

CONTRIBUCION A LA ETIOPATOLOGIA DEL ALCOHOLISMO (y II)

Este trabajo ha recibido el Premio Nacional de Neuro-Psiquiatría
"Alfredo Alonso-Allende" 1975.

Dr. D. José Javier Aizpiri Díaz

Bilbao, septiembre 1975

APENDICE A LA PAGINA SOBRE CAUSAS DEL ALCOHOLISMO

Vamos a comentar, a modo de ilustración, algunos ejemplos demostrativos de la importancia del ambiente alcohólico como causa primera en la situación actual. Es de conocimiento básico en patología médica, que la profesión bancaria es enormemente predispuesta a padecer patología psicosomática, debido a la constante tensión conflictiva en que se desenvuelve su sistema de escala de ascensos. Pues bien, debido a esta misma causa es en la actualidad la que presenta menos incidencia de alcoholismo, ya que la manifestación de una mínima tendencia hacia el abuso de bebida está mal visto. Mientras que, teóricamente, por vivir una situación generadora de angustia, tenían que ser más rápidamente presas del alcohol.

En cambio en nuestra casuística se ve una gran incidencia de alcohólicos en las profesiones de hojalateros o técnicos en reparaciones en general. No voy a discutir si son más conflictivas o no que las bancarias, pero en cambio pueden beber en horas de trabajo, e incluso son estimulados a beber, pues lo primero que hace el ama de casa es "invitarles a una copita", y además pueden deambular por los bares en horas de trabajo.

También vemos una mayor incidencia en jóvenes con episodios agudos de agitación psicomotriz con fuertes dosis de bebidas combinadas; pues bien, es raro que sea en estudiantes, ya que la falta de dinero habitual en ellos no les permite gastarse las fuertes sumas de dinero de que puede disponer en un fin de semana un trabajador soltero.

En realidad, este capítulo más que "Causa de hábito alcohólico" debía llamarse "Patología psiquiátrica concomitante".

A efectos de clasificación hemos seguido las siguientes pautas diagnósticas: con respecto a la psicopatía hemos optado por la definición que ofrece Haffner —"Psicópata es el individuo que presenta trastornos en la vida afectiva y volitiva, carece de proyecto existencial y fracasa en su profesión, vida familiar, afectiva, etc."—. Así bastantes pacientes que a su ingreso pueden parecer personalidades psicopáticas, prosiguiendo el estudio de su dinámica y su adaptación, se revelan como perfectamente integrables dentro de la norma.

Por otra parte, hemos excluido como posibles neuróticos a todos aquellos enfermos que demuestran en su vida una continuidad, afectividad y circunstancias dentro de la norma.

En la actualidad intentamos estudiar a los alcohólicos en el departamento de psicología, tanto en el aspecto de su personalidad como en el del posible deterioro. Pero es tan fuerte la mutación que sufre el paciente durante el proceso de rehabilitación, que resulta difícil precisar el momento más idóneo para que su estudio pueda aportarnos datos válidos.

TABLA II. MODOS DE BEBER

Grupo I	Caracterizado por: No pérdida de control. Capacidad de abstinencia conservada. Falta de síntoma de abstinencia.	
Hombres	_____ 1 %	
Mujeres	_____ 0 %	
	_____	100 %
Grupo II	Caracterizado por: Tolerancia aumentada. Metabolismo adaptado al alcohol. Síndrome de abstinencia. Capacidad de control conservada.	
Hombres	_____ 13 %	
Mujeres	_____ 9 %	
	_____	100 %
Grupo III	Caracterizado por: Tolerancia aumentada. Metabolismo adaptado al alcohol. Síndrome de abstinencia. Incapacidad de abstenerse. Pérdida de control. Intolerancia. Pequeña cantidad grandes efectos.	
Hombres	_____ 78 %	
Mujeres	_____ 81 %	
	_____	100 %
Grupo IV	Caracterizado por: Capacidad de abstenerse conservada. Pérdida de control. Bebedores de curso intermitente.	
Hombres	_____ 4 %	
Mujeres	_____ 0 %	
	_____	100 %

Observamos que el 78 % de los varones y el 81 % de las mujeres de la muestra pertenecen según esta clasificación al grupo III, que corresponde clínicamente a la toxicomanía franca alcohólica, al igual que el grupo II. No contamos con muchos datos comparativos, ya que anteriormente se utilizaba otra clasificación, con las siguientes divisiones:

- a) Abstemios
- b) Bebedor habitual mínimo
- c) Bebedor habitual máximo
- d) Bebedor habitual con embriagueces leves
- e) Bebedor habitual con embriagueces graves
- f) Bebedor esporádico sin embriaguez
- g) Bebedor esporádico grave.

No es el momento ahora de discutir cuál es más adecuada. Jimeno Valdés en un estudio realizado en Navarra utilizando nuestro mismo método da unas gráficas muy semejantes a las nuestras.

Dentro de las formas habituales de beber, el grupo I es muy común, aunque rara vez llegan al sanatorio, ya que no presentan problemática. Cuando aparecen es por presentar un Delirium Tremens o una paranoia alcohólica, con más trasfondo básico de paranoia que de alcohol.

Los grupos II y III englosan a los clásicos bebedores habituales, que al cabo del tiempo presentan una típica toxicomanía alcohólica.

El grupo IV corresponde a los bebedores de alcoholes de destilación, que presentan en su momento pérdida de control, graves alteraciones que motivan su ingreso. En España no es muy clásico este tipo de bebedor, sí lo es en Estados Unidos y países nórdicos. Aquí va siendo cada vez más frecuente entre los bebedores de whisky y bebidas combinadas. Si no es tratado suele pasar al grupo III.

De todas formas es muy poco habitual encontrar en uno de los grupos que pasan por la unidad tres alcohólicos del grupo IV. Por una parte porque su economía más desahogada normalmente les lleva a tratarse en clínicas privadas, y por otra, porque su capacidad de abstenirse durante períodos más o menos largos hace difícil la toma de conciencia de su toxicomanía, en general no se sienten alcohólicos. Además es el grupo que ofrece mayor incidencia de fallecimientos ya sea en accidentes de coche o por problemas de tipo cardíaco. Desde luego es un tipo aparte de las toxicomanías.

Entre las mujeres en este momento no se da con frecuencia este tipo de bebedora. Aunque a su ingreso la mayoría dice "no soy alcohólica y puedo dejar de beber cuando quiera", no suele ser real, o si lo es, por espacios muy breves y cuando el conflicto se ha mostrado patente a nivel familiar, y se ha organizado un verdadero sistema para que no beba. Sí es más frecuente encontrar mujeres pertenecientes al grupo IV en los servicios de urgencia o con problemas a nivel penal, pero no en las unidades de alcoholismo.

TABLA III. CONSECUENCIAS TOXICAS DEL ALCOHOL
 TABLA III. A. COMPLICACIONES DE EXPRESION
 FUNDAMENTALMENTE PSIQUICAS
 TABLA III. A. I. EMBRIAGUECES ANORMALES (PATOLOGICAS)

Hombres	_____ 3 %	
Mujeres	_____ 0 %	
	_____	100 %

Teóricamente toda embriaguez es patológica (Freixa San Feliu). Nosotros en este apartado hemos delimitado el concepto de patológico en los márgenes de la embriaguez que aparezca una clara desproporción entre la cantidad de alcohol ingerida y los efectos que produce esta ingesta. Generalmente suelen ser de excitación motriz muy acusada, y parece que actúan normalmente sobre una constitución epileptoide. Suele diagnosticarse con frecuencia de embriagueces patológicas todas las que van acompañadas de un cuadro de gran excitación, pero también es muy usual que esa persona haya tomado una fuerte dosis de alcohol. Cada día se ven más cuadros de gran agitación, de enorme peligrosidad y, a veces, acompañados de alucinaciones, en bebedores de alcohol y refrescos combinados, del tipo de cola-ron, gin-ron. Este cuadro suele producirse después de una toma de diez o quince combinados de este tipo, no antes. Por tanto, creo que puede incluirse estos cuadros dentro de las embriagueces patológicas. De todas formas, nos encontramos con el efecto sumado del alcohol deprimiendo la corteza y la cafeína estimulándola, actuando los dos factores sinérgicamente. Esta actuación conjunta está aún poco estudiada.

Los enfermos censados en nuestra casuística con embriagueces puramente patológicas (tras la ingestión de una copa de coñac o dos o tres vasos de vino) son muy pocos. Creo que lo serán más en servicios de urgencias o a niveles de comisarías, dados los efectos tan explosivos que padecen.

