

CONTRIBUCION A LA ETIOPATOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

Este trabajo ha recibido el Premio Nacional de Neuro-
Psiquiatría «Alfredo Alonso-Allende» 1975

Dr. D. José Javier Aizpiri Díaz

Bilbao septiembre, 1975

INTRODUCCION

El presente trabajo trata modestamente de contribuir al estudio del alcoholismo a través de la experiencia al frente de una unidad mixta de alcoholismo y toxicomanías, de los servicios ambulatorios de la unidad y de la colaboración con las entidades, A. Anónimos y Cruz de Oro.

Consta de una primera parte, a modo de ensayo, sobre las causas del consumo del alcohol, y una segunda en forma de estadística acerca de los datos de tipo clínico y social aportados por 200 enfermos de ambos sexos.

ETIOLOGIA

El esfuerzo del hombre por poner entre sus pulsiones instintivas y su adecuación al ideal de sí mismo y al medio social, la eterna lucha por sobrevivir, utilizando todos los mecanismos de adaptación que le ofrecen sus conocimientos —desde niveles enzimáticos y metabólicos hasta el más complejo de convivencia social—, la lucha desesperanzada de sus deseos y sueños con la brusca e inmutable realidad, la necesidad existencial de asirse inmerso en una situación de conflictiva permanente.

Es la permanente disarmonía vivencial en una búsqueda infructuosa del equilibrio, el constante deambular por la vida, errante, inseguro, lleno de temores, sartrianamente solo, persiguiendo absurdos y quimeras sumergidas en irrisadas burbujas de mito y fantasía...; es la primera toma de conciencia de su «ser», al salir de su amamantadismo y enfrentarse a su ineludible tanático fin, naciendo así su primera e infinita duda...; es la persecución sufrida día a día de su mordaza de angustia cósmica, aherrojándole con la soledad, la enfermedad...; es el imparable goteo del tiempo, el caer rodando a lo largo de la existencia, frente a un hipotético y esperanzador retorno, que le sumerge de continuo en las fuerzas imanadas del más allá...; es este modo de existir el que obliga al hombre a vivir en un estado de angustia básico, el que le genera una inercia ambulatoria, refugiándose tras la «máscara griega» que lo atenaza, en inapagable búsqueda de la felicidad o la necesidad básica de sobrevivir día a día.

La angustia que emerge de la **desilusión y la esperanza**, la frustración y el deseo es el motor que induce al hombre al movimiento: «sin angustia no hay vida», «en este valle de lágrimas»... una angustia nacida a veces de un nivel tan básico y comprensivo como el hambre (con todos sus complejos matices que van desde la subsistencia física hasta la satisfacción oral) o tan elaborado como la búsqueda incansable de poder en un ascenso babélico...

Recuerdo un viejo proverbio vasco «Lehen haña, orain hola, gero, ez dakit nola» (an es así, ahora de este otro modo, después no sé cómo), que quiere explicar la existencia del hombre inmerso en el océano, y arrastrado a merced de unas olas que él cree dominarlas, pero por quien se sabe dominado. Unas extrañas fuerzas que no comprende y que en cualquier momento pueden hundirlo. En nuestro lenguaje diríamos que «el hombre no es más que un retazo de polvo cósmico a merced de lo desconocido».

Toda esta breve imitación pseudo-Kaftiana de la crisis del hombre pretende ser únicamente un prólogo pedantesco, que nos acerque a explicar el fenómeno sociológico de las Toxicomanías en general, y en nuestro caso, del alcoholismo en particular (motivo de estudio de este trabajo).

La respuesta del género humano frente al alcohol se ha mantenido fijada dentro de una serie de constantes tremendamente fascinantes de estudiar. La observación de la conducta del hombre nos ayudará a comprender cómo en la actualidad, en pleno siglo XX, esta terrible pandemia que es la Toxicomanía no sólo no ha disminuido, sino que su malignidad aumenta en progresión geométrica sin ninguna diferencia a nivel de raza, religión, política, edad, nivel social o cultural (excepto en contadas ocasiones). Y como a pesar de todo se estimula su consumo en todos los medios de comunicación, llegando a implicar la problemática, según algunos autores, a un décimo de la población adulta de la tierra.

Es fácil aducir demagógicamente que estamos atravesando actualmente una crisis de la cultura occidental, o barajar la falta de religión, la crisis de la familia, el stress en que vive sujeto el hombre de la sociedad industrial... (podemos utilizar los cientos de tópicos de los que continuamente echamos mano). Lo único cierto es, que desde que tenemos constancia de la existencia del hombre en la tierra, convive a su lado el tóxico con la conflictiva que plantea.

Hay una constante histórica que se repite en todos los pueblos y civilizaciones desde que aparecen datos escritos de su cultura: en todas las tradiciones el alcohol está integrado en un contexto religioso o sagrado, o haciendo referencia a la figura de los reyes.

Parece que el hombre, tras satisfacer sus primeras necesidades alimenticias con la obtención de la comida, al descubrir el alcohol, lo incorpora de inmediato (a su dieta) como alimento espiritual deseable y poseedor de todas las cualidades buenas, casi mágicas. Esta actitud queda patente en la terminología con que se denomina al alcohol en todas las leyendas: «sangre de la vida», «don de Dios», «alimento espiritual»; «placer de dioses», «bebida de reyes», «sangre de Cristo», «elixir de la vida».

Si revisamos el funcionamiento del cerebro humano a la luz de los conocimientos actuales, observamos que en la corteza radican las funciones superiores del hombre a donde llega el continuo bombardeo de aferencias, y donde se instaura el aprendizaje, mediante los procesos adquisitivos de conocimiento. Esa «máscara» que denunciaban los griegos, no es más que la corteza cerebral en su papel de muelle constante entre las pulsiones instintivas, los conocimientos adquiridos y la situación concreta presente.

El hombre resuelve sus grandes conflictos y supera sus frustraciones como puede, mediante mecanismos compensatorios de sublimación o distintas realizaciones gratificantes, ya sea a nivel religioso, social o sexual. A pesar de este esfuerzo por recobrar el equilibrio y la armonía, la observación y la experiencia común nos dicen que muy pocos individuos se sienten totalmente realizados y satisfechos. No puede sorprender, pues, que al encontrarse el hombre frente a ese nuevo elemento que le brinda la naturaleza, con un marcado «poder ansiolítico, euforizante y desinhibidor», lo reciba como un «don de Dios» y lo cuide con el mimo que merecen sus objetos más preciados.

Los primeros bebedores de alcohol no tardaron en descubrir que aquel «zumo», tan fácil de conseguir, era capaz de deprimir su corteza cerebral rápidamente y de forma agradable, le ayudaba a liberarse de su pesada «máscara» social, y le permitía sacar a la luz sus sentimientos más arcaicos. Es un hecho también de experiencia, que se repite continuamente, el que dos personas que se encuentran o desean celebrar algo, buscan la compañía del alcohol para «zafarse», siquiera unos momentos, de la problemática personal y poder sintonizar cordialmente con el tú de enfrente.

Este efecto euforizante y ansiolítico rápido es el que va desconchando al hombre, y en pocos minutos lo reúne con la esencia de su ser, su sueño, su mundo fantástico... No podemos imaginar una fiesta celebrada por un ejército victorioso frente a su «botín», sin ayuda de un vaso. Este mágico poder de borrar los recuerdos y la angustia pasados justifica el beber.

El alcohol no sólo ha sido asimilado por el hombre en el ámbito social, sino que sigue a su lado en la esfera de lo religioso. No sólo interviene como elemento importante en muchos de sus rituales,

sino que se le ha llegado a considerar como una de las formas inferiores de la mística (Rappard).

APUNTES HISTORICOS

La obtención del alcohol es tan simple como casera: basta la fermentación de los hidratos de carbono, que ocurre ante su vista, o bien su destilación. Desde los primeros vestigios históricos que han llegado a nosotros, en la etapa ya de tradición oral o escrita, el alcohol aparece junto al hombre. El impacto emocional que le proporciona es tan grande que lo eleva a la categoría de objeto sagrado o relativo a los reyes (muchas veces unido, puesto que las dos autoridades podían convivir juntas). Y no justifica este concepto de «alimento espiritual» o «elixir de la vida» únicamente su pensamiento animista, sino los agradables efectos experimentados después de su ingestión. Hoy todavía el lenguaje académico se nos ha quedado pequeño y el consensus popular ha aceptado una serie de semantemas tremendamente ilustrativos de este sentir, tales como: «esto resucita a un muerto», «da la vida», «fortalece», «disipa las penas», «toma, que te anime», «hace la sangre gorda» y cientos de frases más que acudirán sin duda a la mente de cualquiera.

