

REVISION DE PACIENTES ALCOHOLICOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL CLINICO DE VALENCIA DURANTE 1978

Servicio Psiquiatría: Profesor MIGUEL ROJO

MATIAS FERNANDEZ CEREZO
(Médico-Psiquiatra)

I. INTRODUCCION

Que el alcoholismo es una "enfermedad" (y no "vicio") incluida en el grupo de las toxicomanías es hoy aceptado por todo el mundo.

Que esta enfermedad está producida por un factor exógeno: alcohol etílico, parece una perogrullada.

Sin embargo, no lo es cuando constatamos el gran incremento de la morbilidad alcohólica en los últimos años: así, para España, según datos de Alonso Fernández (1976), la morbilidad alcohólica en la población adulta (por encima de 19 años) ha aumentado el triple en los últimos veinte años: del 3 % de 1954 se ha pasado al 9 % de 1976, lo que hace que 1'5 millones de habitantes sean alcohólicos.

Explicar este incremento nos lleva a constelaciones causales etiológicas, ya que no hay un factor causal único; prohibir la producción y venta de bebidas alcohólicas ("ley seca", USA) estoy convencido de que no sólo no solucionaría el problema, sino que sería peor el remedio que la enfermedad.

Entre los factores que podrían intervenir, destacaría:

1. Factores sociales

1.1. REVOLUCION TECNOLOGICA

Se ha visto que el incremento de la morbilidad alcohólica se da, sobre todo, en aquellos países considerados como industrializados (países occidentales del área capitalista).

Estas sociedades han "sufrido" la revolución industrial, cambiando sus modos de vida y sus formas de pensar.

En general, la sociedad avanzada, junto al progreso tecnológico, se caracteriza por:

- a) Disminución del hábito de la comunicación.
- b) Sustitución del vínculo de compañerismo por el de rivalidad y competición.
- c) Aumento del aislamiento social.
- d) Disolución de la familia.
- e) Disminución del espacio para vivir.

Como consecuencia, se ha desarrollado:

- a) Un alto índice de aislamiento.
- b) Una carencia de estabilidad suficiente en la integración de la personalidad.
- c) Una vulnerabilidad incrementada a la frustración y al fracaso.

Estas consecuencias provocan, más particularmente, el incremento de un tipo de alcoholismo; precisamente aquel que más ha aumentado, en proporción, en los últimos veinte años en España (según Alonso Fernández, op. cit., de donde he tomado los datos anteriormente reseñados): **la adicción psicológica al alcohol.**

1.2. USO SOCIAL DEL ALCOHOL

En cualquier reunión, de cualquier tipo, de cualquier clase social y nivel cultural, es fácil encontrar una botella de vino o cualquier producto alcohólico.

Es muy frecuente ver en las fiestas comunales a probos ciudadanos, por lo demás, en estado de embriaguez.

En cualquier casa suele haber alcohol.

Esto nos está hablando de la permisividad social al alcohol. La gravedad de esta situación se nos muestra cuando leemos en la prensa diaria algunas de sus consecuencias, como la noticia aparecida en "El País" el 1-4-1981, donde en un informe de la Consejería del Bienestar Social del País Valenciano se dice que "el 30 % de los niños valencianos entre 4-14 años consumen alcohol en cantidades medias que van de 10-20 gramos de alcohol puro al día", y que el "37 % de los mismos niños se habían emborrachado alguna vez, destacando el hecho de que 1/3 de los padres habían acogido su embriaguez con bromas."

O como la aparecida en "Diario de Valencia" el 31-5-1981, donde se dice que "el estado alcohólico de los conductores origina entre el tercio y la mitad de los muertos en accidentes de tráfico, según un informe de la Comisión Nacional de Seguridad de Circulación Vial."

O los datos de Boudreau y cols. (1976), que dan para España el tercer lugar del mundo en consumo de litros de alcohol por habitante, situándose tras Francia e Italia. Destacando que ocupa el segundo lugar en el consumo de bebidas espirituosas, que no son características de la producción vitivinícola española.

Esto es un índice del cambio producido en la sociedad española, así como de los intereses económicos en torno al alcohol.

El consumo de alcohol está tan arraigado en la sociedad, que el hacer uso de él, incluso habitualmente, no sólo no está mal visto, sino que es el abstemio quien está "fuera de onda".

1.3. ALCOHOL Y POLITICA

Creo que queda perfectamente definido con lo expuesto por Aizpiri Díaz y cols. (1978): "...Las cualidades de esta enfermedad hacen que el poder establecido casi siempre haya utilizado el alcohol y lo siga utilizando como sustancia alienante, que además de entontecer a las masas a un nivel manipulable, le evita tener que ofrecer alternativas de desarrollo humanístico, que pongan en entredicho su propio poder, al tiempo que le depara unos enormes beneficios económicos."