TABLA III. A. II. SINTOMAS PSIQUICOS MENORES

Hombres	_____ 51 % H.	
Mujeres	_____ 40 % M.	
	_____	100 %

Personalmente no doy mucho valor a este apartado, ya que todos los enfermos que acuden a una Unidad de rehabilitación presentan trastornos. El hecho de clasificarlos de mayores o menores es bastante hipotético, y sirve en muchas ocasiones de cajón de sastre donde se incluyen desde la embriaguez hasta las cefaleas, ligera falta de atención, labilidad afectiva...

TABLA III. A. III. TRASTORNOS CARACTEROLOGICOS

Irritabilidad	_____ 63 % H.	
	_____ 71 % M.	
Distimias	_____ 14 % H.	
	_____ 0 % M.	
Depresión	_____ 6 % H.	
	_____ 6 % M.	
	_____	100 %

La enorme frecuencia de los accesos de irritabilidad bajo los efectos del alcohol es motivo causal en muchas ocasiones de la llegada de este tipo de enfermos a un Sanatorio Psiquiátrico. La depresión cortical, desinhibición instintiva y la escasa resistencia a la frustración hacen que el enfermo estalle bruscamente a la más mínima recriminación que se le haga. Basta un pequeño ruido de uno de los hijos para que se desencadene una tormenta.

He estudiado más ampliamente el dato de la irritabilidad, que considero de enorme importancia, ya que es generador de gran parte de la problemática familiar y social que provoca el enfermo. Las familias "aguantan" a veces al alcohólico hasta límites insospechados, incluso con situaciones económicas finales, siempre que no existan problemas de agresividad.

Para su estudio he utilizado una encuesta sociológica dirigida al cónyuge del paciente, y realizada por ellos pasados unos meses del tratamiento del enfermo, cuando los ánimos están más calmados, las familias han asistido a algunas reuniones y están preparados para emitir un juicio más templado y objetivo.

APENDICE A LA TABLA III. A. III. IRRITABILIDAD

El 77 % de las esposas de enfermos OH. y el 46 % de esposos de enfermas OH. manifiestan que una de las principales causas del tratamiento de desintoxicación de sus cónyuges fue la irritabilidad.

Como dato marginal, se observa que encuestas realizadas en el mes del ingreso, bien sea por las manifestaciones del enfermo como por la familia el índice de acusación de irritabilidad es alto: 63 % en los hombres, 71 % en las mujeres. A medida que pasa el tiempo, las mujeres siguen recordando y a veces con más intensidad los accesos de agresividad, mientras que en los esposos de enfermas OH. el sentimiento negativo desciende notablemente. También es cierto que la mujer alcohólica golpea en contadas ocasiones al marido.

La forma de manifestarse esta agresividad con el cónyuge por parte del enfermo viene expresada en el siguiente apéndice.

CARACTER Y AGRESIVIDAD

¿Es distinto el carácter de su esposo/a bajo los efectos del alcohol?	
Hombres	93 %
Mujeres	73 %
<hr/>	
¿Se enfada bajo los efectos del alcohol?	
Hombres	86 %
Mujeres	52 %
<hr/>	
¿Insulta bajo los efectos del alcohol?	
Hombres	77 %
Mujeres	42 %
<hr/>	
¿Pega bajo los efectos del alcohol?	
Hombres	58 %
Mujeres	31 %
<hr/>	
100 %	

Creo que estas cifras son expresivas por sí mismas. Ese 58 % de esposos que golpean bajo los efectos del alcohol ocasionan en la dinámica familiar una serie de reacciones negativas en cadena difícilmente determinables en toda su magnitud, pero desde luego capaces de deteriorar la más sólida relación afectiva. Es de destacar el hecho de que las mujeres alcohólicas agreden también a sus esposos, aunque en menor proporción, 31 %.

No ha sido posible evaluar el comportamiento del cónyuge afectado, ni en qué número de casos es él quien provoca el enfrentamiento.

Respecto al apartado de depresión, hemos enmarcado en este grupo únicamente a los pacientes que ellos mismos o sus familiares declaran la depresión en primer plano en la ingesta de alcohol. Ya que todos los toxicómanos sufren una depresión generada por el síndrome de abstinencia. La depresión bajo los efectos del alcohol sería una causa de los suicidios en estado de embriaguez. En la casuística del trabajo aparece en un caso, difícil de valorar ya que sucedió en pleno Blak-aut.

TABLA III. A. IV. ESTADOS CONFUSO-ONIRICOS

ESTADOS CONFUSO-ONIRICOS CRONICOS

Hombres	2 %
Mujeres	0 %
<hr/>	
100 %	

ESTADOS CONFUSO-ONIRICOS SUBAGUDOS

Hombres	11 %
Mujeres	3 %
<hr/>	
100 %	

ESTADOS CONFUSO-ONIRICOS AGUDOS (Delirium Tremens)

Hombres	_____	15 %
Mujeres	_____	12 %
	_____	100 %

El número de Delirium Tremens, aunque acusado, sí aparece disminuido frente a estadísticas de psiquiátricos diez años atrás. El mismo dato constata en sus trabajos Jimeno Valdés, en la próxima región de Navarra.

No es fácil valorar si esta disminución es más aparente que real. Puesto que la hospitalización más precoz, la mejora de los medios de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas y traumatólogicas, causas desencadenantes del Delirium por una parte, y la asistencia masiva a enfermos en la Seguridad Social y el Hospital, hace sospechar que el tratamiento del Delirium va derivando en mayor número a estos centros. Con creciente frecuencia acuden a los servicios ambulatorios de la Unidad enfermos que han pasado un cuadro confuso-onírico en la Seguridad Social, y que una vez remitido su estado agudo, son enviados para su rehabilitación.

La malignidad y duración de los cuadros de Delirium Tremens ha descendido considerablemente, gracias a la efectividad de los tratamientos. En la unidad no se ha producido ninguna defunción por Delirium en los últimos cuatro años, teniendo en cuenta que las estadísticas clásicas hablan de un índice de mortandad entre el 3 y el 10 %.

TABLA III. A. V. ALUCINOSIS ALCOHOLICA

Hombres	_____	3 %
Mujeres	_____	9 %
	_____	100 %

Las alucinosis alcohólicas son poco frecuentes, y parece que intervienen una serie de factores concomitantes, por lo menos en los casos asistidos en la unidad. Aparecen con más frecuencia en mujeres que han tomado colonia, parece ser, aunque no es un dato muy valorable, debido a la dificultad de comunicación. Y en otras ocasiones, parece que han quedado como residuales a partir de un cuadro confuso-onírico subagudo domiciliario y no tratado. En la actualidad estamos recogiendo datos sobre las alucinosis para poder completar la información al respecto.

TABLA III. A. VI. SINDROMES PARANOIDES

Hombres	_____	15 %
Mujeres	_____	3 %
	_____	100 %

Se observa en la muestra una frecuencia bastante alta, lo cual no es extraño, dado que la asistencia se va a llevar a cabo en un Centro Psiquiátrico. En principio se plantea el diagnóstico diferencial entre un episodio de Esquizofrenia paranoide, una Paranoia celotípica, puesta en marcha o desenmascarada por el alcohol, o un síndrome agudo puramente alcohólico. Algunos autores ofrecen una casuística del 20 % de estos enfermos que derivan hacia un cuadro paranoide crónico.

Hay un cuadro agudo o subagudo que remite totalmente al desaparecer el tóxico, pero en la casuística presentada existe un 7 % de casos con una personalidad previa esquizoide, y han ido ampliando sintomatología a lo largo de los años, desde un cuadro de referencia simple a una sintomatología florida, alucinatoria e interpretativa, que remite mal, y se pone en marcha con cantidades mínimas de alcohol, o al dejar la medicación neuroléptica, lo que hace sospechar que se trata de cuadros francos de psicosis esquizofrénica.

TABLA III. A. VII. ESTADOS DEMENCIALES ALCOHOLICOS

S. de Korsakoff	— 0,5 % H.	
	0 % M.	
Otras formas	— 0,5 % H.	
	0 % M.	
	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	
		100 %

En la casuística del presente trabajo este capítulo ocupa un lugar mínimo, ya que existen en la provincia dos sanatorios psiquiátricos para enfermos crónicos.

TABLA III. A. VIII. SINDROMES MIXTOS Y CONFUSOS

Este capítulo incluye también a modo de cajón de sastre cuadros difíciles de precisar y valorar, o en espera de que su evolución nos permita llegar a un diagnóstico objetivo. La cifra mayor que se observa en el grupo de mujeres se debe en parte a la dificultad ya antes aludida de obtener datos de parte de las mujeres alcohólicas.

Hombres	— 0,5 %	
Mujeres	— 3 %	
	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	
		100 %

TABLA III. B. CONSECUENCIAS TOXICAS DEL ALCOHOL

TABLA III. B. I. COMPLICACIONES DE EXPRESION FUNDAMENTALMENTE SOMATICAS

Temblor	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	93 % H.
	<hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>	93 % M.

