

ESTUDIO MEDICO-SOCIAL EVOLUTIVO DE 361 ENFERMOS ALCOHOLICOS DE LA PROVINCIA DE CADIZ

Dres. JOSE CRESPO BENITEZ *, JOSE MANUEL PEREA SAIN **,
MANUEL MARTIN CUADRADO **

A) INTRODUCCION

Reiteradamente se ha señalado un aumento de la incidencia del alcoholismo en España a partir de la década de los años 50. Las consecuencias médico-sociales de esta enfermedad afectan desde entonces, de manera muy seria, a la comunidad nacional en importantes aspectos humanos y económicos.

Este problema representa la cuarta causa de muerte en España (3).

La mayoría de los autores indican que el incremento de alcohólicos está en gran parte condicionado por factores sociales en íntima vinculación con la transformación de las estructuras de las formas de vida tradicionales, así como con las profundas modificaciones que la sociedad española está experimentando en conexión con su desarrollo. También debe destacarse la importancia de los factores de producción, fácil disponibilidad e intensa motivación al consumo a través de la publicidad (19), (8), (18).

España, en la actualidad, es el tercer país en cuanto a producción y consumo de alcohol. Según datos del Ministerio de Agricultura (13), la producción de bebidas alcohólicas en España se ha incrementado notablemente, pudiéndose apreciar las siguientes tendencias, que, en parte, quedan expresadas en el cuadro I.

1. Aumento de la producción nacional de cerveza, vinos, brandies y licores.

* Director del Centro de Salud Mental y director del Programa de Lucha Antialcohólica de la Cruz Roja en Cádiz.

** Jefe de sección del Programa de Lucha Antialcohólica de la Cruz Roja en Cádiz.

2. Tendencia al aumento de la importación de cerveza, vinos, brandies y licores.
3. La exportación de cerveza tiene un curso estabilizado, incluso con descensos. La exportación de vinos crece muy suavemente, encontrándose prácticamente estabilizada y contrastando con el aumento de la importación. Destacan las crecientes exportaciones de brandies y, sobre todo, licores.

CUADRO I

Producción de bebidas alcohólicas en España

Año	Cerveza (por 1.000 l.)	Bebidas alcohólicas (por 1.000 l.)	Vinos (por 1.000 l.)
1950	60.377	73.195	14.126
1955	168.010	64.940	16.653
1960	343.287	87.165	20.957
1965	749.710	203.107	26.452
1970	1.075.519	232.485	25.605
1973	1.233.248	246.222	26.560

Sin muchos análisis podemos reconocer la gran influencia de la publicidad sobre la alcoholización de nuestra sociedad. De todos los medios de difusión destaca la televisión, con audiencia mayoritaria. Radiotelevisión Española obtuvo en 1971 ingresos por valor de 767.330.034 pesetas por publicidad de bebidas alcohólicas. En 1977 esta cifra se incrementó hasta superar los 1.100 millones de pesetas (11).

Es importante destacar el que las estimulaciones publicitarias, tanto en la televisión como en otros medios, cuyo gasto total en 1978 ascendió a más de 6.000 millones de pesetas (4), van dirigidas a todas las edades, incluidos los niños, apoyándose en técnicas psicológicas que estudian profundas motivaciones, así como el aprovechamiento máximo de los estereotipos culturales del país. También esta apoyatura propagandística se ha efectuado, en ocasiones, a base de supuestos pseudocientíficos. Así, resulta frecuente que los anuncios hagan referencia a la virilidad, el prestigio, la distinción, lo

familiar, lo nacional, la atracción sexual, la salud, etc., pudiéndose apreciar en ellos un auténtico alarde de astucia e intencionalidad.

Resulta curioso el que toda esta publicidad sea permitida por nuestros medios oficiales, que alegan justificaciones de tipo económico, cuando en la mayoría de los países desarrollados, entre ellos Francia (en donde la producción de alcohol tiene mayor resonancia que en España), se encuentra totalmente prohibida, limitándose a publicidad exterior y en locales de consumo.

Desde el punto de vista económico se ha estimado en 40.000 millones de pesetas la suma de costes directos e indirectos que el alcoholismo produce en nuestro país anualmente (10).

Por costes directos se entiende el total económico empleado en la atención a 2.000 alcohólicos crónicos internados, cuidados de los cirróticos alcohólicos, accidentes de tráfico atribuibles al alcohol, accidentes laborales, etc.

En los costes indirectos se engloban las pérdidas de producción de los alcohólicos, el absentismo y el bajo rendimiento de estos enfermos (9).

En relación con las actitudes colectivas frente al alcoholismo puede afirmarse que en general existe una idea que tiende a unificar la imagen del alcohólico con la del "borracho", con lo que se deja de considerar un número muy importante de alcohólicos. Las tímidas campañas de mentalización "el alcoholismo es una enfermedad y no un vicio" suponen débiles voces, casi inaudibles, en medio de la potente máquina publicitaria.

Considerando grupos especiales de población, son los profesionales sanitarios los que presentan un mayor grado de percepción de esta problemática, aunque sin llegar a desprenderse de muchos estereotipos sobre el tema.