Todos los pueblos tratan de explicar el origen del alcohol y de ahí las numerosas leyendas, que lo consideran casi siempre como un don o regalo:

La Mitología arcaica del Asia Central narra un combate épico entre los dioses que se disputaban el dominio de la tierra en sus comienzos. En tal combate vencieron los dioses buenos, pero algunos de ellos pagaron el triunfo con su propia vida, y allí donde cayeron sus cuerpos nacieron las vides.

Una de las más populares leyendas sirias cuenta que un príncipe al que gustaban enormemente las uvas, quiso conservarlas y almacenó en su despensa una gran cantidad del fruto. Al cabo del tiempo, cuando quiso saborear de nuevo un racimo, encontró en lugar de la uva fresca un «zumo fermentado». Sin atreverse siquiera a probarlo declaró que era veneno. Una de las esposas del príncipe, despechada porque había perdido su favor, aunque no su amor, decidió suicidarse y pensó utilizar aquel veneno. Después de tomar el primer vaso disminuyó su deseo de morir...; el segundo le hizo sentirse invadida por una agradable sensación de bienestar...; el tercero le hizo olvidar su pena y tener deseos de cantar...; el cuarto le dio el coraje necesario de ir a comunicar a su esposo el delicioso efecto de aquel jugo e invitarle a que lo saboreara con ella. Es interesante constatar en esta narración primitiva los distintos estadios de la embriaguez.

Los griegos prefieren poner en manos del dios Dionisios el regalo del vino. Para los egipcios es el dios Osiris el protagonista. Los romanos derrocaron a Dionisios en favor de Baco. En América las narraciones de Fernando Alba Atxkixochitl o Bernardo de Sahagún nos cuentan el descubrimiento del pulque.

Algunos historiadores del alcoholismo piensan que la constante convivencia con el alcohol nos ha llevado a una mayor tolerancia y a un equilibrio compensatorio, llegando a nosotros únicamente las transcripciones o leyendas en las que el autor se pronuncie en las dos posturas frente al alcohol: o la de alabanza o de reprobación. No parece que sea un hecho de pura casualidad el que casi únicamente escribieran alcohólicos o «achispados», sino que es un testimonio de que el alcoholismo con la problemática que conlleva en cada momento era ya un acontecer cotidiano.

ELABORACION DE LOS ALCOHOLES

El hombre, en su ansia de conseguir más alcohol, ha desplegado toda su capacidad imaginativa y creadora, escarbando exhaustivamente entre todos los productos de la naturaleza el más idóneo para conseguir un mejor zumo (seguramente motivado por un síntoma tan clásico como patológico, como es la deprivación). A modo de ejemplo podemos pasar una somera revista sobre las sustancias de las que el hombre europeo extrae el alcohol:

El vino, de la fermentación de la uva.

La cerveza, infusión fermentada de la cebada germinada.

La sidra, jugo fermentado de manzanas.

Bebida de peras, jugo fermentado de peras.

Además vino de ciruelas, de enebro, de moras blancas, de grosellas, de bayas de saúco.

Entre las bebidas de destilación, las más comunes son las obtenidas, además de las sustancias citadas ahora, las extraídas de la melaza del azúcar de caña o de remolacha; de granos: como el arroz, el maíz, el centeno, la cebada, el alforfón, la alcandía; de las leguminosas: como las alubias, lentejas, guisantes, habas; de las bellotas, las patatas, las cotufas, los bulbos de gamón, la flor de rubia o de raíces de genciana.

Cada pueblo, cada región, cuenta entre su patrimonio con un alcohol tradicional. Entre los más conocidos en Europa se sitúan: el cognac, aguardiente del vino, calvados, aguardiente de sidra o peras, Kirsch de cerezas, cuetche de ciruelas, ginebra de enebro, aguardiente de huesos de frutos. Entre los que proceden del grano contamos con el whisky, schiedam holandés, aguardiente de Dantzing, arack (de arroz), schnaps (de patatas), vodzca...

Esta lista no pretende ser más que una pequeña muestra de las posibilidades de alcohol y su distinto revestimiento, pudiéndose ampliar esta cuenta hasta cientos, si estudiamos todas las mezclas aromatizantes de la gama del vermut o los licores, y todas las combinaciones y denominaciones de origen o calidad.

Esta surtida variedad nos habla de la intensa búsqueda de alcohol que el hombre llevó a cabo, y de lo imprescindible o deseable que debió ser para él desde el principio, puesto que fue capaz toda su capacidad inventiva.

Es un hecho a destacar que en los documentos y manifestaciones que poseemos de las culturas desaparecidas aparecen con frecuencia grabados o citas en su literatura sobre el alcohol: desde el código de Hamurabi, los mosaicos de Babilonia, las pirámides egipcias, hasta los libros de cultura ayurvédica o china.

En cualquiera de los grandes libros religiosos como la Biblia o el Talmud, o épicos como la *Iliada* o la *Odisea*, el alcohol hace acto de presencia, jugando a veces el papel de protagonista en hechos terribles. Casi todos los historiadores antiguos como Herodoto o Estrabon, al describir sus costumbres y su cultura, daban a conocer en su propia lengua las palabras: pan, carne y vino o «zumo fermentado».

Los romanos utilizaron el alcohol como medida política para dominar a los pueblos vencidos, expendiéndose a modo de estrella por todo el Mediterráneo el cultivo de la vid, consiguiendo unos vinos de más baja graduación a medida que la exposición solar era menor. En la actualidad la extensión geográfica de este cultivo permanece prácticamente igual a hace dos mil años.

PATOGENIA

Los tratados clásicos de Fisiología y Farmacología definen que el hombre sólo es capaz de metabolizar en alcohol el 20 % de su aporte calórico diario, o el equivalente a un gramo de alcohol por cada kilo de peso (Clark, Balthazard), siempre con unos márgenes amplios de mayor o menor tolerancia dependiendo de características individuales. A partir de esta cantidad, o menor incluso si es en ayunas o mayor grado de concentración, etc..., la persona expuesta al tóxico puede verse afectada por una gama de patología, que puede producir cuadros únicos, mixtos o correlativos, tales como la embriaguez aguda, patología somática aguda, patología somática crónica y toxicomanía alcohólica.

No vamos a describir los diferentes cuadros, ya que aparecen descritos en cualquier manual o folleto de divulgación y no aportaríamos nada nuevo. Nuestro interés inmediato en esta ocasión es el de constatar el hecho de que el alcohol es un tóxico, y, a

medida que aumenta su exposición a él, aumentan los efectos negativos y cuál es la causa del incremento masivo de bebidas alcohólicas.

Muchos autores describen al alcohólico como una personalidad inmadura, fijado en la etapa oral, que puede empezar a beber por el deseo de identificarse o emular al padre, o que intenta demostrarse que así es más hombre, haciendo gala precozmente de sus atributos masculinos..., o hablan también de personalidades psicopáticas... En algunos casos personalmente estoy de acuerdo con ellos, pero creo que la problemática del alcohol y del modo de beber traspasa el ámbito de la dinámica individual, y hay que situarlo e interpretarlo desde el más complejo contexto socio-cultural. Como hemos podido comprobar en los anteriores datos, aunque someramente, se trata de un hecho casi tan antiguo como la misma historia del hombre, y que actualmente se está agravando de forma incontrolada.

Partiendo únicamente de dos variables: el alcohol como tóxico, y al cuerpo humano que lo consume, encontramos datos de sus efectos desde los primeros testimonios de su existencia. Sobre todo acerca de la embriaguez aguda, más raramente sobre los trastornos somáticos crónicos, y muy poco sobre la auténtica toxicomanía.

La razón explicativa de este hecho es que para hacer una toxicomanía una persona tiene que realizar una fuerte ingesta de alcohol durante un período largo de tiempo, entre 10 y 20 años, siempre que se trate de alcoholes de baja graduación.

Hasta la Edad Media los únicos alcoholes que se conocían procedían de «zumos fermentados», con una graduación dependiente de la tasa de azúcar de base, pero siempre baja: Vinos de 6° a 15°, Cervezas de 1° a 10°... Por tanto, para poder llegar a hacer una toxicomanía había que consumir diariamente una cantidad muy fuerte de bebida, lo cual sólo podía ser privilegio de una gente muy rica o personas que lo elaborasen ellas mismas o la manipulasen, tales como cosecheros, almaceneros, bodegueros, cocineros...