2. Factores personales

Muchos autores tratan de buscar una personalidad alcohólica. Hablan de:

- Inmadurez psicosexual.
- Sentimientos de inadecuación.
- Necesidad de dependencia.
- Sentimientos de omnipotencia.
- Incapacidad de formar relaciones interpersonales satisfactorias, etcétera (datos de Boudreau, 1976).

E incluso, como Alonso Fernández (cit. Seva Díaz, 1979), y este último autor en la misma obra, de personalidades pre-alcoholómanas en etapas infantiles.

Sin embargo, la personalidad alcohólica por sí sola no llevaría al alcoholismo. De acuerdo con Aizpiri Díaz (op. cit.): 1), el alcohol proporciona placer al que lo consume; 2), su obtención, almacenamiento y transporte es muy fácil, y por lo tanto su adquisición (al menos en España); 3), la persona mientras lo consume "no piensa". Y en Boudreau (op. cit.), tras el estudio de las diferentes hipótesis sobre la personalidad alcohólica, se llega a las conclusiones siguientes:

Hay cuestiones fundamentales que la personalidad alcohólica no

explicaría, tales como:

1. Elección del alcohol como un mecanismo patológico de adaptación.
2. Si el alcohol tiene unas valencias positivas tales, ¿por qué no es todo el mundo alcohólico?
3. ¿Por qué las numerosas investigaciones no dan resultados comparables las unas con las otras?

3. Factores propios del tóxico

- Fácil elaboración.
- Fácil transporte.
- Fácil almacenaje.

De todo esto resulta un producto barato para la producción, así como un producto de consumo bastante asequible, condición nada despreciable en una política de libre mercado, donde interesa más la rentabilidad del mismo que la idoneidad. ¿No es contradictorio que mientras se detiene a los productores de aceite de colza desnaturalizado (cosa que me parece más que justificada) se permita pasar por un medio estatal como es TV spots publicitarios (quinas, el famoso caballo, etc.)? No hay que olvidar que una de las formas de medir la morbilidad alcohólica en un país son las muertes/año producidas por cirrosis (Alonso Fernández, 1976).

El hecho de que seamos el segundo país del mundo en bebidas espirituosas (destiladas), de las que no somos grandes productores, nos habla de una colonización económica en la que nuestros políticos tienen mucho que ver.

Por último, y como factor muy importante, no hay que olvidar que el tóxico alcohol produce dependencia psíquica y física, por lo que tiene un mercado que se autoabastece: los adictos al alcohol.

II. REVISIÓN DE LOS ALCOHOLICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE VALENCIA EN EL AÑO 1978.

En un principio el trabajo quería consistir en un seguimiento de estos pacientes; de ahí el año de elección.

El hecho de que no constasen todos los datos que me proponía estudiar, como se irá viendo, y sobre todo que se perdiese el contacto con la mayoría de los ingresados hizo que resultase inviable, por lo que el trabajo resultante viene a ser un estudio epidemiológico de dichos pacientes.

Material usado

Todas las historias del archivo central en las que durante ese año hubo un ingreso en dicho servicio: ya sea primer ingreso o reingreso.

Variables

CUADRO I

NUMERO DE INGRESOS

Número total ingresos en el Servicio 1978:	443
Primer ingreso	303
Reingresos	140
Número total alcohólicos ingresados 1978:	51
Primer ingreso	44
Reingresos	7

Comparando los primeros ingresos por alcoholismo con el total de primeros ingresos obtenemos un porcentaje del 14'52, cifra muy inferior a la encontrada por otros autores en este mismo medio comunitario (Bétera), que es de 33'1 en 1977 (Bedate, Aroca, 1978) y de 37'98 en 1978 (mismos autores, 1979) (este último dato lo he obtenido descontando los primeros ingresos por otras toxicomanías diferentes al alcohol, en el trabajo citado).

Esta diferencia sería debida, presumiblemente, al funcionamiento de dispensarios antialcohólicos formados por el equipo del Hospital Psiquiátrico de Bétera, que remitirían a sus pacientes necesitados de internamiento al mismo; por lo que al Clínico acudirían aquellos que no asistan a éstos y/o no tengan conocimiento de ellos.