En un reciente estudio realizado en nuestra provincia por el doctor Salz Ruiz (16) se llega a las siguientes conclusiones sobre las actitudes de los médicos gaditanos frente al alcoholismo, tras encuestar a 135 de estos profesionales:

1. Existen actitudes contradictorias frente al alcohólico. Coexisten, junto a posturas favorables de considerarle enfermo, necesitado de ayuda y curable, otras típicamente negativas, como de pesimismo, discomfort, dudas sobre su motivación, adscripción a estereotipos negativos, etc.
2. Se advierte la necesidad y el deseo de aumentar los conocimientos de los médicos en materia de alcoholismo. Esto demanda la puesta en marcha de actividades docentes adecua-

das, tanto para los estudiantes como para los médicos en ejercicio.

3. Aunque aceptando su enfoque como enfermedad, la mayoría de los consultados creen que el alcoholismo tiene grandes implicaciones sociales. Asimismo coinciden en señalar la urgente necesidad de la supresión de la publicidad, en los medios de difusión, de las bebidas alcohólicas e incluso cierta restricción en su venta indiscriminada.
4. A través de los datos recogidos no se confirma en nuestro grupo de profesionales médicos diferencia en la incidencia del alcoholismo con la estimada para la población general de la que procede.

En otras profesiones de tipo social, religioso, educativo, etc., la percepción del alcoholismo como fuente de problemas sociales es escasa, tendiéndose a considerar al alcohólico como individuo habituado a un consumo muy extendido con conductas perturbadoras (15).

Los factores citados y otros del mismo tipo pueden traducirse en una disminución colectiva de la resistencia a la utilización de alcohol y también en una utilización distinta de la tradicional. El alcohol, de tener un valor prácticamente alimenticio, ha pasado a ser consumido como droga, posibilitando un ajuste personal más satisfactorio en muchos de los individuos que lo consumen. De esta manera se ha llegado a la situación actual, en la que el alcoholismo debe ser considerado como problema sanitario de primer orden.

En el año 1975, la entonces Dirección General de Sanidad aceptaba que el 7'5 % de la población se encontraba afectada de alcoholismo, lo que suponía por entonces un total de 2.550.000 enfermos etílicos.

La prevalencia del alcoholismo en España, evaluada a través de diversos métodos, alcanza distintas cifras según las épocas y regiones. En la actualidad Alonso Fernández evalúa la morbilidad alcohólica entre población adulta en un 8'4 % (1).

Un dato significativo puede ser el estudio de los porcentajes de enfermos alcohólicos ingresados en hospitales psiquiátricos con relación al número total de ingresos en los mismos. Según distintos autores, los internamientos se incrementan progresivamente, tal como queda reflejado en el cuadro II (17).

En la actualidad la mayoría de los autores aceptan que alrededor del 40 % de los ingresos psiquiátricos tienen como origen el diagnóstico de alcoholismo.

En el presente estudio intentamos lograr datos epidemiológicos objetivos que reflejen las características de la enfermedad en nuestra provincia.

En principio no resulta arriesgado afirmar que el alcoholismo constituye un serio problema en nuestro medio, que precisamente se caracteriza por ser una zona de gran riqueza vinatera y cuya población tiene actitudes de gran tolerancia hacia las bebidas alcohólicas.

CUADRO II

Porcentajes de enfermos alcohólicos ingresados en hospitales psiquiátricos

	Varones	Autor
Murcia		
1940-1949	2'4 %	
1964-1965	17'9 %	Valenciano
Valladolid		
1961-1966	24'5 %	Villacián
Madrid		
1960	28'0 %	Santo-Domingo
Pamplona		
1951	15'4 %	Figuerido
1960	24'3 %	Lezcano

El problema del alcoholismo en nuestra provincia ha venido siendo afrontado con realizaciones totalmente insuficientes, careciendo de centros de internamiento específicos.

Con anterioridad a 1971 la asistencia al alcoholismo en nuestra provincia estaba limitada al tratamiento, mediante ingreso en el Hospital Psiquiátrico, de las consecuencias psíquicas más graves de la enfermedad. Fuera de la realizada durante el internamiento, no se llevaba a cabo de manera sistemática una terapia específica ni seguimiento ambulatorio de los pacientes, careciendo las consultas externas existentes de medios para una función eficaz en este terreno.

Es a partir de 1972 cuando, puesto en marcha el Centro de Salud Mental, de la Jefatura Provincial de Sanidad, y creado el Programa de Lucha Antialcohólica, con sede en la Asamblea Provincial de Cruz Roja en Cádiz; ambos centros, actuando de forma coordinada, programaron las siguientes actividades:

1. Actividades asistenciales a nivel ambulatorio, donde se aplica la terapia específica del alcoholismo (psicodiagnóstico, psicoterapia individual o de grupos, tratamientos aversivos y reflexológicos, orientación familiar, etc.
2. Actividades preventivas, con un especial objetivo en promover el interés sobre el alcoholismo. A tal fin se ha desarrollado desde entonces una campaña de educación sanitaria dirigida a grupos estudiantiles y laborales, así como a otros más seleccionados de tipo sanitario, docente, religioso y militar, cuyo número de sesiones asciende en la actualidad a 103 (7). También, en un sentido preventivo de carácter terciario, se promovió un grupo de Alcohólicos Anónimos, que tomó el nombre de Gades, que celebra sus reuniones semanales en la Asamblea Provincial de Cruz Roja y que mantiene estrechas relaciones con los otros tres grupos existentes en la provincia (6).
3. Desde el punto de vista epidemiológico hace tiempo que se tenía el propósito de realizar el presente estudio, con la esperanza de que los resultados obtenidos contribuyan a un mayor conocimiento de la enfermedad en nuestra provincia, de modo que en un futuro pueda llevarse a cabo un mejor nivel de asistencia y se adopten medidas concretas que afronten en profundidad y con eficacia el problema.