Otro factor necesario para llegar a un estado final de toxicomanía es una larga supervivencia. Parece más bien improbable que un bebedor de estas grandes cantidades pudiese vivir demasiados años, teniendo en cuenta la tasa normal de mortandad de la época, la patología orgánica asociada y la baja de anticuerpos que genera el alcohol.

En cambio, el estado de embriaguez era común, incorporado a lo popular, y estimulado por la religión y el estado, ya sea en el «dar al pueblo pan, vino y circo» o en las «fiestas báquicas o dionisiacas con sus bacanales».

El que a pesar de estas embriagueces esporádicas o colectivas del pueblo en una fiesta, no se dictasen normas en contra del consumo abusivo del alcohol o restringiendo su uso, concuerde con el estado de satisfacción que proporcionan sus efectos. El borracho de vino todavía hoy resulta simpático, «cae bien» y sirve de chanza y alegría. La embriaguez de vino es poco nociva y peligrosa porque predomina la euforia y el desenfado sobre las manifestaciones agresivas. Aún hoy se sigue diciendo que a pesar de la «resaca» posterior, «una trompa al año no hace daño» y «que es sano». Sigue ejerciendo su poder de catarsis.

INCORPORACION DE ALCOHOLES DESTILADOS

Los árabes protagonizan el momento quizás más trascendente para la historia de la toxicomanía alcohólica: Consiguen aplicar la técnica de la destilación, y mediante ella descubren «el espíritu del vino», al que llaman «Al-ghol», que significa «espíritu maligno».

A partir de este momento el hombre cuenta con un tóxico más poderoso, dada su rápida concentración de alcohol, y capaz de producir muchos más desajustes orgánicos, familiares y sociales.

El hombre apresado por «esta nueva enfermedad» deja de ser «simpático» para convertirse en «incontrolable». Los árabes, al bautizarlo con este nuevo nombre, tan opuesto, manifiestan su desconcierto y temor ante esa nueva sustancia aparentemente inofensiva como antes, pero realmente agresiva. El giro que les obliga a dar es de 360 grados: no puede ser ya «espíritu sagrado» y se convierte en «espíritu maligno».

Es un dato de enorme significación que sea justamente el pueblo árabe, un tradicional bebedor de vino (no hay más que leer los cuentos de «las Mil y una noches»), el primero que prohíba el consumo de bebidas alcohólicas, además desde un elemento coercitivo como era la religión. Los textos dicen que «al beber los hombres se convierten en cerdos, peores que la más fiera de las fieras». Ha quedado atrás en la marcha de la Historia al «simpático borrachín».

La destilación entró en Europa en el siglo XIII de la mano de alquimistas, tales como Arnaldo de Vilanova y Raymundo Lulio, cuyos nombres han quedado tradicionalmente unidos a ella. Se llamó entonces el alcohol «Aqua Vitae».

Es interesante preguntarse el motivo de esta reacción radicalmente diferente del pueblo árabe y los demás europeos, ante una misma concentración de tóxico. Son muchas las hipótesis que se barajan: algunos autores suponen que, al vivir los árabes en zona más seca y calurosa, sufrían los efectos del alcohol potenciados; otros que, al nacer una nueva religión y conocer los efectos tan nocivos del tóxico, les resultó más fácil erradicarlo, mientras que

la tradición cristiana lo toleraba mejor, por estar incluido en sus rituales en la calidad de «Sangre de Cristo»; o también que fue una medida para diferenciarse de los ritos cristianos, etc...

Personalmente creo que la razón más plausible sería que al poseer los árabes en la Edad Media una tecnología y una economía mucho más avanzada y saneada que la europea, y, podían conseguir fácilmente mucha mayor cantidad de alcohol. Un dato a favor de esta hipótesis es que el «elixir» estaba incorporado como elemento fundamental a la Farmacología. No hacían en ello más que recoger la tradición médica helena y galénica, que utilizaba los «brebajes» como preparado curativo de todas las enfermedades; tal como describe Homero las curas de los guerreros entre vinos y dulces palabras. El aumento repentino de graduación les hizo constatar palpablemente la diferencia de acción, y es la razón de la norma prohibitiva.

En Europa en este momento la destilación es sólo una novedad para la alquimia y permanece atrincherada en los conventos, elaborándose únicamente mínimas cantidades para uso farmacológico o para pocas personas de muy alta economía. A pesar de la larga tradición de bebedor, Europa no comienza el montaje económico de oferta y demanda de alcoholes hasta mediados del siglo XIX.

Mientras que los vinos de fermentación se consumen diariamente y están totalmente desmitificados, la ingesta de licor se realiza en muy contadas ocasiones, «en copitas y con cuidado que se sube a la cabeza», «Hoy bien se merece una copita de licor».

De cara a la Toxicomanía alcohólica nos encontramos, por tanto, en igual situación que en la Edad Media. Se conocen embriagueces más o menos crónicas (se solía emborrachar a los oligos como motivo de diversión, tradición que aún continúa). Y únicamente las personas que por su situación económica o posición social podían disponer de alcohol en abundancia, resistencia y una buena alimentación, podían hacer una Toxicomanía.

Es claro que los toxicómanos por su apetencia por el alcohol, debían destacar del resto de la población, y ser considerados como «débiles morales». Seguramente también las personalidades más conflictivas o neurotizadas recurrirían a la droga para adormecer su problemática y así se ha ido fraguando la tradición de neuroticismo y psicopatía unida al alcoholismo. En la actualidad sigue vigente esta idea, ya que si un trabajador de un almacén de vinos se hace alcohólico, se le considera como un «desgraciado y un pobre borracho», pero si la persona que hace la habituación al tóxico es influyente a nivel social, se valora más «su estado depresivo, su neuroticismo o su inmadurez», y se dice que «bebe para calmar su conflictiva».

A mediados del siglo XIX otros nuevos acontecimientos van a contribuir a un nuevo giro que se produce en la historia del alcoholismo: La industrialización que acaba con el pequeño comercio y las economías locales, arrastra una fuerte avalancha de emigración a la ciudad, no preparada para recibirles y donde viven en condiciones infrahumanas. El trabajo y el horario al que debe someterse esta gente, alejada de su habitat natural y separada bruscamente de su *modus vivendi* si quiere «seguir tirando», tampoco le proporciona ninguna satisfacción, sino que viene a unirse a los múltiples factores stresantes. Esta población va a ser una buena consumidora de alcohol, con el deseo de aliviar su tensión y tener un rato de paraíso artificial.

La toma de alcohol es fomentada por las clases dirigentes, ya que de esta forma se trabaja mejor, se rinde más y muchos problemas no llegan siquiera a enunciarse. Los patronos y el Estado dan alcohol gratis en algunas ocasiones, como en el ejército y la marina inglesas, estimulan la apertura del mayor número de tabernas, el cultivo de las vides y su destilación, colaborando para poder mantener los precios módicos, al alcance de todas las suertes económicas. En Inglaterra por dos peniques se podía beber sin parar y «dormir la borrachera en paja limpia». En el país vasco, cuando ningún vecino instalaba una taberna, la patrocinaba el mismo Ayuntamiento; se llamaba Erikotaberna.

Debido a que el alcohol procedente de la fermentación o destilado de bebidas fermentaba, presentaba problemas tales como: ritmo y calidad de las cosechas, conservación, transporte...; se da mayor auge a las destilaciones que ya habían surgido en los países, que debido a su falta de sol, no podían obtener bebidas fermentativas. Se puede decir que hasta la primera guerra mundial se consumen aguardientes, y a partir de la segunda bebidas de destilación.

En este momento se dispara el consumo, y las alteraciones somáticas y psíquicas de los bebedores comienzan a amontonarse en una y larga lista.

En Europa son los pueblos nórdicos quienes conviven más precozmente con bebidas de fuerte graduación y quienes padecen antes sus efectos nocivos. Ellos serán, pues, quienes den la voz de alarma y tomen las primeras medidas restrictivas con la fuerza de la ley. Incluso algunas sectas protestantes eliminarán totalmente el alcohol.