Pituitas Matutín	_____	77 % H.
	_____	78 % M.
Anorexia	_____	80 % H.
	_____	87 % M.
Insomnio	_____	69 % H.
	_____	56 % M.
Diarrea	_____	47 % H.
	_____	28 % M.
	_____	100 %

En este apartado los números son lo suficientemente elocuentes como para hablar por sí solos de la gran patología somática que acompaña a la toxicomanía alcohólica. Comprobamos que las cifras corresponden a las anteriores de Modos de Beber, y que alrededor de un 70 % de los enfermos presentan cuatro de los cinco síntomas expuestos, por lo que no cabe error diagnóstico. A efectos de tratamiento del toxicómano alcohólico, es enormemente importante evaluar con exactitud toda esta patología, puesto que junto con la irritabilidad, es la causa fundamental que lleva a tratarse al alcohólico en un 90 % de los casos.

TABLA III. B. II. CONVULSIONES ALCOHOLICAS GENUINAS

Hombres	_____	14 %
Mujeres	_____	18 %
	_____	100 %

El diagnóstico de los cuadros convulsivos entraña siempre una gran complejidad, máxime cuando el alcohol anda por medio. Es preciso establecer un diagnóstico diferencial con: a) Pérdida de conciencia de la intoxicación aguda. b) Cuadros hipoglucémicos matutinos. c) Caída con traumatismo craneal. d) Cuadros de anoxia por retrosprección de la lengua al estar caídos en decúbito supino, etc.

Si además lo complicamos con el hecho de que la familia no ha visto casi nunca el ataque, o que llama "ataque" a una enorme gama de alteraciones, desde el temblor disteriforme hasta el cuadro de agitación psicomotriz, comprendemos la dificultad de evaluación, si el paciente no tiene una nueva crisis durante su estancia en el centro. La lectura del E. E. G. tampoco arroja mucha luz en ocasiones.

A pesar de todo observamos que descartadas las epilepsias primarias, el número de convulsiones alcohólicas genuinas es bastante alto, y sigue creciendo sobre todo en jóvenes bebedores de colas y alcoholes de destilación.

También son clásicas en adultos muy demenciados ya por la fuerte ingesta de alcohol. Pero en la casuística presentada en este trabajo no contamos con enfermos de este tipo, ya que, al igual que los afectados por un Korsakoff, son tratados en hospitales de crónicos.

En algunos enfermos tratados ha aparecido por primera vez un cuadro convulsivo con E. E. F. positivo después de un cierto tiempo de rehabilitación (en un caso un año). Uno de estos casos resultó ser un tumor cerebral y los demás se hallan en este momento en observación.

TABLA III. B. III. SINDROMES NEURITICOS

Síndromes neuríticos de origen alcohólico	_____	66 % H.
	_____	37 % M.
Síndromes neurotóxicos de origen alcohólico	_____	12 % H.
	_____	6 % M.
Síndromes meningo encefalomielínicos	_____	2 % H.
	_____	3 % M.
	_____	100 %

Es interesante también hacer notar el elevado número de síndromes neuríticos, que corresponde a la anterior patología somática y al grado de alcoholismo con que llegan a la unidad.

No vamos a tratar ahora de su clínica, ya que se corresponde perfectamente con la descrita en cualquier tratado clásico.

TABLA III. B. IV. SINDROMES GASTRITICOS DE ORIGEN ALCOHOLICO

Hombres	_____	35 %
Mujeres	_____	21 %
	_____	100 %

APENDICE A LA TABLA III. B. IV. OPERADOS DE ESTOMAGO

Hombres	_____	9 %
Mujeres	_____	0 %
	_____	100 %

Alrededor de la patología gástrica de los enfermos alcohólicos se desenvuelve una de las mayores incógnitas sobre la toxicomanía alcohólica. No existe en absoluto una relación cuantitativa de causa a efecto.

Es cierto que el estómago entra de lleno en la patología psicósomática, lo cual puede hacer disminuir o matizar algunas diferencias. Pero, de todas formas, es un hecho comprobado día tras día que bebedores de grandes cantidades de alcohol diariamente y en ayunas no presentan patología gástrica alguna.

Hay que delimitar a efectos de estadística, que una cosa es que el

enfermo "no sienta el estómago", y otra que haya una afectación real del mismo. Mientras que el 77 % de los varones aseguran que tienen pituitas matutinas (que suelen achacar al tabaco), solamente refieren tener "gastritis" con acidez, sensación de plenitud, etc., un 35 % de ellos. Lo cual hace sospechar la existencia de posibles cuadros de tipo de aclorhidrias y atrofiás gástricas "que no se sienten".

(El estudio más detallado de toda esta patología requiere una mayor riqueza exploratoria, que no es posible realizar en un Hospital Psiquiátrico.)

Respecto a los operados de estómago, la cifra es bastante alta, datos con los que están de acuerdo infinidad de autores. Teóricamente habría que pensar que un resacado gástrico bebedor presentará una patología más grave y precoz que aquel que conserva su estómago. Pues bien, en la casuística con que contamos no se observa ninguna diferencia de síntomas entre unos y otros. Y a modo de anécdota diré que precisamente dos de los más fuertes bebedores son resacados gástricos, con poca patología somática. (Realmente hay personas en las que no se puede explicar la relación entre la cantidad de bebida que ingieren y la casi nula patología que presentan, es incomprensible.)

TABLA III. B. V. PROBLEMAS HEPATICOS ALCOHOLICOS

Insuf. hepática	_____	61 % H.
	_____	46 % M.
Cirrosis hep.	_____	16 % H.
	_____	18 % M.
	_____	100 %

El diagnóstico de estos problemas se realiza mediante los datos clínicos y los análisis sistemáticos de pruebas hepáticas en sangre y orina. En casos más graves se acompañan de exploración del factor de coagulación.

Algunos autores afirman que, realizándose biopsia sistemática, se encuentra con mayor frecuencia cuadros de esteatosis o cirrosis hepáticas. De todas formas las cifras apuntadas con anterioridad son ya demostrativas de la frecuencia de este tipo de alteraciones, a pesar de los limitados medios de diagnóstico.

Ultimamente estamos sistematizando en la unidad la gamma glutámico-transpeptidasa, pero los datos aportados están aún sin elaborar.

TABLA III. B. VI. SINDROMES PANCREATICOS ALCOHOLICOS

Hombres	_____	3 %
Mujeres	_____	0 %
	_____	100 %

TABLA III. B. VII. SINDROMES PELAGROIDES ALCOHOLICOS

Hombres	_____ 4 %
Mujeres	_____ 0 %
	_____ 100 %

TABLA III. B. VIII. MIOCARDOSIS ALCOHOLICA Y SINDROMES CARDIORRESPIRATORIOS

Hombres	_____ 14 %
Mujeres	_____ 0 %
	_____ 100 %

Las cifras son bajas y tienen una validez relativa, ya que se obtienen en un Hospital Psiquiátrico, sin la comprobación exploratoria sistemática a fondo. Únicamente se anotan los cuadros muy clásicos y que destacan en gran número sobre el resto de la muestra.

En posteriores revisiones se observa con bastante frecuencia un aumento de cuadros anginosos y pseudoanginosos en antiguos bebedores de whisky —suelen tratarse estos casos de un tipo de bebedor de nivel alto y sometido a un fuerte stress—. También se observa el mismo síndrome en alcohólicos “rehabilitados”, que cambian su habituación alcohólica por la cafeínica.

No se debe perder de vista por un momento que este trabajo está llevado a cabo en una unidad psiquiátrica. Hasta que no obtengamos datos mediante encuesta, de una serie de servicios clínicos diferentes, no podremos evaluar en toda su complejidad la patología del alcoholismo.

TABLA III. B. IX. DISENDOCRINIAS ALCOHOLICAS

Gonadales	_____ 0,5 % H.
	_____ 15 % M.
Hipererotismo	_____ 19 % H.
	_____ 12 % M.
Hipoerotismo	_____ 49 % H.
	_____ 24 % M.
Impotencia	_____ 38 % H.
Esterilidad	_____ 1 % H.
	?
Senilidad precoz OH.	_____ 5 % H.
	_____ 9 % M.
	_____ 100 %

Sobresale la gran frecuencia de enfermos afectos de hipoerotismo e impotencia. Y quizá las cifras reales sean más elevadas, ya que es un tema sobre el que el alcohólico no se presta con facilidad a hablar, máxime a comunicar su alteración. Ofrece especial dificultad la obtención de datos en los solteros.

La impotencia está ligada en muchas ocasiones a la depresión postratamiento. Y es difícil discernir cuándo es anterior al tratamiento, sobre todo, en un tipo de enfermo que achaca todos sus problemas a la medicación, debido a la falta de voluntariedad en su tratamiento.