B) METODOLOGIA

Para la realización de este estudio se cubrieron las siguientes etapas a partir de enero de 1978:

1. Constitución del equipo de trabajo

Formado por:

- a) Los tres médicos del Programa de Lucha Antialcohólica de Cruz Roja, dos de los cuales también estaban adscritos al Centro de Salud Mental de la Dirección Provincial de Salud.
- b) Una A. T. S. colaboradora voluntaria del Programa de Lucha Antialcohólica.

- c) Veinte estudiantes de tercer curso de la Escuela de A. T. S. Femenina de Cruz Roja, que se encargaron de visitar a los pacientes que no acudían a la citación que se les realizaba por carta para la consulta de revisión. Estas alumnas también colaboraron muy eficazmente en la inclusión de datos en los estadillos.

2. Elaboración de un cuestionario

Se procedió a la elaboración del cuestionario adjunto que iba a ser aplicado de forma individual a cada enfermo alcohólico de nuestro servicio.

NOMBRE		Edad	
Domicilio	Población	Tel.	
Profesión	Fecha	N.º H.º	
SEXO		COMO VIVEN	
Varón	1 ...	Viven solos	19 ...
Hembra	2 ...	Con familia	20 ...
		Desconocido	21 ...
EDAD		NIVEL SOCIAL	
Hasta 20 años	3 ...	Bajo inferior	22 ...
21-30 "	4 ...	Bajo	23 ...
31-40 "	5 ...	Medio bajo	24 ...
41-50 "	6 ...	Medio alto	25 ...
51-60 "	7 ...	Alto	26 ...
Más de 61 "	8 ...	Desconocido	27 ...
N.º DE VISITAS		NIVEL CULTURAL	
1	9 ...	Analfabetos	28 ...
2 ó 3	10 ...	Semianalfabetos	29 ...
4 a 8	11 ...	Estudios primarios	30 ...
Más de 8	12 ...	Bachilleres	31 ...
ESTADO		Formación profesional	32 ...
Soltero	13 ...	Carrera nivel medio	33 ...
Casado	14 ...	" universitaria	34 ...
Viudo	15 ...		
Separado	16 ...		
Amancebado	17 ...		
Desconocido	18 ...		

INGRESOS ECONOMICOS MENSUALES

Menos de 10.000 ptas.	35 ...
10.000 a 20.000 "	36 ...
20.000 a 30.000 "	37 ...
30.000 a 40.000 "	38 ...
40.000 a 50.000 "	39 ...
Más de 50.000 "	40 ...
En paro laboral	40 bis ...

RESIDENCIA

Campo	41 ...
Aldea	42 ...
Pueblo menos 10.000 hab.	43 ...
" más 10.000 hab.	44 ...
Capital	45 ...

ANTECEDENTES ALCOHOLICOS

No	46 ...
Padre	47 ...
Madre	48 ...
Hermanos	49 ...
Otros	50 ...

PROCEDENCIA

Médico cabecera	51 ...
Prop. prensa	52 ...
Otros enfermos	53 ...
Médico empresa	54 ...
Hospital general	55 ...
Psiquiatra	56 ...
Judicial	57 ...
Familia	58 ...
A. Sociales	59 ...
Desconocidos	60 ...

AÑOS EVOLUCION

1	61 ...
2	62 ...
3	63 ...
4	64 ...
5 a 10	65 ...
11 a 15	66 ...
15 a 20	67 ...
Más de 20	68 ...

TIPO DE BEBIDA CONSUMIDA

Baja	69 ...
Media	70 ...
Alta	71 ...
Mezcla	72 ...

TRATAMIENTO ANTERIOR

Sí	73 ...
No	74 ...
Desconocido	75 ...

ANTECEDENTES

PSIQUIATRICOS PERSONALES

Sí	76 ...
No	77 ...

FACTORES PRECIPITANTES

Personales	78 ...
Laborales	79 ...
Socioculturales	80 ...

MODO DE BEBER

	81 ...
Bebedor habitual	82 ...
" enfer. psíquico	83 ...
" alcoholómano	84 ...

COMPL. SOMATICAS

Menores	85 ...
Neurológicas	86 ...
Digestivas	87 ...
Cardiorrespiratorias	88 ...
Otras	89 ...

COMPL. PSIQUICAS

Borrachera patológica	90 ...
Menores	91 ...
Alucinosis	92 ...
Paranoides	93 ...
Demenciales	94 ...
"Delirium tremens"	95 ...
Otras	96 ...

COMPL. SOCIALES		TRATAMIENTO ACTUAL	
Cond. antisocial mayor	97 ...	Hospitalario	108 ...
" " menor	98 ...	Ambulatorio individual	109 ...
Pérdida nivel social	99 ...	" colectivo	110 ...
Degradación social	100 ...		
COMPL. LABORALES		RESULTADOS	
Absentismo	101 ...	Abstinencia	111 ...
Inestabilidad	102 ...	Rec. con tratamiento	112 ...
Degradación laboral	103 ...	" " aband. tratto.	113 ...
Incapacidad	104 ...	Hospital	114 ...
COMPL. FAMILIARES		Muerte	115 ...
Desajuste familiar	105 ...	Perdidos	116 ...
Separación	106 ...		
Disgregación	107 ...		