A principio de siglo otro nuevo factor va a jugar una baza definitiva, otorgando ya al problema su mayoría de edad: los medios de comunicación permiten un bombardeo masivo de slogans publicitarios cantando las delicias de las nuevas bebidas que salen al mercado. Es interesante hacer notar que el primer país en el que

confluyen todas las variables expuestas: a) Industrialización, con el nacimiento de la gran ciudad y el stress acompañante. b) Alcoholes de alta graduación. c) Fuerte oferta (y libre consumo), como es Estados Unidos, inicia también el primero la nueva maniobra de prohibiciones. La historia de los árabes vuelve a estar en vigor.

No vamos a estudiar aquí los motivos del fracaso de esta política prohibitiva, puesto que están íntimamente ligados a la dinámica de la sociedad norteamericana en un cierto período histórico, manipulada por una serie de condicionamientos peculiares.

Más interesante resulta plantearse el hecho de que en el momento actual son pocos los países que se han tomado en serio el problema del alcoholismo, y los que empiezan a concienciarse tropiezan con tal cantidad de factores entre los que se desenvuelve su mercado (gran dependencia económica, política y social), que encuentran obstruido el camino para tomar medidas profilácticas. Únicamente se intentan paliar los efectos nocivos, una vez instalados, y dejado esto también prácticamente a «la buena voluntad» del que quiera hacerse cargo del problema, considerando el alcoholismo como un mal menor.

El montón de problemas se agranda en los países que tradicionalmente son productores de vino, y cuya economía base depende en gran escala de su cultivo y venta. España entra plenamente en este grupo, al igual que el resto de los países mediterráneos, y es uno de los más afectados. No sólo no se toman medidas eficaces de defensa, sino que continuamente en la prensa económica se estimula el consumo de mayor cantidad de alcohol para acabar con todos los excedentes de cosecha. (Parece que La Rioja tiene todavía en sus bodegas 200 millones de litros de vino de excedente de la cosecha del 74, y que la del 75 se prevé como muy buena.) Los cálculos de consumo de cerveza en España para el 75 han previsto llegar a 19 millones de hectolitros (Presidente del Sindicato del Lúpulo). De otra fuente se ha dado a conocer que España ha producido en 1974 276 millones de litros de bebidas de destilación, con un aumento del 12,5 % sobre el año anterior (solamente para consumo interior).

España, como el resto de las antiguas colonias romanas productoras de vino, había asimilado perfectamente al tradicional bebedor de vino, con unas características bien definidas y controlables (Jellinek), de poca agresividad, sin problemas sociales, bebedor diario, pero sin pérdida de control, y que presentaba patología orgánica únicamente a partir de los 40 años en casos muy particulares. Los licores estaban reservados para ocasiones muy especiales, y en muy pequeña cantidad (basta fijarse en el tamaño de «las copitas de licor») y con un gran aparato ceremonial (la toma del cognac en la copa caliente...). Se elegía con cuidado el mo-

mento, el ritual, o estaban enmarcados en un folklorismo que invitaba a un dispendio económico de «vida de rico» (como el café, copa y puro, después de comer, ya sea en la partida, antes de los toros... o la toma de champán en un acontecimiento especial).

A partir de 1945 España se integra en la esfera occidental, imitando la forma de beber americana, que potencia su influencia a nivel del colonialismo cultural, y que llega hasta nosotros por medio de revistas, películas o telefilms. La consigna de «America way of life» no comienza a pisar fuerte en nuestro país hasta 1970 en que el nivel económico nos permitió el lujo de ser considerados como «sujeto consumidor», haciendo entrada definitiva las empresas de Colas y las de Whisky. Después del «deshielo» se introduce el Wodzka.

El resultado final es que, siendo España un país tradicionalmente consumidor de vino en cualquier tipo de manifestación humana, incluso las religiosas, ha ido posponiendo el vino en favor de tres tipos fundamentales de sustancias de más elevada graduación: a) los combinados; b) las mezclas de alcoholes de destilación, y bebidas refrescantes (de las que el Gin Cola y el Ron Cola entran un índice de peligrosidad enorme dada la unión de fuertes dosis de alcohol y cafeína), y c) el whisky, cuyo consumo indiscriminado se considera actualmente como índice de éxito económico. Es curioso que quizá la misma persona que se ha tomado tres o cuatro whiskys por razones de trabajo o por costumbre, está convencido de que no hace nada, y en cambio sigue diciendo como su abuelo «que el vino blanco es un cabezón, el claro da acidez y el cognac hay que tomarlo lentamente y sólo una copa, porque se sube a la cabeza». Este señor se acaba de tomar en un día más cantidad de alcohol que todos sus antepasados en un día de fiesta.

Es sorprendente el intenso lavado de cerebro que han conseguido las compañías publicitarias, y hoy todavía es fácil encontrar personas de no baja cultura, incluso hasta algún médico, que defienden que el whisky no hace daño y es un buen vasodilatador para el corazón. La mezcla conseguida con los Cuba-libres es verdaderamente maquiavélica, y se explica su éxito ya que al estar enmascarado el gusto del alcohol por el refresco, un joven llega a beber en una tarde perfectamente 10 Cubas, cuando no soportaría quizás dos copas de ginebra sola.

Como conclusión de todo lo dicho basta reseñar que hoy nos encontramos frente a una sustancia, el alcohol, capaz de producir toxicomanía, de fácil obtención, fácil adquisición, barata y cuyo consumo se fomenta a todos los niveles.

UNIDAD DE ALCOHOLISMO Y TOXICOMANIAS

Apellidos _____ Nombre _____ Sexo _____
de _____ años, nacido en _____ el _____ de _____ de _____
Domicilio _____ Teléfono _____ Vive con familia _____
en pensión _____ solo _____ Reside en Vizcaya desde _____
Estado _____ Hijos _____ Profesión _____
Lugar de trabajo _____

_____ Teléfono _____
Seguridad Social n.º _____ Médico de Cabecera o E. _____

Otros Seguros _____

Colaboradores: Empresa _____ Teléfono _____

_____ D _____

_____ ■ _____

Parroquia _____ D _____

_____ D _____

Otros _____ D _____

_____ D _____

¿Tiene contacto con grupos de alcohólicos? _____

Control directo: _____

Enviado por _____

Fecha contacto inicial _____ Lugar _____

Fecha del cuestionario _____ Fecha ingreso _____ Fecha alta _____

¿Ha estado ingresado por alcoholismo y toxicomanías? _____

Reingresos posteriores _____

1) Causas del hábito alcohólico:

1. Hábito consecutivo a enfermedades mentales... ..
2. Hábito consecutivo a psicopatías

Hábito consecutivo a neurosis.

3. Hábito consecutivo a factores sociales anormales... ..
4. Hábito consecutivo al ambiente alcohólico de la sociedad... ..

II) Modos de beber:

1. Caracterizado por:
No pérdida de control... ..
Capacidad de abstinencia conservada
Falta de síndrome de abstinencia... ..
2. Caracterizado por:
Tolerancia aumentada... ..
Metabolismo adaptado al alcohol
Síndrome de abstinencia... ..
Incapacidad de abstenerse... ..
Capacidad de control conservada
3. Caracterizado por:
Tolerancia aumentada
Metabolismo adaptado al alcohol... ..
Síndrome de abstinencia
Incapacidad para abstenerse... ..
Pérdida de control
¿Existe intolerancia? Pequeñas cantidades, grandes efectos... ..
4. Caracterizado por:
Capacidad de abstenerse conservada
Pérdida de control... ..
Bebedores de curso intermitente

III) Consecuencias tóxicas del alcohol:

- A) Complicaciones de expresión fundamentalmente psíquicas:
1. Embriagueces anormales (patológicas)... ..
 2. Síntomas psíquicos menores... ..
 3. Trastornos caracterológicos:
Irritabilidad-explosividad
Distimias
Depresión... ..
 4. Estados confuso-oníricos crónicos
Estados confuso-oníricos subagudos
Estados confuso-oníricos agudos («delirium tremens»)
 5. Alucinosis alcohólica
 6. Síndromes paranoides... ..
Síndromes paranoides alcohólicos
 7. Estados demenciales alcohólicos:
Síndrome de Korsakow
Otras formas... ..
 8. Síndromes mixtos y confusos.
- B) Complicaciones de expresión fundamentalmente somática:

1. Síntomas somáticos menores:
Temblor moderado... ..
Pituitas matutinas... ..
Anorexia... ..
Insomnio... ..
Diarrea banal
 2. Convulsiones alcohólicas genuinas
 3. Síndromes neuríticos de origen alcohólico... ..
Síndromes neuraxíticos de origen alcohólico
Síndromes meningo-encefalomielíticos de origen alcohólico
 4. Síndromes gastríticos de origen alcohólico
 5. Insuficiencia hepática... ..
Esteatosis hepática
Cirrosis hepática alcohólica... ..
 6. Síndromes pancreáticos alcohólicos
 7. Síndromes pelagroides de origen alcohólico
 8. Miocardosis alcohólica y síndromes cardiorrespiratorios... ..
 9. Disendocrinias alcohólicas:
Alteraciones tiroideas
Alteraciones gonadales
Hipererotismo
Hipoerotismo
Impotencia
Esterilidad
 10. Senilidad precoz alcohólica... ..
 11. Otros trastornos somáticos de origen alcohólico
- C) Complicaciones sociales:
1. Desajuste familiar... ..
 2. Separación conyugal
 3. Disgregación familiar... ..
 4. Degradación familiar
 5. Desajuste laboral
 6. Absentismo laboral
 7. Inestabilidad laboral
 8. Degradación laboral
 9. Incapacidad laboral
 10. Conducta antisocial menor
 11. Conducta antisocial mayor.
Delitos
 12. Pérdida de nivel social
 13. Degradación social completa.

