo, admirado médico y amigo, autor de la Cartilla del Alcohólico, dice así:

«El alcohólico que deja de beber nunca es igual que si no hubiera sido alcohólico jamás. Aunque parezca mentira, es mucho mejor, porque es un hombre que ha descendido al infierno y ha conquistado luego su propio paraíso.»

Yo, señoras y señores, soy *alcohólico*, mi nombre es Rafael-Luis Osete Mula, y ante ustedes he tenido el honor de representar a la Asociación de ex Alcohólicos Españoles. A los alcohólicos que nos



precedieron, a los presentes, y espero que nuestros trabajos, que estas palabras, que nuestras EXIGENCIAS, les puedan servir ahora y que para los alcohólicos que tengan la desgracia de serlo en el futuro puedan encontrar un mundo mejor para su enfermedad, que de una vez por todas desaparezcan las tinieblas de la ignorancia, del desprecio.

Sólo me resta pedirles perdón por cuantas inconveniencias haya podido verter aquí hoy, ante ustedes, y, cómo no, agradecer la colaboración a todos cuantos me precedieron y van a continuar. Y muy especialmente nuestro agradecimiento a CARITAS ESPAÑOLA.



La Iglesia y Cáritas ante el alcoholismo

Por **FLORENTINO EZCURRA**

Vicepresidente de Cáritas Española

Llegamos al final de este encuentro sobre el alcoholismo, un problema que preocupa fuertemente a unos grupos minoritarios, mientras la inmensa mayoría de nuestras gentes mira con cierto desprecio, y en el mejor de los casos con indiferencia. Un problema cuyo eco no llega a las altas esferas, no preocupa a nuestros políticos y gobernantes.

A lo largo de estos días hemos escuchado a unos auténticos profesionales que conocen a fondo el problema del alcoholismo y, lo que es más importante, viven el alcoholismo con un sentido verdaderamente humano.

Su palabra, siempre documentada, nos ha descubierto este mundo del alcoholismo con todas sus implicaciones personales, sociales, económicas y también políticas.

Hemos escuchado la palabra viva de quienes han experimentado en su propia carne esta trágica realidad y hemos conocido algunos caminos presentados por distintas instituciones, que se inician en algunas regiones para el tratamiento del alcoholismo. Son quizá el primer paso en este largo camino que nuestra sociedad ha de recorrer para el tratamiento sanitario de este problema.



Cáritas Española hace muchos años que vive una honda preocupación por el problema del alcoholismo y de hecho son muchas las Cáritas Diocesanas que han trabajado en este campo concreto y algunas han abierto interesantes cauces de solución.

I. LA IGLESIA Y EL HOMBRE

Para la Iglesia el hombre es imagen viva de Dios; imagen que adquiere su plenitud en la encarnación de Jesús de Nazaret, que se hace hombre como nosotros, igual en todo, excepto en el pecado.

El Concilio Vaticano II afirma: «Es la persona del hombre la que hay que salvar. Es la sociedad humana la que hay que renovar. El hombre, por consiguiente, todo entero, cuerpo y alma, corazón y conciencia, entendimiento y voluntad, será el centro de nuestra explicación.» (Const. «Gaudium et Spes», 3,3.)

El hombre, su dignidad y sus derechos, constituyen como una obsesión en los distintos documentos de Juan Pablo II, y «si la Iglesia —afirmó en Puebla— se hace presente en la defensa o promoción de la dignidad del hombre, lo hace en la línea de su misión, que aun siendo de carácter religioso y no social o político, no puede menos de considerar al hombre en toda la integridad de su ser».

La sociedad, el progreso, nos dirá en su encíclica «El redentor del hombre», núm. 15, «debe ofrecer al hombre una vida más humana y más digna, debe hacerlo más conscientemente de su dignidad, más maduro espiritualmente, más responsable y más abierto a los demás, particularmente a los más necesitados y a los más débiles».

Y en el número 16 de la misma encíclica, Juan Pablo II clama con cierta angustia: «¡No matéis al hombre! ¡No preparéis a los hombres destrucciones y exterminio! ¡Respetad la dignidad y libertad de cada uno!»

Por esta razón, Cáritas, que es la acción de la Iglesia en el campo caritativo-social, considera la promoción de la persona humana y su desarrollo en plenitud como uno de sus objetivos fundamentales y al mismo tiempo le preocupa seriamente todo aquello que destruye al hombre, que hace imposible su desarrollo integral.

Cáritas condena todo tipo de marginación social, porque en de-



finitiva es la negación misma de la dignidad y de los derechos humanos del marginado.

El hecho de la marginación es triste e injusto. En el fondo se rechaza a un hombre y se le olvida socialmente por el simple hecho de considerarle improductivo.

Nuestra sociedad está como envenenada por el afán de tener y de poder. Sólo valora al que rinde, al que produce, al que es eficaz. Valora al hombre por lo que tiene. No por lo que es.

Como consecuencia lógica, margina y deja en la cuneta de la vida a los improductivos. Son los que no interesan, los que no importan, como los llamó Cáritas en su mensaje del DIA DE CARIDAD del año pasado.

II. EL ALCOHOLICO, FRUTO DE UNA SOCIEDAD EGOISTA

Pienso que la marginación social se hace más grave y más injusta cuando se trata del alcohólico.

La ancianidad supone el desgaste natural de las energías del hombre. La subnormalidad depende de factores ajenos a la voluntad del hombre. La minusvalía suele producirse por acontecimientos generalmente imprevistos.

El alcohólico es el fruto triste de una sociedad egoísta y materializada.

El alcohol es un negocio fabuloso, del que participan particulares, empresarios y el mismo Estado; un negocio tan grande que socialmente se mantiene aun sabiendo que está destruyendo más de dos y medio millones de españoles, que les está estrujando para tirarles al fin, como si fueran un deshecho de la sociedad.

Este es el problema grave. El alcoholismo, primero, destruye al hombre. Destruye su personalidad y su dignidad. Destruye su familia, haciendo imposible la educación de los hijos. El alcoholismo rompe las relaciones sociales y hace imposible la convivencia ciudadana. Y una vez destruido, le tiramos, le marginamos.

Pero la sociedad, como las personas, siempre se cree buena y, naturalmente, busca la forma de justificar su actitud y su comportamiento, y en este caso concreto ha tratado de crear una imagen característica del alcohólico, la imagen del hombre vicioso, del hom-



bre dominado por el vicio del beber, del hombre, en definitiva, despreciable por todos.

Así quiere justificar nuestra sociedad su desprecio por el alcohólico y su marginación social. Así también se justifica fácilmente el hecho vergonzoso de un presupuesto estatal prácticamente CERO, en los años pasados, para su rehabilitación.

Sería curioso preguntar ahora a cada uno de los profesionales que han pasado por esta tribuna y a cuantos trabajan en toda España en este campo, qué ayudas oficiales han tenido para desarrollar su trabajo.

El alcohólico viene a ser la suma de una serie de injusticias sociales graves e inhumanas.

Por unos intereses económicos se permite la destrucción de cientos de miles de personas. Y cuando el alcohólico se hace improductivo se le desprecia y margina. Y para evitar toda clase de remordimientos, se le acusa pública y privadamente de vicioso, haciendo más difícil, por no decir imposible, su rehabilitación.

Cuanto trabajamos en Cáritas hace mucho tiempo que conocemos y vivimos este problema en toda su dimensión, sus causas y sus consecuencias.

Una persona deshecha física, moral y socialmente. Un hogar roto que no se arregla con unas limosnas. Un problema difícil de afrontar.

Cuando el día 1 de enero de 1974 Cáritas Diocesana de Pamplona abrió el Departamento de Alcoholismo, dirigido desde esa misma fecha por el doctor Varo, uno de los ponentes de este Simposio, llovieron sobre Cáritas los anónimos más duros e incomprensibles de crítica y de rechazo. «Es indignante —venían a decir todos ellos— que el dinero de los pobres se gaste en borrachos y viciosos...»

Recuerdo perfectamente bien cómo estudiaban en dicho Departamento la redacción de los diagnósticos, ya que si aparecía la palabra ALCOHOLISMO eran totalmente rechazadas por la Seguridad Social.

III. SE PERSIGUE LA DROGA Y SE FOMENTA EL ALCOHOL

Todos comprendemos la vasta campaña antidroga que se lleva en nuestro país, una campaña necesaria, pero al mismo tiempo una campaña paradójicamente extraña.

La droga, no cabe duda, es un problema grave y muy preocupante, que crece de forma alarmante entre nosotros.

Sin embargo, tenemos que decir que los datos que nos ofrece la droga, considerados fríamente, no admiten comparación alguna con las cifras que presenta el alcoholismo en España.

Basta decir que la mitad aproximadamente de los ingresos de varones en los manicomios de nuestra geografía son consecuencia del alcohol; que el alcohol produce más de 8.500 muertes al año y que el alcohol cuesta a nuestro país más de 20.000 millones de pesetas anuales, cifra que algunos técnicos elevan a no menos de 100.000 millones de pesetas por la suma de todo el costo social, directo e indirecto, que supone.

La droga se persigue y el traficante es detenido. Hay un control policial y una represión internacional.

La situación del alcohol es más favorable. Se incita a su consumo y se expende libremente. La venta de bebidas alcohólicas y su publicidad, por fuertes intereses económicos, aumentan día a día, sin control alguno.

La acción del alcohol es absolutamente mayor que la que se atribuye a cualquier otra «droga generadora de placer».

Lo que ocurre es que el alcohol es la droga permitida por la norma cultural tradicional, por los intereses socioeconómicos que la circundan y, ¿por qué no decirlo?, por la criba disimulada y pragmática que les supone a las sociedades consumistas, alientantes y claudicantes.

IV. EL RESPETO A LA DIGNIDAD DEL HOMBRE

El artículo 10 de nuestra Constitución coloca la dignidad de la persona humana, los derechos inviolables que le son inherentes y el libre desarrollo de su personalidad como fundamento de nuestra sociedad.



Pienso para mí que nuestros parlamentarios no han medido suficientemente la trascendencia y el compromiso que este artículo —artículo clave de la Constitución— supone de cara a tantos grupos humanos marginados que suman más de *seis millones* de españoles y que de ellos más de *dos millones y medio* son alcohólicos.

Creo que es el momento de decir públicamente y de afirmar que la dignidad humana no se respeta de suyo ni los derechos humanos se devuelven por hablar de mejores pensiones para los jubilados ni aun por el hecho de concederlas.

La dignidad humana no se respeta de suyo por hablar mucho de los subnormales ni aunque se abran centros para su asistencia.

La dignidad humana no se respeta de suyo ni los derechos se devuelven por hablar de los alcohólicos ni por reconocer el alcoholismo como una enfermedad incluyéndolo en la Seguridad Social.

Cáritas sabe muy bien, y así lo ha hecho constar en muchas ocasiones, que son urgentes unas pensiones mejores, que es intolerable la falta de asistencia a los subnormales, que es escandalosa la promoción del alcoholismo e injusto el olvido del alcohólico.

Pero nadie debe olvidar que el hecho de la marginación, en el fondo, es fruto de una visión de la vida y de una estructuración de la sociedad, fundada en el egoísmo individual y colectivo, en la valoración de la eficacia, en el imperativo del consumismo, en la obtención del mayor lucro posible.

Por tanto, es muy posible que una sociedad crezca en bienestar e incluso mejore sus servicios sociales para atender a todos sus ciudadanos y, sin embargo, ese mismo afán colectivo de bienestar puede crear una marginación quizá más sutil, pero que puede ser más profunda y más amarga. Una marginación que, por distintas razones y aun ofreciéndole un bienestar, puede retirar de la convivencia social al hombre improductivo, llámense anciano, subnormal o alcohólico, sencillamente porque ya no importa, no interesa como hombre.

Sólo una visión del hombre por lo que es y no por lo que tiene será capaz de evitar toda clase de marginación social y de olvidos injustos, será capaz de devolver al hombre, a cada uno de los hombres, toda su dignidad y todos sus derechos.

Jesucristo, a los creyentes al menos, nos descubre toda la dimensión y grandeza de la dignidad humana, y a todo hombre lo con-

vierte en hermano nuestro, y para todos igualmente es el mandato del amor evangélico.

Caritas hace suya esta actitud de amor y de servicio, actitud que le lleva hasta el alcohólico, hasta el último de los marginados sociales.

Para Cáritas, desde su visión cristiana y humana de la vida, en cada marginado, y en concreto en todo alcohólico, está en juego el sentido de la vida de un hombre, su promoción y realización personal, su actividad creadora, su vocación humana y cristiana.

La existencia de un solo alcohólico, con todo lo que de responsabilidad personal y social podría suponer, sería suficiente para plantearnos la necesidad de una acción rehabilitadora y sobre todo de una acción preventiva para que no tuviéramos un segundo alcohólico.

V. EL ALCOHOLISMO, UN GRAVE PROBLEMA SANITARIO

El alcoholismo es quizá el más grave problema sanitario que tiene planteado en la actualidad muchos países, entre ellos España.

Los técnicos nos dicen que el alcoholismo es la enfermedad más extendida y que el alcohólico es el enfermo más caro.

Las familias y las personas que están sufriendo hoy en su propia carne la tragedia del alcohol, esperan no unas limosnas, sino una acción eficaz por parte de la Administración Pública. Esperan y exigen que la Seguridad Social se haga cargo de esta grave enfermedad con técnicas modernas y sentido de la dignidad humana.

Una sociedad moderna no puede asistir impasible al creciente costo socioeconómico y sobre todo humano que el alcoholismo le causa, ni puede olvidar el crecimiento alarmante de diversos tipos de bebedores, como niños, jóvenes y mujeres.

Y por encima de todo, una sociedad moderna que proclama la dignidad y los derechos de todo hombre no puede permitir impasible la destrucción y la ruina de tantos ciudadanos y de tantas familias con todas sus consecuencias humanas y sociales.

VI. ALCOHOL Y PUBLICIDAD

Quisiera resaltar aquí muy fuertemente la falta de ética y honestidad en la publicidad del alcohol.

Las empresas publicitarias, confiscando sistemáticamente el folclore, el arte y hasta los símbolos colectivos de una comunidad, intentan hacer creer que el alcohol es el mejor medio de hospitalidad para los amigos, el símbolo inequívoco de la virilidad, el mejor camino hacia la felicidad, la droga ideal que aleja el cansancio y la amargura de cada día, la posibilidad de éxito en el amor y en el trabajo, con toda su ideología alienante e individualista que glorifica las más altas metas del éxito competitivo.

Y todo bajo la más estricta legalidad administrativa permitida y lógicamente en la más absoluta impunidad.

Hay países europeos, y España podría seguir su ejemplo, que prohíben toda publicidad de bebidas alcohólicas en televisión y radio y sus mismos ministerios de Sanidad promueven amplias y continuas campañas de información y prevención del alcoholismo.

«Cuántas ideas y opiniones surjan de los conocimientos de los alcoholistas y profesionales de la higiene mental —afirma el doctor Bogani en su libro «El alcoholismo, enfermedad social»— resultarán papel mojado si la emperiosa necesidad por ellos sentida no es compartida por los organismos ejecutivos del Gobierno.»

Desde este Simposio, Cáritas Española cree necesario denunciar públicamente el hecho del alcoholismo permitido y alentado por una sociedad que pregona la dignidad y los derechos humanos y condena con toda energía la inhibición ante este problema por parte de gobernantes y políticos.

VII. ACCION CONTRA EL ALCOHOL

Es urgente e inaplazable una amplia campaña de información y prevención del alcoholismo. El adagio popular «Más vale prevenir que curar» se hace tremendamente significativo tratándose del alcoholismo.

Campaña de información y prevención que debe empezar por la infancia y adolescencia, descubriendo a chicos y chicas, y también a sus padres, todo el riesgo del alcohol.



Una campaña que muestre a la mujer el peligro tan serio que supone el consumo del alcohol para su hijo ya concebido o por concebir.

Una campaña que publique seriamente las consecuencias del alcohol; consecuencias personales y familiares, laborales y sociales; las víctimas que produce y el costo social que supone cada año.

Una campaña que despierte la conciencia de una sociedad que se empeña en ignorar el problema de los alcohólicos, como el medio más cómodo de abandonarles, sacrificándoles en aras de unos determinados intereses económicos.

Una campaña, en fin, que nos recuerde a todos su condición de enfermos, frente a una imagen que pretende presentarles como viciosos o culpables, mercedores de los males que padecen.

Hay que informar y prevenir. Hay que sembrar nuestro país de centros que acojan al alcohólico con un gran sentido humano y con un gran respeto a su persona.

Todo esto es urgente y necesario. Sin embargo, no podemos olvidar que la droga, llámese alcohol, marihuana o fútbol..., desgraciadamente es la respuesta que la sociedad de hoy ofrece a hombres y mujeres ante tantos y tan graves problemas.

Una sociedad tan llena de injusticias y en la que se favorece descaradamente el afán de consumo y se da una competencia feroz; una sociedad en la que crece la incomunicación, la represión, la inseguridad ante el futuro y, sobre todo, la estructura cambiante de la realidad social.

Una sociedad que mira con indiferencia el grave problema del paro laboral, especialmente en la juventud; que olvida la delincuencia juvenil, que no abre caminos claros y concretos para muchos chicos y chicas que salen de los cursos de E. G. B.

Esta sociedad, así estructurada, está creando una grave insatisfacción y está frustrando la vida de muchos ciudadanos.

Como consecuencia, la impotencia y la búsqueda de la evasión a cualquier precio. El alcohol y la droga como el mejor camino para encontrarse más seguro en la vida, para llegar al triunfo social, al prestigio, a la virilidad, para llenar un vacío existencial. Camino, naturalmente, engañoso, porque muy pronto la copa de alcohol se hará cadena esclavizadora y al final se convertirá en tumba para el mismo alcohólico.

Cáritas Española quisiera llevar la voz de este Simposio, voz serena que denuncia públicamente un problema tan grave, quisiera llevarla, repito, a los responsables de la Administración, al presidente y miembros del Gobierno, a los líderes políticos y sindicales, para descubrirles la gravedad del alcoholismo, un hecho que se produce dentro de nuestra sociedad y al que no se le ha prestado atención alguna.

Pedimos al Gobierno que con toda urgencia determine un presupuesto suficiente para la lucha contra el alcohol; que elabore una legislación completa sobre la producción, distribución, consumo y abuso del alcohol; que incluya la enfermedad alcohólica en el marco de la Seguridad Social, con unos tratamientos especializados y con los medios asistenciales necesarios. Que elabore un programa de formación para los profesionales, médicos, asistentes sociales., etc., para que puedan tratar de forma técnica este grave problema. Que controle y reduzca —mejor si suprime— toda publicidad alcohólica en los medios de comunicación social, especialmente en Televisión.

Intencionadamente he hablado primero de información y formación de la sociedad sobre este problema, porque pienso para mí que el alcoholismo, como todos los problemas de la marginación social, por un lado, no interesa a los gobernantes, y por otro, y esto es más grave, son problemas, son necesidades no sentidas por la sociedad.

Quizá esté aquí el secreto o la clave de este olvido verdaderamente injusto de tantos y tantos grupos humanos marginados.

Hay algo grave entre nosotros que hoy empezamos a descubrir. Es nuestra falta de formación humana y social, nuestra falta de respeto y comprensión, nuestro desconocimiento de la dignidad y de los derechos de toda persona humana.

Ante un minusválido o un subnormal, ante un hombre en paro o un alcohólico que necesita toda la calzada para caminar, no nos paramos a pensar en el problema humano y personal y en el problema social, que a todos afecta, que ese hombre entraña.

Cuando la sociedad asume un problema, cuando el pueblo siente una necesidad, los gobernantes forzosamente se verán obligados a tomar decisiones y a buscar soluciones.

Con este razonamiento no quiero en manera alguna justificar la

postura que vemos en políticos y gobernantes. Todo lo contrario, porque sobre ellos recae al mismo tiempo la falta de interés por este tipo de problemas y la falta de formación humana y social en los ciudadanos. En definitiva, ellos son los responsables del bien común.

Mi razonamiento, aprendido en la experiencia de la vida, quiere ser realista y eficaz.

Después de seis años de trabajo, el Departamento de Alcoholismo que inició Cáritas Diocesana de Pamplona, con toda su labor de formación en colegios, asociaciones de vecinos, etc.; con todo el esfuerzo de información a través de prensa, radio, etc.; con todo el trabajo realizado en la asistencia y tratamientos de los pacientes, con ese comprender la gente en general que muchos alcohólicos se «curan», el hecho es que el mes pasado nuestra Diputación Foral ha asumido el Departamento de Alcoholismo y pienso que su primer objetivo será una planificación del mismo a nivel de toda la provincia.

Cáritas Diocesana de Vitoria realizó el año pasado un magnífico estudio sobre el alcoholismo en la capital de Alava, estudio al que se ha hecho varias alusiones en este Simposio. Este estudio ha sensibilizado fuertemente y ha creado una cierta conciencia social. Y hoy mismo, siete concejales del Ayuntamiento de Vitoria tienen pedida una entrevista para visitar el Departamento de Alcoholismo de Pamplona.

No es una utopía pensar que para el próximo año las dos provincias afrontarán coordinadamente este problema tan grave del alcoholismo. Y a estas dos provincias, sin duda alguna, otras se han de sumar en el futuro. Cáritas, sintiendo el gozo de haber ofrecido un servicio a la sociedad, tratará de abrir nuevos caminos para otros problemas olvidados entre nosotros.

Este Simposio, dije el primer día, quiere ofrecer un conocimiento mayor del problema del alcoholismo y sensibilizar a la opinión pública de su gravedad y trascendencia, y al mismo tiempo quiere ser una denuncia ante los poderes políticos por su olvido y marginación.

Su voz no queda encerrada entre estas cuatro paredes, ya que a través de entrevistas en prensa, radio y TV, y sobre todo a través de la publicación de todas sus ponencias en un número extraordina-

rio de Documentación Social, puede llegar a todos los estratos sociales y centros de decisión política y administrativa.

Este ha sido, sencillamente, el deseo de Cáritas Española.

Y, termino, para este problema, como para tantos problemas humanos, no hay recetas mágicas. Es necesario trabajar y abrir caminos, y los caminos, nos lo han dicho muchas veces, se hacen al andar.



**Comunicaciones
sobre diversas
experiencias de**

**Servicios de
Tratamiento y
Rehabilitación
de Alcohólicos**





EL ALCOHOLISMO EN LA PROVINCIA DE ALAVA

Por **JOSE MARIA SEGURA**
Director de Cáritas Diocesana de Vitoria

INTRODUCCION

Ante el ruego de Cáritas Española, acudimos ante ustedes para comunicarles la pequeña y corta experiencia de acción en el campo del alcoholismo que se está llevando a cabo por Cáritas Diocesana de Vitoria.

A través de la acción de Cáritas se descubre como causa de desajustes familiares, problemas económicos, de trabajo, de marginación y de un etcétera muy largo, en muchos casos, un denominador común: el alcoholismo.

Ya en el año 1974, en la Asamblea Diocesana de Cáritas de Vitoria, en sus conclusiones, se aporbó como acción concreta para el exterior una campaña de mentalización y prevención sobre el alcoholismo. Esta iniciativa surgió de **la base** que está más en contacto con la realidad: se debe a la petición de las Cáritas parroquiales de la ciudad y provincia.

Para ser sinceros, y haciendo historia, vamos a exponer a ustedes los fracasos y los logros (que no creemos que puedan llegar a éxitos).

Después de esta Asamblea fue organizado un cursillo, dirigido por la doctora doña Isabel Orbe, responsable del Departamento de Alcohólicos del Hospital Psiquiátrico Nuestra Señora de las Nieves, al que acudieron unas cincuenta personas. Se intentaba formar un equipo de colaboradores que, una vez adquirido el conocimiento de la enfermedad alcohólica y su problemática, pudiesen ser mentalizadores en una campaña de información y prevención sobre el alcoholismo. Efectivamente, se creó un grupo que mantuvo varias reuniones, pero no tuvo más trascendencia.

Es difícil encontrar eco en una acción de este tipo en un país donde la

relación social gira alrededor del vaso de vino y, como aspecto cultural propio, nos sentimos orgullosos de la costumbre, y si queremos obsequiar al visitante con algo típico le llevamos de «txikiteo o a merendar a una bodega a la Rioja.

La observación directa indica que la costumbre del «txikiteo», que antes la ejercían cuadrillas de hombres maduros que al salir del trabajo se reunían, iban de bar en bar, haciendo tantas rondas como miembros la cuadrilla, se ha extendido a los jóvenes e incluso a los adolescentes, pues la costumbre se inicia ya desde los catorce o quince años, y lo mismo chicos que chicas, y hay quien llega a tomarse treinta «txikitos» al día (litro y medio). La equivalencia es de un litro de vino igual a veinte «txikitos».

Las voces de los médicos que atienden el problema del alcoholismo intentan informar a la población, pero no se quiere tomar conciencia de la realidad.