3. Revisión de historias clínicas

Las historias clínicas de los 361 enfermos alcohólicos existentes fueron revisadas de forma individual en cada uno de los servicios en donde habían sido atendidos con anterioridad.

De los 361 pacientes 315 eran hombres y 46 mujeres.

Hemos considerado alcohólicos a todos los pacientes con historia de excesos habituales o intermitentes en la bebida y que padecen claras complicaciones orgánicas, psicológicas, familiares, laborales o sociales.

4. Citación mediante carta a los pacientes

Se enviaron un total de 282 cartas con el siguiente texto:

Querido amigo:

A fin de valorar los resultados y actualizar los tratamientos llevados a cabo en este centro, nuestro equipo tiene el propósito de efectuar una revisión de los enfermos historiados. Pensamos que esta labor beneficiará notablemente a nuestros actuales enfermos y a los que podamos atender en el futuro.

A tal fin me permito dirigirle esta carta, citándole para efectuar una entrevista médica individual el próximo
, día de , a las horas

de la mañana, en los locales de este centro.

Le ruego encarecidamente su puntual asistencia a esta entrevista, a la que debe venir, si es posible, acompañado de un familiar cercano.

En el supuesto de que no pueda acudir a esta cita, me permito anunciarle que, si usted no tiene inconveniente, una enfermera efectuará próximamente una visita a su domicilio con el fin de obtener los datos necesarios para nuestro trabajo.

Sin otro particular, y confiando en su colaboración, reciba un cordial y afectuoso saludo de su amigo.

Fdo.: Dr. Crespo Benítez

Al resto de los pacientes encuestados, que ascienden a 79, no se les citó por haber acudido a primera visita o revisión en época en la que ya disponíamos del cuestionario. En otros casos resultó imposible el hacerlo, por desconocimiento de la dirección.

De los 282 enfermos citados acudieron a revisión 96, lo que supone un 34 % del total.

Las visitas domiciliarias ascendieron a 172, aunque no en todas fue posible efectuar encuesta por motivo de ausencia. Sólo en tres ocasiones los enfermos nos negaron su colaboración abiertamente.

A veces los datos no fueron proporcionados por el propio enfermo, sino por familiares cercanos.

5. Reuniones de coordinación

Con el objeto de aunar criterios en la recogida y valoración de los datos del cuestionario, nos vimos en la necesidad de realizar varias reuniones conjuntas todos los participantes en el trabajo.

6. Entrevistas personales con los pacientes y sus familiares

Se llevaron a cabo en el Servicio donde previamente estaba hospitalizado el enfermo, o en su propio domicilio, donde la A. T. S. recogía los datos más llamativos del cuestionario para valorar la situación actual del paciente.

Un total de 178 enfermos hubieron de ser incluidos en el apartado de "perdidos" por haber resultado imposible su localización.

7. Inclusión de datos en los cuestionarios y estadillos

Todos los datos recogidos fueron reflejados en el correspondiente cuestionario y posteriormente trasladados a unos estadillos codificados que permitieron el análisis de las distintas variables con cierta facilidad.

C) RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. Resultados globales

En la tabla siguiente quedan reflejados los resultados globales del trabajo desglosados por sexos:

TABLA I

Resultados globales

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Abstinencia	108 (29'9)	39'1	28'6
Recaída con tratamiento ...	37 (10'2)	10'9	10'2
Recaída con abandono de tratamiento	16 (4'4)	2'2	4'8
Permanecen en hospital ...	8 (2'2)	0'0	2'5
Muerte	14 (3'9)	2'2	4'1
Enfermo perdido	178 (49'4)	45'6	49'8
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

Destaca en esta tabla el que la relación mujeres/hombres es de uno por cada seis, superior a la encontrada en estudios parecidos efectuados en otras ciudades (12). Convendría tener este dato en cuenta a la hora de valorar las tablas que siguen.

Aunque tradicionalmente, y aún en la actualidad, el alcoholismo ha sido una enfermedad típica del sexo masculino y el alcoholismo femenino es menos frecuente, puede apreciarse una alcoholización progresiva de la mujer.

También llama la atención la mayor proporción de mujeres rehabilitadas: 39'1 % frente al 28'6 % de hombres.

Es llamativo el alto porcentaje de enfermos perdidos, que asciende a un 49'8 %. Cabe pensar que la inestabilidad laboral del alcohólico, junto con los fuertes movimientos migratorios de nuestra provincia, sean las causas que justifiquen este dato.

Considerando que la población de la provincia de Cádiz asciende a 931.743 habitantes (5) y que hemos estudiado a todos los pacientes que acudieron a nuestros Servicios a partir de 1972, podemos obtener una cifra de incidencia de 3'87 por 10.000 habitantes, cifra muy por bajo de la realidad por cuanto se trata tan sólo de enfermos alcohólicos que han sido atendidos en nuestros Servicios, prescindiendo del resto.

2. Edad de los enfermos.

En esta tabla puede observarse el número de pacientes estudiados, estando los epígrafes desglosados en décadas y pudiéndose destacar que el 63'2 % del total de pacientes tienen edades comprendidas entre los treinta y uno y cincuenta años.