COEFICIENTE MENTAL

OTROS TEST

PATOLOGIA

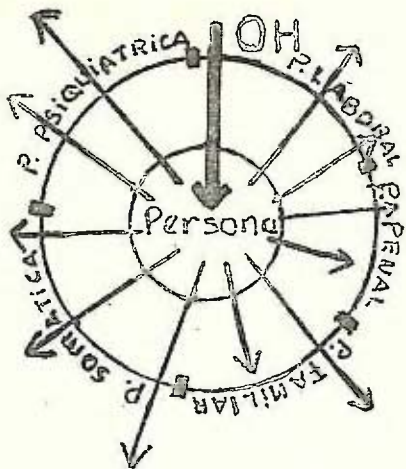
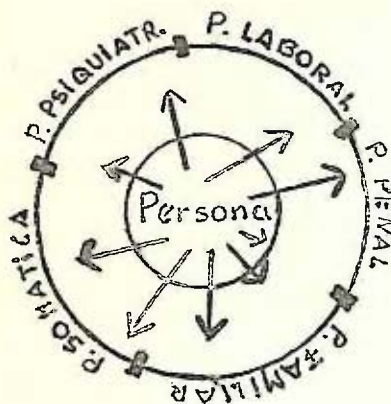
Todo lo expuesto hasta aquí ha intentado ser un breve esbozo de aproximación a por qué se bebe y cómo se bebe. (A partir de ahora el acento irá cargado en los efectos a nivel somático y psíquico que produce esta ingesta.) Hemos visto que cada país, cada región y cada hombre tiene su propia forma de beber, muy ligada a su momento histórico sociocultural, a su economía, su resistencia..., con los datos obtenidos en una muestra de enfermos de la Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías del Instituto Neuro-Psiquiátrico «Nicolás de Achúcarro» de la Excma. Diputación Provincial de Vizcaya.

Esta Unidad se encuentra integrada en una institución moderna, abierta y mixta, favorablemente dotada a nivel de personal, de servicios y de instalación, desposeída del carisma de manicomio y bien aceptada socialmente. En general se tratan enfermos agudos o algún crónico para su estudio.

La unidad de alcoholismo recibe sus ingresos bien sea en calidad de urgencia, enviados por su médico de cabecera o por el del servicios de urgencia del S. O. E., por traslado de Instituciones sanitarias de la S. S. o del Hospital o del Consultorio que los Servicios Psiquiátricos poseen en Bilbao. La Unidad tiene consulta ambulatoria en Bilbao, y mantiene estrechas relaciones con organizaciones como Alcohólicos Anónimos, Cruz de Oro y Teléfono de la esperanza, que encauzan el ingreso de algunos enfermos que acuden allí directamente.

A la hora de hacer un estudio sobre la patogenia del alcoholismo y tratar de valorar exhaustivamente sus síntomas, tropezamos con el problema de la diferencia de muestras que pueden aparecer en un centro como el descrito, en la sala de medicina interna o de traumatología de un hospital general, o en un organismo tan alejado como puede ser un tribunal de menores. La presencia del paciente en estos centros tan diversos habla de una patología distinta que ha llevado a realizar una y otra elección.

El alcohol puede actuar sobre todos los niveles del cuerpo humano, pero cada individuo tiene una mayor sensibilidad en zonas concretas, que son las que acusan antes sus efectos. Estas alteraciones son las que hay que tratar en cada caso, pero como las peculiaridades de cada persona y su capacidad de respuesta son muy diversas, nos podemos encontrar ante cuadros de un colorido muy distinto. Se puede decir que el alcohol incorporado al cuerpo humano produce una patología de estallido en forma de estrella, y la localización de las puntas que se alejan de la norma dependerá de la especial sensibilidad de cada uno, siendo ella la que obliga a inclinarse por un tipo de tratamiento específico.



La muestra utilizada en este trabajo es ya bastante compleja, aunque no recoja datos de enfermos finales, manicomiabiles. Todos los enfermos han sido observados durante un tiempo variable entre siete días y un mes como mínimo, después de su alta, lo que ha permitido en el primer caso valorar más objetivamente los síntomas y aportar mayor riqueza de datos, ya que es un hecho que se repite diariamente la dificultad que tiene el enfermo alcohólico y su familia incluso para decir la verdad. El alcoholismo todavía es considerado como un vicio a nivel social, y en ocasiones puede ser castigado, por lo que el enfermo se muestra a la defensiva, y la familia o ignora los detalles o teme la reacción agresiva del enfermo. Únicamente después de la desintoxicación y de bastantes sesiones de terapia de grupo, suelen empezar a comunicar la verdad, presionados un poco por el resto de sus compañeros. Además la mayoría de los enfermos llegan a la Unidad obligados o por lo menos coaccionados, lo que dificulta más la comunicación espontánea hasta que ceden sus recelos y prejuicios. Sin embargo, no se ha producido ninguna fuga.

Para la obtención de datos hemos utilizado la historia elaborada por Santo Domingo y Llopis, con el propósito de manejar los mismos datos homologados que en los demás centros hospitalarios, y hacer posible el estudio comparativo. Además de algunas aportaciones personales y de una encuesta realizada entre las familias de los enfermos para valorar la problemática familiar producida por el alcohol y su sociogénesis.

Los datos han sido obtenidos del enfermo y sus familiares en el momento del ingreso en el centro, en entrevistas entre el día 10 y 20 en la Unidad y posteriormente en las revisiones después

de su alta, solicitando la colaboración del medio familiar y del medio laboral, si es posible, y existe la cooperación de los servicios médicos de la empresa.

Se ha estudiado el siguiente número de enfermos:

Hombres	162
Mujeres	32

Las fichas han sido tomadas al azar, pero conservando la proporción de hombres y mujeres hallada en un trabajo anterior, contabilizando los ingresos de los tres Hospitales Psiquiátricos, la proporción es de una mujer por cada 5,3 hombres. Hay que hacer notar que en el resto de España los datos obtenidos son: Madrid, Santo Domingo 1/9; Murcia, Valenciano Gaya 1/23; Valencia, Bogani 1/13, cifras todas de 1970.

DATOS ESTADISTICOS

TABLA A. I. EDAD

15 a 20 años	— 1 % H.	
	— 3 % M.	
21 a 25 años	— 3 % H.	
	— 15 % M.	
26 a 30 años	— 8 % H.	
	— 18 % M.	
31 a 40 años	— 30 % H.	
	— 28 % M.	
41 a 50 años	— 40 % H.	
	— 28 % M.	
51 a 60 años	— 9 % H.	
	— 6 % M.	
Más de 60 años	— 3 % H.	
	- 0 M.	
		100 %

Vemos que la edad media de ingreso de los hombres alcanza su mayor incidencia en los años comprendidos entre los 41 y 50, quienes representan el 40 % de la población total. A continuación, representando el 30 %, el grupo de los 31 a 40; con un mayor agolpamiento de la muestra entre los 35 y 45 años. En ésta la misma edad citada en los trabajos clásicos de Fouquet y que se sigue barajando en todo el mundo. Unicamente revisando citas de algunos trabajos comprobamos que Santo Domingo sitúa la edad fuerte entre los 41 y 46 años, Morales y Chausson en Costa Rica en 40 años, Pacurucu Castillos en Ecuador entre 40 y 49, Holzgreve en Alemania la ubica entre los 40 y 45.