CUADRO II

SEXO

Varones	41 (80'39 %)
Hembras	10 (19'61 %)

La relación hombre/mujer es de 4'1, cifra que no se da en los trabajos de Bedate y Aroca ant. cit. (7'24 y 8'8, respectivamente); ni en Yuguero y cols. (1977), que obtienen una relación de 7'33; ni en Seva Díaz y Dourdil Pérez (1979), que obtienen una proporción para las mujeres ingresadas del 10 %. Sin embargo coincide plenamente

con la obtenida por Alonso Fernández (1976): "hay una mujer alcohólica por cada cuatro hombres", viendo en este mismo trabajo el auge del alcoholismo femenino, pues en 1950 la relación era de 1/9.

El auge corre paralelo a la progresiva concienciación femenina de su situación y papel en una sociedad falocrática: "liberación femenina": 1), caída de los valores tradicionales; 2), progresiva incorporación al trabajo; y, 3), equiparación hombre-mujer (Seva Díaz y Dourdil Pérez, op. cit.).

CUADRO III

EDAD-SEXO

Edad	Hombre	Mujer	Totales
< 15	0	1 (10 %)	1 (1'96 %)
15-20	0	1 (10 %)	1 (1'96 %)
21-25	1 (2'44 %)	3 (30 %)	4 (7'84 %)
26-30	6 (14'63 %)	0	6 (11'76 %)
31-35	6 (14'63 %)	1 (10 %)	7 (13'72 %)
• 36-40	9 (21'95 %)	0	9 (17'65 %)
• 41-45	9 (21'95 %)	• 4 (40 %)	13 (25'49 %)
46-50	6 (14'63 %)	0	6 (11'76 %)
51-55	3 (7'32 %)	0	3 (5'88 %)
56-60	0	0	0
> 60	1 (2'44 %)	0	1 (1'96 %)

La mayor proporción corresponde a las edades comprendidas entre los 41-45 años, coincidiendo esto con Yuguero y cols. (1977), y si tenemos en cuenta que entre los 31-50 años está el 68'62 % de los alcohólicos, vemos que estas cifras no difieren del resto de autores: Mezquita y cols. (1977), Bedate y Aroca (1978 y 1979), Fábregas y colaboradores (1977).

El motivo de encontrar la mayor proporción en estas edades nos lo da Alonso Fernández (1976), cuando dice:

- El alcoholismo del varón comienza mucho antes que en la mujer, encontrando que el 52 % de los alcohólicos por él estudiados comenzaban la adicción psicológica al alcohol entre los 15 y los 19 años. Es lógico suponer que los ingresos se producirán mucho tiempo después, cuando la impregnación alcohólica del individuo empiece a producirle alteraciones psíquicas, físicas e incluso problemas familiares y laborales.

- El alcoholismo de la mujer se desarrolla a partir del matrimonio, debido a sentimientos de frustración, soledad y desesperanza.

Asimismo sabemos que la evolución del alcoholismo en la mujer es más corta (Alonso Fernández, op. cit., y Ey [1975]).

Todas las mujeres comprendidas dentro de este intervalo de edad eran casadas: serían las **alcohólicas clandestinas**, de Bogani (1979).

En las edades anteriormente citadas, la mujer es más frágil ante la conflictividad matrimonial y personal. Esto guarda relación directa con las enseñanzas recibidas sobre su rol social: esposa y madre. Por un lado, la mujer a estas edades pierde belleza, y por otro, sus hijos se hacen mayores: pierde una parte importante del papel de la mujer tradicional: atracción del macho y protección de los hijos.

A pesar de que el 50 % de las mujeres de la muestra están dentro de este intervalo, el otro 50 % entra dentro del intervalo "antes de los 25 años"; esto da fe del cambio sufrido en la conducta frente al alcohol de la mujer: feminismo, relajación de la censura social para con el alcoholismo femenino, etc. (Alonso Fernández, op. cit.).

CUADRO IV

ESTADO CIVIL

Solteros	10 (19'61 %)
Casados	38 (74'51 %)
Viudos	1 (1'96 %)
Separados	2 (3'92 %)

La mayor incidencia entre los casados se da también en todos los otros trabajos ya citados. Únicamente J. Martín García (1974) da una cifra superior de solteros (54 %) y esto en un estudio sobre dipsomanía.

Como ya he dicho anteriormente, el matrimonio como factor desencadenante sería mucho más importante en la mujer que en el hombre: "el hombre psicológicamente adicto al alcohol llega al matrimonio con una personalidad enferma...; el hombre solitario ve en el matrimonio una solución a su soledad" (Alonso Fernández, op. cit.).