El número de abortos en mujeres alcohólicas es elevado, al igual que los casos de esterilidad. Pero no se adjuntan por desconocer la tasa de abortos espontáneos, que permitirían establecer un juicio comparativo.

Tres de las mujeres incluidas en la muestra han tenido hijos con malformaciones del tipo de: labio leporino, aplasia de cadera y meningocele. Dos de ellas llevaron su período de embarazo mientras bebían, y la otra a los cinco meses de rehabilitación, sin beber y bajo medicación ansiolítica.

APENDICE A LA TABLA III. B. IX.

COMPORTAMIENTO SEXUAL DEL ALCOHOLICO EN LA VIDA MATRIMONIAL

El 65 % de las esposas de alcohólicos refieren que habitualmente es agradable para ellas hacer uso del matrimonio.

El 70 % de las esposas de alcohólicos se niegan a tener relaciones sexuales cuando el esposo las solicita en estado de embriaguez o bajo los efectos del alcohol.

A pesar de esta negativa, el 24 % de estas esposas son forzadas a mantener relaciones sexuales cuando el esposo se encuentra afectado por una fuerte ingesta de alcohol.

Respecto a los esposos de mujeres alcohólicas, el 36 % se niegan a tener relaciones sexuales cuando su esposa ha bebido una fuerte dosis de alcohol.

Y el 15 % de los esposos refieren ser forzados a tener relaciones sexuales con sus esposas cuando ellas están bajo los efectos del alcohol. La obtención de otros datos sobre los hábitos sexuales del hombre y la mujer alcohólicos ha resultado imposible por razones obvias.

TABLA III. C. PROBLEMATICA MATRIMONIAL

Hombres	_____	62 %
Mujeres	_____	65 %
	_____	100 %

Ya hemos visto en el apartado de irritabilidad-explosividad la grave problemática producida por el alcoholismo dentro de la dinámica fami-

liar. La situación de conflictividad permanente que mantiene día a día el alcohólico en el seno familiar es generadora de alteraciones a todos los niveles, tanto en la relación dual de los esposos, como en relación a los hijos de ambos.

El "hijo de alcohólico", además de ser un personaje tópico dentro de la novelística mundial, y motivo de la búsqueda de medios económicos de distintas sociedades caritativas y filantrópicas: "es que su padre es alcohólico y no trabaja", que procuran su subsistencia, es sobre todo una persona que acude con bastante frecuencia a un sanatorio psiquiátrico para el tratamiento de su alcoholismo. La afluencia de enfermos que cuentan entre sus antecedentes con un familiar alcohólico ya la hemos comentado en un apartado anterior.

No sólo la irritabilidad, sino el fracaso laboral, la inafectividad, la pérdida de nivel social y la suma de vejaciones sociales... rodean a la familia del alcohólico de un clima dantesco, y únicamente se mantiene en ocasiones por la fuerte presión social en que se mantiene la estructura matrimonial.

Este capítulo está más ampliamente estudiado en la Unidad con motivo de la ponencia presentada a la Mesa Redonda sobre "Psiquiatría y Problemática Matrimonial" en Zamudis 1975, con el título de "Repercusión del alcoholismo en la dinámica matrimonial". Con anterioridad hemos esbozado algunos datos y conclusiones. Vamos ahora a comentar los más interesantes.

COMPLEMENTO TABLA III. C. PROBLEMATICA FAMILIAR

Noviazgo	El 24 % de los hombres acusan ya problemas con el alcohol. El 10 % de las mujeres tienen ya problemas.
Primeros años de matrimonio	El 53 % de los hombres tienen problemas producidos por el alcohol. Y el 31 % de las mujeres.
Momento presente	El 86 % de los hombres tienen problemas derivados del alcohol. Y el 73 % de las mujeres.

REPERCUSION DEL ALCOHOLISMO EN LA ECONOMICA FAMILIAR

El 60 % de los hogares en que es el hombre alcohólico tienen problemas serios ocasionados por el alcohol.

Cuando es la mujer la alcohólica, se presentan problemas económicos derivados del alcohol en el 18 % de sus hogares.

El 41 % de las esposas de los enfermos alcohólicos tienen que trabajar para mantener la economía familiar.

REPERCUSION DEL ALCOHOLISMO EN LOS HIJOS

En el 55 % de los hogares donde el padre es alcohólico se presenta problemática con los hijos.

Si la madre es alcohólica, los problemas con los hijos se reducen hasta un 33 %.

En el 18 % de los hogares donde el padre es alcohólico el problema con los hijos es grave.

Y el 8 % en el caso de ser la madre la alcohólica.

En el 10 % de los hogares de padre alcohólico se ha marchado por lo menos un hijo a temprana edad por no aguantar la diaria conflictividad y enfrentamiento de los padres.

Estas cifras nos acercan un poco a la grave situación producida por el alcoholismo en cientos de hogares. Si además recordamos que la casuística se ha recogido entre enfermos relativamente jóvenes y conservados, los datos que pueda ofrecer un Sanatorio de crónicos deben ser realmente pavorosos.

Observamos que el 24 % de los hombres y el 10 % de las mujeres tenían ya problemas con el alcohol durante el noviazgo. Al preguntar a las esposas cómo se habían casado en estas condiciones, la respuesta casi universal es lo más parecido a "creí que al casarse se le iba a pasar...". La mítica del matrimonio como curativo de todos los males sigue vigente no sólo en lo relativo al alcoholismo, sino que es útil desde los casos de acné hasta los de esquizofrenia. Los esposos de mujeres alcohólicas suelen decir: "No creía que era para tanto... hasta que vivimos juntos", ya que casi siempre bebían juntos y su estado no tenía ninguna repercusión, hasta que las obligaciones familiares la descubrían.

Llama la atención que las cifras de enfermos con problemas se doblan desde el noviazgo hasta los primeros años del matrimonio. Es desconcertante la falta de comunicación y desconocimiento casi absoluto del otro miembro, como lo demuestra el hecho de que un 29 % de estas esposas desconocían por completo el problema de sus maridos hasta vivir con él. Algunas refieren empezar a tener conciencia de él o sospecharlo a partir del viaje de novios.

Como dato sorprendente tenemos el hecho de que según la tabla del P. A. N. A. P. realizada al ingreso en la unidad del enfermo, sólo refieren tener problemas el 62 % de los matrimonios. La encuesta presentada en este trabajo está realizada entre dos a seis meses después de su tratamiento, y tras varios contactos con la familia mediante las sesiones de grupo familiar y entrevistas personales, contestando que tienen problemas el 83 % de los varones. Al comparar tablas y preguntar a las esposas la causa de la divergencia, suelen contestar: "Dije que no teníamos problemas y nos llevábamos bien porque mi marido me dijo que si decía algo se vengaría...". Esta respuesta con una serie de variantes que puede ir desde la amenaza de muerte a la de abandono de hogar, es otro

dato que ilustra sobre el estado tan desesperado en que viven muchas de estas familias.

Es también un hecho corriente que al tratar de recuperar un enfermo que se ha perdido de vista y está bebiendo, la Asistente Social se encuentre con una mujer atemorizada y con pánico de colaborar, por haber sido golpeada o chantajeada en forma de amenaza. Dramáticamente algunas de estas esposas han acudido a alguna autoridad no habiendo sido atendidas. Situación bastante extendida en los países de la zona mediterránea, donde el golpear a la esposa se considera poco menos que normal, como aquello de "si su marido lo ha hecho por algo será... si ella lo merece". No se trata de ninguna exageración o deformación de la realidad, y los datos han sido obtenidos en 1975.

Con respecto a la maduración afectiva de los hijos cuyo padre o madre es alcohólico, es obvio que tiene que haber más problemática que el tanto por ciento que arroja la muestra. Pero en la encuesta teníamos que obtener datos objetivos, y considerábamos que la situación era grave cuando el hijo tenía que interponerse entre los padres para defender a la madre, o tenía que golpearlo para evitar su actuación agresiva, o situaciones semejantes.

El que el 40 % de las esposas (...) tengan que trabajar (a todos los niveles sociales) fuera de casa para ayudar a la economía familiar, es un dato revelador por sí solo, teniendo en cuenta el tanto por ciento tan pequeño de mujeres españolas de toda la población que trabajan.