TABLA II

Edad de los enfermos

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Hasta 20 años	1 (0'3)	2'2	0'0
De 21 a 30 años	37 (10'2)	8'7	10'5
De 31 a 40 años	114 (31'6)	28'3	32'0
De 41 a 50 años	114 (31'6)	30'4	31'7
De 51 a 60 años	55 (15'2)	15'2	15'2
Más de 61 años	25 (6'9)	13'0	6'0
Dato desconocido	15 (4'2)	0'3	4'4
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

3. Número de visitas efectuadas

Nos llama la atención en esta tabla el alto número de revisiones alcanzado en las consultas. Una cuarta parte de nuestros enfermos

nos han visitado en más de ocho ocasiones, siendo porcentualmente más alto el número de mujeres que llegaron a dicho número de visitas.

TABLA III

Número de visitas efectuadas

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
1 visita	66 (18'3)	10'9	19'4
2 ó 3 visitas	103 (28'5)	28'3	28'6
4 a 8 visitas	105 (29'1)	30'4	28'8
Más de 8 visitas	87 (24'1)	30'4	23'2
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

4. Estado de los enfermos

Podemos apreciar aquí el alto porcentaje de hombres solteros, así como la clara inversión en la proporción mujeres/hombres en el caso de los viudos y separados.

TABLA IV

Estado de los enfermos

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Solteros	87 (24'1)	17'4	25'2
Casados	225 (62'3)	52'2	63'8
Viudos	15 (4'2)	15'2	2'5
Separados	12 (3'3)	8'7	2'5
Amancebados	2 (0'6)	0'0	0'6
Dato desconocido	20 (5'5)	6'5	5'4
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

5. Con quién viven los enfermos

Aquí aparece una proporción mayor de mujeres solas en relación con los hombres.

TABLA V

Con quién viven los enfermos

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Viven solos	24 (6'6)	15'2	5'4
Viven con familia	291 (80'6)	73'9	81'6
Dato desconocido	46 (12'8)	10'9	13'0
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

6. Nivel social

En esta tabla y la siguiente podemos apreciar la baja extracción social del 72 % de nuestros pacientes.

TABLA VI

Nivel social

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Bajo inferior	48 (13'4)	21'7	12'1
Bajo	212 (58'7)	39'1	61'6
Medio bajo	50 (13'8)	10'9	14'3
Medio alto	7 (1'9)	2'2	1'9
Alto	0 (0'0)	0'0	0'0
Dato desconocido	44 (12'2)	26'1	10'1
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

7. Nivel cultural

Estos datos corroboran lo dicho en la tabla anterior. Además, resulta llamativa la alta proporción de mujeres analfabetas que encontramos, 23'9 %, frente a un escaso 4'8 % de hombres del mismo nivel cultural.

TABLA VII

Nivel cultural

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Analfabetos	26 (7'2)	23'9	4'8
Semianalfabetos	83 (23'0)	19'6	23'5
Estudios primarios	153 (42'4)	28'3	44'4
Bachilleres	14 (3'9)	6'5	3'5
Formación profesional	15 (4'2)	0'0	4'8
Carrera nivel medio	11 (3'0)	2'1	3'2
Carrera universitaria	2 (0'6)	0'0	0'6
Dato desconocido	57 (15'7)	19'6	15'2
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

8. Ingresos económicos mensuales

Nuevamente se refleja en esta tabla la baja extracción social de la mayoría de nuestros enfermos, de los que un total de 42 estaban en situación de paro laboral en el momento de recogida de datos.

TABLA VIII

Ingresos económicos mensuales

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Menos de 10.000 ptas.	24 (6'6)	10'9	6'0
De 10.000 a 20.000 ptas. ...	44 (12'2)	13'0	12'0

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
De 20.000 a 30.000 ptas. ...	53 (14'7)	8'7	15'6
De 30.000 a 40.000 ptas. ...	29 (8'0)	2'2	8'9
De 40.000 a 50.000 ptas. ...	8 (2'2)	4'3	1'9
Más de 50.000 ptas	6 (1'7)	2'2	1'6
Dato desconocido	197 (54'6)	58'7	54'0
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

9. Lugar de residencia

En esta tabla se aprecia que más del 86 % de nuestros enfermos proceden de la capital o comunidades urbanas mayores, siendo porcentualmente la presencia de mujeres predominante, lo cual refleja la mayor tolerancia social a la ingestión de alcohol de la hembra en las grandes ciudades.

TABLA IX

Lugar de residencia

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Campo	1 (0'8)	0'0	1'0
Aldea	0 (0'0)	0'0	0'0
Pueblo con menos de 10.000 habitantes	15 (4'2)	2'2	4'4
Pueblos con más de 10.000 habitantes	104 (28'8)	34'8	27'9
Capital	208 (57'6)	58'7	57'5
Dato desconocido	31 (8'6)	4'3	9'2
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

10. Antecedentes alcohólicos familiares

En los casos en que es conocido este dato, más del 54 % de los

enfermos presentan antecedentes familiares de alcoholismo, predominando, con un 45'2 %, el del padre. En los casos en que la madre padecía la enfermedad esto ha jugado un papel más importante en el hábito femenino.

TABLA X

Antecedentes alcohólicos familiares

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
No	95 (26'3)	23'9	26'7
Padre	163 (45'2)	47'8	44'8
Madre	9 (2'5)	10'9	1'3
Hermanos	69 (19'1)	21'8	18'7
Otros	87 (24'1)	10'9	26'0
Dato desconocido	69 (19'1)	17'4	19'4

11. Procedencia de los enfermos

Esta tabla es muy significativa por cuanto nos muestra la ineficacia de los sistemas de detección en el alcoholismo. La escasa cuantía de pacientes, remitidos a nuestras consultas por médicos de cabecera, de empresas, hospitales y asistentes sociales resulta patente, lo que indica la incapacidad de muchos sanitarios y trabajadores sociales para reconocer la enfermedad en sus primeros estadios, así como la falta de coordinación existente entre los centros hospitalarios y los ambulatorios.