La Asamblea Diocesana de Cáritas de Vitoria en el año 1978 concluyó: «Que la acción primordial y coordinada de todas las Cáritas parroquiales será la campaña de estudio, mentalización y prevención sobre el alcoholismo.»

Se trataba de realizar un estudio serio y en profundidad sobre la distribución, consumo y consecuencias del alcohol en nuestra ciudad, que nos indicase si el problema del alcoholismo era real.

REALIZACION Y PRESENTACION DEL ESTUDIO

El estudio del alcoholismo en la ciudad de Vitoria tiene en la mente de los promotores una finalidad eminentemente práctica.

No se trata de la mera elaboración de un informe para la erudición y consulta de los iniciados y especialistas de estos temas, sino de conseguir un conocimiento científico y serio de una realidad social preocupante para, partiendo del mismo, poder informar, mentalizar y concienciar a todos los sectores de población sobre los peligros del uso y abuso del alcohol, y sugerir los remedios oportunos que por parte de la sociedad deben adoptarse.

El planteamiento técnico del estudio se encomendó al Equipo de Investigación Sociológica —EDIS—, Sociedad Anónima, de Madrid, por ofrecernos suficiente garantía a la vista de trabajos realizados anteriormente en el campo de la investigación social.

Aceptado el plan de trabajo presentado por EDIS al Consejo de Cáritas Diocesana, se firmó el correspondiente contrato en que se fijaban las fechas de las etapas de realización.

La primera actividad programada fue la celebración de un cursillo intensivo para entrevistadores que, bajo la supervisión y control de expertos, deberían realizar la recogida de datos. Dado el elevado número de encuestas correspondientes a la población de Vitoria, a dueños o encargados de bares y establecimientos de bebidas alcohólicas, fue necesario conseguir un número superior al medio centenar de entrevistadores, todos ellos jóvenes colaboradores de las Cáritas parroquiales.

El sondeo de la población se realizó por muestreo.

El diseño y tamaño de la muestra se ha basado en el Padrón Municipal de diciembre de 1975. A partir de la población existente en dicha fecha, que era de 173.137 personas, se ha prefijado el tamaño de la muestra en 1.111 encuestas, lo que ha supuesto entrevistar al 0,64 por 100 de la población o, lo que

es lo mismo, a una de cada 155 personas, proporción que se considera óptima en estudios como el presente.

Fijado el tamaño de la muestra, se ha procedido a su estratificación social, y una vez realizada ésta, se ha estratificado las submuestras de acuerdo con la distribución según sexo y estado civil de la población de cada distrito.

Dada la temática que en el estudio se trata, las entrevistas solamente se han realizado a las personas mayores de quince años.

También fueron encuestados los barmans y camareros, elaborándose a tal fin un cuestionario bien diferenciado del confeccionado para la población en general.

Por la menor cuantía de establecimientos de bebidas que de personas censadas en Vitoria, se estableció de antemano que la muestra a encuestar fuera del 20 por 100, porcentaje altísimo y más que suficiente. De este modo se realizaron 139 encuestas de otros tantos establecimientos seleccionados previamente y contestadas preferentemente por el dueño o encargado del mismo.

Igualmente se encuestó a 69 alcohólicos o ex alcohólicos que, por su experiencia, podían aportar datos interesantes al estudio.

También se celebró en el mes de mayo de 1978 una mesa redonda sobre la problemática del alcoholismo en Vitoria con expertos de esta materia, y que ha sido recogida íntegramente en la publicación del estudio.

La decisión de realizar este estudio que nos ocupa fue recibida con verdadera expectación e interés por todos los medios de comunicación, y podemos afirmar que ese interés por el proyecto no decayó a la largo de los meses de 1978, en que los periodistas de Vitoria estuvieron a la caza de la noticia sobre este tema.

Las alusiones y referencias al tema del alcoholismo han sido continuas en la prensa de Vitoria. El alcoholismo empieza a interesar desde distintos aspectos. Prueba de esto es el estudio realizado por el doctor Apraiz en base a las asistencias originadas por alcoholismo en el Servicio de Urgencias del Hospital General de Santiago, de la ciudad de Vitoria.

Toda la prensa de la región recogió con extraordinario interés la presentación pública del estudio, realizada por el equipo que llevó a cabo la investigación.

El tema del alcoholismo aparece una y otra vez en la prensa y en la radio, y con esta reiteración sobre su problemática se va creando conciencia en los ciudadanos.

De nuevo, la aparición de la publicación «El estudio sobre el alcoholismo en la ciudad de Vitoria», en noviembre de 1978, que en sus 495 páginas ilustradas con planos, gráficas y diagramas, recoge una información verdaderamente original y pionera sobre el tema, es recibida con los mejores augurios y reitera la ocasión de poder tratar el tema del alcoholismo en los medios de comunicación social.

Hasta qué punto se ha ido creando conciencia sobre la gravedad del alcoholismo en Vitoria pueden servir de muestra las reacciones y críticas generales con que se recibió la extraña iniciativa surgida en los últimos días del año pasado al organizar un «Rally de txikiteros» (30 «txikitos» en dos horas, uno cada cuatro minutos). Esta iniciativa, que en otros tiempos hubiera recibido simpatías y presentada como típica de nuestra ciudad, suscitó controversias y duras críticas en amplios sectores ciudadanos, hasta tal punto que diversas

asociaciones e instituciones que animaron su organización, manifestaron posteriormente que estaban al margen de dicha iniciativa.

Las protestas aparecidas en toda la prensa hacen alusión al estudio realizado por Cáritas y los datos alarmantes que aparecen en el mismo.

Podemos afirmar con satisfacción que difícilmente se puede superar la amplitud y reiteración que la prensa ha dedicado en los últimos meses al tema del alcoholismo.

DATOS DEL ESTUDIO

Al ver los resultados del estudio comprobamos que la hipótesis de las Cáritas parroquiales eran ciertas y los datos obtenidos preocupantes.

Creemos conveniente darles a ustedes algunos de los datos hallados en el estudio. No vamos a cansarles con cifras, pero sí les vamos a exponer las más significativas.

En una primera aproximación puede estimarse que el consumo de bebidas alcohólicas en Alava, y especialmente en Vitoria, supera la media nacional en un 25 por 100.

El consumo medio de la población mayor de quince años supera los 212 litros de vino o sus equivalentes por persona y año, estando la media nacional en 150 litros por persona y año.

Si a la población mayor de quince años le descontamos los que declaran ser abstemios o que beben muy rara vez, que son aproximadamente el 50 por 100 del total, resulta que el consumo medio de la población que bebe habitualmente supera los 421 litros por persona y año.

Por tanto, el 30 por 100, alrededor de 36.000 vitorianos mayores de quince años, van a tener, o tienen ya, complicaciones por beber demasiado.

El 49 por 100 de los alcohólicos tienen antecedentes familiares alcohólicos. El 44 por 100 de los alcohólicos viven solos.

El 71 por 100 de la población de Vitoria ha iniciado su afición a la bebida antes de los diecinueve años. La tercera parte, antes de la adolescencia. La posibilidad de dejar de beber resulta muy difícil —imposible— a los que se iniciaron en la infancia, siguiendo gradualmente los que se iniciaron en la adolescencia y en la juventud. Les resulta más fácil a los que se iniciaron en la adultez.

El 48 por 100 de los bebedores habituales tienen conflictividad conyugal. El 25 por 100 de los bebedores excesivos «no se habla» con su cónyuge (entre los que no beben, el 10 por 100).

Son frecuentes las separaciones matrimoniales: el 16 por 100 entre alcohólicos, frente al 1 por 100 de la población en general.

Una tercera parte (33 por 100) de los alcohólicos afirma tener riñas, discusiones y peleas con los compañeros de trabajo y participar activamente en ellas. (En la población en general se da en un 23 por 100 y participan activamente un 12 por 100.)

La mitad de los alcohólicos (49 por 100) dicen que tienen enemigos (en la población en general se da sólo en un 23 por 100).

La insatisfacción del alcohólico se manifiesta en los frecuentes cambios de empresa: un 75 por 100 de alcohólicos se ha cambiado de empresa (en la po-

blación general, un 53 por 100). El 33 por 100 de los alcohólicos ha estado en más de cinco empresas (en la población general, el 7 por 100).

El 86 por 100 de los que no beben no han tenido ningún accidente laboral. En esa situación está sólo el 41 por 100 de los alcohólicos y el 66 por 100 de los bebedores habituales.

Entre la población general de Vitoria, el 4 por 100 falta más de dos veces al mes al trabajo. Entre los alcohólicos, el porcentaje es del 26 por 100.

El 42 por 100 de la población mayor de quince años tiene carnet de conducir. Uno de cada diez conductores de Vitoria es alcohólico. Un alcohólico con un coche en sus manos es un «peligro público»; esto supone que en Vitoria son unos 4.000 aproximadamente. El 44 por 100 de los conductores accidentados habían bebido antes de producirse el accidente.

Entre los alcohólicos encuestados en Vitoria, el 68 por 100 manifiestan padecer alguna enfermedad asociada al alcohol.

PRIMERA FASE.—CAMPAÑA DE INFORMACION Y MENTALIZACION

Nivel general

La primera etapa en la divulgación del estudio era su publicación, para poder darlo a conocer al mayor número posible de personas. Se hizo una tirada de mil ejemplares.

Por parte de Cáritas se ha hecho llegar ejemplares del estudio a todas aquellas personas que por el cargo que ocupan deben conocer la problemática que ocupa esta realidad en Vitoria. Se entregó esta publicación a todas las autoridades provinciales y locales, parlamentarios alaveses y directores de instituciones alavesas que pudieran tener alguna relación con el tema que nos ocupa.

En todas las parroquias de la ciudad se organizaron grupos para tratar de conocer y reflexionar sobre esta problemática. Así, el grupo creado en la parroquia de Nuestra Señora de los Angeles, que comenzó por la reflexión y conocimiento de la enfermedad alcohólica y sus consecuencias en profundidad, en el año 1978 inició su actividad en los grupos escolares, presentando una película realizada por un aficionado y basada en la vida real de un alcohólico; esta presentación va seguida de un coloquio en el que intervienen una asistente social y varios alcohólicos anónimos que colaboran con el grupo parroquial. Han intervenido en 25 centros escolares y en otros cinco grupos diferentes de tiempo libre y parroquiales que solicitaron su participación.

Con el deseo de llegar a un número más elevado de personas, incluso a aquellas que por su menor preparación cultural la lectura del libro pudiera suponer mayor dificultad, se pidió al equipo coordinador de esta campaña que elaborasen un «resumen» del citado libro que divulgase de forma sencilla y asequible el contenido del mismo.

Se tiraron 400 ejemplares del resumen, de una extensión de 23 páginas, y un cuestionario de preguntas, a fin de que fijaran su atención en los aspectos más interesantes.

En esta información a nivel general ha colaborado con el máximo interés



la prensa y la radio, que en los meses que median desde la presentación del estudio hemos constatado que han sido más de treinta los artículos publicados sobre este tema.

Nivel escolar

Hasta ahora hemos expuesto a ustedes la acción de información dirigida a los grupos de personas, instituciones y entidades que por su función social tienen prestigio, crédito y audiencia sobre amplios sectores de la opinión pública, y la dirigida al público en general. Les informamos a continuación de la acción a nivel escolar.

Habiendo estudiado todos los sectores en los que se puede incidir con una mentalización sobre la enfermedad alcohólica y viendo que el campo escolar se proyecta en el núcleo familiar por la relación padres-hijos, se decidió comenzar por este sector.

El primer contacto se realizó en enero de 1979, a través de una reunión amplia a la que se convocó a directores, profesores y asociaciones de padres de los distintos centros de estudio. Fueron bastantes los que acudieron; en ella expresaron el interés por la educación desde la infancia, como prevención del alcoholismo. Se detectaba entusiasmo, pero expusieron la falta de tiempo para elaborar por ellos mismos el material necesario, por lo que se vio la necesidad de crear un equipo técnico de trabajo para realizarlo y que luego se distribuiría por los centros.

El equipo de trabajo está compuesto por dos pedagogos, un profesor de enseñanza profesional, un dibujante, un ayudante técnico sanitario con experiencia en el tratamiento de toxicómanos, una alcohólica recuperada, un periodista y dos asistentes sociales. Se reúnen semanalmente y han realizado la siguiente labor:

1. Se elaboró un material resumen del estudio, que se proporcionó a los educadores con el fin de que conociesen la realidad del problema en Vitoria.

2. Se han realizado para niños de cinco a doce años cuatro «comics» (uno mensual, para distribuirlos a los escolares de esta edad, acompañado por una clase teórica; cada «comic» trata un aspecto diferente de la problemática del alcoholismo.

Cada «comic» consta de dos historietas antagónicas, unos datos de mentalización sobre la problemática que se trata, un concurso y un juego; al concurso participa una media de 700 niños.

Consultada la Delegación de Educación y Ciencia de Vitoria sobre el número de niños de 2.º a 5.º curso de E.G.B., tanto de colegios estatales como privados, nos comunicaron la cifra de 15.355 niños. La tirada del primer «comic» fue de 10.000 ejemplares, para ver la aceptación que tenía entre los educadores. Del segundo «comic» la demanda fue de 14.000 ejemplares, y del tercero y cuarto ha sido de 15.000 ejemplares, lo que nos indica el interés manifestado y que cubre prácticamente a toda la población escolar de Vitoria a la que va dirigida.

3. Este mismo equipo ha elaborado un material de trabajo para BUP, enseñanza profesional, grupos de tiempo libre, asociaciones de padres, etc., y que se entregará el próximo mes de octubre.



Este material consta de presentación, breve síntesis del estudio como guía, un ejemplar del estudio para aquellos que deseen una información más extensa y profunda, siete fichas en las que se proponen distintos métodos para profundizar, de un modo activo, sobre diversos aspectos del alcoholismo; la última de estas fichas es la convocatoria a un concurso que creemos será un estímulo para profundizar en el tema. También queremos poner de relieve otros dos servicios que se ofrecen a los centros y que tiene mucho interés el que sean utilizados: A) Un montaje audiovisual sobre el alcoholismo en Vitoria, realizado expresamente para esta campaña. B) Un equipo de «expertos» formado por un médico, un alcohólico y un asistente social, que acudirá al centro para dialogar con los alumnos. Es conveniente que el diálogo con el equipo se realice después de que el grupo haya trabajado el tema del alcoholismo, con el fin de que puedan formular las preguntas sobre una problemática que previamente se hayan planteado de alguna forma.

La valoración de esta campaña de información escolar es positiva. Hemos alcanzado el objetivo propuesto al llegar a la aceptación en todos los centros escolares; la participación de los niños en los concursos indica, asimismo, el interés manifestado por sus profesores.

Otro índice de valoración es que sin haber terminado de elaborar el material para cursos superiores, ya hemos recibido demanda del mismo, y se está iniciando la acción en grupos de tiempo libre, asociaciones de padres y grupos parroquiales antes de lo que habíamos previsto.

Tráfico

Dado el «peligro público» que representa en Vitoria 4.000 conductores que son bebedores excesivos, paralelamente a la campaña escolar se inició una acción dirigida a las autoescuelas.

Después de haber mantenido entrevistas con los propietarios de algunas autoescuelas y manifestar que consideraban interesante el tema del alcoholismo y su relación con el tráfico, así como la mentalización de los futuros conductores sobre el tema a su paso por las autoescuelas, se invitó a una reunión general a los propietarios o directores de autoescuelas, juntamente con representantes de la Policía Municipal. La respuesta fue decepcionante: solamente acudió un representante de la Policía Municipal.

En conversación mantenida con un propietario de autoescuela después de nuestro inicial fracaso, éste nos manifestaba que las autoescuelas están interesadas prioritariamente en la captación de alumnos que desean conseguir el carnet de conducir. Que no les interesa hacer propaganda de un tema que en un principio puede restar alumnos. Que existe en el Código de Circulación un apartado relativo a los riesgos y peligros del conducto, entre los cuales está el alcohol. Que la manera más eficaz de que se trate este tema en las autoescuelas es que desde las Jefaturas Provinciales de Tráfico se lo exijan y, especialmente, que el tema salga en algunas cuestiones de los tests que deben responder los futuros conductores.

Por ello creemos que la forma eficaz de llegar a los alumnos de las autoescuelas sobre este tema es a través de la Jefatura Central de Tráfico, exigiendo que se trate el alcoholismo en las autoescuelas y haciendo que aparezca alguna



pregunta sobre el mismo en los tests de los exámenes previos a la obtención del carnet de conducir.

Igualmente hemos mantenido entrevistas con la Sección de la Guardia Civil de Tráfico, Jefatura Provincial de Tráfico y Policía Municipal. Todos manifiestan que el tema es importantísimo, que la legislación es deficiente al no poder exigir la prueba de alcoholemia, ni siquiera cuando ha ocurrido un accidente, y que es necesario preparar un buen material de propaganda para advertir sobre el peligro del abuso del alcohol por parte de los conductores.

Aunque no se ha llegado a todos los campos de la primera fase de información, mentalización y prevención, dado que esta acción se comenzó hace seis meses, la campaña será continuada durante los próximos años hasta donde seamos capaces de llegar con el apoyo que recibamos de la población mentalizada.

Proyectos inmediatos

Todos los años, con motivo de la Campaña del Día Nacional de Caridad, que se celebra en la festividad del Corpus Christi, Cáritas Diocesana de Vitoria edita un tríptico con el que rinde cuentas e informa de todas las actividades realizadas durante el año a todas las familias de la diócesis. Este año va dedicado íntegramente al alcoholismo; será entregado en todos los hogares en la primera quincena de junio.

La realización de una exposición con 33 murales que expresan los datos más destacados hallados en el estudio, así como algunos *slogans* mentalizados que han sido realizados por distintos pintores y dibujantes de la ciudad a los que se solicitó su colaboración, junto a estos murales expondremos los dibujos, *slogans* y murales realizados por los niños en los cuatro concursos convocados.

SEGUNDA FASE.—DETECCION

Resulta de gran utilidad para esta segunda fase la detección, el poder contar con unos datos serios y fidedignos que permitan evaluar o estimar la proporción de la población que está afectada por el alcoholismo o en peligro de estarlo. En tal sentido, en la investigación realizada en la ciudad de Vitoria se cuenta con tales datos estimativos que cifran la proporción de alcohólicos graves (excesivos) en un 2 por 100 de la población de más de quince años, la de alcohólicos simples en un 8 por 100, un 20 por 100 bebedores ocasionales y un 30 por 100 de abstemios. La ventaja de contar con estas estimaciones es la de facilitar la posibilidad de detección precoz del alcohólico.

El segundo elemento indispensable en esta fase de detección es un dispensario o centro de detección y diagnóstico de los enfermos alcohólicos que cuente con un personal médico y social especializado y al que puedan dirigirse desde otras instancias o niveles detectores.

Cáritas Diocesana de Vitoria no cuenta con los medios económicos para el montaje de un dispensario y hospital de día para alcohólicos; lo que se

está intentando es la mentalización de los niveles de la Administración para que sea ella la que cree este servicio en la ciudad.

Se han mantenido contactos con el presidente de la Comisión de Bienestar Social del Ayuntamiento, que ha acogido con entusiasmo la iniciativa, expresando que el problema del alcoholismo ocupa un primer lugar de preocupación en su acción municipal, habiendo programado unas visitas para conocer el funcionamiento de servicios de atención alcohólica en otros lugares. Este interés ha sido secundado por los diferentes miembros de la Comisión de Bienestar Social de nuestro Ayuntamiento.

Este es, de algún modo, el resumen de un año. Un año recortado que comenzó casi sin esperanzas y que termina con horizontes ciertamente más optimistas de lo que hubiéramos creído.

Un problema presentado desde un ángulo asistencial ha sido perfilado en su realidad sociológica. Se ha abierto una brecha en algo que era admitido como «virtud social» en la vida de relación de la ciudad y comienza a adivinarse como una enfermedad colectiva, como una epidemia que afecta a una parte importante de la población. Se ha trabajado en equipo por parte de las Cáritas parroquiales, de técnicos, de educadores. Queda continuar.

CAMPAÑA DE MENTALIZACION Y CREACION DE DISPENSARIO EN LLODIO (ALAVA)

Llodio, en el extremo norte, segundo centro urbano de la provincia, tiene otra historia. Allí cuajó el primer intento.

El alto índice de alcoholismo en este valle, que se considera como uno de los más elevados de España, nos indujo a dedicar una especial consideración a este problema con vistas a su tratamiento tanto preventivo como curativo.

En este sentido, y desde octubre de 1974, se fue madurando un plan de actuación que tendía a la sensibilización progresiva de los estamentos más representativos de la sociedad llodiana y una campaña masiva de sensibilización a todo el pueblo y de creación de un servicio especializado.

Para ello se mantuvieron varias reuniones:

De la Junta Rectora de la Cáritas Parroquial de San Pedro de Lamuza, de Llodio, en la que se marcaron las directrices básicas para la acción, así como la forma y responsabilidad en ella de cada miembro.

De los representantes de Cáritas y médicos de la zona, a la que asistieron la mayoría de ellos, mostrándose interesados por el problema y dispuestos a colaborar en la medida de sus posibilidades, tanto a nivel individual como colectivo.

Con el Ayuntamiento, en la que participaron activamente la mayoría de los concejales y principalmente la alcaldesa, que prometió todo tipo de ayuda a esta campaña, así como la cesión de los locales que fuese necesario para reuniones, exposiciones y otras actividades.

Con los directores de los centros escolares, con la idea de sensibilizarles

cara al problema y tratar en una posterior reunión con los maestros de los centros docentes la puesta en marcha de esta campaña. En algunos la sensibilización fue muy buena y dieron charlas a los alumnos sobre el tema, actividad que se continuó en el curso siguiente.

Con directores de empresas, para exponerles el plan de actuación, en los que se encontró una especial sensibilidad ante un problema que ellos viven día a día en el ambiente local. Como fruto de esta reunión se organizó una charla sobre alcoholismo en una de las empresas y una reunión con proyección de película sobre este tema, en la que participaron directivos y personal sanitario del grupo de grandes empresas de Llodio. Este problema les afectó tanto, que manifestaron su disposición de ayudar económicamente a la puesta en marcha de un dispensario antialcohólico.

Con alcohólicos recuperados incluidos en diversos grupos. Alcohólicos anónimos, Cruz de Oro, etc., que se han organizado independientes y se reúnen siguiendo la forma clásica con los enfermos que van siendo tratados.

El objetivo de esta campaña era la mentalización y toma de conciencia del problema del alcoholismo en Llodio y la creación de un dispensario que atendiese las necesidades del valle, que es la zona más industrializada y poblada de Alava y la más distante de la capital alavesa.

Esta distancia producía también inconvenientes a la hora de los tratamientos a los enfermos alcohólicos en régimen de internado y ambulatorio.

La aprobación y financiación de un proyecto presentado a Cáritas Española con cargo a los Programas de Marginación del año 1976 sirvió de estímulo y acicate para continuar la actuación como respuesta a una obligación moral contraída.

Simultáneamente a estas actividades de mentalización a distintos niveles se mantuvieron contactos con el Ayuntamiento de Llodio, Servicio de Psiquiatría de la Residencia Provincial Nuestra Señora de las Nieves de Vitoria, Diputación Foral y FASVA (Fundación Benéfico Asistencial de Vitoria y Alava), que coordina la acción sanitaria y asistencial dependiente de la Administración local.

El 28 de julio de 1976 se reúnen en Vitoria, en la Casa-Palacio de la Provincia, bajo la presidencia del diputado responsable de Acción Social, representantes de FASVA, Servicios Psiquiátricos Provinciales y Cáritas de San Pedro de Lamuza, de Llodio, y se aprueba la creación de un servicio antialcohólico en Llodio, con dependencia del Servicio de Psiquiatría de la Residencia Provincial, financiado por la Diputación Foral y el Ayuntamiento de Llodio en un 20 por 100, y al que se incorporarán para su puesta en marcha un médico psiquiatra, un asistente social y un auxiliar administrativo.

A pesar de haber sido aprobada la creación del dispensario, fueron necesarios muchos informes y presiones, incluso a través de la prensa, y hasta noviembre de 1977 no comenzó a funcionar el servicio en locales provisionales.

El pasado día 3 de mayo fueron inauguradas oficialmente las instalaciones definitivas. Los locales constan de 224 metros, distribuidos en despachos médicos, secretaría, asistente social, botiquín, sala de reconocimiento, sala de reuniones y dos salas de cura para tratamientos especializados.

Con base en Llodio, pero atendiendo a toda la comarca, se han realizado 667 consultas, correspondientes a 61 casos clínicos de alcohólicos, y 20 casos



de tratamiento domiciliario en los 17 meses que lleva de funcionamiento. El número de hospitalizaciones en la Residencia Provincial y en otros centros ha disminuido considerablemente gracias a los tratamientos llevados a cabo en el domicilio del enfermo y con la colaboración de la familia.