TABLA III. C. COMPLICACIONES LABORALES

Desajuste laboral	_____ 32 % H.
	_____ 25 % M.
Absentismo	_____ 23 % H.
Inestabilidad laboral	_____ 20 % H.
Degradación laboral	_____ 14 % H.
Incapacidad laboral	_____ 8 % H.
	_____ 100 %

La problemática laboral es relativamente alta para englobar a un tercio del total de los varones. Pero en Vizcaya la tolerancia con respecto al alcoholismo es altísima, habiendo empresas que funcionan con plantillas en que más del 30 % del personal es alcohólico crónico. Casi siempre cuando hay problema laboral, es porque el enfermo ha pedido "la cuenta" en un momento de irritabilidad y es frecuente que contra mayor sea la empresa más fácilmente le admiten. En la actualidad y en los próximos años este capítulo dará un cambio sustancial, ya que la mecanización y especialización de las empresas y la competitividad llevan a una situación en que para poder mantener un nivel de rendimiento y de beneficios es preciso la mejora del personal y su máximo aprovechamiento; por lo que en los últimos meses se ve una gran

inquietud en varias empresas para erradicar el alcoholismo, cuando hace muy pocos años las mismas daban alcohol a bajo precio a los obreros para mantener el rendimiento.

Situación que en nuestro país se agrava en Cataluña donde casi un 80 % de las consultas en las unidades de alcoholismo es debido a problemática laboral, mientras que en las nuestras no representa más del 40 % y acompañada de otra sintomatología de ingreso. De la muestra descrita sólo un 2 % había ingresado en la Unidad únicamente llevado por su problemática laboral.

TABLA III. C. CONDUCTA ANTISOCIAL

Menor	_____	18 % H.
	— 3 % M.	
Mayor	_____	3 % H.
	— 3 % M.	
	_____	100 %

A pesar de la grave conflictividad y de la problemática que plantea el alcoholismo, vemos que en este capítulo la cifra del 18 % es prácticamente irrisoria, ya que representa como máximo una multa o pasar una noche en el calabozo del pueblo. Si recordamos que el 58 % de los esposos embriagados agredían de "palabra y obra" a la esposa y que un 33 % de las esposas se habían tenido que ir de su hogar en estos momentos, nos confirma la enorme tolerancia con que cuenta el alcoholismo en nuestro medio. Entre el triste anecdótico que todos los que tratamos alcohólicos poseemos, siempre recordaré un enfermo que ingresó por haber matado una vaca al azuazarla con el akuyu (es un palo con una punta de hierro) atravesándole los intestinos en estado de embriaguez. Al hablar con la esposa quedé sorprendido por una cicatriz horizontal que le cruzaba un carrillo, y me dijo que se la había hecho el marido con la azada estando bebido: "Por poco me mata, y porque le esquivé, que si no, me abre la cabeza." Cuando le pregunté cómo no le había denunciado para traerle antes a ingresar me dijo, que lo había hecho y que le habían contestado "sus razones tendrá...". Pero que ahora lo de la vaca era más serio...

Dentro de los considerados como "conducta antisocial mayor" hay dos en la muestra que dispararon una escopeta de cartuchos, uno a la esposa y otro a la madre, en estado de embriaguez; únicamente habían sido castigados con una multa y pérdida de la licencia de armas, e ingresaron en la Unidad bastantes años más tarde "por perder el apetito".

TABLA III. C. PERDIDA DE NIVEL SOCIAL

Pérdida nivel social	_____ 4 % H.	
	_____ 3 % M.	
Degradación social	_____ 1 % H.	
	_____	100 %

La cifra es muy baja, pues la mayoría de los enfermos, por pertenecer a niveles muy bajos, les es muy difícil descender más o acusarlo.

TABLA COMPLEMENTARIA ALCOHOLISMO Y CONDUCCION DE VEHICULOS

Carnet de conducir	_____ 19 % H.	
Coche o moto	_____ 16 % H.	
	_____	100 %

El 68 % de los poseedores de carnet de conducir han sufrido una o más veces un accidente de circulación grave influenciados por el alcohol.

La cifra en realidad debe ser mucho mayor por todas las causas anteriormente aducidas, pero así y todo es enormemente gráfica.

Se observa que muchos de los enfermos que por su nivel económico pueden adquirir coche, suelen referir "que con lo que beben no se atreven...".

Lo normal es que las cifras sean mucho más altas en bebedores del tipo IV, o en los puramente ocasionales.

Se intentó conseguir las cifras de accidentabilidad laboral y un valor aproximado de las bajas laborales, pero nos ha sido imposible.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El problema del alcoholismo como enfermedad puede resumirse básicamente "como las consecuencias producidas por el alcohol..." y añadir "en el cuerpo humano...". Pero al intentar avanzar en su etiología encontramos tal serie de complejas implicaciones que hace desbordar todo intento de resumir el problema.

Glidewell en 1959 enunciaba que únicamente se puede intentar estudiar el alcoholismo desde un enfoque multipluralista e interdisciplinario, ya que: "CON RESPECTO A SU APARICION Y AL CURSO DE DESARROLLO EN UNA COMUNIDAD, EL ALCOHOLISMO ES UN FENOMENO SOCIAL. EN RELACION CON LA INTERACCION DE LAS NECESIDADES DE LA PERSONALIDAD INDIVIDUAL, EL ALCOHOLISMO ES UN FENOMENO PSICOLOGICO. EN LO QUE SE REFIERE AL RESULTADO DE LAS COMBINACIONES, EL ALCOHOL ES UN FENOMENO BIOLOGICO. EN SUS COMBINACIONES DIRECTAS CON LOS FLUIDOS Y LOS TEJIDOS DEL

CUERPO, LA ABSORCION DEL ALCOHOL CONSTITUYE UN FENOMENO QUIMICO..."

Las variaciones respecto a estas cuestiones son innumerables. Cada momento histórico, cada país, cada región, cada pueblo e incluso cada individuo, tiene un peculiar modo de beber que le diferencia de los demás, y que hace que el binomio causa-efecto sea totalmente diferente.

Ya hemos visto en el desarrollo del trabajo, que desde que el hombre descubrió el alcohol, lo aceptó de manera tan íntima y con una repercusión afectiva tan enorme, que se encuentra integrado en una especie de conciencia universal, conceptualizado como uno de los grandes bienes del hombre, inmediatamente detrás y muy próximo a los alimentos.

Desde entonces (salvo excepciones) se ha desarrollado, estimulado, aprobado, socializado, aconsejado con todos los medios que la sociedad tiene, para promocionar su producción y consumo. Aparece en todas las manifestaciones en que está envuelto el hombre, desde las religiosas a las políticas. Siempre que el hombre intenta celebrar o sintonizar con sus semejantes, el alcohol es parte indispensable en todos los rituales.

El alcohol ofrece una serie de peculiares efectos que han provocado esta situación. Por su acción a nivel de la corteza humana deprimiéndola y liberando los substratos subyacentes, genera lo que tan simplemente llamamos "efectos ansiolíticos y euforizantes". Dicho tan banalmente, parece que se resta importancia a un hecho de repercusión tan extraordinaria en el hombre: el hallazgo de una sustancia obtenida fácilmente de la naturaleza, capaz de liberar al hombre de su "angustia", darle unos segundos de "felicidad" y facilitarle el poder ser en un momento "otro YO" diferente al real, poder ser "mi dios y mi rey".

Se ha adornado al alcohol de tantas cualidades divinas, que es difícil encontrar alguna acción farmacológica que no se le atribuya. Ha sido considerado "panacea universal" por ser "espíritu divino". En la actualidad en la conciencia general, además de "remedio para todas las tristezas y las penas..." se utiliza como "anestésico", "antianoréxico", "digestivo", "antiasténico", "reconstituyente", "fortalecedor", "estimulante", "activador de la creación", "antiséptico", "antitusígeno", "antidepresivo", "vasodilatador coronario", "carminativo", "calorífico", "resucitador" y miles de calificativos más.

Hasta tal punto está incorporado a la mentalidad popular que en pleno siglo XX, viéndose constantemente la severa problemática que plantea y constituyendo una pandemia que vienen padeciendo las civilizaciones desde los primeros datos históricos que conocemos, muy pocos gobiernos han intentado poner freno a su consumo enfrentándose con la problemática, y mucho menos, los países en que su cultivo y producción representa parte o casi la totalidad de su economía.

La civilización industrial con toda la problemática sociológica planteada, desde su dependencia productiva y sistemas de competencia a una masificación del individuo, con una pérdida total de su identidad; la

perenne conflictividad que ocasiona la búsqueda de realización a nivel religioso, familiar o político; la constante estimulación y bombardeo por toda clase de aferencias; el desbordamiento de los medios de comunicación, etc., no hacen más que aumentar la angustia primera del hombre. Cada vez su corteza cerebral contiene mayor número de datos que le causan más y más conflictos. Las enfermedades psicosomáticas aumentan en proporción geométrica y el hombre necesita "drogarse". Si le quitamos el alcohol, lo sustituye por fármacos y otro tipo de drogas. Por eso, en la actualidad se sigue estimulando el consumo del alcohol ya que "al fin y al cabo se considera un mal menor y bien visto".