Esta cifra se ha mantenido hasta ahora porque la población alcohólica tratada era bebedora fundamentalmente de vino. Pensando que un hombre comienza a beber entre los 15 y 25 años, y que la habituación puede instalarse entre los 10 y 20 años de su inicio, la aparición de los cuadros de Toxicomanía coincide perfectamente con las cifras antes expuestas. Hasta 1973 estos valores se han mantenido constantes, sobre todo en los países englobados en la esfera del vino y la cerveza. Pero en los últimos años hemos observado el aumento de ingresos de personas menores de 30 años, con graves cuadros de toxicomanía, producidos por la cotidiana ingestión abusiva de Cuba-libre, Gin-tonic, etc..., o de whisky, y pienso que estas nuevas variables alteran completamente la curva de edad en los próximos años.

Respecto a las mujeres, la mayor incidencia de ingresos corresponde a 10 años antes de la observada en los varones. Se aducen muchas razones explicativas de este hecho: por un lado el arcaico aserto machista «de que la mujer tolera menos el alcohol que el hombre», lo cual no es realmente cierto, puesto que los que tratamos alcohólicos vemos continuamente mujeres que toman cantidades importantes de alcohol, y a menudo asociado a ansiolíticos, anfetaminas adelgazantes, etc... En ocasiones sí hay disminución de la tolerancia cuando la dieta es muy pobre en calorías por motivos estéticos, etc... Pero creo que la causa real de ingresos a esta edad más precoz se debe a la escasa tolerancia de la sociedad ante el alcoholismo de la mujer. Mientras el hombre bebe «porque es hombre» y puede permitirse el lujo de embriagarse con relativa frecuencia y arrastrar un lastre de problemas serios a nivel laboral o familiar, sin que se tomen medidas para zanjar el asunto; en cuanto la habituación de la mujer es manifiesta, abandona las tareas caseras y se altera el orden del hogar, el nivel de tolerancia salta inmediatamente y se produce el ingreso.

En las fichas consultadas para este trabajo, que son de enfermos tratados a finales del 74 y en lo que va del 75, se observa un aumento creciente de jóvenes trabajadores de tipo medio que empiezan a tomar bebidas combinadas para alternar, y en poco tiempo de exposición al tóxico, presentan las primeras alteraciones. A diferencia del tipo clásico de mujer al que estábamos acostumbrados, bebedora de vino, anís o cerveza, en casa, y a escondidas del marido. Carezco de cifras exactas de otros lugares respecto a la edad de ingreso de las mujeres en los últimos años. Las únicas conseguidas, cercanas a nuestro país son de población alemana, y no muy fiables dada la gran mortandad de la guerra. De todas formas, lo que sí es cierto, es que entre los sanatorios consultados del país, es el nuestro el que recoge una población más joven. Uno de los motivos puede ser la estrecha colaboración que mantenemos con las organizaciones A.A. y Cruz de Oro, ya que muchas personas jóvenes con esta problemática acuden primero a ellos y

a través suyo llegan a nuestro servicio. Otra causa creo que es el hecho de que la Unidad esté integrada en un «Instituto Neuro-Psiquiátrico», donde acude más gente, sin reservas. Creo que a medida que los nuevos sanatorios psiquiátricos, puestos a rodar en los últimos años, se liberen de la carga pesada de manicomio, las cifras serán más representativas de la realidad tal cual es, y será posible un tratamiento mucho más precoz.

TABLA A. II.

ESTADO

Casados	_____ 68 % H.
	_____ 81 % M.
Solteros	_____ 27 % H.
	_____ 12 % M.
Viudos	— 1 % H.
	_____ 6 % M.
Separados	— 3 % H.
	- 0 M.
	_____ 100 %

No hay en este apartado demasiadas cosas para comentar. Como dato significativo para establecer una comparación, es interesante fijar la atención en el número de matrimonios separados, cifra muy inferior a la que proporcionan otras estadísticas. No podemos olvidar que la Provincia cuenta con dos Sanatorios de crónicos —Bermeo y Zaldívar—, donde se encuentran algunos de los casos finales, que lógicamente arrojan una mayor proporción de separaciones.

Un dato interesante a destacar es que mientras las cifras de enfermos varones solteros y casados se mantienen dentro de los valores estadísticos de la población en general, no sucede así en el caso de las mujeres, a pesar de que en Vizcaya existen 40.000 mujeres solteras más que hombres. A pesar de que la mujer soltera y que trabaja fuera de casa, ha dejado atrás una serie de prejuicios y tabúes y bebe en los mismos lugares que el hombre, el mismo tipo de bebida, y a veces la misma cantidad, la diferencia de cómputo positivo hacia las mujeres casadas es muy relevante. Creo que esta mayor frecuencia de mujeres casadas que llegan a la unidad se debe a la observación y a veces vigilancia que el hombre ejerce sobre la mujer, y como quedó expuesto más arriba, a la escasa tolerancia del marido respecto al alcoholismo de su esposa. Es frecuente que, cuando llega un matrimonio joven, siendo ella la paciente, el marido diga: «de soltera ya bebía bastante; lo sabía pero no le di importancia, todos hacíamos lo mismo y alternábamos juntos, pero al casarse sigue igual, descuida las tareas de la casa y cuando está un poco bebida no hay quién la aguante».

Mientras de novio toleraba, o incluso en ocasiones, podía ser él quien iniciase a su compañera en la bebida, basta con que aparezcan los primeros problemas domésticos para que actúe rápidamente. Este tema será tratado más ampliamente en la tabla de problemática matrimonial.

TABLA A. III.

PROFESION

Peones sin cualificar:

————— 19 % H.

Obreros especialistas, artesanos:

————— 62 % H.

Administrativos, pequeños industriales y comerciantes:

————— 14 % H.

Profesiones liberales:

— 1 % H.

Grandes industriales y alta burguesía:

—— 3 % H.

Sus labores:

————— 78 % M.

Trabajadoras:

————— 12 % M. (el 10 % son empleadas de cafeterías)

Empesarias:

—— 3 % M.

————— 100 %

A la hora de valorar estos datos hay que tener en cuenta la escasa proporción de pacientes de niveles socio-culturales y sobre todo económicos que llegan hasta estos centros. Es más frecuente encontrarlos en medicina privada o «haciendo curas de reposo» en una cómoda clínica de más allá de nuestras fronteras.

Esta cifra no es por tanto muy representativa ni valorable, ya que hasta que no dé un giro completo nuestra medicina social y se prestigie y dote la asistencia psiquiátrica en general y la del alcoholismo en particular, solamente llegarán a nuestras unidades (salvo excepciones) los enfermos que no pueden costearse «la elevada cuota de desintoxicación en una clínica privada», y si lo hacen, será después de 3 ó 4 ingresos anteriores, cuando ya han agotado las reservas financieras de la familia o su capacidad de comprensión y esperanza.

Suele decirse también que al realizarse en la Unidad una parte fundamental del tratamiento mediante psicoterapia de grupo abierta, los enfermos de clase alta o con más posibilidades económicas tienen más que perder. Les molesta o temen ser descubiertos ante un público muy diverso y que generalmente vuelca hacia ellos su agresividad.

Además en los países de la esfera occidental, el sistema de medicina privada concede un trato especial a estos enfermos y la misma defensa de clase del propio médico ayuda a que los alcohólicos de clase elevada sean considerados y tratados a veces como «neuróticos», y a los obreros como «trompas», sin ningún otro apellido.

Esta afirmación no es ningún tópico ni lugar común, sino un hecho constatable en cualquier momento. En agosto de este mismo año en un recorrido de no larga duración, encontré 17 personas en estado de embriaguez, que precisaban servicios médicos y nadie se hizo cargo de ellos. Mientras que existen varias organizaciones filantrópicas o de caridad que prestan su ayuda inmediatamente después de producirse una avería en un coche, o se presentan con una ambulancia enseguida del más leve accidente, cumpliendo a rajatabla la ley de que «es importante no perder un segundo» no hay ninguna asociación que se ocupe de los enfermos alcohólicos. Es posible que un señor embriagado esté sufriendo una hemorragia cerebral o que tirite de frío y nadie lo recogerá por el pecado de «oler a vino», o ser «un pobre borracho», que estamos hartos de ver.

TABLA A. IV.