La detección del enfermo alcohólico para su tratamiento sigue siendo difícil, y en la mayoría de los casos no se reconocen a sí mismos alcohólicos. Se cuenta para ello con la eficaz colaboración de la mayoría de los médicos de cabecera, que al diagnosticar el alcoholismo en el paciente les envían a tratamiento al dispensario.

Este servicio ha beneficiado considerablemente a Llodio y su comarca, pues ha sido ampliado para la atención de enfermedades psíquicas en general y psiquiatría infantil, contratando otro psiquiatra y un auxiliar de clínica. Hasta el momento han sido atendidos 480 casos clínicos, con un total de 4.081 consultas.



Programa del Dto. de Alcoholismo y Toxicomanías de Pamplona

Por **REYES CORTAIRE**
Asistente Social

En la presente comunicación vamos a tratar de exponer las actividades de prevención del alcoholismo y detección precoz que desarrollamos en los últimos años, de forma sistemática, en el servicio.

Integramos la educación pública sobre consumo de alcohol y alcoholismo dentro del campo (más amplio) de la salud mental (esquema 1).

La necesidad de la educación pública sobre el consumo de alcohol y alcoholismo, así como el efecto de esta educación en la prevención de las consecuencias del abuso del alcohol, la fundamentamos en la reflexión de que, en nuestra sociedad, vemos el alcohol incorporado al sistema de valores fundamentales del grupo social, formando parte de nuestra cultura en tres niveles interrelacionados entre sí:

1. Ideas y creencia que se tienen sobre el alcohol y sus propiedades fisiológicas (alimentación, digestión), que responden de alguna manera a un beber tradicional.

2. Valores simbolizados y ratificados por el alcohol (celebraciones, diversión, comunicación), expresivos de la comunidad social.

3. En una etapa más próxima encontramos un uso de alcohol que responde a las necesidades de una sociedad como la nuestra, donde el aumento de las tensiones es una situación ya permanente, y el alcohol viene a ser un importante «facilitador» en el alivio de esas tensiones.

Por otra parte, y dentro de esta situación actual, el alcohol se ha incluido dentro del círculo producción-consumo, con el apoyo de todo el instrumento publicitario, presionando hacia un continuo consumo.



Contrasta el uso indiscriminado del alcohol y la aceptación social e individual de su «compañía» con la escasez de conocimientos sobre su peligrosidad, y la idea discriminatoria de conceptuar el alcohol ajeno al contexto de las drogas, en la mayor parte de la población.

El hecho resultante es que, incorporado en la interacción social en los niveles que hemos señalado, el alcohol es hoy una pieza clave en el establecimiento de unas pautas de seudoadaptación individuo-sociedad.

La utilización abusiva a que hoy asistimos es, pues, el resultado de una serie de dinámicas psicosociales en cuya descripción detallada no podemos detenernos.

I. LA PREVENCIÓN DEL ALCOHOLISMO DESDE LA EDUCACIÓN

Para aproximarnos a una prevención del alcoholismo desde la educación que tenga en cuenta la modificación profunda de las actitudes (individuales y sociales) hacia el uso del alcohol, nos planteamos las actividades en este campo teniendo en cuenta los siguientes principios básicos:

A) Difusión e información pública.

Se trata de motivar actitudes críticas y responsables con respecto al uso de alcohol. Por esto, la información la enfocamos sobre las siguientes bases:

1. Facilitar la reflexión sobre las ideas referidas al alcohol y su uso indiscriminado y potenciar las posturas críticas y la responsabilidad individual.

2. Evitamos los contenidos puramente negativos o disuasorios del uso de alcohol. Orientamos sobre los efectos y repercusiones del uso del alcohol, en aspectos físicos, psicológicos y sociales, pensando que ello daría lugar a una disminución del consumo en forma más consistente.

B) Consideramos también que la educación sobre alcohol debe estar plenamente incorporada en el contexto de conocimientos y situaciones del grupo social al que nos dirigimos.

C) Las intervenciones esporádicas para una educación sobre los efectos del alcohol (charlas, etc.) son claramente insuficientes. Este modo de acción, difícilmente puede motivar un cambio profundo de actitudes hacia el uso del alcohol, si tenemos en cuenta la influencia de lo aprehendido a través de las vivencias diarias en torno al consumo de alcohol. Esta información esporádica tiene, dependiendo del método, contenido, integración con otros estímulos, etc.

- Un tiempo breve de vigencia en el que la recibe.

- Una menor capacidad de impacto, al no ser basada sobre actitudes humanas asumidas más profunda y globalmente.

D) Entendemos que la educación sobre el alcohol debe estar incorporada en el sistema educativo total: familia, escuela, medios recreativos.

Para realizar una educación sobre toxicomanías selectivamente orientada a los adolescentes, pensamos que debe reunir las siguientes características:

- A) Ser un proceso continuado y no acciones esporádicas.
- B) Orientarse en forma selectiva, en función de las necesidades de la edad. Por ejemplo:
- Necesidad de autoafirmación.
 - Búsqueda de su identidad (evitando falsos simbolismos como facilitadores de la identidad), beber-ser adulto.
- C) Favorecer la participación y creatividad como alternativa a las pautas de consumo de alcohol establecidas.

II. PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

Se concretaron tres niveles de actuación, a partir de las características de los grupos de población a los que nos dirigíamos:

Nivel A

Profesionales sanitarios: médicos, ATS, estudiantes de Medicina.

Se trata de estudiar y promover la detección precoz del alcoholismo y la participación en la educación, desde su propio ejercicio profesional.

De forma sistemática se vienen realizando cursos para estudiantes en las escuelas de ATS, 6.º curso de Medicina. También se organizan reuniones de trabajo con médicos de empresa y médicos de zonas rurales.

Las reuniones de trabajo se completan con «dossiers» y bibliografía que recoge material específico para médicos, así como otros materiales.

Nivel B

Profesionales de la enseñanza.

Orientado a profesores de EGB, BUP y escuelas profesionales.

A partir de los principios básicos propuestos anteriormente, en los últimos meses nos hemos ocupado prioritariamente de la promoción de las actividades dirigidas a los educadores.

Estos programas comprenden dos etapas diferenciadas en cuanto a objetivos, contenidos informativos y métodos:

Primera etapa: Se organiza en el centro escolar una primera reunión con el profesorado, con el objeto de sensibilizar y responsabilizar hacia la educación sobre toxicomanías.

De este primer intercambio se concreta un curso, para el que se prevé un contenido temático que comprende los factores sociales, psicológicos y pedagógicos de esta educación.

- «Dossier» con material docente.
- Bibliografía.

Segunda etapa: Como resultado más inmediato de esta primera fase, se estudia la posibilidad de formar un grupo de trabajo compuesto por profesores (con nuestro asesoramiento). Este grupo debe promover y realizar en forma estable y mantenida una serie de acciones educativas en el centro, utilizando

para ello los cauces y actividades habituales (clases, seminarios), procurando la coordinación entre ellas.

Nivel C

Población general:

Para la actuación en este nivel, la educación sanitaria se encauza a través de la participación de grupos y entidades de la comunidad: asociaciones de vecinos, clubs y asociaciones recreativas, asociaciones de padres, asociaciones juveniles, medios de comunicación (radio y prensa).

Se organizan conferencias, mesas redondas, plástica, audiovisuales.

III. PROGRAMA DE EDUCACION SOBRE EL ALCOHOL Y EL ALCOHOLISMO

Se estudia, en primer lugar, las características de la población, los modos de vida, las costumbres predominantes.

Se evalúan posteriormente los grupos claves de la comunidad.

Correspondiente a este estudio y evaluación, se establece el método y el desarrollo del programa (esquemas 2 y 3).

IV. PROGRAMA DE EDUCACION SOBRE EL ALCOHOL Y EL ALCOHOLISMO PARA UNA POBLACION RURAL

1. Estudio de las características de la zona

- A) Características socio-económicas y demográficas.
- B) Valores culturales, modo de vida, costumbres predominantes.
- C) Sectores especiales: juventud, ancianos.

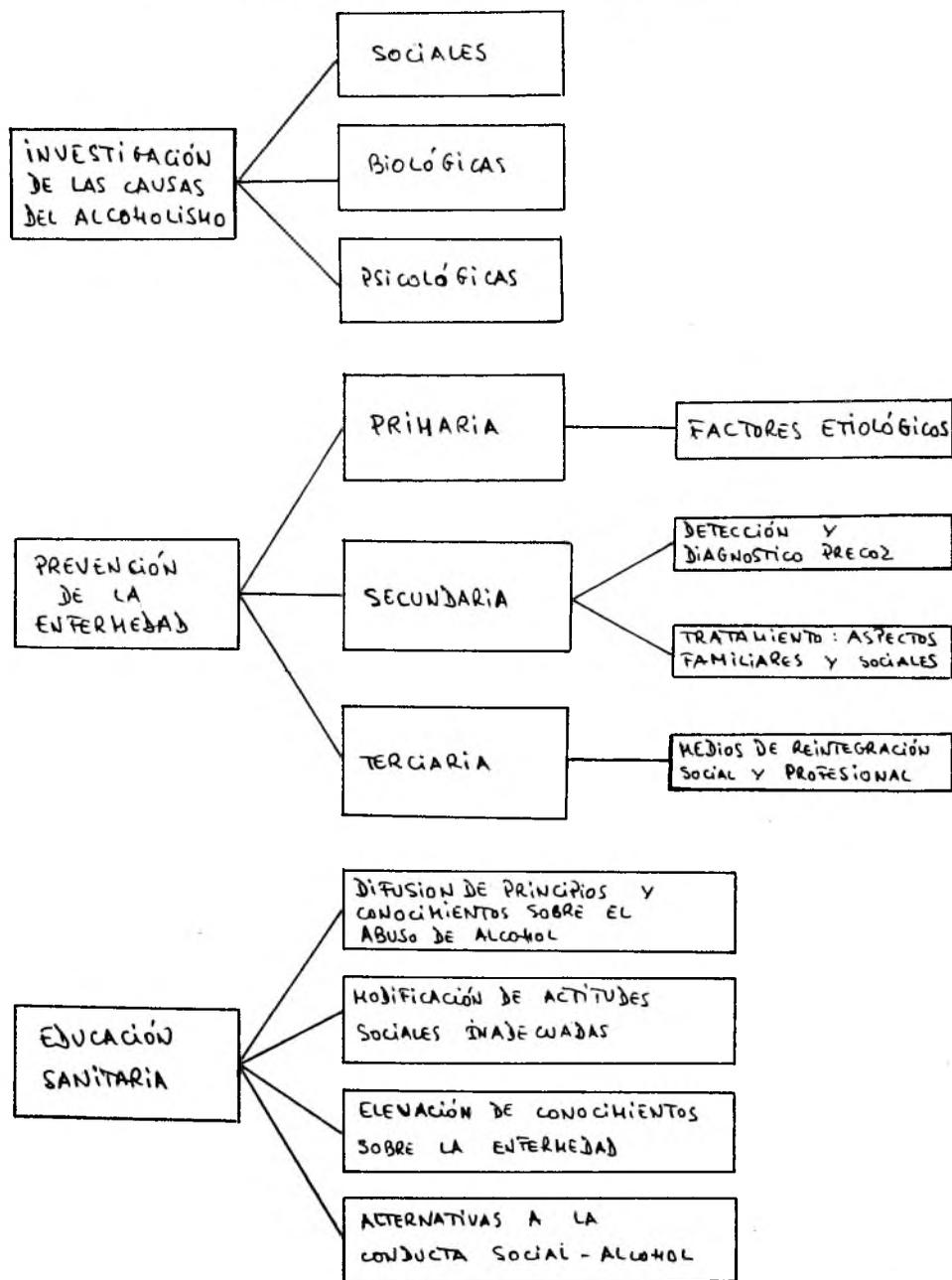
2. Evaluación de personas y grupos clave de la comunidad

- A) Centros docentes —escuelas profesionales.
- B) Asistencia sanitaria —médicos, hospital comarcal, ATS, medicina de empresa.
- C) Asociación de vecinos —asociaciones de padres.
- D) Junta interparroquial de Cáritas.
- E) Ayuntamiento —Sanidad.

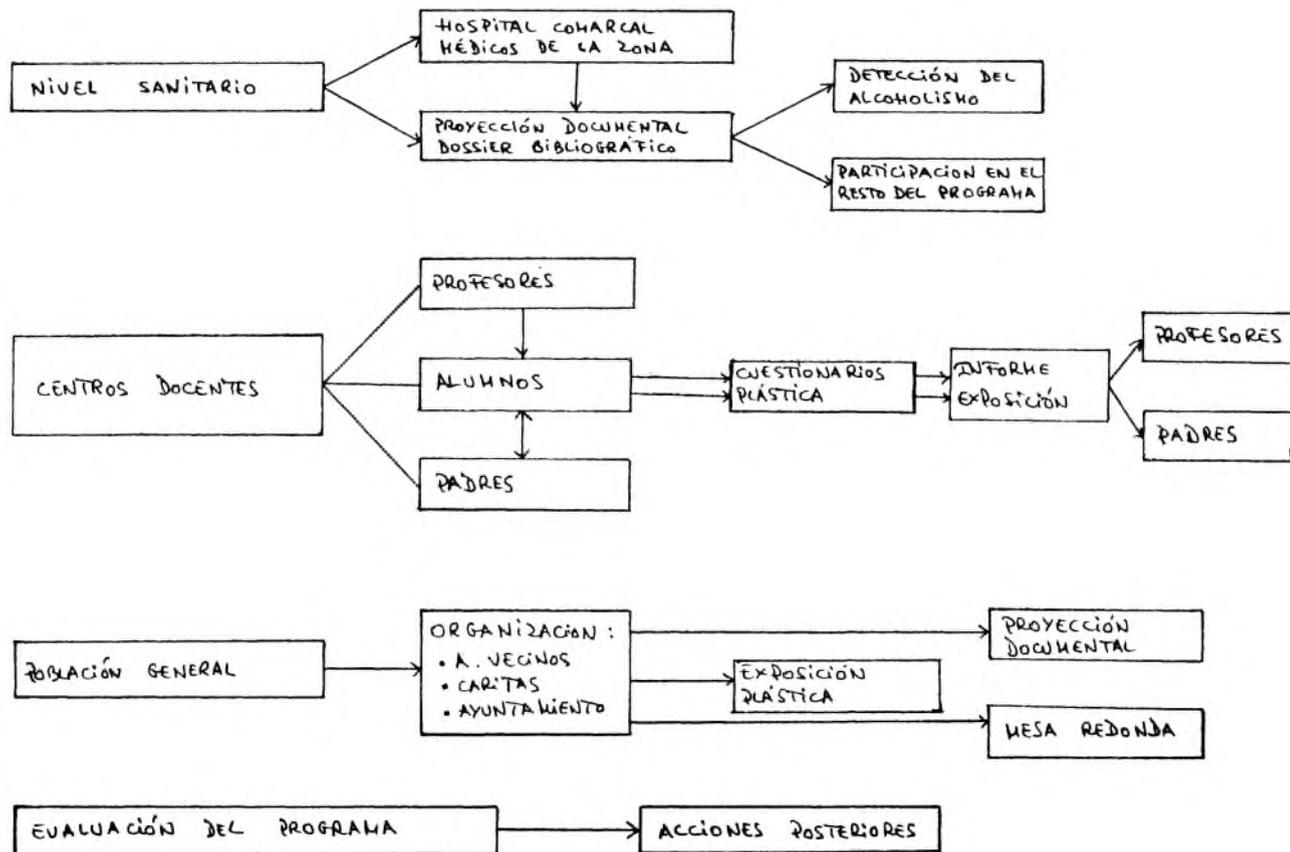
3. Establecimiento del método

- A) Selección de los niveles de población.
 - 1. Médicos.
 - 2. Educadores.
 - 3. Jóvenes.
 - 4. Población general.
- B) Organización de un grupo con representación de las entidades.
 - 1. Participación de la comunidad.
 - 2. Recursos de la comunidad.

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL



DESARROLLO Y ORGANIZACIÓN





El Centro de Ex Alcohólicos de Granada "Grexales"

Por José Luis Morell Ocaña

Director Médico

y Matilde Díaz La Chica

Asistente Social

Conscientes de la grave problemática social causada a todos los niveles por el enorme y creciente fenómeno del uso y abuso de alcohol que se efectúa en nuestra provincia, en general, y en nuestra capital, en particular, donde en el año 1975 existía un 10 por 100 de alcohólicos repartidos entre todas las capas sociales, según datos proporcionados por la Jefatura Provincial de Sanidad, y animados, por otro lado, por nuestra preocupación ciudadana, humana, social, etc. Cáritas Diocesana promovió la creación de la Asociación de Ex Alcohólicos Españoles «Grexales», a sugerencia del Asistente Social de Cáritas Matilde Díaz La Chica y del director del entonces Departamento de Higiene Mental, doctor José Luis Morell Ocaña.

Nos impulsaba, además, a esta acción la certeza obtenida por todos los datos que pudimos recoger en parroquias, asociaciones de vecinos, incluso de nuestra propia experiencia extraída de los barrios marginados, y los casos vividos cotidianamente a través de nuestra asistencia social y médica prestada en la consulta, aparte de la que considerábamos perentoria necesidad de creación de algún centro u organismo que pudiese atender satisfactoriamente a estos enfermos, primeramente a través de una desintoxicación y posteriormente mediante su integración en grupos de terapia que consiguieran la rehabilitación social del propio enfermo y su familia.

Tras una reunión celebrada a mediados de 1975 por miembros de Cáritas Diocesana, a la que se invitó al doctor Morell Ocaña y en la que se estudiaron profundamente los informes presentados, después de varios meses de incansante y diversas gestiones, entre las que se tuvieron constantes contactos con otras asociaciones de alcohólicos rehabilitados, existentes en Es-



paña, como la asistencia al congreso en septiembre de aquel año en Valencia, conseguimos finalmente poner en funcionamiento esta Asociación a primeros del año siguiente, con permiso gubernativo que nos reconocía como Delegación en Granada de la Federación Nacional de Alcohólicos Rehabilitados Españoles, de sede en Madrid, y registrada como de utilidad pública con el número 6.289. Se habilitó previamente (el año anterior) un local en la plaza San Agustín, 2, que fue costeado íntegramente a todos los efectos (que escendieron a 500.000 pesetas) por Cáritas Diocesana.

En el año 1977 fue concedida a este Centro una subvención por la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Granada, renovada en el siguiente año, pero que, por su carácter eventual, no permitió una ampliación de plantilla, que tan necesaria era, con carácter fijo, ni tampoco una programación de actividades a largo plazo. Vistas estas circunstancias, solitamos a la mencionada Caja de Ahorros que considerase la posibilidad de declarar al Centro como obra social propia, pero esta petición, por diversas razones desconocidas y ajenas a Cáritas y a la Asociación, aún no ha sido contestada.

La finalidad de este Centro es procurar la abstinencia de aquellas personas en las que el alcohol ha ocasionado una dependencia orgánica o psíquica, llevándoseles a considerar como enfermos alcohólicos, a los que proporcionamos un progresivo tratamiento de desintoxicación, rehabilitación y reinserción social. Atendemos a nuestros asociados en régimen de externado y ambulatorio, gestionándose, en ocasiones necesarias, su internamiento en centros hospitalarios, existiendo hoy más de 100 personas en asistencia periódica, 80 en consultas ambulatorias y más de 110 en consultas familiares y entorno en general.

Los factores que provocan un primer refugio en el alcohol y una posterior dependencia, afectan a todas las clases y capas sociales, entre otras razones porque «el beber es una costumbre social», aunque, como hemos comprobado por propia experiencia, este fenómeno cobra mayor importancia entre clases trabajadoras de más bajo nivel de vida y de mayor inseguridad económica y social, influyendo decisivamente la gravedad del paro en nuestra provincia, que provoca en los trabajadores una ansiedad constante por el futuro y en los parados una necesidad de evasión, que, en ocasiones, pueden tratar de encontrar en el alcohol. Asistencialmente al menos, ésta ha sido nuestra experiencia socioclínica.

La Asociación de Ex Alcohólicos Españoles de Granada abarca y cubre todo el ámbito de Granada y provincia, atendiendo tanto al casco urbano y barrios periféricos como a zonas rurales y cabeceras de comarca, viniendo en ocasiones los enfermos hasta el centro y desplazándonos otras veces para su asistencia tanto el equipo técnico como miembros alcohólicos en rehabilitación y familiares. Somos conscientes de que, por la misma amplitud del ámbito que abarcamos, estas personas no pueden ser atendidas como sería necesario, y aunque Motril en concreto nos ha solicitado el establecimiento de un subcentro en aquella localidad, la carencia tanto de medios económicos como de suficiente personal técnico contratado nos hace imposible satisfacer su petición por el momento. Y a pesar de que nuestros proyectos, en principio, era la creación de tres subcentros que hicieran más eficaz nuestra labor. Se pensó que el personal técnico hiciera a modo de visitas rotatorias, pero hubo de desecharse la idea por los motivos antes reseñados.

En los comienzos, el método de trabajo se centró exclusivamente en el pa-

ciente y sus necesidades: consulta social y médica, grupos de terapia de discusión, psicoterapia individual y *tests* psicométricos y proyectivos, etc. Sin embargo, muy pronto fuimos conscientes de que el tema era mucho más amplio y que por no contar, no contábamos ni tan siquiera con la colaboración del médico en general y del especialista en particular.

De estos dos puntos surgió una remodelación de nuestra actividad, en la que pretendíamos, de una parte, una coordinación con los centros hospitalarios en general y con los ambulatorios en particular. Pretensión ambiciosa que, sin embargo, fue consiguiéndose a través de intervenciones en prensa y radio, charlas-coloquios en colegios, cursos de diplomados, etc. A través de ellas conocimos también el motivo de la falta de colaboración y la escasa importancia que algunos galenos, por falta de formación en educación sanitaria, prestaban al tema, salvo cuando el paciente se presentaba demasiadas veces en el ambulatorio o pretendía continuadas bajas laborales que hacían reaccionar al médico.

Pronto nos fuimos dando cuenta que los grupos de discusión, al estar orientados exclusivamente hacia el paciente, y con su sola asistencia, llegaban a ser poco productivos y excesivamente repetitivos. A este hecho se unió el aumento del número de consultas de familiares (cónyuges e hijos) y un incremento inusitado de la problemática conyugal, que nos hizo pensar en la asistencia a las mesas de todo el entorno familiar. Con ello iniciamos una psicoterapia de grupo en la que participaban al principio marido y mujer, siendo su temática mucho más abundante y satisfacía de un modo más profundo las necesidades que presentaban nuestros pacientes. Es entonces cuando se suscita por iniciativa del grupo la presencia de los hijos, al menos una vez al mes, para mejorar la capacidad de diálogo entre padres y adolescentes. Se constata una mejora del ambiente general del centro y en particular de aquellos enfermos que tenían deterioradas sus relaciones filiales.

El hijo se incorpora no sólo a estas mesas, sino que asiste como un protagonista más a las charlas-coloquios, que ya venían solicitándose a nuestro centro en asociaciones de vecinos e incluso las facultades universitarias, y se inicia definitivamente un despertar hacia el tema alcohólico en las más variadas capas sociales.

Sin embargo, las reuniones del equipo técnico, y ante el aumento excesivo del número de asistentes, hacen que nos planteemos una línea más eficaz que evite el 50 por 100 de recaídas o deserciones que se vienen produciendo. Es entonces cuando, siguiendo la orientación socioterápica adoptada se dividen las mesas indicando distintos temas y se contrata un nuevo psicoterapeuta. Con ello comenzamos a percibir una deserción mayor al forzar a los asistentes a una intervención más continuada y, evidentemente, al aumentar la profundidad de la psicoterapia en sí y en el grupo.



ESTUDIO DE LOS SOCIOS CON ASISTENCIA REGULAR

Año	Estancia media (mensual)	Recaídas (%)		Asistencia actual (%)						Relación Familiar (%)		
		No	Sí	Sí	No	Motivo de no asistencia				Mejora	Empeora	Igual
						Recaída	Traslado	Muerte	Alta v.			
1976	18	39	61	31	69	66	8	4	22	45	22	33
1977	18	45	55	70	30	60	—	—	40	40	15	39
1978	10	52	48	48	52	48	17	5	30	52	11	45
Media total	15	45	55	49	51	58	9	3	30	49	12	37

Número de socios con asistencia regular: 102.

Número de socios con asistencia esporádica: 130.

Número de enfermos vistos, no queriendo participar en las actividades del Centro: 80.

Tras esta experiencia, que supera los tres años, y al plantearnos un análisis serio de los resultados, observamos que el índice de recaídas y éxitos está directamente relacionado con la asistencia continuada al centro y que indudablemente el proceso que nos planteábamos al comienzo, en el que incluíamos una tercera etapa de reinserción social y al aumentar extraordinariamente el paro en nuestra provincia, factor muy determinado, no tenemos más remedio que admitir ese 55 por 100 de fracasos como media hasta finales del 78. Pero si observamos el cuadro adjunto, veremos un claro avance en los progresos desde los comienzos de 1976.