El alcohol se obtiene por fermentación o destilación de los hidratos de carbono. A partir de ahí es manipulado de tal forma, que sólo una mente tan desarrollada como el hombre, es capaz de imaginar. En el transcurso del tiempo ha pasado por una serie de fases que le han llevado "de ser sustancia de mínima repercusión patológica a un producto incontrolable". La destilación permitió aumentar su graduación a niveles intolerables y pasó de ser un "zumo fermentado" a la "fuerza viva".

A través del tiempo se han ido cambiando las concentraciones. En cambio su consumo ha permanecido inmutable, y aumentando a medida que el nivel económico era mayor. En mi opinión la gravedad del alcoholismo en el momento actual radica en que, persistiendo los mismos rituales y toda su carga tradicional, la concentración del alcohol ha mutado a niveles muy superiores por encima de la tolerancia. Este es un hecho universal y ocurre del mismo modo con las drogas. Mientras que los pueblos asiáticos contemporizaban con el opio, se han visto desbordados por el problema en el momento en que se ha ido cambiando su uso por los derivados, heroína y cocaína. O los países árabes, habituales consumidores de haxís o grifa, en la actualidad asustados frente al aceite de haxís, etc.

En nuestro país en los últimos años, se puede decir que desde la década del 70 se ha variado totalmente el consumo, pasando del habitual vino, a los combinados o bebidas destiladas por encima de los 40 grados. Santo Domingo en 1966 refiere que el 60 % de los alcohólicos consumían sólo vino, y en 1970 la cifra descendió hasta un 30 %. En la casuística de los ingresados en nuestra unidad, no hemos visto a ningún enfermo menor de treinta años que sea consumidor únicamente de vino, siendo habitualmente bebedores de asociaciones de cola y destiladas.

En los dos últimos años toda la prensa del norte de España refiere con relativa frecuencia noticias sobre la problemática de los excedentes de vino, falta de bebidas, pérdida de mercados, etc., no hemos recogido ninguna noticia de que una importadora o destilería haya tenido problemas.

Resumiendo: En la actualidad contamos con un tóxico que es el alcohol, fácil de obtener y producir, estimulado y aconsejado su con-

sumo y que es constantemente objeto de oferta y demanda, debido a sus efectos.

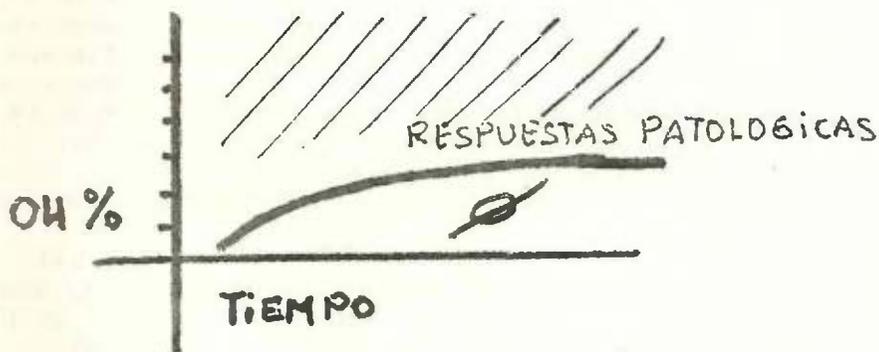
Desde el punto de vista patogénico y etiológico, cada individuo lo consume y reacciona de una forma diferente según una serie de variaciones infinitas.

Básicamente hay dos cuadros: agudo y crónico.

El agudo se produce por la ingestión de una cierta cantidad por encima de lo tolerado en un corto espacio de tiempo.

Y el crónico es la respuesta del cuerpo a la exposición permanente al tóxico, su definición es fácil. Pero cada individuo, según su integridad orgánica, tolerancia metabólica, concentración de alcohol, sustancias añadidas, momento tónico, e innumerables factores, que van desde la concentración iónica atmosférica, a la intensidad de descanso nocturno... establece una relación causa-efecto diferente.

Teóricamente podemos utilizar un eje de coordenadas, poniendo en la horizontal el tiempo y en el vertical los gramos de alcohol. Nos dará una curva, por encima de la cual aparecerán los efectos patológicos y por debajo, los efectos no patológicos. Pues bien, esta curva varía, ya sea en la intoxicación aguda o en la crónica, dependiendo de innumerables factores y siendo personal de cada individuo y en un momento dado.



A raíz de los datos obtenidos en nuestra casuística, obtenida en Vizcaya en los años 74 y 75, podemos deducir una serie de hechos que intenten contribuir mínimamente a la etiopatogenia del alcoholismo.

EL FACTOR SEXO.—En las distintas unidades de alcoholismo de Vizcaya se mantiene una incidencia de cinco hombres por una mujer; siendo el índice más alto de la nación. Se puede achacar como causa, la participación de la mujer en el mismo ambiente laboral y social que el hombre; por lo que, al tener que alternar y manejar los mismos rituales que los varones, se acepta su consumo de alcohol y entra rápidamente en un beber habitual. Es un hecho comprobado que a medida que la

mujer participa en los mismos intereses que el hombre aumenta su alcoholismo.

FACTOR EMIGRACION.—Se suele aceptar que el emigrante pasa por una serie de circunstancias stressantes y culturales que le hacen presa fácil del alcohol. En nuestra casuística vemos que proporcionalmente ingresan más los nacidos en Vizcaya que los emigrantes. También suele decirse que en Vizcaya los emigrantes intentan integrarse con los nativos en sus rituales como el "chiquiteo". Al estudiarlos individualmente vemos que esto no es cierto o no del todo, ya que los emigrantes casi siempre son bebedores de aguardientes o copas en ayunas, tradición que mantienen de su medio social anterior y con una gran frecuencia beben solos o, como mucho, en una taberna habitual o en la "partida".

Ingresan con la misma edad que los nativos. Es de señalar el dato de que el 37 % de mujeres emigrantes, llevan menos de cinco años en Vizcaya, no hay ninguna de cinco a diez años y el 62 % llevan más de diez años. La causa es la anteriormente esbozada, el mayor número corresponde a bebedoras de vino o cerveza que han hecho lentamente su alcoholismo a través del tiempo. El resto son jóvenes trabajadoras que han entrado en contacto con alcoholes de fuerte graduación produciendo una rápida sintomatología, que ha llevado en su entorno a buscar consejo médico.

FACTOR ESTADO.—En los varones no hay ninguna variación extraordinaria. En cambio, en las mujeres vemos una cifra elevada de casadas, 81 %, frente a solteras, 12 %. Esta diferencia tan patente es debida a la intolerancia social frente a la intoxicación alcohólica de la mujer y sus consecuencias. Mientras el novio estimula e incluso enseña a beber a su compañera, en cuanto está casada y presenta un mínimo síntoma y no cumple con "sus labores" es rápidamente ingresada.

EDAD.—El factor edad es importante. Vemos cómo en los hombres la cifra de máxima incidencia oscila entre los 40 a 50 años, tras una exposición al alcohol de 20 a 30 años. En cambio, en las mujeres la curva se mantiene elevada desde los 20 a los 50 años. Aquí se suman los dos factores anteriormente dichos, por un lado la falta de tolerancia del hombre frente al alcoholismo de su esposa, y por otro, el consumo desde muy jóvenes de fuertes dosis de alcohol y que produce cuadros polimorfos que requieren su tratamiento.

FACTOR PROFESION Y NIVEL SOCIAL.—En las unidades de alcoholismo, debido a una serie de factores socioeconómicos y culturales, ingresan proporcionalmente más los de economía más escasa, ya que los de mayores posibilidades económicas pueden permitirse su tratamiento en clínicas privadas.

En cuanto a las profesiones, aunque no estén resumidas en cuadro, podemos apreciar una mayor incidencia de ingresados en las llamadas profesiones de mantenimiento: como hojalateros, pintores, empapeladores, albañiles. Parece ser que se debe a mínimo control, fácil deambular por la calle y la costumbre habitual en la mayoría de las casas de

“ofrecer una copita o un vasito de vino”. En cambio los que menor incidencia dan son los bancarios, por causas totalmente contrarias a los anteriores, y los estudiantes por falta de dinero.

FACTOR CAUSAL DEL HABITO ALCOHOLICO.—En nuestro estudio la causa primera del mayor porcentaje es el ambiente alcohólico de la sociedad. En algunos trabajos sobre alcoholismo se dice “que el alcohólico es un bebedor neurótico que toma alcohol para compensar sus frustraciones, etc.”.

Hemos comprobado con sorpresa que, en nuestro medio, hay muchísimos más neuróticos que no beben o lo hacen de forma insignificante respecto a los bebedores fuertes.

Igual ocurre con otros tipos de enfermos psíquicos; es rarísimo que un epiléptico beba, debido a las graves consecuencias que acarrea el alcohol para él y tiene que estar muy deteriorado para hacerlo.