EMIGRACION

Emigrantes	_____ 43 % H.
	_____ 25 % M.
Menos de 5 años	_____ 8 % H.
	_____ 37 % M.
De 5 a 10 años	_____ 9 % H.
	- 0 M.
Más de 10 años	_____ 78 % H.
	_____ 62 % M.
	_____ 100 %

Suele citarse el factor emigración como una de las causas facilitadoras del alcoholismo. Realmente el emigrante se encuentra arrancado de su medio habitual y desplazado a otro que le resulta generalmente adverso. Además se suman otra serie de factores socioeconómicos que generan desde el hacinamiento hasta la vivienda inadecuada, y, sobre todo, la falta de cultura —hay un

elevado número de analfabetos—, y de posibilidades de diversión y esparcimiento. Es lógico que acuda al alcohol como medio de integración a este nuevo ambiente y de establecer relaciones, ya que la taberna o el bar es el único «club social» en el que puede reunirse con sus amigos.

Recordemos que en el País Vasco el tipo de bebedor habitual es el que recorre todos los días con su pandilla el mismo paseo por un cierto número de bares, nunca pequeño, es nuestro «chiquitero». Generalmente el emigrante está acostumbrado a beber en la taberna, mientras juega la partida, y allí pasa todo su tiempo. Para incorporarse a esta nueva costumbre, teóricamente tiene que beber mucha más cantidad de alcohol. Sin embargo, revisando las cifras, vemos que la población ingresada de emigrantes representa el 43 % de toda la muestra, mientras que en la población total de Vizcaya ocupa el 70 %. El 78 % de los emigrantes suelen presentar los cuadros de toxicomanía unos 10 años después de estar viviendo aquí, entre los 55 y 60 años, llevando el mismo período de consumo de alcohol que el resto de la muestra y desde la misma edad.

Como breve comentario a este apéndice, que será motivo de un trabajo posterior, hay que señalar que el emigrante es poco chiquitero a pesar de los muchos años que pueda llevar viviendo en Vizcaya, y está más tradicionalmente unido a su familia que el vasco. Suele ser bebedor de copas por la mañana, costumbre que trae de su medio de origen.

Hay, sin embargo, otro tipo de emigrante: es el muchacho joven, soltero, que vive en una pensión o semidependiente de algún familiar, y dispone de dinero, que consume en cafeterías o salas de fiesta, bebiendo bebidas de alta graduación, y que precisa un ingreso precoz.

A pesar de todo, la incidencia de alcoholismo es mucho mayor en la población autónoma, y debía aparecer más palpablemente representada. Pero el pueblo vasco por diversas razones es tremendamente tolerante con el alcohólico, hasta el punto de que en algunos medios rurales y de población media se considera la senilidad precoz alcohólica y toda la patología que conlleva, como factores integrantes de la vejez natural. Hay zonas en el País Vasco, donde la tasa de alcoholismo alcanza la escalofriante proporción del 50 % de la población adulta, y debido a esa gran tolerancia social, el número de ingresos es mínimo. (En la actualidad estamos ocupados en la redacción de un trabajo sobre el problema del alcoholismo y la soltería en el País Vasco.)

Respecto a los datos de las mujeres, seguimos constatando el hecho ya citado con motivo de comentar las cifras de edad y estado. El 35 % de las mujeres emigrantes que ingresan llevan aquí menos de cinco años. Se trata de jóvenes que han venido a trabajar en

algún tipo de oficio o en servicios, que se ven obligadas a alternar bebiendo grandes concentraciones de alcohol, y presentan sus trastornos iniciales en los primeros años de su matrimonio. (Ver tabla de problemática matrimonial.)

TABLA A. V.

HERENCIA

Padre OH.	_____ 22 % H.
	_____ 25 % M.
Madre OH.	— 3 % H.
	_____ 9 % H.
Hermanos, tíos, abuelos	_____ 13 % H.
	_____ 15 % M.
	_____ 100 %

A la hora de intentar valorar los antecedentes familiares del enfermo alcohólico, nos encontramos con la ya clásica dificultad de poderlos valorar objetivamente. Unas veces porque se desconocen, otras porque el ambiente familiar ha tolerado bien a algunos miembros bebedores fuertes que no han planteado conflictos en la convivencia diaria, y, otras, porque llegado el momento de pedir información al cónyuge del paciente, normalmente exagera un poco las cosas, llevado de su agresividad, y todos sus ascendientes reciben el título de alcohólicos, o cuando menos de «muy raros y nerviosos».

Debido a esta dificultad, hemos recogido únicamente los datos más comprobados objetivamente y el resultado hallado en nuestra muestra es muy semejante al apuntado en recientes trabajos por otros psiquiatras: Rojo M. habla de un 21 % de antecedentes alcohólicos, y un estudio conjunto de 1972 sobre toda la población alcohólica de Vizcaya se halló en un 19,5 % de miembros familiares alcohólicos.

Se suele decir que la hija alcohólica de un padre también alcohólico bebe para identificarse con él...: los datos obtenidos de la muestra estudiada dan unos valores muy parejos. Y es muy habitual que en una familia de varios hermanos y hermanas puede ser sólo un miembro afectado. El relativo aumento de madres alcohólicas de nuestras pacientes, representando un 9 % frente a un 3 % en los varones, no pienso que es muy significativo, aunque puedo recordar algún caso en que la madre alcohólica inducía y hacía beber a la hija para justificar la compra de bebida y minimizar su toxicomanía.

Un hecho constatado repetidamente en la práctica clínica es el ingreso más precoz de los jóvenes afectos de epilepsia o que presentan un cuadro de diarritmia centroencefálica, y a continuación el hijo de padre alcohólico. Los epilépticos y epileptoides ingresan en primer lugar, y a continuación los hijos de alcohólicos.

Suele proponerse como primer factor causal de este hecho un metabolismo heredado predispuesto a una más rápida pérdida de control y tampoco debe olvidarse la observación que la madre, acostumbrada de ver lo que ocurre con el esposo, ejerce sobre el hijo y al presentarse los primeros síntomas de irritabilidad o alteraciones somáticas, intenta por todos los medios que sea tratado, mientras ella puede influir sobre él.

Suele decirse también que en casa del alcohólico se bebe bastante, y que por ello los hijos se inician en la bebida desde muy jóvenes. En nuestro medio esto es falso o poco decisivo, ya que el alcohólico en casa no suele beber nada. La esposa evita tener alcohol al alcance, y por otra parte, el esposo llega «bastante completo»; sí suele pretender que beban los hijos para justificarse.

Muchos autores, a raíz de la observación clínica, piensan que debe existir una mayor sensibilidad al tóxico. Se pueden ver continuamente muchachos de 17 ó 18 años que hacen muy rápidamente su falta de control al alcohol. En la casuística presentada en esta ocasión hay dos jóvenes en estas condiciones. Sus padres son alcohólicos rehabilitados desde más de 5 años y son los únicos hermanos que presentan este cuadro. Como observación adicional hay que hacer notar que los dos tienen hermanos con intolerancia total hacia el alcohol. (Estos casos son estudiados por el departamento de psicología, y más adelante pueden ser publicados.)

APENDICE A LA TABLA A. V.

CONYUGES

Esposos-as OH. - 0 H. 100 %
_____ 15 % M.

Es bastante significativo que un 15 % de los esposos de pacientes alcohólicos sean también alcohólicos, y un 40 % sean bebedores fuertes. En estos casos, es generalmente el esposo el inductor al alcoholismo de la esposa, al ser ella compañera de alterne y estar un poco obligada a beber para mantener la sintonía con el marido.

En la muestra estudiada no hemos contado entre los pacientes alcohólicos esposas también bebedoras y alcohólicas, aunque el total de enfermos sí suele aparecer algún caso, pero muy aislado. Generalmente, la esposa suele ser abstemia, teme la conflictiva que genera el alcohol y evita tenerlo en casa. En las clases altas

sí es más frecuente que la esposa alterne y bebe también. A veces no es fácil dejar de asombrarse cuando la esposa de algún paciente de clase media o alta, después de haber soportado nuestro «rollo», pregunta ingenuamente, «pero la piña con cointreau no hará daño, ¿verdad?»...

DATOS DE DIFÍCIL VALORACION

Algunos datos que aparecen citados en trabajos de autores americanos y de la Europa Nórdica —tales como la relación entre alcoholismo e ingresos económicos, tipo, horas y cantidad de bebida—, en la muestra utilizada para este trabajo resultan prácticamente imposibles de reducir a una valoración estadística.