La nueva división de las mesas sólo data desde febrero del presente año, por lo cual aún no podemos evaluar los resultados obtenidos, sólo resaltar al dato de la huida de algunos enfermos en las psicoterapias, observándose en los que permanecen un avance positivo en sus relaciones interpersonales; una toma de conciencia más clara de la problemática de su enfermedad; mayor cohesión en los grupos y participación más efectiva en los mismos. Los enfermos de reciente incorporación, por el contrario, se adaptan perfectamente al método.

Pasados unos seis meses volveremos a hacer un análisis de los resultados obtenidos y evaluación de los mismos.

No dejaremos de mencionar las actividades complementarias del centro, que son llevadas a cabo por los propios enfermos, como asambleas mensuales, captación de enfermos, trabajo de oficina, etc. Cabe señalar entre ellas por su gran importancia los grupos de discusión, en los que los enfermos tratan temas de importancia para ellos y de donde surgen las cuestiones a discutir en las mesas de terapia.

Los seminarios de estudio, que también son llevados por ellos mismos y donde amplían sus conocimientos sobre el tema alcohol, estudiándose todas las publicaciones relacionadas con ello, artículos de prensa e informaciones de todo tipo que puedan resultar de interés. Esto supone un enriquecimiento personal que conlleva la ampliación de conocimientos y que les sirven como base para sus futuras intervenciones a través de las charlas-coloquios, intervenciones en radio, etc.

Las convivencias que se desarrollan con motivo de Navidad, aniversario de la formación del Centro, o alguna otra circunstancia que pueda surgir en el grupo, son medio para facilitar unas relaciones sociales y al mismo tiempo demuestran que éstas se pueden llevar a cabo sin el uso del alcohol.

Otro hecho que nos parece interesante resaltar es la progresiva integración del enfermo alcohólico a la vida del centro, del que la mayoría se consideran responsables, creándose un ambiente de verdadera amistad, colaboración y ayuda.



El alcoholismo en Santa Coloma de Gramenet

Por Francisca P. VINTRO MARCE

**Asistente Social
Cáritas Diocesana de Barcelona**

Antes de pasar a exponer, brevemente, como corresponde a una comunicación en el marco de este Simposio, el alcance, metodología, objetivos y prácticas del Centro de Alcoholismo e Higiene Mental «Santa Rosa», de Santa Coloma de Gramenet, me parece absolutamente imprescindible trazar un esquemático panorama de la ciudad y su configuración.

Santa Coloma de Gramenet está situada en la orilla izquierda del río Besós, donde éste corta la cordillera costera y penetra en Barcelona ciudad. Dista de Barcelona centro nueve kilómetros, siendo su altitud de 56 metros sobre el nivel del mar. Tiene una extensión de 7,04 Km. cuadrados.

Santa Coloma, a principios de siglo, era un pueblo agrícola con 1.500 habitantes.

En 1911 se construye el puente sobre el río Besós, que significa la llegada a Santa Coloma de agua, luz y teléfono. En los años 20, «la caseta i l'hortet» se convierte en el sueño de la pequeña burguesía barcelonesa (Gramenet significa lugar donde crece la hierba). En 1929, la Compañía Nacional de Tierras baja sus precios, pudiendo comprar los terrenos los obreros inmigrantes atraídos a Barcelona por los puestos de trabajo existentes, principalmente la construcción del marco de la Exposición Internacional. En 1930, Santa Coloma tiene unos 10.000 habitantes y se empieza a configurar como lugar donde la población obrera repone su fuerza de trabajo para poder volver a la producción al día siguiente.

A raíz de su industrialización la llegada de inmigrantes es extraordinaria, sufriendo un aumento espectacular de la población, pasando de 12.599 habitantes en 1947 a 142.599 en 1977. En el intervalo de treinta años se ha multiplicado por 11,3 el número de sus habitantes:



Años	1947	1957	1967	1977
Núm. habitantes	12.599	22.523	58.165	142.509

Este aumento de población se ha debido principalmente a la inmigración. En efecto, Santa Coloma de Gramenet es un conglomerado de habitantes procedentes prácticamente de todas las provincias de España, destacando que los nacidos en Andalucía suponen el 33,8 por 100 de la población; el 7,29 por 100 son extremeños; el 2,88 por 100, gallegos; el 41,10 por 100, catalanes, y un 14,90 por 100, procedentes de otras provincias.

Es decir, la mayor parte de la población se ha visto arrancada de su ambiente, de sus costumbres, etc., para tener que someterse a unas condiciones de vida completamente nuevas y teniendo que sufrir con mucha frecuencia las consecuencias de la marginación.

De la superficie total de 704,34 hectáreas, al casco urbano le corresponde el 50 por 100, y la otra mitad es de topografía accidentada.

Su densidad es de 509 habitantes por hectárea, una de las mayores del mundo (la densidad media de Barcelona es de 350 habitantes por hectárea).

La población está dividida en quince barrios, surgidos tanto por razones geográficas como por ser condensadores vecinales en función de reivindicaciones sociales concretas. En uno de los barrios, «Can Mariné», la densidad por hectárea es de 1.079 habitantes, doblándose la media ya de por sí escandalosa.

Uno de los más graves problemas que tiene planteado Santa Coloma es que prácticamente carece de superficies libres.

Se prevé que la población de 1983 será de 215.738 habitantes, con lo que el problema que origina los actuales déficit irán en aumento.

La situación laboral de la población de Santa Coloma, según el censo de 1975, es:

Patronos y empresarios	0,66 %
Patronos y empresarios que no emplean personal	1,67 %
Personas asalariadas con carácter fijo	30,34 %
Personas asalariadas con carácter eventual	1,35 %
Personas que trabajan en empresa familiar	0,38 %
Inactivos, menores, estudiantes, labores hogar y jubilados	65,56 %

De ello se deduce que la población activa es el 34,40 por 100, con un 2,33 por 100 de empresarios, y el resto es en su mayoría asalariados.

Hay que añadir que los lugares de trabajo están fuera de Santa Coloma, y a veces a gran distancia. De cada cinco colomenses, cuatro realizan sus funciones laborales fuera del término municipal. Esto confirma claramente la definición de Santa Coloma como ciudad dormitorio. En consecuencia, aumenta de manera importante el número de horas que se está fuera del hogar. En muchos casos, en que trabajan el padre y la madre, esta ausencia prolongada del hogar influye muy negativamente en las relaciones familiares, incidiendo en todos sus miembros.

El nivel de instrucción, según censo de 1975, es el siguiente:

No saben leer ni escribir	20,85 %
----------------------------------	---------

Estudios primarios incompletos	72 11 %
Bachillerato elemental o equivalente	3,99 %
Bachillerato superior o equivalente	1,06 %
Formación profesional	1,00 %
Peritaje, ingeniería técnica	0,45 %
Enseñanza superior	0,24 %

Hay que destacar que de cada 100 habitantes, 93 tienen estudios primarios incompletos.

Resumiendo todo lo expuesto, podemos decir que la población de Santa Coloma de Gramenet está compuesta en su mayoría por inmigrantes prácticamente de toda España, con un nivel cultural bajísimo, y son trabajadores asalariados. Lógicamente, esta situación influye de modo determinante en las relaciones familiares, sociales y laborales. También el problema de desarraigo influye tanto en los padres como en los hijos. Unos padres que principalmente provienen del mundo campesino, sufren un gran choque al tener que adaptarse a la nueva situación de vida, al pasar de espacios abiertos a piso cerrado (la mayoría de ellos pequeños e insuficientes), al tener que cambiar de ritmo de vida del trabajo del campo por el impuesto por la cadena en la fábrica, teniendo que repetir día tras día y constantemente lo mismo.

Los miembros de la familia pasan de estar reunidos alrededor del mismo trabajo a encontrarse dispersos y son obligados a salir todos de casa y a veces a puntos muy lejanos. En definitiva, el paso de la comunidad familiar y vecinal al aislamiento y anonimato.

Quedan también sometidos a un cambio de valores; la mujer se ve muchas veces obligada a salir a trabajar fuera de casa, existe mayor libertad, los hijos viven su vida, etc. Por otra parte, la inseguridad del puesto de trabajo, el miedo al desempleo (actualmente, 3.000 parados con subsidio, sin contar los que lo han agotado, y el paro juvenil), la fascinación de la sociedad de consumo: pagar el piso, después el coche, los electrodomésticos, etc.

Todo esto comporta: la añoranza de la tierra, de los amigos, de los parientes, la esperanza del regreso, la contradicción de educar a los hijos en una cultura que no es la suya al peligro de la no integración, con todo lo que conlleva en cuanto a posibilidades de trabajo, etc.

El caótico desarrollo urbanístico de Santa Coloma influye, sin duda, en las condiciones de vida que padece la población; no existen los servicios más elementales, donde las condiciones de vida son totalmente deficitarias, quedando solamente las condiciones mínimas para la supervivencia. Aunque sea muy por encima y para dar una idea de lo que es vivir en Santa Coloma, citaremos que lo que principalmente ha aumentado son los comercios, viviendas y transportes, es decir, elementos necesarios para comer, ir al trabajo y dormir. Lo imprescindible para la supervivencia y la explotación.

Hay que destacar que el índice de bares es de los más altos de España: 226 habitantes por bar.

No existe ni un solo hotel.

Existen 33 cabinas públicas de teléfonos, lo que supone 4.318 habitantes por cabina.

Cuenta con 16 buzones de correos, 8.906 habitantes por buzón.

Sin profundizar más en las condiciones de vida, después de lo señalado, puede tenerse una idea de que la situación es extremadamente deficitaria, por lo que podemos calificar a Santa Coloma como ciudad suburbio que, hoy por hoy, está muy lejos de alcanzar un mínimo de calidad en las condiciones de vida.

El Centro de Alcoholismo surgió a raíz de la comprobación verificada por el Servicio de Asistentes Sociales de Cáritas Diocesana de Barcelona en Santa Coloma, del elevado número de alcohólicos existentes en la ciudad. A guisa de ejemplo y como experiencia personal, en los últimos meses desde el citado Servicio he atendido a 87 familias con problemas varios; en 12 de ellas —formadas por 65 miembros— existen 14 enfermos alcohólicos, lo que da un porcentaje sobre la población total de Santa Coloma (ya se ha llegado a los 150.000 habitantes) del 21,53 por 100 de alcohólicos, con un mínimo de 32.000 enfermos alcohólicos, ello comporta las consiguientes repercusiones psicosociales propias de la enfermedad: si se calcula un promedio de cuatro miembros por familia, el total de afectados indirectamente, entre cónyuges e hijos, se aproxima a las 96.000 personas, y esto dejando de lado las repercusiones laborales y sociales.

Su inauguración en julio de 1977 fue posible gracias a la colaboración de la parroquia de Santa Rosa —el Centro está ubicado sobre el edificio parroquial—, de la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros de Cataluña y Baleares, con la aportación del 70 por 100 del importe de la construcción y una subvención mensual destinada al mantenimiento del Centro, y de Cáritas Diocesana de Barcelona con una aportación del 30 por 100 del importe de la edificación y la dedicación de una asistente social; todo ello con la orientación y asesoramiento inicial del grupo Teral, institución dedicada al tratamiento del enfermo alcohólico.

El Centro de Alcoholismo e Higiene Mental «Santa Rosa» pretende cumplir, en la medida de sus posibilidades, con las normas de la O.M.S. (documento de ALBI-Francia): «Todo dispensario o ambulatorio tendrá como finalidades fundamentales la asistencia y la prevención.»

Para cumplir las finalidades asistenciales y poder seguir las normativas del tratamiento de la enfermedad alcohólica y de las otras toxicomanías cuenta con personal cualificado para el tratamiento médico-social de «Desintoxicación, deshabitación, Reinserción y Rehabilitación». La parte «preventiva» la llevará a cabo el equipo terapéutico, incluidos alcohólicos rehabilitados.

Ante la magnitud de la tarea a desarrollar, en una primera fase, previa a la inauguración del Centro, el equipo profesional programó realizar una campaña de difusión del dispensario y de sensibilización de Santa Coloma de Gramenet respecto al problema del alcoholismo. Para ello se llevaron a cabo visitas de los profesionales a las asociaciones y agrupaciones cívicas, Ayuntamiento, Juzgado, parroquias, etc.; se organizaron charlas en distintos barrios de la ciudad. Ya inaugurado el Servicio, se mandó una carta de presentación del Centro y sus profesionales a todos los médicos de la zona y a todas las entidades de los municipios colindantes que tratan el problema del alcoholismo; se invitó a personas que por su ocupación o profesión tienen posibilidades de orientar el tratamiento del alcoholismo (miembros de agrupaciones cívicas, sacerdotes, asistentes sociales, psicólogos, maestros, etc.) al pase de una película y posterior coloquio sobre la problemática del alcohol; la revista «Grama», de Santa Coloma de Gramenet, en colaboración con el Centro y la Caja de Pensiones,



dedicó su concurso de trabajos periodísticos sobre el tema «El alcoholismo en Santa Coloma».

Durante el primer año de rodaje se ha atendido a 44 enfermos, lo que representa el 0,30 por 100 de los enfermos alcohólicos de Santa Coloma. La terapia aplicada se ha basado esencialmente en el trato individualizado y el desarrollo en la relación personal.

Aun partiendo de que el alcoholismo se trata de una enfermedad que, a pesar de su incidencia y de su gravedad individual y social, genera actitudes evasivas o insolidarias, a diferencia de otras enfermedades o problemas sociales más fáciles de asumir individual o colectivamente, en una valoración global del Centro y los resultados obtenidos cabe afirmar que no son del todo satisfactorios.

Como consecuencia de esta primera experiencia y de su valoración, se ha planteado la necesidad de una alternativa. Dicha alternativa opta por un enfoque dinámico, con ayuda de técnicos grupales y un abordaje pluridisciplinario que no se limite al contenido convencional del método psico-social clásico. Hay que proceder, en un primer momento, a un enfoque de la problemática del enfermo, con un encuadre que permita al paciente entender el objetivo del tratamiento; en un segundo momento, el paso del paciente a grupos de psicoterapia o discusión. En estos grupos hay que seguir un método directivo de reorientación fenomenológica, con emplea de técnicas proyectivas. Paralelamente se establece una relación interpersonal de uno de los psicoterapeutas integrantes del equipo con el enfermo, y por otro lado, con la familia de éste o conjuntamente con enfermo-familia, para conocer, valorar y enfocar la problemática familiar, social y laboral.

Se aspira con este sistema incidir más efectivamente en la resocialización del enfermo alcohólico y profundizar más en su espera psicológica.

Para realizar este plan, el Centro cuenta actualmente y desde hace tres meses (marzo, abril y mayo 1979) con un equipo formado por un psiquiatra, dos asistentes sociales y un A.T.S. psiquiátrico.

Los resultados obtenidos desde el inicio de esta nueva etapa son: nuevos enfermos atendidos, 30; siguen tratamiento, 20; desde la segunda quincena de abril funciona, dos veces a la semana, un grupo de psicoterapia, con un promedio de asistencia de cinco a ocho pacientes por sesión, acompañados de familiares.

Indudablemente, un período de tres meses es insuficiente para presentar el fruto de esta nueva orientación, con lo cual, sin embargo, estamos esperanzados.



El programa de lucha antialcohólica de Cruz Roja Española en Cádiz

Por Dr. José Crespo Benítez

Psiquiatra

Director del Programa

INTRODUCCION

La presente comunicación quiere ser una respuesta válida al encargo que nos ha hecho Cáritas Española, tan interesada por servir a la lucha antialcohólica, como lo demuestra la organización de este Simposio. De esa misma voluntad de servicio participa Cáritas Diocesana de Cádiz, siempre dispuesta en nuestra provincia a todo tipo de colaboración. A ellos, por su interés y apoyo eficaz, nuestro agradecimiento.

Trataremos de exponer y comentar nuestra experiencia al frente del Programa de Lucha Antialcohólica de Cruz Roja en Cádiz. Iniciadas las actividades del Servicio en mayo de 1971, hemos alcanzado a primeros de 1979 una segunda etapa de actuaciones que se caracteriza esencialmente por la inclusión de las toxicomanías dentro del ambiente del programa, cuya denominación ha pasado a ser «Programa de lucha contra alcoholismo y toxicomanías». Es evidente la imposibilidad de valoración de esta nueva fase, por lo que el objetivo de este trabajo se reduce a exponer y comentar nuestras actividades hasta finales de 1978.

Con anterioridad a 1971, la asistencia al alcoholismo en nuestra provincia estaba limitada al tratamiento, mediante ingreso en el Hospital Psiquiátrico, de las consecuencias psíquicas más graves de la enfermedad. Fuera de la realizada durante el internamiento, no se llevaba a cabo de manera sistemática una terapia específica ni seguimiento ambulatorio de los pacientes. Las consultas externas carecían de medios para una función eficaz en este terreno. No disponíamos por entonces de datos epidemiológicos que reflejasen la dimensión



del problema del alcoholismo en la provincia, aunque podríamos afirmar sin posibilidades de error que esta enfermedad constituía un serio problema en nuestro medio, que precisamente se caracteriza por ser una zona de gran riqueza vinatera y cuya población tiene actitudes colectivas de gran tolerancia hacia las bebidas alcohólicas. De todo lo expuesto se deducía la necesidad inmediata de una serie de actuaciones. Fue entonces cuando, como primera medida, se creó el Programa de lucha antialcohólica, con sede en la Asamblea Provincial de la Cruz Roja en Cádiz.

Con una orientación eminentemente práctica y decididos a no caer en cualquier forma alienante de mera filantropía, programamos las siguientes funciones:

- 1.º Actividades asistenciales a nivel ambulatorio, donde se llevaría la terapia específica del alcoholismo.
- 2.º Actividades preventivas, con un especial objetivo en promover el interés sobre el alcoholismo.
- 3.º Efectuar a largo plazo una serie de estudios epidemiológicos que posibilitasen un mejor conocimiento de la problemática alcohólica en la zona.

En una primera etapa, el personal de este servicio contó con un psiquiatra y un asistente social. Posteriormente se amplió el personal a tres psiquiatras, dos estudiantes de Medicina, un asistente social y, esporádicamente, damas auxiliares o A.T.S. en prácticas.

Las actividades del Programa se fueron elaborando y desarrollando del modo siguiente:

A) ACTIVIDADES ASISTENCIALES

Desde un primer momento se hicieron contactos personales y escritos con el fin de lograr una coordinación con los servicios de la Residencia de la Seguridad Social, Cátedras de la Facultad, médicos de cabecera, especialistas y Hospital Psiquiátrico.

Progresivamente fueron llegando enfermos a nuestro ambulatorio, el cual cuenta actualmente con tres despachos de uso múltiple, más una sala de espera en la sede de Cruz Roja. Ocasionalmente es utilizada también la sala de Juntas de dicha Institución.

En estos locales, y con horario alterno de tarde, se han llevado a cabo las terapias ambulatorias del alcoholismo.

Estas actividades asistenciales se realizan en las siguientes vertientes:

1. Consultas ambulatorias psiquiátricas.
2. Psicodiagnóstico.
3. Psicoterapia individual a los enfermos que lo requieren.
4. Tratamientos aversivos y reflexológicos.
5. Grupos de psicoterapia con una orientación directiva.
6. Orientación familiar.
7. Coordinación de las visitas y encuestas sociales.
8. En casos que lo han precisado se ha procedido al internamiento del paciente en el Hospital Psiquiátrico, y, ocasionalmente, en hospitales generales.



Hasta finales de 1978 se habían historiado 305 enfermos, a los que se les había efectuado un total de 1.308 revisiones, lo que supone un coeficiente de revisión de 4,3 visitas/enfermo.

Resulta significativo el que la mayoría de estos enfermos ha acudido a consulta por presiones de tipo familiar o motivados por la propaganda del dispensario que semanalmente aparece en la prensa local. Es muy escaso el número de ellos remitidos por médicos de cabecera, de empresa o por el Hospital Psiquiátrico. Constituye una excepción la estrecha y eficaz coordinación establecida desde el primer momento con el Servicio de Medicina Interna de la Seguridad Social, fuente importante de remisión de pacientes a nuestro ambulatorio, y donde la mayoría de nuestros historiados afiliados a la Seguridad Social han sido explorados y tratados desde el punto de vista somático.

Un total de ocho enfermos llegaron a tratamiento vía judicial.

Un 18 por 100 de nuestros historiados son mujeres, lo que indica una relación aproximada de una por cada seis hombres.

La mayoría son casados, viven en familia y pertenecen a un nivel socio-cultural bajo o bajo inferior, resultando llamativo el que el 53 por 100 de nuestros pacientes beben anormalmente desde hace más de quince años, a pesar de lo cual sólo el 16 por 100 había efectuado algún tipo de tratamiento anterior.

En la actualidad nuestro ambulatorio, en colaboración con la Dirección Provincial de Salud, está finalizando un amplio estudio epidemiológico sobre la totalidad de enfermos asistidos en ambos centros.

B) ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Desde su puesta en marcha nuestro equipo estimó la conveniencia de realizar actividades preventivas en relación al alcoholismo, en su triple vertiente de prevenciones primarias, secundarias y terciarias.

1. Desde el primer momento fuimos conscientes de que, si bien la prevención del alcoholismo supera los límites de la Medicina, con una campaña de educación sobre esta materia podrían lograrse objetivos valiosos.

El panorama de la lucha antialcohólica no podía ser más sombrío, pues quedaba enmarcarlo en un ambiente social favorable al hábito.

Definitivamente decididos a llevar a cabo estas actividades preventivas, encontramos un conjunto de 73 diapositivas editadas en 1972 por el entonces Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (Dr. Santodomingo Carrasco), que consta de una serie muy completa sobre causas y consecuencias del alcoholismo, junto con otra dedicada a la prevención y asistencia de las toxicomanías en general.

En la serie del alcoholismo se presentan gráficamente los aspectos más importantes de la enfermedad, sus causas y las consecuencias más destacadas.

En la información que acompaña a cada diapositiva, con un lenguaje fácilmente comprensible, adecuado al público en general, se matiza detenidamente el concepto de dependencia y las causas más frecuentes que conducen a esta situación. También se presentan las consecuencias sociales, familiares, laborales, psíquicas y somáticas más frecuentes, exponiendo los problemas y porcentajes de absentismo, accidentes de trabajo y de tráfico, delictivos, etc.

Por último, se insiste en que la actitud racional es someter al enfermo a tratamiento médico, indicando los porcentajes de rehabilitación.

La puesta en marcha de la campaña descrita se efectuó en noviembre de 1973, teniendo lugar la primera sesión en el Colegio Mayor «Beato Diego», con asistencia del jefe provincial de Sanidad. Posteriormente y de forma inmediata fue presentado al delegado del Ministerio de Educación y Ciencia en sesión a la que asistieron los directores de los centros de enseñanza media de la capital. Ante la resistencia de un pequeño grupo de los asistentes, que consideraban el tema tabú, el delegado propuso una nueva sesión con asistencia masiva de los padres de familia y claustro de los centros docentes. A esta sesión también asistió el jefe de los Servicios Médicos de la Inspección de Enseñanza Media, lográndose tras informe favorable autorización de la Dirección General de Ordenación Educativa para que se realizase la campaña en los centros educativos de la provincia. Dicha autorización llegó con fecha 1 de febrero de 1974.

Desde entonces, sin impedimentos formales se llevaron a cabo numerosas sesiones en centros que previamente solicitaban la celebración del acto.

A partir de 1975, convencidos de que la campaña podía resultar mucho más eficaz dirigiéndola a grupos seleccionados, logramos, en estrecha colaboración con la Jefatura Provincial de Sanidad, que el Gobierno Civil organizase una reunión en la que se ofreció a sectores universitarios, laborales y sanitarios una programación de dichas actividades. También consideramos oportuno su difusión a los estamentos religiosos y militares.

Todas las sesiones, que se han celebrado con una periodicidad de una o dos por semana, muchas de ellas en el salón de actos de la Jefatura Provincial de Sanidad, iban seguidas de un coloquio sobre el tema, durante el cual los asistentes formulaban libremente las preguntas.

Es muy difícil valorar los resultados de estas actividades, que ascienden a un total de 103 sesiones. En un futuro tenemos proyectado encuestar a los distintos grupos, de modo que se verifique estadísticamente la eficacia de la campaña.

2. En un sentido preventivo de carácter terciario, nuestro equipo promocionó un grupo de alcohólicos anónimos, que tomó el nombre de Gades.

Celebra sus reuniones cerradas en la sala de juntas de esta Asamblea de Cruz Roja los sábados a las dieciocho horas y está en estrecha relación con otros grupos existentes en las localidades de Jerez, Puerto de Santa María y Rota, sobre las que también hemos desarrollado una labor de apoyo.

No obstante, y quizá debido a la idiosincrasia de nuestra zona, son muy pocos los enfermos que, remitidos desde el dispensario tras la oportuna selección, llegan a permanecer de forma estable en el grupo.

Los miembros de nuestro equipo sólo hemos tenido oportunidad de asistir a una reunión de las llamadas abiertas, a la que concurrieron unos 20 alcohólicos procedentes de todas las asociaciones provinciales. Con carácter cerrado, estos contactos interlocales han sido habituales.