Sin embargo, algunos autores, como Futterman (citado por Seva Dfáz, A., 1979), hacen responsables a la mujer del alcoholismo del marido: "...estas mujeres por su carácter previo, irritante y gruñón,

arrinconan al esposo, inconscientemente seleccionados por ellas por su débil carácter. Mediante el contraste que ofrece con su esposo, podría ella realizar su ideal de "mujer fuerte...", necesitando probar constantemente su "imagen de indispensabilidad...", no siendo esto más que una máscara que esconde su auténtica imagen personal; hecha a base de:

- narcisismo,
- sadismo,
- necesidad de ser castigada,
- sentimientos profundos de incapacidad para poder mantener una relación con otro hombre que no sea su marido."

Por contra, otros autores opinan que la mujer del alcohólico presenta una personalidad emocionalmente afectada como consecuencia de la enorme carga que supone convivir con una persona crónicamente enferma, que más que ayudar necesita ayuda. Es lo que A. Seva Díaz (op. cit.) denomina "síndrome de sobrecarga".

CUADRO V

MODO DE INGRESO

Urgencia	41 (80'39 %)
Ambulatorio	6 (11'76 %)
Judicial	1 (1'96 %)
Otras salas hospital	3 (5'88 %)

El mayor porcentaje de ingresos por urgencia sólo indica la estructuración administrativa cara al internamiento existente en el hospital.

CUADRO VI

INMIGRACION

No inmigrantes	31 (60'78 %)
Inmigrantes	16 (31'37 %)
No consta	4 (7'84 %)

Procedencia de los inmigrados

Andalucía	4 (28'57 %)
Aragón	2 (14'28 %)
Murcia	2 (14'28 %)
Extremadura	2 (14'28 %)
Castilla la Nueva	4 (28'57 %)
Otras	2 (14'28 %)

Estos datos no concuerdan con Bedate y Aroca (1978) para el País Valenciano, ni con Yuguero y cols. (op. cit.) para Cataluña, ni con Mezquita y cols. (op. cit.) para el País Vasco, en los que los inmigrantes están representados en mayor proporción.

Hubiese sido muy interesante conocer los años de permanencia de los inmigrados en el País Valenciano, así como el lugar de procedencia (rural, urbano, metropolitano). Desgraciadamente esto no constaba en ninguna historia.

Hubiese sido interesante, por haber visto la importancia del desarraigo, el choque con otra cultura, etc., en la etiología del alcoholismo.

CUADRO VII

TIEMPO DE EVOLUCION DE LA INGESTA

< 1 a)	2 (3'92 %) (las 2 mujeres)
1- 5	9 (17'65 %) (3 mujeres)
6-10	5 (9'80 %) (2 mujeres)
• 11-15	14 (27'45 %)
16-20	4 (7'84 %)
> 20	5 (9'80 %)
No consta	12 (23'53 %) (3 mujeres)

Para los hombres ingresados en el servicio, el intervalo con mayor representación es el de 11-15 años de evolución.

Para las mujeres es mucho menor: el 70 % de ellas (de los datos conocidos) están por debajo de los 10 años de evolución. Esto corroboraría que el alcohol produce una más rápida instauración psicológica en la mujer que en el hombre (Alonso Fernández, op. cit.) y una mayor degradación en sus roles (Ey, 1975).

CUADRO VIII

TIPOS DE BEBIDAS

No consta	10
Resto	41

Estos 41 se caracterizan por tomar diferentes tipos de bebida de forma habitual. No encontrando ninguno que beba solamente un producto alcohólico.

Entre ellos bebían:

Vino	24
Cerveza	15
Coñac	26
Carajillo	16
Anís	3
Cuba-libre	4
Vermouth	2
Whisky	7
Ginebra	8

Como se ve, las bebidas más usadas son las que socialmente se consideran más varoniles y son de un precio asequible: vino, coñac, cerveza. Entre nuestros ingresados no había **ninguno que hubiese hecho uso de alcoholes desnaturalizados** (al menos no consta en ninguna historia). Las cantidades no ha sido posible valorarlas, ya que no constan en la mayoría, y en las que consta no se valora claramente.

CUADRO IX

CAUSAS DEL HABITO ALCOHOLICO

Al no ser este trabajo una experiencia previamente planificada, sino una revisión, desde 1980-81, de los ingresos habidos en el 78, he tenido que adecuar los datos de las historias (hechas a modo de historia psiquiátrica general y no específicamente alcohólica) a los datos encontrados en los trabajos últimamente publicados sobre alcoholismo. De ahí que muchas veces sea imposible obtener datos precisos, como ocurre particularmente en este caso, según veremos:

No consta	19 (37'25 %)
1. Debidos a enferm. psíquicas y a neurosis.	5 (9'80 %)
2. Debido a psicopatías y ambiente anormal.	13 (25'49 %)
3. Debido al ambiente alcohólico de la sociedad	9 (17'85 %)
4. Debido a dos más tres	5 (9'80 %)

Para Rodríguez-Martos Daurer (1978) la causa más importante encontrada fue el **ambiente alcohólico de la sociedad** (74'7 % de sus casos), siguiéndole en importancia el grupo de psicopatías y neurosis (18'3 %).