Antes hemos visto que los bancarios, que tradicionalmente se utilizan como ejemplo en patología médica por sus afecciones psicósomáticas, es el grupo laboral de menos incidencia de alcohólicos, ya que la total intolierancia de su medio frente a la persona que toma alcohol, evita el consumo. Y en cambio, los hojalateros, de los que no voy a discutir su problemática, pero que sí están en un medio en que se les incita a beber, son los que más número de ingresos representan. Es enormemente demostrativo que las empresas en las que se vende alcohol y se toleran sus efectos presentan una tasa de alcohol muy elevada, con respecto a las empresas donde ni se vende alcohol, ni se tolera su consumo, aunque todos los demás condicionamientos sociales, económicos y alimenticios sean iguales.

Dentro de una sociedad como la nuestra en que el niño desde antes de nacer está consumiendo alcohol, se acostumbra a verle integrado en todas las manifestaciones sociales, se puede decir, sin pecar de exageración, que en Vizcaya las personas que no beben en la mayoría de los casos no toleran el alcohol, o presentan sintomatología negativa muy rápidamente o muy intensa que no les compensa. Será motivo de un trabajo estadístico próximo; pero casi todos los abstemios (salvo excepciones) suelen ser jaquecosos, o gástricos; también los afectados de patología psicósomática y los neuróticos hipocondríacos suelen ser muy poco bebedores (dentro ya de la patología).

MODO DE BEBER.—Vemos claramente como a su ingreso en la Unidad el 78 % de los varones y 81 % de las mujeres son clasificados en el grupo tres, definido por Toxicomanía Alcohólica. Los bebedores no habituales y con pérdida de control, que pertenecen al grupo cuatro, suelen ser consumidores de bebidas de destilación, y por lo tanto, más clásicos en U. S. A. y países nórdicos. En nuestra casuística van aumentando pero no suelen ingresar, apareciendo más por los servicios de urgencia, o de policía, debido a los efectos explosivos.

HERENCIA.—Alrededor del 25 % de los varones y mujeres tienen un padre o madre alcohólico, lo cual da una tasa elevadísima e indica que

hay un factor hereditario. Lo que podemos especificar es si se debe a un factor metabólico que indique una sensibilización mayor a hacer una toxicomanía, o un ambiente social donde se está en contacto con el tóxico desde muy temprana edad, o si la madre acostumbrada a ver los efectos del alcohol en el esposo ingresa al hijo al primer síntoma, mientras conserve aún su autoridad; o también, si los hijos de alcohólicos presentan habitualmente más trastornos caracterológicos y de inmadurez... En realidad más parece el primer factor, ya que en la casuística, tenemos hijos de alcohólicos rehabilitados que no han dejado beber nunca a los hijos y que, además, suelen ser un caso entre varios hijos que son abstemios; y normalmente la madre que tiene un esposo alcohólico no suele dejar beber a los hijos y no tiene alcohol en casa.

Si intentamos ver la etiopatogenia a través de la sintomatología observamos que entre las consecuencias psíquicas lo más habitual es la presentación de irritabilidad —en el 63 % de los casos—. Estados Confuso Oníricos —en el 28 %—. Y Paranoides —18 %—. En este capítulo únicamente podemos indicar que la causa primera de ingreso de jóvenes es la presentación de cuadros de intensa agitación psicomotriz, después de consumo de asociaciones de cola-bebidas destiladas, y que presentan con extraordinaria frecuencia episodios de epilepsia-alcohol, con trazados E. E. G. de inmadurez cerebral o también llamados de dismetabolismo centroencefálico.

Esta observación es clara y patente en casi todos los ingresos de jóvenes, ya sean hombres o mujeres, apareciendo convulsiones alcohólicas genuinas en el 14 % de los hombres y en el 18 % de las mujeres.

La depresión cortical que produce el alcohol y la desinhibición de estructuras más profundas, promueve cuadros de enorme excitación psicomotriz y desencadena epilepsia en jóvenes con trazados inmaduros, asociados a ingestas importantes de alcohol. Dentro de la Unidad de Alcoholismo se utiliza como axioma constantemente corroborado con la práctica, que "a la misma cantidad de alcohol el que primero ingresa es el epiléptico, segundo el que presenta un trazado de inmadurez y tercero el hijo o hija de alcohólico. Los demás pueden hacerlo incluso diez años después..."

Los síndromes neuróticos se presentan en un 63 % de la muestra, y no se puede asociar estadísticamente a nada.

Desde el punto de vista de afectación somática, teniendo en cuenta la imprecisión de los diagnósticos en una Unidad dentro de un Sanatorio Psiquiátrico y que para hacer un diagnóstico correcto habría que realizar biopsias, lo que es traumático y antieconómico, vemos que alrededor del 70 % de los enfermos de ambos sexos, presentan cuatro síntomas conjuntos, como son: temblor, pituitas, anorexia e insomnio; el más frecuente es el temblor, 93 %.

La afectación hepática dentro de la historia y análisis rutinarios aparece en un 61 % en varones y 46 % en mujeres (debido a su ingreso más precoz) y cirrosis en el 16 % y 18 % de los casos. Por los trabajos

publicados se sabe que si se realiza biopsia, todos los bebedores de los grupos II y III presentan degeneración grasa.

Los problemas gástricos vemos que sólo afectan a un 35 %. Es habitual decir que los resecaos gástricos presentan más rápidamente una toxicomanía alcohólica, por el rápido paso a la sangre del alcohol. En nuestra casuística contamos con el 9 % de varones y 0 % en resecaos de mujeres, no habiendo ninguna diferencia con los bebedores no operados.

No hemos podido encontrar ninguna reacción causa-efecto de toda esta sintomatología y la de las demás tablas en cuanto a características destacables. Hay una individualidad total. Lo mismo se puede encontrar bebedores de grandes cantidades de alcohol con mínima sintomatología, que el caso contrario. Sucede lo mismo respecto a la hora en que beben, tipo de alimentación...

Se puede decir que algunos de los que beben una dosis excesiva de alcohol, al cabo de unos veinte años de promedio, presentan un cuadro de toxicomanía alcohólica grave, con una serie de síntomas orgánicos y psíquicos, de los que los más habituales son la irritabilidad, Delirium tremens, paranoia y, somáticamente, temblor distal, anorexia, pituitas matutina, insomnio, así como problemas matrimoniales y sociales.

Como vemos es enormemente impreciso y decimos "algunos" porque hay bebedores por encima de las cifras standard de alcohol y metabolismo que manejamos que no presentan ninguna sintomatología. Keller, refiriéndose a los Estados Unidos, se hacía la misma pregunta en 1956, "el alcohólico se convierte en adicto, o por lo menos se habitúa, a una sustancia que no produce adicción en el no alcohólico, ya que en U. S. A. 70 millones de personas beben socialmente y sólo 5 millones tienen problemas...".

La pregunta sigue en pie. En los últimos años han aparecido cientos de trabajos intentando demostrar la existencia de un sistema enzimático culpable de este cuadro. Pero, aunque cada poco tiempo se encuentra aumentada una coenzima de la larga cadena derivada de la degradación del alcohol, tampoco esta alteración es objetiva, sino totalmente individualizada.

Respecto a la intoxicación aguda, los estudios y la observación clínica realizada, sí nos permite decir que hay una disposición para hacer cuadros de excitación psicomotriz, enormemente aparatosos, con rápida pérdida de control, en jóvenes con inmadurez cerebral bioeléctrica.

Con relación al alcoholismo crónico únicamente podemos aducir la existencia de un factor hereditario, que requiere por otra parte ser estudiado desde un prisma nuevo. Ya que encontramos familias de padres alcohólicos donde hay cada vez miembros alcohólicos y miembros con intolerancia total al alcohol, no explicable a nivel psíquico, y productora de jaquecas serotónicas. Lo que induce a pensar en una sensibilidad frente al alcohol, que, mientras a unos miembros les permite una exposición al tóxico suficientemente larga como para presen-

tar patología de adición más temprana que el resto de la población, a otros les impide hacer el cuadro de toxicomanía por no tolerar la cantidad suficiente.