3. Con un doble objetivo de propaganda y de sensibilización general en la prensa local se ha insertado periódicamente el siguiente anuncio «El alcoholismo no es un vicio, sino una enfermedad que requiere tratamiento mé-



dico especializado. Acude al dispensario de la Cruz Roja en la calle de Santa María Soledad, 10. Consulta gratuita.»

4. Por último, en calidad de proyecto inmediato, pendiente de que se efectúen las obras de acondicionamiento de nuestro edificio, tenemos el propósito de poner en marcha un Club no Alcohólico Socioterápico, cuyas características esenciales resumimos:

Ubicación.—Actuar Bar-Hogar de la Brigada de la Asamblea.

Dispositivos.—Cafetería, juegos de mesa, televisor, etc.

Usuarios.—Toda clase de personas pertenecientes o no a la Asamblea. Se ofrecerá a los ex alcohólicos para que hagan uso de sus instalaciones.

Tipo de bebidas.—Rigurosamente no alcohólicas.

Horario.—Se respetará el actual horario del bar: De diez a catorce horas y de dieciocho a veintidós horas.

En la obra a realizar en el edificio, sede de la Asamblea, se dará una entrada exterior e independiente a este local, que se rotularía «Club no alcohólico de Cruz Roja».

En relación con este interesante proyecto, que está concebido según las recomendaciones de la O. M. S., hemos de puntualizar que existen determinadas resistencias a su puesta en marcha motivadas por quienes no quisieran perder la exclusividad del bar ni renunciar a la expedición en el mismo de bebidas alcohólicas.

Confiamos recibir el apoyo necesario y vencer las reales incomprendiones de algunos, interesándoles en este proyecto que consideramos de gran interés por cuanto supone de testimonio en una sociedad alcoholizada y por la valiosa función que puede prestar a nuestros enfermos.

C) ACTIVIDADES EPIDEMIOLOGICAS

1. En el año 1976, el doctor Zafra Mezcúa, que era colaborador de nuestro programa desde años atrás, dio lectura a su tesis doctoral que lleva por título «Análisis epidemiológico y sociológico del alcoholismo en el medio universitario de Cádiz». En dicho trabajo se estudiaron 1.821 alumnos universitarios de distintos centros. De este total, 611 eran hembras.

De dicho estudio, que fue dirigido por el profesor Mira Gutiérrez, titular de la Cátedra de Higiene de nuestra Facultad de Medicina, resumimos las siguientes conclusiones:

1. Que el 94,4 por 100 de los encuestados consumen bebidas alcohólicas, mientras que el porcentaje restante, un 5,6 por 100, se considera a efectos epidemiológicos como abstemios.

2. Que más de la mitad de la muestra (58,8 por 100) consume bebidas alcohólicas diariamente, superando el porcentaje los varones con el 67,9 por 100 a las mujeres (40,9 por 100), ya que en éstas predominan preferentemente



las «bebedoras esporádicas» (51,3 por 100), siendo los varones en una mayoría «bebedores habituales mínimos» (63,9 por 100).

3. Que el 15,3 por 100 de varones y el 2,6 por 100 de hembras consumen más de 50 centímetros cúbicos de alcohol absoluto diariamente. Además, ingieren más de 100 centímetros cúbicos de alcohol el 4 por 100 de varones y el 1 por 100 de hembras.

4. Que el 70 por 100 de varones encuestados, así como el 40 por 100 de hembras, sugieren experiencias de embriagueces por lo menos una vez en su vida. Además, uno de cada 28 varones y una de cada 100 mujeres presentan «embriaguez grave», lo que quiere decir que se embriagan casi todos los sábados y festivos.

5. Que el porcentaje considerado de «probables alcohólicos» es de 5,1 por 100 del total encuestado, presentando frecuencias relativas del 6,8 por 100 en los varones y del 1,9 por 100 en las hembras, con un índice de afectación hembra/varón de 2/7.

6. Que la proporción de probables alcohólicos entre los encuestados mayores de diecinueve años (6,3 por 100) es más elevada que la correspondiente a los menores de esa edad (3,5 por 100), con una incidencia más ostensible en las edades de veinte, veintiuno y veinticuatro años, tanto en varones como en hembras.

7. Que el 3,2 por 100 de mujeres mayores de diecinueve años se muestran como probables alcohólicas, frente al 0,6 por 100 de las menores de la referida edad. Por tanto, hallamos una probable alcohólica menor de diecinueve años, por cada cinco consideradas como mayores de esa edad.

Relación estadística significativa que habla en favor de la habituación progresiva realizada por las universitarias gaditanas.

8. Que el índice de afectación hembra/varón resulta más progresivo en las universitarias de Cádiz (2/7) que los correspondientes de Sevilla (1/7) o de Bilbao (1/8). Esto quiere decir que la mujer universitaria de nuestra capital participa con mayor frecuencia de los hábitos de consumo del hombre.

9. Que el 67,4 por 100 de varones y el 35 por 100 de hembras refieren hábitos de consumo antes de los veinte años con los amigos. Por tanto, podemos deducir que el aprendizaje en la utilización del alcohol para nuestro medio estudiantil se realiza con una gran dependencia social.

10. Que el 5 por 100 de los encuestados buscan los efectos «droga» de las bebidas alcohólicas para mitigar problemas y preocupaciones.

11. Que el 17 por 100 de las familias de los encuestados se consumen bebidas alcohólicas de forma habitual.

12. Finalmente, tal como queda reflejado en otro lugar de esta exposición, el Programa de Lucha Antialcohólica, en colaboración con el Centro de Salud Mental de la Dirección Provincial de Salud, está realizando un amplio estudio epidemiológico sobre los enfermos alcohólicos historiados en ambos servicios.

Dicho trabajo se realiza cubriendo las siguientes etapas:

Constitución de dos equipos.

Elaboración de un cuestionario en el que se reflejan 121 variables.

Citación mediante carta a los enfermos.



Visitas domiciliarias a los que no acuden a revisión.
Inclusión de datos en el cuestionario.
Análisis de los resultados.

Tenemos la esperanza de que los resultados obtenidos nos permitan un conocimiento objetivo sobre el alcoholismo en nuestra provincia, de modo que en un futuro podamos llevar a cabo un mejor nivel de asistencia.

Antes de terminar, no queremos dejar de reconocer el que nuestras actividades asistenciales, preventivas o epidemiológicas, que tienen actualmente un presupuesto anual de 191.000 pesetas, han podido tener muchas imperfecciones. No obstante, ante la ausencia de una normativa específica que regule y coordine los dispositivos antialcohólicos, hemos preferido estas actuaciones a la pasividad.

Consideramos apremiante la adopción de medidas concretas y urgentes que afronten en profundidad y con eficacia el problema del alcoholismo y la prevención del mismo.

Tales medidas concretas, reiteradamente solicitadas por tantos sectores, y que normalmente no han encontrado eco en las instancias gubernativas y sociales, posibilitarían que el alcoholismo, gran enfermedad desconocida e ignorada, pueda definitivamente ser erradicado de nuestra sociedad.

La rehabilitación de alcohólicos en Barcelona

Por Alcohólicos Rehabilitados
Hospital Clínico de Barcelona

INTRODUCCION

En la mayoría de países en los cuales existe una forma de asistencia sanitaria global (Seguridad Nacional, Servicio Nacional de Salud, etc.) o que existen formas de asistencia privada eficiente, se tiende cada vez más a considerar al alcoholismo como uno de los problemas básicos que tiene planteada la Sanidad.

En nuestro país, y concretamente en Cataluña y en el área metropolitana de Barcelona, el aumento en los últimos diez años del alcoholismo ha sido espectacular y continuo. Nuestros grandes hospitales, tanto las residencias de la Seguridad como el Hospital Clínico San Pablo, los municipales o comarcales, han visto aumentar la demanda de asistencia por conflictos *consecuencia* del alcoholismo (cirrosis, hemorragias, molestias de estómago, etc.).

A pesar de ello, nosotros pensamos que excepto un reducido grupo de profesionales de la Sanidad entienden y comprenden la verdadera problemática de nuestra enfermedad. Ello se demuestra, como nosotros hemos podido comprobar, en las consultas que nos hacen en el despacho de la Asociación los familiares de pacientes alcohólicos, que han sido reingresados en distintos hospitales *no* psiquiátricos especialmente por trastornos hepáticos.

Uno de los grandes problemas que tienen planteados el médico de cabecera y los especialistas del aparato digestivo es la imposibilidad, por su formación, de entender y comprender que nosotros somos unos *toxicómanos*, evidentemente, de un producto cuya venta y distribución es legal.

Cuando un médico nos visita, lo único que no observa en nosotros es lo fundamental e importante y que condicionará inexorablemente el reingreso, la *dependencia*-adicción alcohólica.

Muchos de los que estamos rehabilitados observamos, con gran extrañeza, cómo el desconocimiento del conflicto *dependencia psico-social* del alcohol lleva a muchos profesionales sanitarios a darles a los cirróticos o a otros enfermos alcohólicos con afección del páncreas o de otras complicaciones físicas, consejos para que no beban más alcohol, o de intentar convencerles de la maldad que encierra ser alcohólico, olvidando que todos los que hemos pasado esta desagradable experiencia deseamos firmemente, cuando nos encontramos con molestias o daños que sentimos y vivimos (vómitos, náuseas, dolores de estómago, impotencia sexual, dolor en las piernas, etcétera), por lo menos reducir, disminuir o atajar totalmente —aunque sea temporalmente— el uso de bebidas alcohólicas, ya que la mayoría de nosotros, cuando hemos llegado a este estado de enfermedad física, lo ha sido a consecuencia de años de problemas sociales, familiares y laborales relacionados con nuestra problemática alcohólica.

Como pacientes alcohólicos rehabilitados, quisiéramos llevar a la consideración de todos ustedes la imprescindible necesidad de que todos los médicos, y en especial los médicos de cabecera, los internistas y del aparato digestivo, tengan una más amplia información sobre la gravedad de las consecuencias orgánicas de la enfermedad alcohólica, y que estas consecuencias están precedidas de la grave problemática de la dependencia; por otra parte, los profesionales de la psicología, las asistentes sociales, etc., tampoco pueden olvidar que un gran número de nosotros, cuando acudimos a pedir ayuda o a consultar, tenemos algún grado de afectación física, y que en un principio de la relación terapéutica, resolverlo todo, olvidándose de nuestro hígado o de nuestro estómago, también es un riesgo para nuestra salud.

LA ASOCIACION DE ALCOHOLICOS REHABILITADOS DEL HOSPITAL CLINICO

(HISTORIA)

Nuestra Asociación nació como una necesidad, dentro de un hospital general, de mejorar el abordaje y tratamiento del enfermo alcohólico.

Durante unos años, un grupo de psiquiatras estuvo trabajando en terapia de grupo de pacientes alcohólicos (desde 1965); algunos de nosotros, al cabo de un tiempo (1967-69), nos dimos cuenta —al resolver nuestro problema de dependencia— que el trabajo de grupo requería unos cauces más amplios. Por una parte, por la imposibilidad de tiempo material de los técnicos (psiquiatras y A.S.) de dedicar más tiempo al paciente alcohólico y sus familiares, y por otra parte, observamos que era preciso intercambiar los conocimientos procedentes del campo de la experiencia personal con el abordaje técnico de los psiquiatras y las A.S. Esta necesidad fue compartida por los técnicos y creamos, dentro de los grupos, lo que denominábamos Comisión de Repesca y Comisión de Ceptación. Algunos de nosotros, con más de dos años de grupo, y por tanto de abstinencia, trabajamos con estas comisiones para ayudar a los compañeros que habían recaído y llevarles nuevamente a la consulta especializada, o bien informar a los familiares que consultaban cuál sería en cada caso el método más adecuado para convencer a un alcohólico de que era un enfermo y que su enfermedad requería tratamiento.

En el curso de los años, el número de abstinentes fue aumentando, y el número de familiares, simpatizantes a la labor conjunta de psiquiatras, psicólogos, A.S. y usuarios, también fue creciendo; nuestras comisiones de grupo llegaron a desarrollar, cosa que nos han confirmado nuestros asesores técnicos, una labor de información, captación, trabajo social en recaídas y colaboración en la terapia de grupo que ha permitido el desarrollo creciente de los grupos y de sus funciones. De tal forma la evolución fue favorable, que cuando aprendimos a manejar la literatura científica en relación a los problemas sanitarios de la enfermedad alcohólica en los aspectos de salud pública, y en especial con el conocimiento del movimiento



francés VIE-LIBRE, intentamos en 1974, coincidiendo con el estímulo del III Congreso Nacional de Alcohólicos Rehabilitados, celebrado en Valladolid, crear una Asociación de Alcohólicos Rehabilitados que, a semejanza de otras existentes, como la de Valencia, por ejemplo, y naturalmente con ciertas particularidades que eran consecuencia de un continuo intercambio de opiniones y experiencias entre los técnicos y nosotros.

De ninguna forma queremos presentar —el nacimiento y desarrollo de nuestra Asociación— como una imagen idílica; hemos tenido nuestros conflictos, nuestras controversias y tensiones, pero hemos sido capaces todos de no olvidar el fin primordial, común, a técnicos-rehabilitados y familiares, que es, ante todo y por encima de todo, una estrategia y táctica para que pueda prevenirse la enfermedad alcohólica y pueda tratarse el paciente alcohólico y sus complicaciones físicas.

Nuestra Asociación se legalizó el 30 de diciembre de 1976, pero llevaba trabajando ya dentro del ámbito del Hospital Clínico desde hacía más de año y medio, y las antiguas comisiones de grupo habían ya logrado conjuntamente con los técnicos sensibilizar a la mayoría de Servicios de Medicina Interna del Hospital y abordar determinados casos individuales en colaboración con los médicos internistas. Cuando, concretamente, los Servicios de Hepatología observaron que el tratamiento de un paciente alcohólico con los técnicos y nuestra colaboración disminuían los reingresos y, en lenguaje médico, mejoraba el pronóstico del enfermo, el equipo formado por psiquiatras, psicólogos, A.S. y alcohólicos rehabilitados fue ampliamente admitido y solicitada nuestra colaboración.

El resumen aproximado de nuestras actividades se adjunta anexo al final de este trabajo.

Tenemos también que añadir que la creación de unos centros para el tratamiento de alcohólicos y otros toxicómanos en la Jefatura Provincial de Sanidad de Barcelona en 1969, dependientes en aquel entonces del extinguido Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, y su ulterior desarrollo como centros de salud mental para alcoholismo y otras toxicomanías, dependientes actualmente de la Sanidad departamental y vinculados a la Delegación Territorial (Ministerio de Sanidad), ha permitido a la Asociación integrarse en las actividades preventivas de dichos centros, cuyas finalidades han



sido cumplir la asistencia sanitaria y social de las personas afectadas por todo tipo de toxicomanías, y han hecho especial énfasis en la toxicomanía alcohólica. Para cumplir sus finalidades de asistencia y prevención siempre se nos ha llamado a colaborar, y podemos decir que estamos incluidos en el equipo terapéutico de dichos centros asistenciales.

Vamos a transcribir, por considerarlo de interés, el artículo 2.º de los Estatutos de nuestra Asociación, que define los fines de la misma:

«Artículo 2.º Son fines de la Asociación el promover, mediante la reunión asociada de las personas interesadas, la rehabilitación y asistencia de enfermos alcohólicos. A tales efectos, la Asociación propone:

a) El mantenimiento, como práctica terapéutica y condición «sine qua non» para la pertenencia a la misma, del estado de abstinencia alcohólica.

b) La reinserción del enfermo alcohólico en la sociedad, el trabajo y la familia.

c) La consecución de una definitiva recuperación, tanto psicológica como fisiológica, de las secuelas de la enfermedad alcohólica.

d) La asistencia y mutua ayuda de los asociados, mediante el intercambio comunicado de experiencias y la aportación comunitaria de recursos asistenciales.

e) Posibilitar la plena aceptación de la responsabilidad individual y colectiva, inherente a los deberes de respeto que entraña el reconocimiento de la dignidad humana.

f) El establecimiento y proposición de los medios adecuados en orden a la elevación de los niveles de formación cultural y social al que toda persona tiene derecho.

g) La necesaria función asesora y de información que en los diversos aspectos jurídicos y socio-económicos precisen los asociados.

h) La cooperación con aquellas entidades asistenciales públicas o privadas, y en especial con todos aquellos órganos de la Administración local o del Estado, que persigan fines análogos en el ámbito sanitario, judicial o gubernativo.»

En el cual intentamos cumplir los puntos g) y h) del art. 11:

«g) Organizar anualmente jornadas de estudio sobre aspectos

completos del problema del alcoholismo en sus vertientes médico-sociales.

h) Planificar las campañas de sensibilización acerca del problema del alcoholismo, de forma que a través de la mayor difusión tomen conciencia del mismo la población, los organismos de carácter público y en especial los medios de comunicación de masas.»

Como resultado de nuestras reuniones anuales, de nuestra colaboración en las sesiones científicas del Comité Local de Socidrogalcohol, de nuestra colaboración en los seminarios de Alcoholología del Departamento de Psiquiatría que dirige el profesor Obiols y de los seminarios sobre toxicomanías del Departamento de Neuropsicología de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación —Sección Psicología— de la Universidad Central, que dirigen los profesores Carlos Ballús y Sánchez Turet, y después de consultar diversos documentos de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), elaboramos conjuntamente con nuestro equipo técnico y también por la experiencia adquirida en la apertura de delegaciones de nuestra Asociación en otros municipios (por ejemplo, Hospitalet de Llobregat) un documento programático o de base en el que entendíamos que la Sanidad tenía que estar al servicio de las demandas sociales y que una de las demandas sociales más trascendentes e importantes en el campo de la salud pública era la problemática alcohólica, como demostró en su día el informe interministerial publicado en la «Revista de Sanidad e Higiene Pública», en mayo-junio de 1975. Tenemos que advertir que nosotros, profanos, entendemos la Sanidad como la socio-política y economía de la salud y que tiene que ser este enfoque global —social y médico— el que tiene que abordar la problemática alcohólica.

Vamos a transcribir el documento citado, denominado:

UNA SANIDAD AL SERVICIO DE LA SOCIEDAD Y DE LA PROBLEMÁTICA ALCOHOLICA

Todas las asociaciones que tienen como objeto ayudar en los aspectos médico-psicológicos, e incluso sociales, tienen que intentar trabajar conjuntamente para suplir sus propias deficiencias y dife-

rencias de orientación. Por ello nuestra Asociación quiere dejar bien claro que está convencida que una orientación sanitaria correcta frente al problema del alcoholismo tiene como mínimo que:

1.º Intentar motivar a los pacientes y al ámbito familiar, laboral y social para la recuperación y tratamiento del enfermo alcohólico.

2.º Mantener activamente al día archivos, historias clínicas, número y filiación de los miembros de las asociaciones de alcohólicos, etcétera (único método para el control epidemiológico de la enfermedad alcohólica y que posibilita el abordaje científico de los resultados terapéuticos —recuperaciones).

3.º Crear y promocionar todo tipo de investigación para la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción del paciente alcohólico, tomando parte en las más idóneas, incluso las procedentes del campo extrasanitario y/o del extranjero.

4.º Se une a todo tipo de organización que persiga las mismas finalidades científicas.

5.º Controla a sus miembros en cuanto a su problemática específica, para así cumplir las finalidades del punto 2.º, en los distintos períodos del proceso terapéutico indicados en el punto 3.º

6.º Establece diagnósticos médicos, psicológicos, psico-sociales, etcétera, única metodología conocida para el tratamiento y control de la enfermedad alcohólica.

7.º Intenta promocionar, según los recursos de la comunidad, cualquier tipo de la comunidad, cualquier tipo de información y/o tratamiento médico, psiquiátrico, socio-terapéutico, que pueda ser útil para los fines sanitarios.

8.º Respeta toda ideología.

9.º Fomenta y promociona, como uno de sus fines fundamentales, la información sanitaria sobre propaganda y educación científica en lo referente al alcohol.

10. Intenta resolver la problemática social que plantea el paciente y su ámbito familiar y laboral, mediante las técnicas de la asistencia social.

11. Considera esencial y primario en el tratamiento psico-social de la enfermedad alcohólica la información y aconsejamiento de tipo laboral, vocacional, profesional, etc., y asimismo las asociaciones colaboran en la orientación de dichas problemáticas.

12. La financiación de las finalidades expuestas anteriormente se realiza bajo las normas vigentes en cuanto a la asistencia y puede también cumplir dichas finalidades mediante la aceptación de aportaciones de fundaciones, organismos, corporaciones, particulares u oficiales.

NOTA.—Todo el personal técnico (médicos, psicólogos, asistentes sociales, A.T.S. y colaboradores cualificados —miembros responsables de las asociaciones—) se responsabilizan de las técnicas y terapéuticas empleadas en cada una de las fases del tratamiento poli-dimensional de la enfermedad alcohólica. Participan como tales profesionales o colaboradores en todas aquellas actividades por las que se encuentran capacitados, cuya finalidad sea el abordaje de la enfermedad alcohólica en cualquiera de sus niveles.

Una organización sanitaria eficiente se tiene que considerar totalmente competente para realizar las tareas u objetivos propuestos.

En esta organización, las asociaciones son un eslabón en la tarea de información, sensibilizadora de la opinión pública, colaborando con la Sanidad orientada como se va indicando anteriormente, etc.

Como colofón de nuestra intervención queremos citar y traducir el final de un folleto editado por nuestra Asociación y escrito por los miembros de nuestro Comité Técnico y otros colaboradores:

«No se tiene que olvidar que dentro de los recursos de la comunidad —se refiere al tratamiento del enfermo alcohólico—, la existencia de un alcohólico tratado en un centro especializado con éxito y que pertenezca a una asociación de alcohólicos rehabilitados es una ayuda incalculable para sostener y ayudar al enfermo en su decisión para tratarse, a sus familiares y, en consecuencia, a la acción del médico.

La terapia de grupo o el grupo de discusión terapéutico es la única técnica conocida para obtener éxitos en el tratamiento, teniendo en cuenta la ineludible participación familiar. Otras técnicas, como el psicodrama, los grupos reducidos, etc., han de usarse en casos especiales o han de preceder o simultanearse con el grupo de

discusión terapéutico para alcohólicos, en el cual participen necesariamente alcohólicos rehabilitados.

La rehabilitación y la inserción social son los objetivos finales de todo tratamiento y, en consecuencia, después de pasar por el grupo (unos dos años) es necesario aconsejar la colaboración y afiliación a una asociación.

El médico de cabecera, en los casos de toxicomanía, no tan sólo tiene que compartir las problemáticas de su enfermo con un psiquiatra especializado, sino también con otros profesionales de un equipo, psicólogos, asistentes sociales, A.T.S., etc., y de los propios rehabilitados que forman parte de este «equipo, incluso con sus familiares.»





GRUPOS DE PSICOTERAPIA

**Por Nieves Galatayud Cáceres
Luis Burguete
J. Ibarra Pastor**

Ex-alcohólicos de A. P. A. EX.-Alicante

Hacemos este trabajo con gratitud a cuantos médicos, psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales han puesto su valor y credibilidad en la difícil tarea de recuperar al enfermo alcohólico.

A su trabajo y esfuerzo este trabajo de colaboración de enfermos rehabilitados. A su entusiasmo y valentía.

PSICOTERAPIA DE GRUPO Y EQUIPO TECNICO DENTRO DE LA MISMA

En mi experiencia como alcohólico rehabilitado. Dentro del grupo A. P. A. Ex-Alicante quisiera que esta comunicación fuese lo más sencilla posible para poder llegar a ser comprendida por el mayor número de personas.

En primer lugar intentaré dar una honrada opinión de mis observaciones con respecto a la labor de los técnicos dentro del grupo. Labor que a mi forma de ver las cosas es de bastante interés, partiendo de la base que no somos sólo los alcohólicos, por haber experimentado los efectos de la enfermedad los que de hecho hemos podido tener conciencia de la misma, sino que el médico sicosociólogo y asistentes sociales a través de nuestras comunicaciones en consultas como en psicoterapias de grupo, pueden, y de hecho creo, que al mismo nivel que el alcohólico pueden tomar conciencia de nuestra común enfermedad; me atrevería a decir que en algunos casos pueden llegar incluso a superarnos, en el sentido que reciben una información más completa, por lo que tiene que llegar el momento que se sientan identificados con todos nuestros sentimientos y al nivel que nos encontramos de nuestra problemática en el país.

Es, por tanto, nuestra esperanza que la Administración cuente con estos técnicos y los grupos de alcohólicos rehabilitados para hacer una investigación seria y eficaz sobre el problema que el alcoholismo acarrea a nuestra sociedad. Que trabajando unidos y firmemente concienciados podamos alcanzar unos resultados óptimos que puedan erradicar al máximo esta enfermedad en nuestra



patria. Comprendemos que con los medios (bastante se está haciendo), contando con los medios actuales que cuenta el personal técnico, y sobre todo el poco interés que muestra la Sanidad Nacional en esa investigación en la cual hay una gran labor a desarrollar en bien de la sociedad y en el desarrollo de un pueblo.