En nuestro caso, al no constar el 37'25 % de la muestra, no se puede valorar.

CUADRO X

ANTECEDENTES FAMILIARES ALCOHOLICOS

No constan	23 (45'10 %)
No	12 (23'53 %)
Sí	16 (31'37 %)

De los que sí tienen antecedentes familiares:

Padre	8 (50'00 %)
Madre	2 (12'50 %)
Hermanos	3 (18'75 %)
Tíos	2 (12'50 %)
Esposo/a	1 (6'25 %)

Que falte el 45'10 % de la muestra en esta variable, ya no se trata de no hacer una historia específica de alcoholismo (ya que es un dato que en cualquier tipo de historia se investiga). Tal vez esté más en relación con la posición del psiquiatra de turno frente al alcoholismo. No sería de extrañar que ante esta enfermedad, en la que conociéndose su causa más inmediata —el alcohol—, y viéndose que el tratamiento biológico (el más "tranquilizador" para el psiquiatra) no es suficiente por sí solo, sino que al contrario, es mucho más importante un planteamiento social y político de la misma, al psiquiatra se le agudizasen sus propias contradicciones y "rechazase", de forma indirecta, al enfermo alcohólico, que por otro lado no es un enfermo gratificante en cuanto a su pronóstico, en el estado actual de cosas.

En numerosos trabajos se destaca la importancia de estos antecedentes. Se ha visto que el alcoholismo filial, cuando hay progenitores alcohólicos, tiene un comienzo más precoz y un curso clínico más largo (Schuckit y cols. citado por Seva Díaz, 1979).

Alonso Fernández (1973) citado por Seva Díaz (op. cit.) encontró en un estudio sobre 50 alcoholómanos que: un 50 % tenía padre alcohólico, un 4 % madre alcohólica, y un 18 % un pariente alcohólico más o menos incorporado a la familia.

El alcoholismo paterno tendría una especial tendencia a transmitirse a hijos varones por mecanismo de identificación (Seva Díaz, op. cit.). En este mismo trabajo dice que: "...junto a la identificación y aprendizaje de las conductas alcohólicas, propias de los padres, se crea, en el hijo, una personalidad pre-alcoholómana: personalidad pasivo-agresiva."

Alonso Fernández (citado por Seva Díaz, op. cit.), al hablar de la personalidad infantil pre-alcoholómana, afirma que se caracteriza por:

- Inmadurez afectiva con su necesidad de amor e intolerancia para las frustraciones, junto a un excesivo temor a los contactos amorosos.
- Represión instintiva que coarta tendencias, proyectos y acciones cara al futuro.
- Evasión de la relación con el otro.
- Falseamiento en la comunicación.
- Soledad.

Seva Díaz (op. cit.), citando un trabajo de Bonals y cols. de 1977, habla de la aparición de temas de abandono, soledad, rechazo, culpa, castigo, autoagresión, actitudes pasivas de los héroes en las pruebas psicológicas pasadas a veintisiete niños y adolescentes hijos de padre alcoholómano.

En este mismo trabajo, encuentran que en las relaciones paternofiliales eran frecuentes:

- Las malas identificaciones con figuras paternas.
- Situaciones en que éste había muerto o era castigado.

En cuanto a las relaciones entre los padres eran proyectadas por los hijos en forma de:

- Escenas de violencia.
- Ausencias.
- Muerte de uno de los padres.

CUADRO XI

MOTIVO DE LA CONSULTA

No consta	2 (3'92 %)
Vienen voluntariamente ..	13 (25'49 %)
Los traen	36 (70'59 %)

De los que son traídos a consulta:

Delirium tremens	14 (38'89 %)
Complicación psíquica	9 (25'00 %)
Complicación física	11 (30'55 %)
Policía	1 (2'78 %)
Coacción familiar	1 (2'78 %)

Los pacientes que vienen voluntariamente lo hacen por sentir preocupación con respecto a su hábito alcohólico. Empiezan a sentir que el alcohol les está produciendo problemas familiares, laborales e incluso molestias físicas. Suelen tener conciencia de enfermedad.