La presión familiar es la motivación más frecuente que lleva al enfermo a tratamiento especializado. La mayor proporción femenina dentro de este mismo epigrafe puede quedar justificada por la circunstancia que en la mujer, una vez estructurado el alcoholismo, éste es mucho menos soportado por el medio familiar.

Pensamos que la acción de la propaganda en prensa, aparentemente poco eficaz, puede haber estado canalizada a través del grupo familiar.

Un total de siete enfermos (seis hombres y una mujer) nos fueron remitidos a tratamiento vía judicial.

TABLA XI

Procedencia de los enfermos

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Médico de cabecera	27 (7'5)	0'0	8'6
Propaganda prensa	29 (8'0)	2'2	8'9
Otros enfermos y alcohólicos anónimos	17 (4'7)	4'4	4'8
Médico de empresa	7 (1'9)	0'0	2'2
Hospital general	13 (3'6)	2'2	3'8
Psiquiatra hospital psiquiátrico	15 (4'2)	2'2	4'4
Judicial	7 (1'9)	2'2	1'9
Familia	109 (30'2)	39'0	28'9
Asistentes sociales	10 (2'8)	6'5	2'2
Dato desconocido	127 (35'2)	41'3	34'3
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

12. Años de evolución

Los distintos epígrafes de esta tabla están referidos a los años en que los enfermos han bebido de forma anormal. Resulta llamativo que un tercio de nuestros pacientes beben anormalmente desde hace más de veinte años y que la mitad lo hace desde hace más de diez. A pesar de la larga evolución de nuestros encuestados, de alguna forma propia del alcoholismo, resulta llamativo el que sólo una mínima parte ha consultado previamente el problema, como veremos en la tabla XIV. Por otra parte, corresponden a las mujeres la mayor parte de los porcentajes de menor tiempo de adicción.

El tiempo de hábito patológico juega un papel importante en la evolución de nuestros pacientes, de forma que los que llevan menos de tres años de evolución han conseguido la abstinencia en un 74 % de los casos; en un 51 % la consiguen los que beben de tres a cinco años, en tanto que los que lo hacen de los cinco a los diez años sólo logran la abstinencia en un 46 %. Para el resto de los grupos los porcentajes de estabilización del cuadro oscilan sin grandes variaciones entre el 37 y el 41 %.

TABLA XII
Años de evolución

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
1 año o menos	6 (1'7)	2'2	1'6
2 años	3 (0'8)	4'4	0'3
3 años	8 (2'2)	10'9	0'9
4 años	7 (1'9)	4'4	1'6
De 5 a 10 años	75 (20'8)	19'5	21'0
De 11 a 15 años	49 (13'6)	13'0	13'6
De 16 a 20 años	35 (9'7)	4'4	10'5
Más de 20 años	97 (26'9)	8'7	29'5
Dato desconocido	81 (22'4)	32'5	21'0
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

13. Tipos de bebida consumida

En los epígrafes de esta tabla quedan reflejados los porcentajes de enfermos que hacen uso exclusivo de bebidas de baja graduación (cerveza), media (vino) o alta (licores y combinados). Puede apreciarse cómo la mayoría mezclan todo tipo de bebidas, siendo escaso el número de pacientes que hacen uso exclusivo de cerveza.

TABLA XIII
Tipos de bebida consumida

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
De graduación baja	17 (4'7)	2'2	5'0
De graduación media	61 (16'9)	26'0	15'6
De graduación alta	49 (13'5)	13'0	13'6
Mezcla	201 (55'7)	43'5	57'5
Dato desconocido	33 (9'2)	15'3	8'3
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

14. Tratamiento anterior

Puede apreciarse que la mayoría de nuestros enfermos eran nuevos, habiendo recibido tratamiento con anterioridad sólo el 18 % del total. Ya comentamos anteriormente lo llamativo que resulta este dato, si consideramos los altos porcentajes de años de evolución de nuestros enfermos.

TABLA XIV
Tratamiento anterior

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Sí	66 (18'3)	19'6	18'1
No	147 (40'7)	36'9	41'3
Dato desconocido	148 (41'0)	43'5	40'6
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

15. Antecedentes psiquiátricos personales

De los 210 casos en que conocemos este dato un 20'5 % de ellos aparecen con antecedentes personales de enfermedad mental, lo que juega un papel importante en la evolución de su alcoholismo, por cuanto resulta apreciable la diferencia existente entre los porcentajes de los que consiguen abstinencia según tenga o no antecedentes.

	Abstinencia
Sin antecedentes: núm 167	79'5 %
Con antecedentes: núm. 43	20'5 %

TABLA XV
Antecedentes psiquiátricos personales

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Sí	43 (11'9)	15'2	11'4
No	167 (46'3)	34'8	47'9
Dato desconocido	151 (41'8)	50'0	40'7
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

16. Factores precipitantes

Hemos tratado de recoger en los epígrafes de esta tabla los factores que de forma más llamativa parecen causantes de la enfermedad alcohólica. Esta valoración se hizo sólo a nivel clínico, y en los casos en que resultó posible. Las circunstancias de tipo personal y las socioculturales aparecen como factores causales predominantes en nuestros enfermos.