En Vizcaya, debido a una serie de condicionamientos, nos encontramos, por ejemplo, con dos enfermedades enormemente extendidas, que cumplen los mismos requisitos que el alcoholismo y que pueden ser comparables. Son la bronquitis crónica y el reumatismo crónico. Al igual que en el caso del alcoholismo hay una universalidad en la exposición, así como una correlación de factores secundarios. Cualquiera persona puede padecer episodios agudos más o menos intensos, y únicamente un cierto número de personas hacen en la edad media de la vida un cuadro crónico enormemente poliformo y diferenciado, donde predominan a nivel de patología unos cambios químicos que llevan a un estado de cirrosis... Y únicamente se ha podido demostrar un factor hereditario común. El por qué una persona hace una bronquitis crónica, un reumatismo crónico, o una toxicomanía crónica, cuando la mayoría de la población está sometida a los mismos factores y no la hace... Será la respuesta.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO FERNANDEZ: "Aspectos socioculturales del alcoholismo y las toxicomanías en España", ponencia al XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías, Sevilla, 1972.
- BACH y RITA GEORGE, y col.: "Pathological intoxication clinical and electroencephalographic studies", *The American Journal of Psychiatry*, t. 127, págs. 698-703, 1970.
- BABOR, T. F.; MASSANES, J. P. FERRANT: "Enquête sur le type, la fréquence et l'ordre chronologique d'apparition des symptômes de l'alcoolisme", *Revue de l'Alcoolisme*, 18, 1972, núm. 1.

- BALTHAZARD, M.: *Manuel d'analysis médicaux. Lecons*, R. Ed. Doin, París, 1965, 173.
- BARCIA DEMETRIO, GOMEZ BENEYTO: "Características de la personalidad del alcohólico crónico y el problema de la recidiva", ponencia al XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías, Sevilla, 1972.
- BOGANI MIGUEL, EMILIO: *El alcoholismo, enfermedad social*, Ed. Rotativa, 1975.
- BOGANI MIGUEL, EMILIO: "Esquemas educativos antialcohólicos", ponencia al XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías, Sevilla, 1972.
- BOULOGNE, H.: "Aspectos sociológicos del alcoholismo y de la dependencia de drogas", ponencia al XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías, Sevilla, 1972.
- BRATANOV, D.: "Le problème de l'alcoolisme dans la littérature mondiale", *Revue de l'alcoolisme*, tome XV, núm. 3.
- BUSTAMANTE, M.: "Psicodinamia del alcoholismo en la mujer", *Archivos de Neurobiología*, t. XXXIV, núm. 4, 1971.
- CALDERON NARVAEZ, G.: "Réflexions sur l'alcoolisme chez les peuples pré-hispaniques du Mexique", *Inform. Psychiat*, 1971, vol. 47, núm. 2.
- CASSELMAN J. H. SOLMS: "Le milieu familial de l'alcoolique", *Inform. Psychiat*, 1971, vol. 47, núm. 1.
- CLARK A. Y.: *Farmacología*, Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1959, 124.
- CLAVERO GONZALEZ: "Alcoholismo y toxicomanías en la sociedad de consumo", ponencia al XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías, Sevilla, 1972.
- CLAVREUL, J.: "L'alcoolisme est une maladie", *Inform. Psychiat*, 1971, vol. 47, núm. 1. Ponencia al XVIII Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías, Sevilla, 1972.
- DE CASTRO, L.: "Síndromes de embriaguez patológica", *Inform. Psiquiátricas*, vol. 55, 33-42, 1973.
- EDITORIAL: "Pharmacogenetics alcoholism and mental disease", *Psychological Medicine*, vol. 11, 125-132, 1974.
- FOUQUET, P.: "Aspects Psychiatriques des alcoolopathies", *Revue de l'Alcoolisme*, 20, núm. 1, 1974.
- FOUQUET: "Historique et théorie", *Revue de l'Alcoolisme*, 20, núm. 1, 1974.
- FRANKEL, D., y col.: "Effect of acute and chronic ethanol administration on serotonin turnover in rat brain", *Psychopharmacología*, 1974, 37.
- GENTIS, R.: "Sur l'idéologie et les institutions propes a sécher les buveurs", *Inform. Psychiat*, 1971, vol. 47, núm. 3.
- GODARD, J.: "Superproducción o subconsumo alcohólico en Europa", Congreso Internacional de Alcoholismo y Toxicomanías, Sevilla, 1972.
- GUIJA, G. A.; RICA, A.; CRUZ, A., y MEZQUITA, J.: "Estudio clínico social evolutivo de 937 pacientes alcohólicos tratados en el Servicio Psiquiátrico de Vizcaya", Cong. Intern. de Al. y Tox., Sevilla, 1972.
- GOODWIN, D.: "Behavioral tolerance to alcohol in moderate drinkers", *The American Journal of Psychia.*, 1971, V, 127.
- GRAVELEAU, J.: "Les neuropathies périphériques du disulfirane", *Revue Neurologique*, 1972, vol. 126.

- GREGOIRE, Fr.: "Pathologie medicale secondaire a lethylise", *Inform. Psychiat.*, 1971, vol. 47, núm. 3.
- HALLEN, O.: "Neurolische erkrankungen bei chronischem alkoholismus", *Der Nervenarzt*, 1971, 47.
- HENRIKSON, J. D.: "El programa *battle creek* para el tratamiento del alcoholismo", Cong. Int. de Al. y Tox., Sevilla, 1972.
- HOLXGREVE, W.: "Alcoholismo femenino y juvenil en la República Federal Alemana. Movilidad social, distribución por edades y motivos socioculturales", Cong. Int. de Al. y Tox., Sevilla, 1972.
- JIMENO VALLES, A.: "Alcoholismo en Navarra", *Arch. de Neurob.*, XXXVI, núm. 5.
- LAUDINET, S.: "Neuvelles réflexions sur la descendance de parents alcooliques", *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1970, vol. 13.
- LOPEZ ZANON, A.: "Nuestra experiencia con el Clormetiazol en el tratamiento del *delirium tremens*", *Cuader. Madr. de Psiquiatría*, 1970.
- LINANEZ MAZA, A.: "Aspectos sociológicos del alcoholismo", Cong. Int. de Al. y Tox., Sevilla, 1972.
- LUTTEROTTI, A.: "L'hyperesthésie plantaire dans l'alcoolisme chronique prodrome ou polyneurite vraie?", *R. de l'Alcoolisme*, 1968, núm. 2.
- MAYER GROSS, W.: *Psiquiatría clínica*, II, Paídos, 1974.
- MENDELSON, J.: "Alcoholism some contemporary insues and problems", *The A. J. of Psychiatry*, 1971, vol. 127.
- MORALES DE FLORES, I.: "Diagnóstico del alcoholismo en Costa Rica", Cong. Int. de Al. y Tox., Sevilla, 1972.
- PACURUCO CASTILLO, S.: "Alcoholismo en Ecuador", Cong. Int. de Al. y Tox., Sevilla, 1972.
- PELLET, J., y COTTRAUX, J.: "Alcoolisme et structure psychotique", *Confront. Psychi.*, 1972, núm. 8.
- PITTMAN, J.: *El alcoholismo, un enfoque interdisciplinario*, Ed. HORME, 1966.
- POCH, G., y RUBIO, H.: *Alcoholismo*, Ed. Buenos Aires, 1970.
- REPPARD, Ph.: "La dépendance absolue ou les toxicomanies comme formes inférieures de la mystica", *Inform Psychia.*, 1971, vol. 47.
- RITSON, B.: "Personality and prognosis in alcoholism", *B. J. Psychiat.*, 1971.
- ROJO, M.: "Condiccionamiento del alcoholismo por las enfermedades psíquicas", Cong. Int. de Al. y Tox., Sevilla, 1972.
- ROOSS, J. C.: "Comparison of hospital and prison alcoholics", *Brit. J. Psychiat.*, 1971.
- ROYER, R. J.: "Notions générales sur la dépendance a l'alcool", *Revue de l'Alcoolisme*, 1974.
- SANTO DOMINGO, ALONSO FDEZ. y V. GAYA: "Estudio epidemiológico del alcoholismo en España", Cong. Int. de Al. y Tox., Sevilla, 1972.
- SANTO DOMINGO, J.: "Epidemiología, prevención y asistencia del alcoholismo y las otras toxicomanías en España", Cong. Int. de Al. y Tox., Sevilla, 1972.
- SCHIMIDT, K. M.: "The effects of ethanil on the development of gastric ulceration in the rat", *J. of Psy. Research*, 1972, 15.
- STEINGLASS, P.: "Interactional issues as determinants of alcoholism", *The A. J. of Psychiatry*, 1971, 28.

- VALLET, R.: "Quelques réflexions sur l'épilepsie chez les alcooliques", *R. del l'Alcoolisme*, 1973, 19.
- VILA GRAFULLA, J.: "Variación de rendimientos psicofisiológicos bajo los efectos de dosis habituales de alcohol y café", *Anuario de Psicología*, 1971, 5.
- WEINER, S.: "Familial patterns in chronic alcoholism: a study of a father and son during experimental intoxication", *The A. J. of Psychiatry*, 1971, vol. 127.
- WINOKUR, G.: "Alcoholism Iv: Is there more than one type of alcoholism", *Brit. J. of Psych.*, 1971, vol. 118.