El resto no suele tener conciencia de enfermedad y son los familiares (esposa, padres, hijos, etc.), quienes los traen, ya que en definitiva son ellos quienes sufren las consecuencias.

CUADRO XII

CONCIENCIA DE ENFERMEDAD AL INGRESO

No	32 (62'74 %)
Sí	15 (29'41 %)
No consta	4 (7'84 %)

El gran porcentaje de ingresados que no tiene conciencia de enfermedad es un índice de cómo la sociedad no sólo tolera sino que induce al alcoholismo. Con unos mass-media poderosos haciendo del alcohol el elixir de la felicidad, y un estado-sociedad que no suele invertir en prevención, el paciente no podrá tener conciencia de enfermedad, siendo toda creación de puestos de tratamiento bastante estéril: "...cuando una sociedad decide invertir en mecanismos curativos en respuesta a la prevalencia del alcoholismo ha hecho una elección y acepta pagar este precio. Pero esta elección supone que implícitamente la sociedad no está dispuesta a pagar el precio de la prevención..." (Boudreau, 1976).

CUADRO XIII

TRATAMIENTOS ANTERIORES

Se ignora	10 (19'61 %)
No	18 (35'29 %)
Sí	23 (45'10 %)

De éstos:

Ambulatorio	10 (43'48 %)
Ingresados	10 (43'48 %)
Ambos	3 (13'04 %)

Que un 45'10 % de los pacientes ingresados ya hubiesen recibido tratamiento, indica:

- Tratamiento correcto: recaída debida al paciente.
- Tratamiento no correcto o no suficiente: médico no informado.

Echar toda la culpa al paciente (recaídas por problemas familiares, laborales, personalidad inmadura, etc.), sería lo más cómodo y un lavarse las manos del alcoholismo como problema social, en el que el médico está inmerso.

El doctor Reid (en: Boudreau, 1976) afirma que para la rehabilitación del alcohólico es preciso:

“Un terapeuta informado, afable y convencido; con un buen control de sí mismo para no rechazar al enfermo; paciente y sólidamente estructurado para soportar la dependencia que el paciente transfiere del alcohol al terapeuta.”

Un tratamiento dirigido únicamente a mejorar físicamente al paciente, le deja indefenso ante su realidad, y es precisamente este sentimiento de indefensión lo que le ha llevado al alcoholismo; y por otra parte se estaría haciendo una medicina reparadora de la fuerza de trabajo y no una medicina que tuviese en cuenta a la persona.

CUADRO XIV

DURACION DEL INGRESO

1-5 d.	9
6-10	6
11-15	8
16-20	5
21-25	6
26-30	7
31-35	2
36-40	2
41-45	2
46-50	1
> 50	3 (53 d., 70 y 90)

La media aritmética es de: 21'5 días.

Haciendo intervalos de 15 días obtenemos el siguiente cuadro:

1-15	45'10 %
16-30	35'29 %
31-45	11'76 %
> 45	7'84 %

Willems y cols. citados por Mezquita y cols. (1977) demuestran no encontrar diferencias significativas cara al postratamiento entre los pacientes que estuvieron cuatro semanas en su unidad y los que estuvieron ocho; por lo que concluyen que: "...con cuatro semanas es suficiente para la rehabilitación de los pacientes alcohólicos" (?) (sic).

El hecho de que el 45'10 de nuestros pacientes ingresados estuvieran menos de 15 días, no quiere decir que hayamos descubierto una fórmula más rápida, sino que los planteamientos son diferentes.

En este 45'10 entran las altas voluntarias y los pacientes que una vez recuperados de su cuadro físico fueron dados de alta.

CUADRO XV

ACTITUD DEL PACIENTE DURANTE EL INGRESO

No consta	14 (27'45 %)
Pasiva	12 (23'53 %)
Activa	25 (49'02 %)

De la actitud activa durante el ingreso del paciente:

Positiva	15 (60 %)
Negativa	6 (24 %)
Hostil	4 (16 %)

Actitud pasiva: aquél que se deja tratar, no participando ni preocupándose de su tratamiento.

Actitud activa:

- Positiva: cree en su curación, colabora en su tratamiento.
- Negativa: no cree en su curación.
- Hostil: se opone al tratamiento. No toma la medicación e incluso bebe durante el mismo.

CUADRO XVI

ACTITUD DE LA FAMILIA DURANTE EL INGRESO

No consta	40 (78'43 %)
Sin familia	1 (1'96 %)
Colaboran	8 (15'69 %)
No colaboran	2 (3'92 %)
Hostil	0

Sin familia: no tiene o no mantiene relaciones con ella en estos momentos.