Queremos hacer aquí un llamamiento a los señores que gobiernan y administran la sanidad pública para que de una vez, sin vana palabrería, cumplan de una forma eficaz y hagan todo lo que han prometido.

En otros países el problema del alcoholismo está reconocido dentro de las estructuras sanitarias como una enfermedad a la que se enfrentan de una manera eficaz, logrando que deje de ser ese fantasma social, curando —puesto que de una enfermedad se trata— a personas marginadas e integraras en la sociedad, al mismo tiempo que encuentran en estos rehabilitados unos eficaces colaboradores.

Quisiéramos desde aquí elevar nuestra prerrogativa a quienes tienen el cargo del Ministerio de salud pública para que de una vez se sientan valientes y afronten el problema del alcoholismo, como nosotros, los alcohólicos rehabilitados lo hemos afrontado, venciendo prejuicios sociales, luchando contra esa maraña de intereses que una sociedad de consumo en la que estamos inmersos nos rodea; a veces nos enfrentamos incluso con familiares que tratan de ocultar a ese pariente alcohólico, sin reconocer que es un enfermo y como tal tratar de curarle. Nuestra lucha empieza venciendo nuestra enfermedad y ayudando a aquel que lo necesita, concienciando a la sociedad, tratando de vencer ese ritmo de vida que nos acosa y hace que la persona busque la evasión, la cual nos conduce irremediablemente o bien a la droga o —la mayoría— al alcohol, por ser esta droga de más fácil adquisición. Es por eso que nuestra labor de enfermos rehabilitados debe estar basada en los siguientes puntos:

1. Reiterar a cada momento, para ser oídos por la Administración, la inclusión de la enfermedad del alcoholismo en la Seguridad Social.

2. Que el Gobierno construya centros de rehabilitación y prevención antialcohólicos en todas y cada una de las provincias para la recuperación de los alcohólicos, que hoy en la actualidad siguen internando en psiquiátricos, donde son mal atendidos y, por supuesto, confundidos, impidiendo de esta forma su rehabilitación.

3. Promocionando al personal técnico para un mayor estudio de nuestra problemática a todos los niveles, y no dejando que esta carga recaiga en unos cuantos señores que sólo por verdadero amor han llegado a identificarse con nosotros y convertirse en nuestro cable de salvación, que puede ser peligroso, ya que estos señores son sometidos a las mismas presiones que nosotros los alcohólicos, y por tanto este cable puede romperse, cosa que ya hemos observado en numerosos casos de médicos, psicólogos, sociólogos, etc., que han estado con nosotros por un tiempo y que se marcharon. Unos a causa de presiones, otros a falta de estímulos económicos, ya que es bien sabido por nosotros los alcohólicos, han sido criticados los médicos, cosa que debemos tener muy en cuenta los alcohólicos antes de hablar, ya que sabemos que la mayoría de las personas dedicadas a nuestra problemática son verdaderos enamorados de su profesión y de nuestra problemática y pequeña obra; quiero decir, que sabemos de varios profesionales de medicina que dedican mucho de su tiempo

a la recuperación del enfermo alcohólico por verdadero altruismo. Pues si bien es verdad que puede esta labor elevar su categoría profesional y remunerar su trabajo, también es cierto que en un setenta por ciento, como mínimo hemos sido recuperados sin pagar las consultas de estos señores. Quede claro que no se trata de arrullar, sino de aprovechar esta ocasión para exponer el ejemplo de estos doctores por si acaso puede cundir.

4. Pedir al Ministerio de Sanidad del problema del alcoholismo, la promoción a nivel técnico del personal que en su día tengan que intervenir en la recuperación de los enfermos alcohólicos.

5. Que el alcoholismo sea incluido en los estudios universitarios y posteriormente como especialidad dentro del campo de la Medicina, toda vez que creemos que en sus características es una enfermedad que debe ser tratada por especialistas.

6. Pedir que se cree un centro a nivel nacional para el estudio del alcoholismo, ya que sería la mejor forma de poner al día las investigaciones sobre nuestra enfermedad.

7. Pedir al Ministerio de Sanidad que al igual que se emiten «spots» publicitarios alegóricos al tabaco se pongan para el alcoholismo, ya que lo consideramos de igual o mayor importancia, toda vez que el tabaco ataca al sujeto y toda el área del medio ambiente que se desenvuelve.

8. Promocionar una campaña en la que se exponga con veracidad e interés que el enfermo alcohólico rehabilitado puede ser una persona normal y dar un óptimo rendimiento en el campo laboral y social.

9. Estudiar la forma de que dentro de nuestros programas de rehabilitación podamos tener una asesoría jurídica, cosa que es de gran interés, ya que muchas de las personas rehabilitadas del alcoholismo, nos vemos en el inconveniente de no ser tratados como ciudadanos normales, por causa de deterioros familiares, laborales, etc., etc., en el que caímos durante el período de nuestra enfermedad, involucrado en todos, a seres como los hijos. ajenos a estos problemas.

Por lo que creemos que para la rehabilitación completa del enfermo sería de suma importancia el poder reincorporarse a ese trabajo y ocupar el puesto que en una sociedad justa debe tener.

Esto es, a grandes rasgos, lo que a nuestra forma de ver debemos hacer hincapié en todas nuestras comunicaciones para procurar ser oídos, ya que somos conscientes de que es para aportar en nuestra labor un gran bien a la humanidad.

Por lo que concierne a la psicoterapia de grupo, quisiéramos aprovechar esta ocasión para exponer nuestro criterio sobre el tema:

Evidentemente, la psicoterapia de grupo es la mejor de las medicinas que el enfermo alcohólico puede encontrar, ya que por medio de los estímulos de los compañeros podemos ser llevados a un terreno donde por propios convencimientos podemos comprendernos a nosotros mismos. El grupo de alcohólicos, en su reunión en psicoterapia, tiene un contenido que, si nos disponemos a entender, puede ser la plataforma de base para una nueva vida, ya que por este medio podemos ver el por qué de nuestros defectos y errores



y podemos reestructurar nuestros conocimientos en un sentido más creativo en favor de la comunidad haciendo que nuestra vida sea más equilibrada.

La psicoterapia de grupo es la vitamina regeneradora de los alcohólicos, está claro que quien quiere recuperarse del alcoholismo tiene que concienciarse dentro del grupo, ya que por experiencia los intentos de querer recuperarse a un alcohólico aislado son intentos fallidos en todas las ocasiones. En el alcoholismo no hay que tener en cuenta edades, posiciones sociales, economías ni ningún otro tipo de maneras; en alcoholismo sólo hay que tomar conciencia de que se es un enfermo y que las enfermedades desconocen todas las escalas sociales.

Pero hay que concienciar a los enfermos que la mejor forma de curarse es la de aceptar ser enfermo alcohólico y seguir las directrices que los grupos de las Asociaciones de Alcohólicos en Activo van descubriendo paso a paso.

No quisiéramos terminar sin hacer una sugerencia con respecto a la frase «Lucha contra el alcoholismo», ya que nos parecería mejor el término de Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados o Ex Alcohólicos, pero no Lucha Anti-alcohólica o Contra el Alcoholismo, pues creemos no considerarnos antialcohólicos, sino ex alcohólicos, ya que sabemos que hay personas que pueden tomar alcohol y no ser alcohólicos, por la misma razón que hay diabéticos, que no pueden tomar azúcar y a otras personas no les afecta.

Esta sugerencia está en función de una mayor comprensión a todos los niveles y evitar malos entendidos en lo que significa nuestra meta, que no es otra que la de poder dar un conocimiento más exacto de lo que significa la enfermedad del alcoholismo, para que en el futuro los jóvenes tengan un informe más equilibrado en lo concerniente al alcohol como droga.

La figura del psicoterapeuta (médico, psiquiatra, psicólogo, etc.) abre las puertas del entendimiento humano con generosa abundancia. Su presencia disgusta a no pocos enfermos alcohólicos. Otros censuran el que no ha padecido el alcoholismo. Otros arrojan su bilis con rabioso desprecio. Los más admiran su constancia, paciencia y comprensión del laberinto de la mente humana.

Cuando se me mandó hacer este trabajo me angustié no poco. Una vez más mi timidez me jugaba una mala pasada al no contestar inmediatamente al doctor que me lo pedía. Pero tras reflexionar y asistir a unas reuniones de A. A. y por lo vivido y escuchado en varias asociaciones de ex alcohólicos me di cuenta de la dimensión impresionante y humana que adquirirían estos técnicos que nos ayudaban sin descanso en la difícil tarea de nuestra recuperación.

Hombre que se acerca al mundo del alcohólico con un deseo de ampliar su conocimiento y diálogo, que rompe el mito que pesa sobre no pocos de nosotros de acercarse en lo humano y abrirnos también a una sociedad que no tenga el problema del alcohol. Tratados como enfermos que sufrimos crisis o depresiones más o menos graves, y después de estas psicoterapias abiertas se nos da fuerza y brío, rompiendo el círculo cerrado al que sin darnos cuenta nos encerramos con el alcoholismo.

Estas vivencias tienen la riqueza —en toda psicoterapia— de demostrar que nadie sabría decirnos quién es el psicoterapeuta y quién el enfermo. Los enfermos alcohólicos nos identifican con la sociedad. Una sociedad que quiere saber y acercarse a nuestra problemática.

Me he decidido a escribir precisamente para defender la figura de estos



técnicos, que para una rehabilitación total y renovadora son imprescindibles por sus conocimientos de todo nuestro organismo que nos inicia y abre generosamente al insaciable manantial de la vida.

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Nuestro grupo generalmente es numeroso, abierto. Donde nos reunimos enfermos alcohólicos, familiares e incluso personas que desean una información de la problemática del alcoholismo. Siempre en el grupo, un técnico médico o psicólogo.

Después de pasada la fase de desintoxicación y tratamiento médico. Nacidos apenas a la abstinencia, comenzamos asistir a las reuniones de psicoterapia. Hemos dejado de beber. Los estragos y procesos dolorosos tanto del cuerpo como del alma. Los físicos y espirituales afluyen a flor de piel, incontenibles, irascibles, reprimidos. Siendo esto precisamente lo confuso en la iniciación de la rehabilitación. No sabemos dónde nos duele, si el cuerpo o el alma. A veces el estrago es total. Sin distinguir su límite, acojados y condolidos, nos atrevemos a sincerarnos. A dialogar con la verdad. Queremos ir quitando el engranaje de vendas con que cubrimos lo que nos negamos a «ver» o no sabemos mirar con comprensión hacia nosotros mismos.

El hecho de querer iniciar este descubrimiento en grupo es paso positivo. A través de la palabra de otro comienzo a encontrarme. La imagen que otros nos dan va señalando hacia donde no quiero mirar. El campo de la propia conciencia. Se comienza a vislumbrar lo consciente y lo inconsciente. La ignorancia de cada uno de nosotros. La ausencia de lo humano, inhibición de la realidad, de la comprensión, de la vida.

Ha comenzado el apasionante juego de conocerse uno a sí mismo. Nuestro técnico ha comenzado a enseñarnos a vaciarnos sin temor. Hemos aprendido a escuchar, a no juzgar, a no comparar. He aprendido a vaciar la mente del «yo». La atención en el compañero, su palabra, su gesto, su grito o su silencio, su discusión. Todo enseña, constantemente aprendemos a controlar un caos o una desesperación o negación humana.

Se inician estas charlas con respeto. Con un profundo sentimiento de solidaridad. Hemos comenzado amar el silencio. La máquina parlante que contiene nuestra mente quiere alcanzar su sosiego, su serenidad, su equilibrio. Todo esto no son nada más que palabras. Está el hecho, la acepción, el estar atentos y vigilantes. Como si fuera un manantial que naciendo en la entraña de la misma tierra, taladrando roca y rompiéndola, fluye sin cansancio dando el agua renovada, sin enturbiarse pese a su trasfondo, moviendo la tierra al tiempo que la tamiza y acalla y no la remueve para darnos la limpidez de su agua.

Este aprendizaje es difícil. Este grupo formado por la arteria de sistemas nerviosos destrozados tiene un moderador, el técnico, que calla, ríe, controla, provoca, corta. Nos hace reflexionar. Se nos hace familiar u odioso, él conoce las reacciones del complejo mundo de los enfermos.

EL PSICOTERAPEUTA

No cabe duda que su figura tiene una enorme fuerza. Su estar en psicoterapia es clave fundamental para una iniciación a la recuperación. No sólo como



tal —es decir— por ser titular de tal o cual título (la base y formación para los enfermos es imprescindible como titular de medicina o psicología).

Quizá lo que más nos llega al alma para allanar camino es la comprensión que derraman en nosotros los enfermos alcohólicos. Asombra su valentía. No faltan angustiosas u odiosas preguntas por parte de los enfermos. Se resiste y se resiente la figura de una persona «no alcohólica» —caemos a la tentación— y acusamos: «El no puede sentir, saber, lo que es abandonar el alcohol. Lo que es la humillación, el abandono, la incompreensión de los demás. La inercia del mundo ante la tragedia del alcoholismo.» He aquí razones que asombran, nuestro acusar a quien se acerca con la pretensión —en lo posible— de curar e ir abriendo la brecha que anquilosó nuestra propia vida.

La figura del psicoterapeuta nos acerca a la realidad viva. Nos hace cobrar conciencia de que nos perjudica el alcohol hasta desintegrarnos y degenerarnos a grados inverosímiles y que la verdadera rehabilitación comienza en nuestra abstinencia y conocimiento propio.

Su figura comienza por ser diálogo. Generalmente pecamos de silenciosos, tímidos o monoliguistas, nos impacientamos, no sabemos escuchar. Este hombre escucha una y mil veces sin denotar cansancio y lo que más admira es su respeto a todo y por todos. Cuida la personalidad de cada uno, su mundo, ideología su trabajo. Sabe matizar los errores aclarándolos, cortar por lo sano cuando la herida hiede. Sólo cuando comenzamos a valorar esta presencia, esta persona que comprende, comenzamos nuestro aprendizaje.

El escuchar y ver nos va enriqueciendo. Las dudas, angustias, traumas, complejos, etc., se van aclarando. Esta realidad apenas naciente nos acerca a la vida, a la comprensión. Más tarde será una eclosión y fusión con todos. No sólo vemos a los compañeros, sino que el psicoterapeuta ha señalado nuestros errores. Ha señalado con cuidadoso afán las diferencias existentes en cada uno, sociales, económicas, políticas, de educación. Diferencias recuperables, posibles de alcanzar, de acercamiento a la humanidad. Nacen —en estas psicoterapias— un sentimiento de verdad y amor hacia todos. Unidos por un factor común —la enfermedad— nos vamos desprendiendo cada uno y con alegría de todo prejuicio, condicionamiento o muralla que impida acercarnos a los demás.

La abstinencia penetra en nuestra vida, quiere su recién nacido aprendizaje —el diálogo—, va con la generosa impresión de que hasta ahora habíamos estado en el caos y el error de no apreciar la persona humana y sus valores. La falta de libertad en que nos hallábamos sumidos desaparece y el gran inhibidor —el alcohol— queda como agente ajeno a nuestra vida.

Nuestra atención y reflexión es buscar aliciente a nuestra vida. Trabajar, ganarse a la familia, a los amigos —la amistad se acentúa y acerca a un sentimiento nunca vivido—. Toda la gama y riqueza de la compleja vida humana se abre de par en par.

El psicoterapeuta es como el tejedor que nos inicia en el oficio de profundizar en nosotros mismos. Comenzamos a ver, después de no poca incompreensión en su figura, la comprensión misma. De palabra cuando hay silencio. De silencio cuando hay palabra. Tratando de señalar a lo que duele para ayudar, en colaboración con cada uno de nosotros, a sanar en lo posible tan gran destrozo sin denotar cansancio ni tristeza. Figura que nos enseña la colaboración, sentido de equipo, trabajo, tesón y lucha para abrir brecha a una

humanidad derrotada, vencida e incrédula. Es clave y llave para abrir en cada uno de nosotros el cauce de nuestra propia comprensión.

GRUPO DE ENFERMOS ALCOHOLICOS

Se comienza amar al que no tiene problemas con el alcohol —su mundo—, su personalidad. Se inicia la curación en lo humano. Comienzo a mirar como persona a otra persona. Veo la trascendencia del ser humano. El hombre como tal solo ante su tragedia y reencontrado a través del esfuerzo humano y común de otros hombres, otros seres humanos, en su esfuerzo, confianza y paciencia.

El cuidadoso afán que se ha tenido para mi recuperación se me desborda hacia los demás. Se inicia la curación de lo humano sin desgarramiento, sin odio, sin dolor. Comenzamos a tener alma, espíritu combativo. Todo está por hacer en nuestro camino.

Nuestros grupos, demasiados numerosos, y ante la penuria económica de estos centros, hace revalorizar el trabajo y corazón que han puesto nuestros técnicos. Una vez sometido el enfermo a tratamiento médico —somos reiterativos en esto—, que comienza su abstinencia —el enfermo— es presentado al grupo. Grupo en que siempre encontramos compañeros de muchos años de rehabilitación que nos ayudan y cooperan con su presencia.

Todo recién llegado tiene nuestra atención en él. Sabemos —por haberlo padecido y sufrido— toda su timidez y miedo, lo que sufre, su padecimiento y angustia ante una inmadurez propia que parece atropellarle. Le ayudamos a superar este temor. Vivimos con él de modo natural y sencillo lo que hemos sido —en nuestros tiempos de alcoholismo irrecuperables—. Queremos que él se abra y vea que es perjudicial no reconocer los hechos. Si logramos que no beba —su abstinencia— esta comprensión le abre camino para conocer su dependencia alcohólica. El doctor psicoterapeuta señalará con el tiempo a ver con claridad su dependencia psicológica y mental a la droga. Esta fase, en constante erupción, le llevará al comienzo de conocerse a sí mismo (conocimiento interminable, a lo que parece. Hemos aprendido que el libro más ignorado de nuestra existencia es el de nuestra propia vida. Que los sentimientos nobles e íntimos están por descubrir y realizar en cada uno de nosotros. Vemos que en esta miseria nos ha conducido a desaprovechar todo el amor y el trabajo que podemos dar, siendo ésta la mayor riqueza del hombre. Este dar con esfuerzo, libertad y comprensión. Que la humanidad somos todos. Que el hecho de vivir es una aventura apasionante. Que cada instante es distinto y renovado. Que siempre seremos colegiales en fase de aprender, pues no hay obra acabada ni persona completa. Que hay que hacer-realizar constantemente y que en la acción-el hecho está la llama de todo amor (ausencia de autodestrucción). Hemos aprendido a decir no sé. Todo está por descubrir, este esfuerzo, este tesón, nos acerca a lo humano, sentido que en nuestra prolongada y terrible noche del alcohol habíamos perdido.

Renacemos. Me siento útil, soy persona. Me emociona el universo y su indescifrable contenido. Me acerco a la humanidad con nueva luz y esta luz me dice que todavía queda en mi vida, vida que he de cuidar con religioso afán para que no se apague, pues es todo cuanto puedo dar...

Comenzamos a ver una transformación en nosotros, una revolución interior que evoluciona en mi vida en cuanto a persona, seguridad y confianza.



Esto es posible porque lo vivo, y otros compañeros, y otros que llegan, se contagian de este entusiasmo, de esta labor, que no comprenden su verdadera dimensión. Dimensión-repetida ha sido dada por unos técnicos que han sabido entregarse a una labor dura, difícil, en que su profesionalidad no ha mermado en nada su gran humanismo, por lo que repetimos abiertamente que nosotros, ex alcohólicos, necesitamos de ellos para una profunda y verdadera recuperación.

GRUPO DE PSICOTERAPIA DE FAMILIARES

Mención aparte por su esfuerzo y ánimo de colaboración merecen los familiares de enfermos alcohólicos. Sufridos los destrozos que no sólo vive el enfermo, sino que repercute en ellos mismos. Menospreciados por los propios enfermos alcohólicos a través de la enfermedad en la mayoría de los casos, heridos y maltratados, merecen de atención y cuidado.

Nuestra Asociación tiene una reunión de familiares de enfermos. Reuniones que contienen la doble tarea de mentalizar a estas personas de que vean en el alcohólico un enfermo que necesita de mucha ayuda y de recuperarse ellos mismos de los dolores sufridos o la convivencia imposible a las que han sido sometidos.

Fundamental es mentalizarles de la gran importancia que es su ayuda y colaboración para rescatar el enfermo, haciéndoles ver que su tarea es imprescindible para la recuperación del mismo.

Esta es la base y principio para con el familiar, sin olvidar que la dura convivencia con el enfermo también hace estragos en su persona, que puede enfermar también y tanto y no pocas veces necesitan de ayuda médica y psicológica como los propios enfermos alcohólicos.

Estas reuniones de familiares son verdaderos pilares para el camino a seguir. Quitará crudezas en la convivencia. Cambiará en lenguaje cruel por el de la comprensión, aprendiendo a convivir con un enfermo que, como todos sabemos, es difícil y no pocas veces incomprensible en nuestros primeros pasos a la abstinencia como primera meta.

La abnegación y comprensión de los familiares da al enfermo una nueva vitalidad despertando en él la necesidad de ganarse y aferrarse a los que en su enfermedad alcohólica había destrozado en su inconsciencia.

Recuperado el enfermo y la familia, nace un núcleo fértil y abierto a todos y para todos.

Los hijos de enfermos —en nuestra Asociación— también son tratados y ayudados por médicos y psicólogos.

Todo cuanto aquí referimos no es fácil. Pero es posible. Sólo el trabajo de los técnicos, silencioso, sin horas ni días, han hecho posible esta realidad de una recuperación. Esta siembra de atención y cuidado por el enfermo alcohólico, su trabajo, la colaboración de rehabilitados que dan la mano y ayuda al recién llegado, todo este conjunto y equipo nos han enseñado que nada es más precioso que la vida de cada ser humano cuando esta vida lleva el sello de la fraternidad.

La asistencia y rehabilitación de alcohólicos en Zaragoza

Por Asociación Aragonesa de Ex Alcohólicos

No entramos en la descripción de la patología de las toxicomanías ni en la del alcoholismo en particular. Unicamente vamos a referirnos a lo que es objeto de este trabajo: el planteamiento de la asistencia antialcohólica en una ciudad, y concretamente en la de Zaragoza, en la cual venimos desarrollando desde el comienzo dicha actividad y a través del dispensario existente en la Jefatura Provincial de Sanidad.

En principio, dicho planteamiento manifestado así, parece algo que debe entrañar notables dificultades, algo que requiera el vencer circunstancias muy difíciles; sin embargo, no es así. Puede decirse que el hacer un planteamiento de la asistencia antialcohólica en una ciudad, en cierto modo, es fácil, ya que no exige o no debe exigir una tarea de investigación previa muy laboriosa, ya que para su elaboración disponemos ciertamente de los conocimientos, de las orientaciones hechas en otros países que han comenzado mucho antes que nosotros la asistencia al problema de las toxicomanías de una manera más racionalizada. Contamos, pues, con las experiencias de otros e incluso con los errores de enfoque iniciales, que tuvieron que ser modificados en el transcurso de su actuación. Es por ello que es más factible el planteamiento que indicamos que lo que la primera impresión pudiera hacer suponer. La circunstancia de dicha dificultad radica, sobre todo, en que las toxicomanías y el alcoholismo en particular no habían sido abordadas de una manera sistemática hasta hace algún tiempo. Era como una necesidad, y en determinados sectores todavía sigue siendo, a la cual inevitablemente había que admitir y que al tratar de intervenir da la impresión de que hay que modificar los estratos socio-culturales de una manera radical, y, ciertamente, ello supone una actuación imposible.



Aun cuando realmente es necesaria una mentalización que a la larga va a modificar, aunque no a cambiar totalmente, esas estructuras socio-culturales, lo cierto es que desde el principio no hay que pensar en ello, aunque sí a que gradualmente se va a ir haciendo participar a todos esos estratos respecto del problema de las toxicomanías y del alcoholismo en particular, para que la gente vaya entrando en el concepto de que el alcoholismo es una enfermedad y no un vicio o una necesidad socio-cultural. La finalidad inicial no es, pues, el modificar esos estratos socio-culturales, sino que es proporcionar una asistencia adecuada al alcohólico, y ello posteriormente va a ir modificando esas estructuras sin necesidad de una intervención directa, que indudablemente estaría condenada al fracaso desde el principio.