TABLA XVI
Factores precipitantes

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Personales	135 (37'4)	58'7	34'3
Laborales	41 (11'3)	2'2	12'7
Socioculturales	143 (39'6)	6'6	44'4
Dato desconocido	42 (11'7)	32'5	8'6
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

17. Modos de beber

El enfermo bebedor habitual influenciado por los factores sociales tradicionales es el que aparece con más frecuencia, siguiendo el bebedor alcoholómano, en el que los efectos del alcohol son vividos como liberación de su soledad y tensiones emocionales (2). Sólo encontramos un 10'8 % de bebedores enfermos psíquicos, cifra que guarda una correlación muy significativa con el porcentaje de enfermos con claros antecedentes de enfermedad mental, que alcanzaba, según vimos en la tabla XV, a un 11'9 % del total.

TABLA XVII
Modo de beber

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Bebedor habitual	139 (38'5)	8'7	42'8
Bebedor enfermo psíquico	39 (10'8)	39'1	6'7
Bebedor alcoholómano	98 (27'1)	43'5	24'8
Dato desconocido	85 (23'6)	8'7	25'7
TOTALES	361 (100'0)	100'0	100'0

18. Complicaciones somáticas

Puede apreciarse en esta tabla cómo las complicaciones digestivas y neurológicas son las que aparecen con mayor frecuencia y cómo curiosamente éstas son porcentualmente más altas en los varones que en las hembras, lo que debe estar en relación con el hecho ya comentado del menor tiempo de evolución del alcoholismo femenino.

La mayoría de los enfermos que padecen estas complicaciones orgánicas suelen referir que, previamente a nuestra consulta, realizaron tratamientos médicos específicos sin que aflorase el problema subyacente, causa del tema consultado. El alcoholismo, pues, ha pasado desapercibido para los distintos especialistas que trataban los procesos digestivos, cardíacos, etc.

TABLA XVIII

Complicaciones somáticas

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Menores	213 (59'0)	47'8	60'6
Neurológicas	135 (37'4)	21'7	39'7
Digestivas	134 (37'5)	23'9	39'0
Cardiorrespiratorias	42 (11'6)	4'4	12'7
Otras	36 (10'0)	8'8	10'2
TOTALES	361		

19. Complicaciones psíquicas

La complicación psíquica más frecuente en nuestros enfermos es la señalada como "trastornos menores", que son los que entendemos como caracterológicos.

Siguen los cuadros de alucinosis, padecidos por más de una cuarta parte de los pacientes; las embriagueces patológicas, complicaciones paranoides, de "delirium tremens" y, por último, los cuadros demenciales, encontrados sólo en un 5'3 % de enfermos.

Tal como comentábamos en la tabla anterior, las mujeres, al hacer cuadros de alcoholismo de evolución más rápida, estructuran lógicamente menos complicaciones de todo tipo. En esta tabla queda

bien demostrado ese hecho, ya que en casi todos los epígrafes las cifras de complicaciones femeninas son manifiestamente inferiores a las masculinas.

TABLA XIX
Complicaciones psíquicas

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Sólo menores (caracterológicas)	207 (57'3)	54'3	57'8
Alucinosis	93 (25'8)	23'9	26'0
Borracheras patológicas	68 (18'8)	10'9	20'0
Paranoides	57 (15'8)	10'9	16'5
"Delirium tremens"	35 (9'7)	4'4	10'5
Demenciales	19 (5'3)	6'6	5'1
Otras	30 (8'3)	0'0	9'5

20. Complicaciones sociales

En un total de 24 enfermos, de los que 22 son hombres y 2 mujeres, encontramos conductas claramente delictivas. En 60 pacientes, de los cuales 56 son varones y 4 hembras, aparecen delitos menores (gamberradas, pequeñas agresiones, etc.). Reconocen haber perdido nivel social a consecuencia de su alcoholismo 58 historiados.

Globalmente podemos apreciar que las complicaciones sociales también resultan más frecuentes en los hombres, predominando la mujer sólo en el epígrafe de degradación social.

TABLA XX
Complicaciones sociales

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Conducta antisocial mayor ...	24 (6'6)	4'4	7'0
Conducta antisocial menor ...	60 (16'6)	8'8	17'8
Pérdida de nivel social	58 (16'0)	10'9	16'8
Degradación social	21 (5'8)	10'9	5'1

21. Complicaciones laborales

Casi una cuarta parte de enfermos presentan absentismo laboral a consecuencia de su enfermedad alcohólica.

Menos frecuentes son los casos de inestabilidad, degradación o incapacidad laborales.

TABLA XXI

Complicaciones laborales

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Absentismo laboral	83 (23'0)	4'4	25'7
Inestabilidad laboral	58 (16'1)	2'2	18'1
Degradación laboral	54 (15'0)	4'4	16'5
Incapacidad laboral	30 (8'3)	2'2	9'2

22. Complicaciones familiares

Algo más de la mitad de nuestros pacientes, un total de 208, presentan desajustes familiares de cierta entidad; 17 han llegado a la separación y 8 a la disgregación total de la familia.

Resulta lógico el que sean las mujeres las que porcentualmente predominan en el primer epígrafe, ya que, como hemos podido apreciar en repetidas ocasiones, el alcoholismo femenino, al ser peor tolerado que el masculino, es origen de mayores tensiones y conflictos en el seno familiar.