Colaboran: la familia comprende la enfermedad del paciente y lo apoya. Acuden a las citas que se les hacen y participan.

No colaboran: no comprenden al enfermo, ni su enfermedad (piensan que es "vicio"). No suelen acudir a las citas y si lo hacen es para "acusar" al paciente de sus faltas.

Hostil: favorecen la ingesta del paciente.

CUADRO XVII

SINTOMATOLOGIA

Complicaciones psíquicas

Irritabilidad	33 (64'71 %)
Excitabilidad	23 (45'10 %)
Distimias	17 (33'30 %)
Depresión	9 (17'65 %)
Confusión	7 (15'55 %)
Alucinaciones	20 (39'22 %)
Paranoia	7 (13'73 %)

Complicaciones físicas

Temblor	30 (58'82 %)
Pituitas	24 (47'10 %)
Anorexia	29 (56'86 %)
Insomnio	24 (47'10 %)
Diarrea	6 (11'76 %)
Convulsiones	8 (15'69 %)
Polineuritis	15 (29'41 %)
Hipererotismo	3 (5'88 %)
Hipoerotismo	5 (9'80 %)
Impotencia	1 (1'96 %)
Esteatosis y/o hepatitis ...	5 (9'80 %)
Cirrosis	3 (5'88 %)
Patología pulmonar	5 (9'80 %)

Complicaciones familiares

Conflicto familiar	19 (37'29 %)
Separación conyugal	2 (3'92 %)
Disgregación familiar	1 (1'96 %)
Degradación familiar	2 (3'92 %)

Complicaciones laborales

Conflictos en el trabajo ...	8 (15'69 %)
Ausencias del trabajo ...	4 (7'84 %)
Cambios frecuentes trab.	8 (15'69 %)
Degradación en el trabajo.	4 (7'84 %)
Incapacidad laboral	2 (3'92 %)
Conduc. antisocial menor.	1 (1'96 %)
Conduc. antisocial grave.	1 (1'96 %)
Pérdida de nivel social ...	1 (1'96 %)
Degr. social completa	0

No constan datos en 10 historias: 19'61 %.

No he podido valorar la aparición de palimpsestos por no constar en la mayoría de las historias.

(Ver Cuadro XVIII).

TRATAMIENTO

Se empleó, fundamentalmente, desintoxicación más vitaminoterapia.

En algunos pacientes, cuando la sintomatología así lo requería, se empleó neurolépticos, antidepresivos, etc.

En delirium tremens se usó sueroterapia con Clormetiazol en perfusión gota a gota.

En un grupo de pacientes (17'65 %) se usó técnicas aversivas (apomorfinas).

Mezquita y cols. (1977) opinan que estos enfermos precisan una asistencia especializada y que tratarles simplemente con desintoxicación y medicamentos aversivos supone, en el mejor de los casos, una pérdida de tiempo, como ha sido señalado ya hasta la saciedad" y citan los trabajos de: Willems y cols., 1973-a; Mart, 1970; Freixa y colaboradores, 1972; Holder y Stratas, 1972.

Durante esta época funcionaba un grupo antialcohólico: tuvo una duración de dos años (77-79).

Era según la definición de Freixa (1973) Grupo de Discusión. La admisión al grupo se hacía entre:

- Los ingresados.
- Pacientes de la policlínica.
- Pacientes de consultas privadas.
- Pacientes captados por otros alcohólicos.

Reuniones: una vez por semana, los sábados por la mañana, de hora y media de duración.

Encargados del grupo: tres A. T. S. (fuera de sus horas de trabajo).

Características:

- Mixto.
- Acudía el paciente y la familia (si así lo quería).
- No dirigido.

Los temas eran elegidos por los propios pacientes: en general versaban sobre las recaídas, los problemas familiares, las consecuencias del alcohol, etc.

Dejó de funcionar a los dos años por considerar los encargados que no era operativo debido a:

- Falta de apoyo.
- Asistencias irregulares (estaba centralizado y había pacientes que se tenían que desplazar muchos kilómetros para asistir a ellos).
- Frecuentes recaídas entre sus pacientes (no lo han objetivado estadísticamente, pero consideraban que se daban con la misma frecuencia que entre los que no asistían).

CUADRO XIX

POST-TRATAMIENTO

No seguidos: 82'35 %

— Se pierde contacto	37 (72'55 %)
— Alta voluntaria	6
— A ambulatorio de zona	4
— Citados que no acuden	14
— A otras salas del hospital	3 (5'88 %)
— A otras instituciones	2 (3'92 %)

Seguidos: 17'65 %

— Policlínica	8 (15'69 %)
— Ambulatorio zona	1 (1'96 %)

Reingresados:

— En Psiquiatría	9 (17'65 %)
— En Médicas	5 (9'80 %)

De los cinco reingresados en Médicas, muere uno por cirrosis.