De hecho el alcohol es considerado como una droga más. Ahora bien, como una droga no sólo tolerable, sino también aceptada en cierta medida. Es, pues, la droga de más extenso, frecuente y libre consumo, que está adquiriendo proporciones alarmantes. Sin extendernos, diremos que el alcohol tiene cada vez más significación, prevalencia, repercusiones, etc., en las múltiples actividades de nuestra vida diaria. Las bebidas alcohólicas van ligadas de siempre a la civilización y a la cultura, son hoy día factor poco menos que imprescindible en las reuniones sociales, sean de la clase y tipo que sean. Hoy día, tal vez como nunca, de todo se hace pretexto para beber. La mayoría de los seres humanos ingieren alcohol. Su consumo aumenta considerablemente y su importancia en los ámbitos de la Medicina, especialmente en el terreno de la patología, crecen de manera extraordinaria. En el campo, pues, de las drogas, la plaga mayor es la del alcohol. Los factores que más contribuyen a su consumo son el precio y la facilidad de su adquisición. De aquí las enormes dificultades que surgen para las actuaciones terapéuticas y de corrección sanitaria y social del alcoholismo. Esto nos demuestra la afirmación precedente de que el problema del alcoholismo está inserto e implicado en todo el contexto socio-cultural-económico y que la posibilidad de actuar sobre ellos es prácticamente imposible como labor inicial. Una vez más decimos que la actuación primera en este planteamiento de lucha antialcohólica debe de ser el proporcionar una asistencia adecuada al alcohólico y que luego debe ir seguida de las actividades de investigación, prevención y divulgación, hasta que en su momento llegue a participar en esta lucha no sólo los grupos que participan directamente con el alcohólico (familia, amigos, trabajo, etc.), sino también, en un final de apariencia teórica, toda la sociedad, en una palabra, el Gobierno mismo.

Es conocida de todos la gran preocupación, en muchas ocasiones hacia afuera exclusivamente y a veces con actitudes demagógicas, que el problema del alcoholismo ha desencadenado y desencadena. Continuamente se habla del alcoholismo y de otras toxicomanías, se estudia, prescribe, se escribe, se discute mucho sobre alcoholismo; pero, sin embargo, el alcoholismo se extiende cada día más. A pesar de todas estas preocupaciones en los distintos países, la cuestión del alcoholismo no sólo no ha perdido actualidad, sino que se ha incrementado, dada la frecuencia de sus pocos éxitos y sus abundantes fracasos. Algo así como si todo ese despliegue de energía no tuviese más que un contenido teórico y que luego no llegase a reflejarse en la actuación. Bien es verdad que un problema como el del alcoholismo, en el que está implicado no sólo el enfermo, su enfermedad, no es más que un síntoma, sino también la misma sociedad, hace necesario un intento de estudio, pero también de participación a nivel



real de todas las estructuras médicas, sanitarias, judiciales y morales, y que esa participación sea en consonancia con las exigencias de la realidad actual del individuo inmerso en la sociedad.

Se barajan muchísimos factores a distintos niveles como desencadenantes del alcoholismo, lo mismo que también se intentan manejar distintas terapéuticas para el mismo; sin embargo, esta pluridimensionalidad en ambos sentidos nos difumina el problema y nos viene a demostrar el desconocimiento que todavía tenemos en un sentido u otro. Por ello, encaminarse en una faceta u otra que pueda tener mayor significación nos va a conducir irremediablemente a una acción unilateral y al fracaso posterior. Por ello insistimos de que la actuación inicial primera, de donde hay que partir en toda lucha antialcohólica, ha de ser el proporcionar una asistencia adecuada al enfermo a través de los medios socio-terapéuticos que tenemos; todas las demás actuaciones posteriores brotarán insensiblemente como consecuencia de esta actuación inicial. Entre los factores que se consideran más importantes, sobre todo desde la perspectiva sanitaria, pueden señalarse los siguientes:

La imposibilidad de suprimir el alcohol. Los vitales intereses económico-sociales ligados al mismo. La enorme desproporción que existe entre los beneficiados y los perjudicados en el alcohol, a favor de los primeros. El triste reverso de una rigurosa legislación antialcohólica. La inocuidad de la divulgación tremendista de los perniciosos efectos del alcohol. La multiplicidad de soluciones y remedios propuestos. La equívoca identificación que se hace entre el alcoholismo como plaga social y el alcoholismo como enfermedad individual. La carencia o penuria de instituciones debidamente especializadas para el tratamiento, la prevención, la rehabilitación, la recuperación, la reintegración de los alcohólicos. Todos estos y muchos más factores no hacen más que originar mil dificultades en la lucha antialcohólica y que vienen a dar validez a la afirmación de que, ante toda esa serie de facetas, el comienzo en el planteamiento de la lucha antialcohólica debe ser primero el proporcionar una asistencia adecuada al enfermo, seguida de todos esos significantes que señalábamos. Todo ello porque es muy difícil, por no decir imposible, señalar cumplidamente todas las causas, motivos y desencadenamientos sociales, científicos, técnicos, psicológicos, jurídicos, etc., que originan, da lugar a las dificultades de la lucha antialcohólica, y es más difícil todavía indicar el orden según su importancia de tales causalidades, motivaciones y desencadenamientos. Ninguno de los factores enumerados pueden darnos por sí mismo una respuesta definitiva, y sólo pueden darla si se la sabe integrar con otros, con discernimiento, según los tiempos, según los signos, las condiciones, las circunstancias en cada caso concreto.

El hábito mundial del alcohol, como el de otros tóxicos, a veces parece de corrección poco menos que imposible, no sólo por los grandes intereses que juegan en su entorno, sobre todo de orden económico, sino también por las peculiaridades de su extensión geográfica y su tremenda complejidad. La dependencia puede decirse que es la más difícil de combatir, tanto médica como socialmente. Todo ello viene a asegurar nuestro convencimiento y la actuación posterior de que en la lucha antialcohólica, si bien hay que tener en cuenta todos esos factores que hemos señalado y muchos más, no hay ninguno tan importante y que a veces se descuida como es el del propio enfermo. De ahí que el comienzo ha de ser, repetimos una vez más, el proporcionar una ade-



cuada asistencia al alcohólico y que todos los otros factores, sociales, económicos, culturales, etc., que concurren en el desencadenamiento y mantenimiento de la enfermedad alcohólica se irán viendo gradualmente comprometidos. De tal modo que el comienzo no ha de ser un intento de modificar las estructuras socio-económico-culturales, tarea imposible, sino que ha de hacerse a partir del enfermo, de esa realidad concreta e inequívoca.

A continuación describiremos de una manera resumida nuestra experiencia, que en definitiva no es más que el comienzo de una lucha antialcohólica en una ciudad como Zaragoza.

La Asociación Aragonesa de Ex Alcohólicos nace como una necesidad en la continuidad terapéutica iniciada en el dispensario antialcohólico de la Jefatura Provincial de Sanidad.

Lo que en un principio nos parecía una aventura no sólo teórica, sino sobre todo económica, se ha convertido en una realidad. Sin embargo, es en el momento actual cuando existen claras dificultades de orden económico para que la Asociación se mantenga y su influencia y actividad se engrandezca, todo ello en pro de la asistencia y rehabilitación del enfermo alcohólico, así como de la información sobre los problemas del alcohol en todo el ciclo biológico de la persona, desde la infancia hasta la ancianidad, y sus repercusiones en la propia realidad personal, la familia, el mundo laboral y la vida de relación social. Del grupo inicial han salido una serie de personas perfectamente identificadas con el problema del alcohol, con total responsabilidad que van a permitir asegurar la continuidad de la labor iniciada.

Vamos a proporcionar datos que ponen de manifiesto la actividad acumulada desde el 15 de octubre de 1975, fecha en que fue aprobada. Estos datos ponen de relieve la capacidad de absorción que la Asociación Aragonesa de Ex Alcohólicos tiene y la expansión que ha venido realizando y que pretendemos aumentar cara al futuro.

Desde el inicio de la Asociación, ella va absorbiendo el control y la orientación de los alcohólicos desintoxicados. Es la Asociación, a través de sus actividades, quien realmente les rehabilita, les reincorpora, les devuelve el equilibrio y la vivencia afectiva. Pero no sólo es la Asociación que absorbe a los enfermos, sino ella misma desarrolla actividades de información, habiendo llegado a crear un clima de relación interpersonal muy positivo.

Año 1976

Es realmente cuando da comienzo las actividades con un grupo mixto de psicoterapia (alcohólicos y familiares), que ya venían reuniéndose con anterioridad, haciéndolo todos los jueves y desarrollando distintos temas de verdadero interés para llegar a la mentalización sobre alcoholismo; en este año los propios alcohólicos decidieron aportar una cantidad mensual para ir haciendo frente a los gastos que la puesta en marcha de la Asociación iba a suponer. Posteriormente, los propios alcohólicos fueron los que iniciaron la captación de socios colaboradores.

Año 1977

En este año se procedió al acondicionamiento del local con el fin de adaptarlo para las diferentes reuniones de terapia, enfermos, familiares, conferencias culturales, etc.

Asimismo se inician contactos con enfermos de Huesca y provincia, animándoles a constituir un grupo de ex alcohólicos, contando con nuestro apoyo y orientación. Como fruto de estos contactos, la Asociación desplazó un autocar compuesto por enfermos y familiares, manteniendo una charla amistosa y animado coloquio con intervención destacada de las esposas, explicando el tratamiento a seguir con el enfermo alcohólico en sus relaciones familiares. Acudieron al acto autoridades, médicos, psicólogos, etc., previamente invitados, y de todo ello se hizo amplio eco en la prensa local y regional, radio, etc.

Quedó constituido un grupo bastante numeroso que se reúne todas las semanas, asesorado por personas de esta Asociación que se desplazan a dichas reuniones.

Posteriormente y a finales de año, nuevamente se ha desplazado un grupo numeroso de asociados, aproximadamente 20 a 25 personas, para seguir manteniendo contactos de información, asesoramiento, etc.

Independientemente de las reuniones de terapia para enfermos alcohólicos se han dado fuertes impulsos a las reuniones de familiares, como prueba muy clara de la importancia que tiene la actitud de los mismos en la rehabilitación del enfermo alcohólico.

Se han desarrollado varias intervenciones en Radio Zaragoza, en mesa redonda compuesta por enfermos rehabilitados y familiares, como asimismo varias publicaciones en la prensa local, todo ello como información del problema y para conocimiento de la existencia de esta Asociación.

En el mes de agosto, un grupo muy numeroso de asociados y familiares ha asistido al Congreso Nacional, celebrado en Elche.

Año 1978

Año de verdadera actividad de la Asociación. El número de enfermos que acude va en considerable aumento, pudiendo observar que un número muy elevado de personas mantiene una verdadera abstinencia.

Comienza a funcionar un nuevo grupo de terapia para los enfermos que se inician en la abstinencia, todos los lunes, a las ocho de la tarde, con independencia del grupo general, y grupo familiar, que funciona los miércoles y jueves, respectivamente.

Este nuevo grupo está dirigido por dos personas de la Asociación de abstinencia prolongada y verdaderamente mentalizados del problema. Es un éxito, ya que al cabo de seis meses se puede comprobar que el 80 por 100 de los iniciados mantiene su abstinencia.

Un grupo de compañeros de la Asociación sigue constantemente y mediante desplazamientos mensuales la marcha del grupo creado en Huesca, observando que tal grupo empieza a funcionar y a desarrollarse por ellos mismos.

En el presente año, la Asociación se ha desplazado a las localidades de Tauste y Alagón, manteniendo una charla informativa y agradable coloquio en ambas localidades con el numeroso público que acudió, verdaderamente inte-

resado en el problema; para ello hemos hecho uso de un proyector y diapositivas que se comentaban a los asistentes.

Son varios los colegios, institutos, etc., que nos han pedido les informemos del problema, y hemos acudido usando el material citado y enfocando el tema hacia la juventud.

En el mes de mayo, previos contactos anteriores con varias personas, alcohólicos rehabilitados, nos hemos desplazado en un autocar más de 50 personas, entre enfermos y familiares, a Teruel, con el fin de mantener contactos más amplios y hacer llegar nuestra voz a los diferentes estamentos e instituciones de la ciudad. Dicha reunión fue desarrollada con diapositivas, informaciones y vivencias de los propios alcohólicos de esta Asociación. Acudieron, previamente invitados, autoridades eclesiásticas y civiles, sanitarias, Cruz Roja, etc.

Independientemente de todo lo expuesto, son muchísimas las visitas a domicilio particular que se han efectuado por miembros de la Asociación para mentalizar al enfermo y familiares, como asimismo las visitas recibidas en los locales de esta Asociación.

Sin embargo, después de todo lo citado, es en el tercer trimestre de este año cuando la Asociación va a desarrollar de verdad una actividad de información y mentalización de gran impulso, según se detalla a continuación:

Campaña Navidad 78

En el mes de octubre establecemos contacto con Cáritas Diocesana y, después de sucesivas reuniones preparatorias, se llega a establecer un plan para desarrollar la Campaña de Navidad, dedicada por entero a conseguir los objetivos que citamos a continuación:

1.º Modificación de la actitud de la sociedad ante el enfermo alcohólico y concienciación ante el uso indebido del alcohol.

2.º Creación de un centro clínico que permita atender específicamente al enfermo alcohólico en régimen hospitalario, completándolo con pequeños centros ambulatorios en barrios.

3.º La ampliación del centro de la Asociación Aragonesa de Ex Alcohólicos, que actualmente carecía de instalaciones adecuadas para atender a todos los enfermos, ya que en la misma se sigue la recuperación e integración del enfermo por medio de las distintas actividades terapéuticas que su rehabilitación exige.

La Asociación se comprometió con Cáritas a desarrollar dicha campaña y, aunque promovida por dicho organismo, fueron los propios alcohólicos rehabilitados los que llevaron la difusión del grave problema mediante charlas informativas, con proyección de diapositivas, charlas en colegios, mesas redondas, programas de radio y televisión, periódicos y revistas de Zaragoza, entrevistas, etc.

A modo de resumen citamos:

Desde el día 10 de diciembre de 1978 al 26 del mismo mes se realizaron las siguientes charlas informativas, con proyección de diapositivas y coloquio:

Centros escolares de EGB.	32
Institutos de BUP.	6
Asociaciones de padres de alumnos	6
Parroquias	10

Mesa redonda, con asistencia de diferentes autoridades y personalidades destacadas en el campo de la psiquiatría, sociología, magistrado juez de Peligrosidad Social, miembros de la Asociación, etc. De todo ello se hizo amplio eco en la prensa local y emisoras de radio.

Como consecuencia de toda la labor realizada en tan breve período de tiempo, hemos seguido recibiendo peticiones para dar charlas informativas en diferentes sectores de la ciudad, asociaciones de vecinos, comités de diferentes empresas, seminarios religiosos, escuelas especiales de grado superior, juntas parroquiales, etc.

Informaciones en prensa y radio

Once artículos, del día 14 al 26, sobre diferentes aspectos del alcoholismo, con entrevistas, cartel, etc.

Emisiones en las diferentes emisoras de la capital:

- Radio Nacional: días 17, 21 y 22 de diciembre.
- Radio Zaragoza: días 16, 19, 20, 21, 22 y 23 de diciembre (diferentes personalidades, médicos, asistente social y miembros de la Asociación).
- Radio Popular: emisión diaria a las ocho y media tarde, compuesta por médico psiquiatra, asistente social y miembros de la Asociación.
- Radio Juventud: días 20 y 21 de diciembre. Emisión de media hora, con asistencia de médico de la Asociación, asistente social, director de Cáritas Diocesana y presidente de la Asociación.
- T.V.E.: entrevista con el director de Cáritas y médico psiquiatra de la Asociación para el programa informativo regional y el programa «Gente». Etc., etc.

Asimismo han solicitado nuestra presencia en diferentes puntos de la provincia, como Ejea de los Caballeros, Tarazona, Calatayud, etc. Todo este amplio programa lo estamos realizando con éxito, debido al énfasis e ímpetu que ponen los propios enfermos rehabilitados en transmitir sus experiencias y comunicar sus conocimientos.

Desde el comienzo de tal campaña son muchas las personas que han recurrido a esta Asociación para exponernos sus problemas, en la confianza de que nosotros mentalicemos y orientemos como mejor creamos conveniente a algún pariente o familiar. Para ello hemos creado un equipo de personas que les visitan en sus domicilios y tratan de darles a conocer el problema alcohólico, medios para llegar a la desintoxicación a través del médico, tratamiento, etcétera, y posterior integración en la Asociación como único medio de mantenerse en abstinencia.

Esta última faceta la venimos desarrollando desde el comienzo de la Asociación, habiendo visto unos resultados formidables en la mayoría de las personas visitadas y que posteriormente han pasado como miembros eficaces y activos de la Asociación.

No queremos entrar en detalles de funcionamiento y realizaciones personales de todos y cada uno de los miembros de la Asociación, ya que no es el



motivo de este escrito, pero sí queremos dejar constancia de que todo ello es fruto del elevado grado de mentalización que disponen los miembros de la Asociación en cuanto al problema de la enfermedad alcohólica, hasta el punto de que son capaces de transmitir, asesorar y orientar a cualquier persona que tenga dificultades con el alcohol, sacrificando sus horas libres (y las no libres) si hay alguien que está necesitado de información y ayuda.

Hoy en día hemos llegado a un punto tal, que la Asociación está desarrollando una labor social de máximo nivel, altruistamente por enfermos rehabilitados.

Sin embargo, para que el funcionamiento de la misma sea lo efectivo que todos deseamos, y del que tan necesitada está nuestra región, es preciso que el desenvolvimiento económico, mediante aportaciones o subvenciones estatales, sea una realidad y no simples promesas para el mañana.

De no recibir ayudas en tal sentido, es seguro que la Asociación no podrá llegar a tantas y tantas familias, grupos juveniles, parroquias, organismos, etc., que están clamando por conocer «el cómo» y «de qué modo» se puede llegar a la abstinencia.



BIBLIOGRAFIA

- ALONSO FERNÁNDEZ, F.: *La familia del enfermo alcohólico*. Boletín de Patología Médica. Abril 153-179. 1973.
- ALONSO FERNÁNDEZ, P.: *Fundamentos de la Psiquiatría actual* (2 vols.). Paz-Montalvo. Madrid. 1976.
- ALONSO FERNÁNDEZ, F.: *Tratado de Psiquiatría*. 1973. Madrid.
- AMARK, C.: *Un estudio sobre el alcoholismo*. Act. Psych. et Neurol. Escandinav. Supplement, 70. 1970 Stockholm.
- ARAGONÉS-OBACH, 1978. *Efectos del alcohol sobre el sistema nervioso*. (La enfermedad alcohólica. Gassull, M.A., ed.). Fargraf. Barcelona, pp. 249-263.
- ARONSON, H., y GILBERT, A.: *Preadolescent sens of male alcoholics*. Arch. Gen. Psychiat., 8, 235-241, 1963.
- BACH-FREIXA, 1977: *Qué es el alcoholismo*. Gaya-Ciencia. Barcelona.
- BACH-FREIXA, 1978 a: *Psicopatología del alcohólico*. (La enfermedad alcohólica. Gassull, M. A., ed.). Fargraf. Barcelona.
- BACH-FREIXA, 1978 b: *Problemática del tratamiento psicosocial del enfermo alcohólico*. (La enfermedad alcohólica. Gassull, M.A., ed.). Fargraf. Barcelona.
- BACH-YUGUERO, 1976: *Clínica psicosocial del alcoholismo*. (Tema monográfico: La problemática del alcoholismo en España. Freixa, F., ed.). Jano, 246: 41.
- BACH BACH, L.: *L'Alcoholisme Femení*. Rev. «Questions de vida cristiana», número 49. 1969. Barcelona.
- BARRY, H., y otros, 1972: *Birth order as a method of studying environmental influences in alcoholism*, ann. N.Y. Acad. Sciencies. 197: 172.
- BAYES, R., 1971: *Análisis socioeconómico de la publicidad de bebidas alcohólicas en T.V.* (Seminario P.A.N.A.P. Valencia.) Ed. Ciclostyl Jefatura Provincial Sanidad Barcelona, 12-22.



- BERMAN, K.K.: *Multiple conjoint family groups in the treatment of alcoholism*. J. Med. Soc. New Jersey, 65, 6-8, 1968.
- BOGANI, E., 1975: *El alcoholismo, enfermedad social*. Plaza Janés. Barcelona.
- BOGANI, E., 1976 a: *Sociogénesis del alcoholismo*. (Tema monográfico: Problemática del alcoholismo en España. Freixa, F., ed.). Jano, 246: 19.
- BOGANI, E.: *El alcoholismo: enfermedad de la sociedad*. Ed. Pulso, 1971. Barcelona.
- *Alcoholismo y sociedad*. Ponencia III Jorns. Nac. de Sociodrogalcohol. 1975. Alicante.
- BOGANI, E.: Comunicación al XVI Coloquio Internacional sobre prevención y tratamiento del alcoholismo de Lausanna: *Aprendizaje del alcoholismo en el niño*. Libro de Comunicaciones, 1970.
- BONALS, A.; MIRAVETE, P.; VELILLA, M.: *Influencia del alcoholismo paterno en el desarrollo psíquico del niño*. Anales de la Cátedra de Psiquiatría. Universidad de Zaragoza. Comunicación psiquiátrica, 77, I, 369-381. 1977.
- BOUDREAU, A., y colabs.: *L'Alcoholisme*. Enc. Med. Chir. Psychiat. Rue Seguieur, París, 1976.
- BRGUERA, M., 1978: *Efectos del alcohol sobre el hígado*. (La enfermedad alcohólica. Gassull, M. A.) Fargraf. Barcelona.
- BACON, S. D.: *The process of addiction to alcohol. Social aspects*. Quart. J. Stud. Alc. 34: 1-27. 1973.
- CÁCERES, E. 1976: *Alcoholismo. Aspectos socioeconómicos*. (Tema monográfico: «La problemática del alcoholismo en España». Freixa, F., ed.). Jano, 246: 37.
- CASTILLA DEL PINO, C.: *La incomunicación*. Ed. Alianza, 1970. Madrid. *Problemas psicosociológicos del alcoholismo*. Rev. «Tauta», n.º 51, 1975. Madrid.
- CADORET, R. J., y GATH, A.: *Inheritance of alcoholism in adoptees*. «Brit. J. Psychiat.», 132, 152-258, 1978.
- CRITERIA, Commitee National Council on Alcoholism, 1972. *Diagnosis of Alcoholism*. «Amer J. Psychiat.», 129: 127.
- CHAFETZ, M. E., y DEMONE, H. W. 1962: *Alcoholism and Society*, Oxford Univ. Press. N. Y.
- DALLAYRAC, D. 1971: *Dossier Alcoolisme*. Robert Laffont. París.
- DAVIS, P. A., y otros, 1970: *A possible biochemical basis for alcohol addiction*. *Science*, 167: 1005.
- DILAWARI, J. B. 1978: *Alcohol y función pancreática*. Pancreopatía alcohólica. (La enfermedad alcohólica. Gassull, M. A.) Fargraf. Barcelona.
- DAVIES, D. L.: *Normal drinking in recovered alcohol addicts*. Quart. L. Stud. Alc. 23: 94-104. 1962.
- DOURDIL PÉREZ, F.: *Problemática psicológica de la esposa del enfermo alcohólico*. Anales de la Cátedra de Psiquiatría, Universidad de Zaragoza. Comunicación psiquiátrica, 77, I, 383-389, 1977.
- DREWERY, J., y RAE, J. B.: *A group comparison of alcoholic and non-alcoholic marriages using the interpersonal perception technique*. Brit. J. Psychiat., 115, 287-300, 1969.