Respecto al conocimiento de los ingresos económicos de la familia, la dificultad radica en el hecho de que al depender los sanatorios psiquiátricos de los servicios de Beneficencia de las Diputaciones y establecerse la cuota a pagar según esos mismos ingresos, cada familia trata de demostrar las entradas mínimas. A pesar de la buena transferencia que pueda establecerse con ellos, es un dato aportado con cierto recelo y de certeza relativa en el conjunto de la muestra, así como la cantidad que puedan gastar en beber.

En relación con el tipo, cantidad de bebidas, etc..., tropiezo con otras dificultades que impiden una valoración detallada. Por una parte, el alcohólico o minimiza las cantidades que bebe o presume de ellas delante del grupo, y la familia o no sabe precisar porque bebe sólo fuera de casa o exagera a juzgar por los afectos; sólo sabe «cómo llega». Si es mujer la paciente, llega con tales defensas a la unidad, y tales temores a ser despreciada socialmente, que puede mantener durante muchos meses la postura de «no he bebido nada», o «sólo en las comidas». Enteremos que llevan dos o tres años sin beber y que asisten periódicamente a los grupos, manifiestan de pronto un día: «estuve más de diez años bebiendo copas», o «hace tiempo yo también vi bichos», o «estuve ingresado hace años... pero no era por beber, sólo por nervios y el hígado inflamado...».

Esta falta de veracidad del enfermo alcohólico a la hora de referir sus síntomas es una constante que se repite en casi todos los casos, y dificulta más la recogida de datos. Por tanto, las cifras que doy en este trabajo están mediatizadas por este factor, aunque sujetas también a una metódica crítica.

Es muy válida al respecto la escala de Legó-Bogani, que nos permite valorar el grado de alcoholismo y de sinceridad, aunque es puramente sintomática.

Otro elemento viene a sumarse a los antes citados de escasa veracidad: cada día son más frecuentes los bebedores de alcoholes de destilación y combinados que hacen «Blackout» o «Palimpsestos», no conservando al día siguiente de la embriaguez ningún recuerdo de lo que hicieron en su estado de euforia, por lo que, aunque intentasen colaborar, no les es posible. Tenemos casos en que ha podido informar algún acompañante o vecino en el caso de barrios pequeños, y algunos pacientes en este estado han llegado a tomar hasta 40 cuba-libres.

TABLA I.

CAUSA DEL HABITO ALCOHOLICO (Solos o asociadas)

Hábito consecutivo a enfermedades mentales:

— 3 % H.

- 0 M.

Hábito consecutivo a psicopatías graves:

— 1 % H.

— 1 % M.

Hábito consecutivo a neurosis:

— 4 % H.

— 6 % M.

Hábito consecutivo a factores sociales anormales:

— 3 % H.

— 15 % M.

Hábito consecutivo al ambiente alcohólico de la sociedad:

— 96 % H.

— 96 % M.

— 100 %

El intento de subdividir el alcoholismo en compartimentos más o menos estancos siempre entraña una serie de dificultades: por un lado la diversidad de escuelas en psiquiatría que valoran los síntomas de distinto modo y pueden llegar a un diagnóstico distinto, o donde aparezcan más marcados algunos matices, los distintos métodos de investigación para concluir en un diagnóstico, el psiquiatra que los lleve a cabo y, sobre todo, el cuadro tan abigarrado que puede presentar un paciente impregnado hace difícil la evaluación causal de su toxicomanía y su tipo de personalidad, hasta que finaliza la cura de desintoxicación, y en ocasiones hasta que lleva un tiempo incorporado de nuevo a su medio habitual.

En el caso de la hoja de valoración utilizada en este trabajo, resulta difícil precisar si un alcohólico afectado de epilepsia bebe precisamente por eso, cuando, en general, los epilépticos, por la

cuenta que les tiene, dejan de beber. Por otra parte está la máxima compartida por mucha gente de que «el alcohólico es un neurótico, débil e inseguro, y que utiliza el alcohol como mecanismo de defensa». En el Instituto Neuro-Psiquiátrico de Zamudio he podido observar que una gran mayoría de enfermos neuróticos tratados en el Centro no beben o lo hacen en muy pequeñas cantidades. Suelen decir que «no lo toleran», o «se me va la cabeza enseguida», o «me pondría más loco todavía»; también dicen que «con las pastillas que tomo no puedo beber alcohol». Estoy de acuerdo, claro, en que algunos neuróticos sí utilizan el alcohol como medio de compensación, pero creo que convertir esta teoría en aserto universal es una generalización apriorística no válida.

Revisando los trabajos publicados con arreglo a esta normativa he encontrado divergencia absoluta respecto a los datos que aporta en Madrid Santo Domingo sobre 375 pacientes tratados en régimen ambulatorio:

- 139 ... Psicópatas.
- 45 ... Psicóticos.
- 39 ... Alcohólicos por factores sociales anormales.
- 134 ... Oh. por el ambiente alcohólico de la sociedad.

Respecto a las mujeres dice que el 60 % eran neuróticas.

Polaino Llorente, en Sevilla, da una incidencia casi total de neuróticos entre los alcohólicos.

En cambio, en Navarra, Jimeno Valdés da una gráfica muy parecida a la nuestra.

Personalmente, creo que en Vizcaya la causa primera del enorme número de toxicómanos es el ambiente alcohólico de la sociedad. A modo de ilustración gráfica de esta hipótesis, voy a referir unos ejemplos:

El 50 % de la publicidad en color de las revistas en España en el año 1975 es sobre alcohol. El 50 % de las vallas publicitarias anuncian bebidas alcohólicas (Freixa). En Televisión Española se invierten 2.500 millones de pesetas anuales en alcohol.

En todos los telefilms y películas que pude presenciar durante el mes de agosto, el alcohol aparecía de forma notoria. Unas con motivo de celebrar algo, otras como anéscico o para provocar embriagueces «simpáticas» que lleven a la risa al espectador, sobre todo en las películas dirigidas a los niños. Mi mayor sorpresa se produjo en un espacio televisivo en que se hablaba a los niños de la «fuerza de la imagen». Se presentó una película rusa sobre un perro lobo, mientras que el autor decía a los padres: «ver como vuestros hijos viven, se alegran, y emocionan con estas aventuras...». En esta película, de cinco minutos de duración, aparece un

abuelito con una botella de bebida alcohólica dando friegas al niño, y corona su masaje, dándole un trago «porque es lo mejor para el frío y da fuerzas». La vuelta del perro a casa se celebra con un brindis y aparece en escena un «borracho simpático» tomando licor con una bomba de mano a modo de copa...

En agosto de 1975 las tiendas de comestibles de Bilbao ofrecen los siguientes precios: Cerveza un litro 10 ptas. Si se compran tres litros el precio total se reduce a 28 ptas. Agua mineral de 12 a 18 pesetas. Vino a granel desde 13 ptas. litro. Vino embotellado desde 18 ptas. Un litro de leche de 19 a 24 ptas. Un kilo de carne, según calidad, de 80 a 350 ptas. Un litro de coñac desde 60 ptas. en adelante.

Para acabar con esta exposición sólo añadiré que en Navidades de 1974, un famoso almacén se dirigió a las empresas ofreciendo su «ayuda» para la difícil elección del regalo de Navidad. Un amplio estudio psicológico les había indicado de qué modo el personal se sentía más feliz y agradecido a la empresa. Pues bien, este regalo de Navidad tan estudiado, consistía en una preciosa caja con once botellas de licores diferentes y entre ellas una ligera alusión al tradicional turrón.

¿Cómo podemos asegurar impunemente que el niño que recibe ese bombardeo de estímulos, que llega a su juventud tan condicionado hacia el alcohol, beba motivado por su posible neurosis? Únicamente sería admisible esta hipótesis, si aceptamos que todos somos neuróticos.

Es un hecho de observación diaria, que en nuestra región el abstemio o bebedor mínimo, salvo algunos casos aislados, educados en una familia abstemia, incorporados después a un sistema de trabajo y diversión al margen del alcohol (dentro de lo patológico puede darse en personalidades obsesivas), suele ser una persona que tolera mal el alcohol, casi siempre jaquecoso, gástrico y/o con predisposición a hacer afecciones de tipo antígeno anticuerpo. Es clásica la frase «yo no podría ser alcohólico ni queriendo, porque en cuanto bebo algo me pongo fatal». Creo que para ser alcohólico «hay que poder».