De los nueve reingresados siete eran de los considerados no seguidos. Dada la gran cantidad de pacientes no seguidos, es impensable hacer un balance del tratamiento seguido en el servicio.

CUADRO XVIII

DIAGNOSTICO

No consta	2
Conducta alcohólica crónica	22
Psicosis alcohólicas	22
— Agudas:	
— Embriagueces atípicas:	
— Excitomotriz	2
— Alucinatoria	1
— Dipsomanía	1
— Crónicas:	
— D-T	14
— Alucinosis	1
— Encefalopatía	1
— Epilepsia	2
Sintomáticos: 5 (depresión, intento de suicidio)	

Para hacer esta clasificación he utilizado los trabajos de: Ey, 1975; Ferrer Raldúa, 1973, y Herrero Lorenzo, 1978-a.

CONCLUSIONES

Lo más importante en el alcoholismo es saber frente a qué estamos. Esto significa que sólo un **enfoque multidisciplinario** va a resultar operativo en el tratamiento del alcoholismo. Si el médico es la persona que "cura", es él quien debe, por todos los medios a su alcance, contactar con todas las personas que de una forma más o menos directa "deban" estar interesadas en la curación del alcohólico.

Hay que tener en cuenta que alcohólico es aquél que busca la provocación de un cambio de su situación a través de la toma de alcohol. Lo que implica: 1), la existencia de una situación que

resulta insoportable para el sujeto que la vive; 2), que esta situación no puede ser cambiada, desde el sistema de referencia y posibilidades del sujeto, por una acción ordenada y adecuada sobre la realidad, y 3), que dadas las condiciones 1) y 2), el modo más económico para el psiquismo de esa persona resulta ser la evasión de la realidad (C. Castilla del Pino, 1971).

Si esto es así, los "enemigos" son muchos y poderosos, los medios muy escasos y el médico no puede, ni debe, estar navegando a dos aguas. Si su misión es curar, debe comprometerse a ello; aunque su compromiso le lleve a traspasar el papel asumido en la sociedad capitalista actual.

En cuanto al tratamiento propongo:

- 1.º Desintoxicación.
- 2.º Psicoterapia individual.
- 3.º Psicoterapia de grupo.
- 4.º Psicoterapia familiar.
- 5.º Seguimiento de las psicoterapias una vez el paciente haya abandonado el hospital.
- 6.º Abandono de las técnicas aversivas que no consiguen más que remisiones parciales y momentáneas, desviando al paciente de su fin real: la readaptación a su realidad, que sólo conseguirá cuando centre su atención en ella y no se esconda tras "la pastillita milagrosa".

BIBLIOGRAFIA

1. AIZPURI DIAZ, J., y cols. (1978): "Proceso de cambio social y alcoholismo", *Drogalcohol*, III, 4, 159-170.
2. ALONSO FERNANDEZ, F. (1976): "The state of alcoholism in Spain covering its Epidemiological and Aetiological aspects", *Br. J. Addict* 71, 3, 235-242.
3. AROCAS ESTELLES, A. y cols. (1978): "Asistencia al enfermo alcohólico en la sociedad", *Drogalcohol*, III, 3, 107-113.
4. BEDATE VILLAR, J., y AROCAS ESTELLES, A. (1978): "Revisión de los alcohólicos tratados por primera vez durante 1977 en el Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia)", *Drogalcohol*, III, 3, 121-131.
5. Mismos autores (1979): "Revisión de los enfermos ingresados por primera vez en el servicio de alcohólicos y toxicómanos durante 1978. Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia)", *Drogalcohol*, IV, 3, 139-146.
6. BOGANI MIQUEL, E., y cols. (1978): *Manual del alcoholismo*, Servicio de Alcohólicos y Toxicómanos del Hospital Psiquiátrico de Bétera, 43 pp.
7. BOGANI MIQUEL, E. (1979): "El alcoholismo femenino en la provincia de Valencia". *Drogalcohol*, IV, 3, 133-137.
8. CASTILLA DEL PINO, C. (1971): "Aspectos psicosociológicos del alcoholismo", en *Vieja y nueva psiquiatría*, Madrid, Seminario y Ediciones, S. A., pp 201-217.
9. BOUDREAU, A., y cols. (1976): *L'Alcoolisme*", E. M-Ch. fasc.: 37398 A10 y A20.