TABLA XXII

Complicaciones familiares

	Total %	Porcentaje mujeres	Porcentaje hombres
Desajuste familiar	208 (57'6)	73'9	55'2
Separación familiar	17 (4'7)	2'2	5'1
Disgregación	8 (2'2)	2'2	2'2

D) COMENTARIOS FINALES

A la vista del análisis de los resultados y de las conclusiones obtenidas en este trabajo, y desde un punto de vista sanitario, se nos ocurre finalizar con una breve enunciación de medidas concretas cuya adopción consideramos apremiante y urgente por parte de la Administración.

1. Control sobre consumo y disponibilidad de alcohol.

Es necesario que los intereses económicos en torno al alcohol no dañen la salud pública. Su publicidad y venta no pueden realizarse de forma indiscriminada. Para ello sería necesaria la censura y restricción de la publicidad y su total supresión en televisión, prohibición eficaz de la venta de alcohol a menores, así como estudio de medidas fiscales que posibiliten la utilización de la fiscalización alcohólica en atenciones destinadas a actividades antialcohólicas.

2. Campañas de información y educación sanitarias.

Consideramos urgente informar a la población en general, y de forma especial a grupos seleccionados, de las consecuencias del abuso en el consumo de alcohol. También sería necesaria la difusión de pautas sanas de vida, desarrollando programas amplios de higiene mental, así como la integración de conocimientos alcohólicos suficientes en los programas de los estudios profesionales de médicos, diplomados en enfermería, farmacéuticos, asistentes sociales, policías, sacerdotes, sociólogos, psicólogos, técnicos de la información, etc.

3. Dispositivos asistenciales específicos.

Para los ya enfermos alcohólicos sería necesario crear una asistencia y rehabilitación específicas, lo cual exigiría el desarrollo de programas en hospitales generales, creación de dispensarios antialcohólicos, puesta en marcha de unidades hospitalarias para enfermos etílicos, potenciación, por parte de la Administración, de la labor de Alcohólicos Anónimos, creación de colonias, hogares de postcuras, etc.

4. Investigación.

Convendría la realización y potenciación de investigaciones de tipo epidemiológico, sociológico y clínico llevados a cabo por las distintas entidades públicas y privadas.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ALONSO FERNANDEZ, F.: "Estudio epidemiológico, clínico, sociocultural y preventivo del alcoholismo en España", en *Fundamentos de la Psiquiatría Actual*, II, Editorial Paz Montalvo, pág. 538, Madrid, 1977.
- (2) ALONSO FERNANDEZ, F.: "La personalidad de los alcohólicos", *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, núm. 35, pág. 37, Madrid, Junio 1979.
- (3) ALONSO TORRENS, F. J.: "Sociedad y alcoholismo", *Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, núm. 35, pág. 62, abril-junio 1979.
- (4) BOGANI MIQUEL, E.: "Las causas sociales del alcoholismo", *Simposio sobre sociedad y alcoholismo*, Madrid, junio 1979.
- (5) CONSEJO ECONOMICO-SOCIAL: *Cádiz en cifras*, 1975.
- (6) CRESPO BENITEZ, J.: "El programa de lucha antialcohólica de Cruz Roja Española en Cádiz", *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, núm. 35, pág. 284, Madrid, junio 1979.
- (7) CRESPO BENITEZ, J., y col.: "Campaña de prevención de alcoholismo y toxicomanías realizada en la provincia de Cádiz", *DROGALCOHOL*, vol. III, núm. 2, págs. 69-79, abril 1978.
- (8) FREIXA I SANTFELIN, F.: "La enfermedad alcohólica", *Simposio sobre sociedad y alcoholismo*, Madrid, junio 1979.
- (9) CASSULL, M. A.: *La enfermedad alcohólica*, Fargras de España, S. A., pág. 288, Barcelona, 1978.
- (10) MIGUEL, J. M. DE, y otros: *El alcoholismo a lo claro*, Editorial Popular, pág. 10, Madrid, 1979.
- (11) MIGUEL, J. M. DE, y otros: *Ob. cit.*, pág. 43.
- (12) POLAINO LORENTE, A.: "Dimensión epidemiológica y psicológica de los alcoholismos en Sevilla", Publicaciones Universidad de Sevilla, *Anales de la Universidad Hispalense*, Serie Medicina, núm. 13, 1972.
- (13) *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Dirección General de Sanidad, pág. 419, junio 1975.
- (14) *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Dirección General de Sanidad, pág. 440, junio 1975.
- (15) *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, Dirección General de Sanidad, pág. 453, junio 1975.
- (16) SAIZ RUIZ, J.: "Actitudes de los médicos de hospitales frente al alcoholismo", *Informaciones Psiquiátricas*, núm. 75, pág. 134, 2.º trim. 1979.
- (17) SANTO DOMINGO CARRASCO, J.; VALENCIANO GAYA, L., y ALONSO FERNANDEZ, F.: "Estudio epidemiológico sobre el alcoholismo en España", *P. A. N. A. P.*, Madrid, 1966.
- (18) SANTO DOMINGO CARRASCO, J.: "Epidemiología del alcoholismo en España", *Simposio sobre sociedad y alcoholismo*, Madrid, 1979.
- (19) SEVA DIAZ, A.: "La familia del alcohólico", *Simposio sobre sociedad y alcoholismo*, Madrid, junio 1979.