- EDIS: *El alcoholismo en la ciudad de Vitoria*. Madrid, 1979.
- EDIS: Comité Español para el Bienestar Social. Guía de Instituciones y Centros dedicados en España a la atención del alcoholismo. Madrid, 1979.
- EDWARDS, G.; HAWKER, A.; HENSMAN, C.; PETO, J. y WILLIAMS, V.: *Alcoholics known or unknown to agencies: epidemiological studies in a London suburb*. Brit. J. Psychiat., 123, 169-83, 1973.
- FÁBREGAS, J. L., y otros: *Reflexiones críticas acerca de la estrategia terapéutica en el alcoholismo*. IV Jorns. Nac. de Sociodrogalcohol. 1976. Almería.
- FREIXA, F., 1973: *Publicidad y alcoholismo*. II Cong. Nac. Alcohólicos Rehabilitados. Elda (Alicante). (Ciclostyl.)
- FREIXA, F. 1976: *Introducción*. (Tema monográfico: «Problemática del alcoholismo en España». Freixa, F., eds.) Jano, 246: 13.
- FREIXA, BACH, VIDAL, MEDIAYLLA, 1976: *Memoria de las actividades de los Dispensarios (Centros de Salud Mental) de Alcoholismo y otras Toxicomanías, 1970-76*. Jef. Prov. Sanidad (Ciclostyl). Barcelona.
- FREIXA, F.; BACH, L., 1978 a: *Sociopatología del alcohólico*. (La enfermedad alcohólica. Gassull, M. A.) Fargraf. Barcelona.
- FREIXA, F.; BACH, L., 1978 b: *Diacronía y sincronía en el diagnóstico polidimensional del paciente alcohólico*. (La enfermedad alcohólica. Gassull, M. A., ed.) Fargraf. Barcelona.
- FREIXA, SNEYERS, RODES y otros, 1978: *Abordatge i tractament de la malaltia alcohólica*. Associació d'Alcohòlics de l'Hospital Clínic (A.R.H.C.), Barcelona.
- F. FREIXA; VIDAL, J.; SOLER INSA, p. A., 1972: *Tratamiento continuado con grupo de discusión en pacientes alcohólicos en una clínica psiquiátrica universitaria*. Ponencia XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías. Sevilla-Barcelona.
- FREIXA, F. y miembros de A.R.H.C., 1977: *Tópicos culturales sobre el uso del alcohol*. En ponencia de A.R.H.C. al VI Congreso Nacional de Alcohólicos Rehabilitados. Elche (Alicante). Agosto. Barcelona.
- FREIXA, F. y A. R. H. C., 1977: *Evolución del enfermo alcohólico a través del grupo terapéutico*. Ponencia de A.R.H.C al VI Congreso de Alcohólicos Rehabilitados. Elche (Alicante). Agosto. Barcelona.
- FREIXA, F.; SNEYERS, A.; RODES, J. 1979: *L'Abordaje i tractament de la malaltia alcohólica*. A.R.H.C. Ed. offset n.º 1.
- FREIXA SANFELIU, F.: *Una experiència pilot per el tractament de l'alcoholisme a Barcelona*. Rev. «Questions de Vida Cristiana», n.º 49, 1969. Barcelona.
- FREUD, S.: *Obras completas*. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1948. 1968.
- GARCÍA SANMIGUEL, J., 1978: *Trastornos hematológicos inducidos por el alcohol*. (La enfermedad alcohólica. Gassull, M. A., ed.) Fargraf. Barcelona.
- GASSULL, M. A., 1978: *Efectos del alcohol sobre el estómago*. Algunos efectos del alcohol sobre el intestino. (La enfermedad alcohólica. Gassull, M. A., ed.) Fargraf. Barcelona.
- GARCÍA REYES, S.; GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M., y MANUEL DURÓ, E.: *La dinámica familiar del enfermo celoso*. Colección «Los Premios» de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1972.

- GONZÁLEZ MARTÍNEZ, G.: *Problemas que plantea el tratamiento y rehabilitación del enfermo alcohólico*. I Semana Antialcohol. Octubre 1970. Alicante.
- GOODWIN, D. W., y otros, 1970: *Lois os short term memory as a predictor of the alcoholic «blackout»*. Nature, 227. 201.
- GROSS, M. M., 1966: *Sleep disturbances and hallucinations in the acute alcoholic psychoses*. J. New., Ment. Dis. 142 (6). 493.
- GROSS, M. M., y otros, 1973: *Prevalence of withdrawal manifestations during... alcoholization and withdrawal*. (Experimental Studies of Alcohol Intoxication and withdrawal.) (Gross, M., ed. Plenum-Press, N. Y.
- HALMI, K. A., y LENY, J.: *Familial alcoholims in Anorexia nervosa*. Brit. J. Psychiat., 123, 53-54, 1973.
- HERRERO DE LORENZO, R.: *La unidad de tratamiento para enfermos alcohólicos*. Rev. «Drogalcohol». Abril, 1976. Valencia.
- ISRAEL, L., y SUBRA-CHARPENTIER, N.: *La femme de l'alcoolique*. Rev. «Confrontations Psychiatriques. «Alcoolisme», n.º 8. 125-141, 1972.
- JELLINEK, E. M., 1960: *The disease concept of alcoholism*. Hillhouse Press, New Haven (Canut).
- JENKINS, J. A., 1978: *Alcoholismo y nutrición*. (La enfermedad alcohólica. Gassull, M. A., ed.) Fargraf. Barcelona.
- JONES, R. W.; HEIRICH, A. R.: *Treatment of alcoholism by physicians in private practice. A national survey*. Quart. J. Stud Alc. 33: 117-131, 1972.
- KALANT, H., 1962: *Some recent physiological and biochemical investigations on alcohol and alcoholism*. Quart. J. Studies. Alc. 23: 52.
- KISSIN B., 1977: *Theory and practice in the treatment of alcoholims*. (The Biology of Alcoholism. Kissin-Begleiter, eds.) Vol. 5. Tratment and Rehabilitation. p.p.l. 51 Plenum Press. N. Y.
- KELLY, D.: *Alcoholism and the family*. D. St. Med. J., 22, 25-30, 1973.
- LEEDS, A. R., 1978: *Absorción y metabolismo del alcohol Su relación con la toxicidad en la patología médica*. (La enfermedad alcohólica. Gassull, M. A., ed.) Fargraf. Barcelona.
- LEMERT, E. M., 1967: *Secular use of kava in Tonga*. Quart. J. Stud. Alc. 28: 328.
- LEDESMA GIMENO, A.; LLORCA RAMÓN, G.: *Estudios catamnéticos de la evolución y tratamiento de los enfermos alcohólicos*. IV Jorns. Nac. de Socio-dralcohol, 1976. Almería.
- LIEBER, C. S., 1978: *Una estrategia de salud pública frente al alcoholismo y sus complicaciones*. A. J. Med. 65: 722.
- LIBERES, 1976, 1977, 1978 y 1979: *Organe du Movement «Vie-Libre»* (bimestriel). París. (Cichy.)
- MELLOLO, N. K., 1972: *Behavioral Studies of Alcoholism* (The Biology of Alcoholism. Kissin-Begleiter, edis.) Vol. 2, Plenum-Press, N. Y.
- MENDELSON, J. H., y otros, 1966 d: *Comparative psychophysiological studies of alcoholic and nonalcoholic subjets unndergoing experimentally induced ethanol intoxication*. Psychosom. Med. 28: 1.

- MENDELSON, J. H., 1968: *Biochemical pharmacology of alcohol*, in *Psychopharmacology* (D.H.E. from. ed.), pp. 769-786, Public. Health Serv Publication, n.º 1836 W.D.C.
- MENDELSON, J., 1971 b: *Biochemical mechanisms of alcohol addiction* (The Biology of Alcoholism). (Kissin-Begleiter, eds.) Vol. 1, Plenum-Press, N. Y.
- MENDELSON, J. 1971 c.
— Opus. cit., 1971.
- MILLER, P. M.: *A comprehensive behavioral approach to the treatment of alcoholism*. (En: Tarter, R. E.; Sugerman A. A.: «Alcoholism. Interdisciplinary approaches to an enduring problem». Adisson Wesley Publishing Co. Reading Mass. 1976.
- MORING, J. Y., y COURTOIS, P.: *Alcoholisme, maladie sociale*. Annales Medico-Psychologiques, vol. 112, n.º 486. París, 1970.
- MUTRUX, S.: *Patologie sexuelle de l'alcoholisme mental chronique masculin*. Rev. «Confrontations Psychiatriques Alcoolisme», n.º 8, 101-123, 1972.
- NORMAN EVANS, O.: *The wife os de alcoholic-villain or vicym?* Military Med., 131, 1422-1430, 1966.
- NATHAN, P. E., y otros, 1971: *Comparative studies of the interpersonal and affective behavior of alcoholics and nonalcoholics during prolonged experimental drinkling* (Recent Advances in Studies of Alcoholism. Mello, M. K.; Mendelson, J. H., eds.). NIMH.
- NIR, Y.; CUTLER, R.: *The unmotivated patient syndrome: survey of therapeutic interventions* Am. J. Psychiat. 135: 442-447. 1978.
- ORDÓÑEZ SIERRA: *Aspectos heredopsiquiátricos del alcoholismo*. VII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Pamplona. Libro de Ponencias. 1962.
- PATTISON, E. M.: *Rehabilitation of the chronic alcoholic*. (En: Kissin, B.; Begleiter, H. The biology of alcoholism. Vol. III Clinical pathology. Plenum Press, New York, 1974.
- PÉREZ MARTORELL, J. F.: *Alcoholismo y su problemática en Alicante*. Confederación Española Cajas de Ahorro, 1976. Alicante.
- PIQUERAS BELMONTE, F.: *Informe sobre el alcoholismo*. Ed. Naranco, 1973. Oviedo.
- PITTMAN, D., 1966: *Alcoholismo*. Ed. Hormé B. A.
- QUEEN, D.: *Attitudes and skills of the nurse in working with the alcoholic and this family*. Ed. Med. J. 20, 83-85, 1971.
- RAE, J. B. y FORBES, A. R.: *Clinical and Psychometric characteristics of the wives of alcoholics*. Brit. J. Psychiat, 112, 197-200, 1966.
- RIMMER, J. y WINOUKUR, G.: *The spouses of alcoholics: an example of assortative mating*. Dis. Nerv. System. 33, 509-511, 1972.
- RATHOR, N. C. Citado por Wilkins, R. H. *The hidden alcoholic in general practice*. Elek Science London, 1974.
- RAINAUT, J., 1976: *L'alcoolisme*. Lamarre, Point. París.
- RYLE, Antony: *Psicoterapia de grupo*. «British Journal of Hospital Medicine». Mayo, 1976. London.

- RODRÍGUEZ-MARTOS, A., 1976: *Aprendizaje de la ingesta alcohólica en la infancia como iniciación para un hábito alcohólico ulterior*. (Tema monográfico: Problemática del alcoholismo en España. Freixa, F., ed.) Jano, 246: 25.
- RODRÍGUEZ-MARTOS; AUER, A. y WELSH PASTOR, T.: *Interrelaciones entre alcoholismo y dinámica conyugal. Repercusión sobre los hijos*. Rev. «Drogalcohol», vol. IV, n.º 1979.
- ROSENBERG, C. M.: *Young alcoholics*. Brit. J. Psychiat., 115, 181-188, 1969.
- ROSSI, J. J.; FILSTEAD, W. J.: *Treating. The treatment issues: Some general observations about the treatment of alcoholism*. (En: Filstead, W. J.; Rossi, J. J.; Keller, M. Alcohol and alcohol problems. New Thinking and new directions.) Ballinger Publishing Co. Cambringer, Mass, 1976.
- RUIZ RUIZ, C. y colabs.: *Actitudes de la población hacia la enfermedad mental*. I ponencia XIII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría, Mérida, 1975.
- SANTODOMINGO, J.: *La asistencia y rehabilitación de alcohólicos y toxicómanos*. En: Alcoholismo y otras toxicomanías.) PANAP. Madrid, 1970.
- SANTODOMINGO, J., 1968 b: *Elementos de Psiquiatría y asistencia psiquiátrica*. Ed. Científico-Médica. Barcelona.
- SANTODOMINGO, J., 1975 a: *Memoria del grupo de trabajo para el estudio de los problemas derivados del alcoholismo y del tráfico y consumo de estupefacientes*. Rev. «Sanidad Hog. Pública». XLIX, núms. 5-6. Madrid.
- SARETT, M.; CHEEK, F. y OSMOND, H.: *Reports of wivwa alcoholics of effects of LSD, 25. Treatment of their husbands*. Arch. General Psychiat. 14, 171-178. 1966.
- SCHUCKIT, M.; RIMMER, J. y WINOKUR, G.: *Alcoholism: The influence of parental illness*. Brit. J. Psychiat., 119, 663-665, 1971.
- SEVA DÍAZ, A.; VÁZQUEZ, J. J. y TEJERO, J.: *Los comportamientos frente al alcohol, tranquilizantes y estimulantes de la población activa de la ciudad de Zaragoza*. Publ. de la Caja de Ahorros de la Inmaculada Concepción. Zaragoza, 1972.
- SEVA DÍAZ, A.: *Sociedad, cultura y alcohol*. Ponencia «Alcoholismo» del II Congreso de Medicina Aragonesa. Publicaciones de la Institución «Fernando el Católico», 45-50, 1973.
- SEVA DÍAZ, A., y VÁZQUEZ, J. J.: *Aspectos socioculturales del alcohol y las drogas de procedencia terapéutica*. Rev. «Análisis y Modificación de Conducta». Vol. 1, n.º 0, 57-84, 1975.
- SEVA DÍAZ, A.: *Psiquiatría clínica*. Editorial Espaxs, S. A. Barcelona, 1979.
- SEIXAS, F. A.; SUTTON, J. Y., eds., 1971: *Professional training on alcoholism*. Arm. N. Y. Acad Sciences. 187: 132.
- STRADA, C. P.; MARTORELL, J. F.: *Aspectos psicológicos de la mujer del alcohólico y su influjo en la psicoterapia de grupo*. IV Jorns. Nacionales de Sociodrogalcohol, 1976. Almería.
- STERNE, M.; PYTMAN, D. J.: *The concept of motivation: a source of institutional and professional blockage in the treatment of alcoholics*. Quart. J. Stud. Alc. 26: 41-57, 1965.
- SIERRA, E.; FERRER, X.; SOTERAS, L.; ALARCÓN, C. y miembros de A.R.H.C., 1976: *Estudio acerca de la influencia o efectos de la situación creada por*

- el alcoholismo en los hijos de padre alcohólico* (ciclostyl). En ponencia de A.R.H.C. al V Congreso Nacional de Alcohólicos Rehabilitados, León, agosto. Barcelona.
- SIERRA, E.; FERRER, X.; SOTERAS, L.; ALARCÓN, C. y miembros de A.R.H.C., 1976: *Alcohol, juventud y cambio de costumbres* (ciclostyl). En ponencia de A.R.H.C. al V Congreso Nacional de Alcohólicos Rehabilitados. León, agosto. Barcelona.
- VARO, J. R.; URZAINQUI, M.: *Factores sociales en la evolución del alcoholismo*. Ponencia a las IV Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Almería, 1976.
- VIDAL, J.; MEDIAVILLA, B., 1976: *Alcoholismo y consecuencias sociales*. (Tema monográfico: Problemática del alcoholismo en España. Freixa, F., ed.) Jano, 246: 55.
- WILLEMS, P. J. A.; LETEMENDÍA, F. J. J.; ARROYAVE, F.: *A categorization for the assesment of prognosis and outcome in the treatment of alcoholism*. Brit. J. Psychiat. 122: 649-654, 1973.
- ZUBIN, J., 1972: *Scientific models for Psychopathology in the 1970's*. Seminars in Psychiatry. Vol. 4, n.º 3, 283.
- THOMAS, C. S.: *The multiproblem familiy. A conjectural analysis*. Med. Times, 94, 914-920, 166.
- WINOKUR, G.; REICH, Th.; RIMMER, J. y PITTS, F. N.: *Alcoholism*. Arch. Gen. Psychiat., 23, 104-111, 1970.
- A.R.H.C., 1978: *Una Sanidad al servicio de la problemática alcohólica a la sociedad* (ciclostyl). Con colaboración de «La Caixa». Enero. Barcelona.
- A.R.H.C., 1978: *La mujer, el alcohol y el cambio social* (ciclostyl). Ponencia al VII Congreso Nacional de Alcohólicos Rehabilitados. Bilbao, agosto. Barcelona.



COLECCION FUNDACION FOESSA

Dirigida por la FUNDACION FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y SOCIOLOGIA APLICADA (FOESSA)

SERIE INFORME (21,5 × 27,5)

INFORME SOCIOLOGICO SOBRE LA SITUACION SOCIAL DE ESPAÑA, 1970, por un equipo dirigido por AMANDO DE MIGUEL; XXVI + 1.634 págs. Agotado.	
TRES ESTUDIOS PARA UN SISTEMA DE INDICADORES SOCIALES, 348 págs., por AMANDO DE MIGUEL, JUAN DíEZ NICOLÁS y ANTONIO MEDINA (ISBN 84-240-0150-8)	425
INFORME SOCIOLOGICO SOBRE LA SITUACION SOCIAL DE MADRID, por la Sección de Estudios de Cáritas Diocesana de Madrid-Alcalá; 393 págs. (ISBN 84-240-0149-4)	425
INFORME SOBRE LA ESTRUCTURA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE MADRID, por Cáritas Diocesana de Madrid; 256 págs. (ISBN 84-240-0237-7)	600
SOCIEDAD SIN VIVIENDA, por MARIO GÓMEZ-MORÁN Y CIMA; 632 páginas (ISBN 84-240-0233-4)	675
SUPLEMENTOS AL INFORME SOCIOLOGICO SOBRE LA SITUACION SOCIAL DE ESPAÑA, 1970. Cada suplemento, del 1 al 12 ...	50
Desde el 13 al 16	75
Año 1971: núms. 1, 2, 3 y 4.	
Año 1972: núms. 5, 6, 7 y 8.	
Año 1973: núms. 9, 10, 11 y 12.	
Año 1974: núms. 13, 14, 15 y 16.	

ESTUDIOS SOCIOLOGICOS SOBRE LA SITUACION SOCIAL DE ESPAÑA, 1975	2.900
--	-------

SERIE ESTUDIOS (13,5 × 21)

1. ANALISIS COMPARADO DE INDICADORES SOCIALES Y POLITICOS, por BRUCE M. RUSSET. Presentación por JOSÉ JIMÉNEZ BLANCO, Catedrático de Sociología de la Universidad de Valencia; 448 págs. (ISBN 84-240-0161-3)	325
2. LA SOCIEDAD, EN TRANSFORMACION, por KARL MARTIN BOLTE. Prólogo por FRANCISCO MURILLO FERROL, Catedrático de Derecho Político de la Universidad de Granada; 518 págs. (ISBN 84-240-0179-6)	350
3. LA CULTURA CIVICA, por GABRIEL A. ALMOND Y SIDNEY VERBA; 632 págs. (ISBN 84-240-0187-7)	475
4. SOCIOLOGIA, por NEIL J. SMELSERK 896 págs., 2.ª ed. (ISBN 84-240-0192-3)	750
5. INDUSTRIALIZACION Y SOCIEDAD, por BERT F. HOSELITZ y WILBERT E. MOORE; 592 págs. (ISBN 84-240-0209-1)	400



6. INTRODUCCION A LA SOCIOLOGIA DE LA POBREZA, por DEMETRIO CASADO; 364 págs. (ISBN 84-240-0204-0)	340
7. LA DISTRIBUCION DE LA RENTA NACIONAL, por JEAN MERCHAL y BERNARD DUCROS; 308 págs. (ISBN 84-240-0241-5)	530
8. LOS INDICADORES SOCIALES, A DEBATE, por SALUSTIANO DEL CAMPO; 288 págs. (ISBN 84-240-0235-0)	265
9. CLASE, STATUS Y PODER, tomo I, por REINHARD BENDIX y SEYMOUR LIPSET; 546 págs. (ISBN 84-240-0240-7)	500
10. CLASE, STATUS Y PODER, tomo II, por REINHARD BENDIX y SEYMOUR LIPSET; 792 págs. (ISBN 84-240-0239-3)	650
11. CLASE, STATUS Y PODER, tomo III, por REINHARD BENDIX y SEYMOUR LIPSET; 454 págs. (ISBN 84-240-0211-7)	480
12. LAS BASES POLITICAS DEL DESARROLLO ECONOMICO, por ROBERT T. HOLT y JOHN E. TURNER; 480 págs. (ISBN 84-240-0272-5).	500
13. METODOLOGIA DE LAS CIENCIAS SOCIALES, por A. RYAN; 376 págs. (ISBN 84-240-0268-7)	300
14. PROBLEMAS ACTUALES DE LOS SERVICIOS DE BIENESTAR SOCIAL, por FRANCISCO VILLOTA VILLOTA; 264 págs. (ISBN 84-240-0280-6)	330
15. DESARROLLO ECONOMICO, CONFLICTOS SOCIALES Y LIBERTADES POLITICAS, por KARL OTTO HONDRICH; 288 págs. (ISBN 84-240-0290-3)	385

SERIE SINTESIS (11 x 18)

1. EFECTOS SOCIALES QUERIDOS Y NO QUERIDOS EN EL DESARROLLO ESPAÑOL, por FRANCISCO GUIJARRO ARRIZABALAGA, AMANDO DE MIGUEL, FRANCISCO ANDRÉS ORIZO, RAMÓN ECHARREN, ALBERTO RULL SABATER y JUSTO DE LA CUEVA; 157 págs. (ISBN 84-240-0148-6)	75
2. METODOLOGIA DE INVESTIGACION POR MUESTREO, por JAVIER ALBERDI, SANTIAGO LORENTE y EDUARDO MORENO. Prólogo por SIXTO RÍOS, Catedrático de Estadística Matemática de la Universidad de Madrid; 392 págs. (ISBN 84-240-0176-1)	135
3. EVALUACION DE LOS PROYECTOS DE DESARROLLO, por SAMUEL P. HAYES, Jr.; 206 págs. (ISBN 84-240-0238-5)	90
4. SOCIOLOGIA DE LA COMUNIDAD LOCAL, por RENÉ KONIG; 312 págs. (ISBN 84-240-0205-9)	125
5. LA ESTRATIFICACION SOCIAL DEL PUEBLO ALEMÁN, por el Profesor Dr. THEODOR GEIGER; 256 págs. (ISBN 84-240-0236-9) ...	120
6. SINTESIS DEL INFORME SOCIOLOGICO SOBRE LA SITUACION SOCIAL DE ESPAÑA, 1970, 5.ª ed., por AMANDO DE MIGUEL, JESÚS M. DE MIGUEL, AMPARO ALMARCHA, JAIME MARTÍN MORENO, BENJAMÍN OLTRA y JUAN SALCEDO; 352 págs. (ISBN 84-240-0269-5)	110
7. SOCIEDAD SIN VIVIENDA. SINTESIS, por MARIO GÓMEZ-MORÁN y CIMA; XVI + 280 págs. (ISBN 84-240-0234-2)	100

Pedidos: EURAMERICA. Mateo Inurria, 15. Madrid.

CARITAS

Pone el dedo en la llaga, denuncia la injusticia, afronta campañas de interés social, ayuda a entender y vivir la caridad, provoca inquietud por la solidaridad humana, informa sobre los derechos del hombre y la situación de los mismos en el país, no tiene miedo a hablar, desnuda la realidad.

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Don

Domicilio

Localidad

Profesión

Deseo suscribirme a la revista CARITAS (11 números al año, 500 ptas.).

Indique forma de pago:

Giro Cheque Reembolso

Envíe este boletín a "REVISTA CARITAS", San Bernardo, 99. Madrid-8.



"CORINTIOS XIII"

Es una revista trimestral especializada en TEOLOGIA Y PASTORAL DE LA CARIDAD.

Aun cuando una revista solamente se prestigia por sus frutos, y "CORINTIOS XIII" comienza ahora su andadura, ya merece un crédito inicial por quienes integran su Comité de Dirección: J. M. de Córdoba (Director), C. Abaitua, A. Alvarez Bolado, J. M. Díaz Mozaz, R. Franco, O. González Cardedal, J. D. Martín Velasco, J. M. Rovira Belloso, A. Torres Queiruga.

En 1977 publicará:

Núm. 1: LA CARIDAD EN UNA SITUACION DE CAMBIO (con estudios de Martínez Cortés, Rovira Belloso y Marciano Vidal).

Núm. extraordinario. LOS CRISTIANOS ANTE LA NUEVA SITUACION ESPAÑOLA (Martín Velasco, González de Cardedal, Alberdi, Setién).

Núm. 2: AMNISTIA Y RECONCILIACION

Núm. 3: CRITICA INTERROGATIVA AL MARXISMO.

Núm. 4: EDUCACION EN LA CARIDAD.

Núm. 5: CARIDAD Y LUCHA DE CLASES.

Núm. 6: CARIDAD Y EVANGELIZACION.

Núm. 7: CARIDAD Y EDUCACION.

Núm. 8: CONCIENCIA CRISTIANA Y DISTRIBUCION DE LA RENTA.

Núm. 9: FAMILIA Y CARIDAD.

BOLETIN DE SUSCRIPCION

D.

Domicilio

Desea suscribirse a "CORINTIOS XIII" por un año, suscripción, 500 ptas. Números sueltos, 200 ptas.

Indique forma de pago

Envía este boletín a "CORINTIOS XIII". Cáritas Española, San Bernardo, 99 bis. Madrid-8.



Razón y Fe

revista hispanoamericana de cultura

Julio - Agosto

Especial monográfico

MARGINADOS

Teología de la marginación

La Ley de Peligrosidad
y Rehabilitación Social

Marginación y Economía



Homosexualidad

Alcoholismo

Delincuencia juvenil

Prostitución

Gitanos

Drogas



Bibliografía y Documentación

144 páginas - 135 pesetas

Pedidos a:

Centro Loyola. Pablo Aranda, 3. Madrid-6 (262 49 30)



APRENDA A RELAJARSE

Dr J. J. Martínez Quesada

El entrenamiento sofrológico es de gran utilidad para la maduración personal. Ayuda a corregir desequilibrios emocionales y situaciones de *dependencia* de un factor externo como el alcohol o las drogas.

Esta técnica es un instrumento auxiliar de gran valor en terapias grupales, como la psicoterapia antialcohólica.

De fácil comprensión e inmediata utilización a nivel personal o colectivo, favorece la *recuperación de alcohólicos y drogadictos*.

Pedidos a: *Ediciones Santamarta. Ríos Rosas, 42.
MADRID.*

