

Algunos aspectos del alcoholismo en Logroño

POR

ALBERTO ESCUDERO ORTUÑO

(Director del Manicomio Provincial)

(Conclusión)

Al hacer esta encuesta elegí un espacio de tiempo suficientemente amplio para sacar conclusiones, que permitiesen examinar una casuística ilustrativa pero no tan numerosa como para que su manejo ofreciese dificultades desmesuradas. El lapso de tiempo elegido fue el último lustro; o sea el formado por los años que van desde 1954 a 1958, ambos inclusive. Y como punto de referencia y contraste elegí el quinquenio homólogo de la década anterior; es decir el que comprende los años 1944 a 1948. Para hacer esto último tuvimos que revisar los protocolos uno a uno que constan en el archivo del establecimiento y que corresponden en su totalidad a la época en que dirigía el servicio mi ilustre antecesor el Sr. Caballero.

Debo advertir también que por necesidades de ahorro de tiempo tuve que limitarme a hacer el estudio sobre los enfermos de nuevo ingreso; no constan por lo tanto en las estadísticas que vamos a examinar ni los pacientes que reingresaban ni los que recibían asistencia permanente, lo que en mi opinión no modifica los resultados que interesan.

		Hombres	Mujeres	Total
Quinquenio 1944-48	Total de enfermos ingresados por primera vez .	118	140	258
	Cifra de alcohólicos de nuevo ingreso	10	4	14
	Tantos por ciento	8,47 %	2,78 %	5,42 %

		Hombres	Mujeres	Total
Quinquenio 1954-58	Enfermos de nuevo ingreso.....	229	178	407
	Cifra de alcohólicos de nuevo ingreso.....	48	6	54
	Tantos por ciento	20,81 %	3,36 %	13,22 %

En primer lugar salta a la vista el aumento absoluto que registran las hospitalizaciones, las que de 258 ingresados por primera vez en el primero de los quinquenios examinados pasa a casi el doble 407, en el de 1954-58.

Hay que descartar de plano que tan formidable elevación, tras un paréntesis cronológico de sólo cinco años, traduzca el crecimiento simultáneo de la población en esta provincia, cosa que no ha sucedido hasta el punto de duplicarse; o a que haya habido un aporte de ingresos de otras provincias, cosa que tampoco ocurrió. O a que, finalmente, por uno de esos fenómenos asombrosos de la naturaleza humana, las enfermedades síquicas se hubiesen numéricamente incrementado, tal vez por la presentación de factores degenerativos en los habitantes de esta comarca. No creo en nada de esto. Lo que creo es que el número proporcional de pacientes es el mismo, (salvo el aumento indudable que haya de cargarse a la cuenta del alcoholismo, de los traumatismos, etc.), pero que las ansias de higienización social han hecho perder al público su temor ancestral a la locura, mejor dicho, han racionalizado este temor; y como consecuencia lo que está en vías de perderse totalmente es el miedo a la hospitalización siquiátrica. En parte también a que se ha disipado el falso dogma de la incurabilidad de las sicosis y a que esta idea ha penetrado en la masa amorfa de la población que tiende a ingresar a los enfermos cada vez más precozmente buscando su curación y no su simple confinamiento por los peligros e incomodidades que el paciente acarrea. En cuyo caso, si las cosas son así como yo me las imagino, ese aumento de la población manicomial, signo sería de civilización más que de degeneración.

Sea lo que sea, quedémonos con el hecho escueto sin darle más vueltas por el instante: los ingresos en el Manicomio Provincial se han duplicado en el transcurso de estos diez años.

La cifra total de etilómanos en el primero de esos quinquenios

nios examinados era de por sí bastante alta (vuelvo a repetir que no se ha incluido el remanente de alcohólicos que estaban ya en asistencia ni los que reingresaron). Tengo a la vista una estadística del Manicomio de Baleares del año 1945, que daba un porcentaje total de 1,80 alcohólicos ingresados; el autor de dicha estadística, el Dr. Escalas Real, opinaba a la sazón que este porcentaje se encontraba en declive. En otro estudio estadístico del Hospital Provincial de Madrid, hecho por el Dr. Ortega Matilla, se dan cifras semejantes para el año 1953. Otros datos proceden de la estadística de Guipúzcoa, hecha por el Dr. Echevarría en 1948. Esta da un porcentaje algo mayor: 3,21. Y, por último, los datos referentes a España que recoge la gran Enciclopedia Médico-Quirúrgica francesa señalan para el alcoholismo la cifra de 1,4 % (esto corresponde a la situación en 31 de diciembre de 1951, cifra que debe ser considerada como la más baja posible por coincidir con el mayor número de salidas temporales). Con todo esto, podemos ya orientarnos respecto al hecho de que la población hospitalizada por etilismo en Logroño hace diez años, era ya bastante superior a la promedia de España.

A fuer de sincero debo asegurar, que no llevaba ninguna idea preconcebida al comenzar a hacer este estudio. Por ello me resultó sorprendente el resultado que obtuvimos con idéntico recuento en el quinquenio 54-58. El aumento tan vertiginoso que se observa, tanto en cifras absolutas como relativas, pregona la necesidad de tomar medidas sanitarias que atajen un crecimiento que no sabemos hasta dónde puede llegar. El paso de un 5,42 % a un 13,22 % en tan poco tiempo es excesivo. No podemos hacer buen pronóstico social de este hecho, precisamente por la envergadura del mismo.

Sin embargo, este crecimiento tan brusco no es sólo un fenómeno registrado en la provincia de Logroño. No he tenido ocasión de leer más que una estadística contemporánea: la del Dr. Pelaz sobre los ingresos por etilismo en el Manicomio de San José de Ciempozuelos que dirige, de la que se desprende que si había un 1 % de ingresos por alcoholismo en 1946, diez años después, en 1955, alcanzaba ya la cifra de 16,4 %; naturalmente que se refiere a población masculina. Limitados sólo a ella el porcentaje que arroja Logroño como puede verse también es bastante mayor.

Por este dato estadístico y por las comunicaciones privadas que he tenido en estos meses con algunos de mis colegas direc-

tores de manicomios esparcidos por España, creo que nos encontramos ante el hecho general de un aumento global de la población reclusa por etilismo. Lo que puede traducir la existencia de un aumento previo del índice de alcoholización de la población. De este último hecho Logroño no escapa.

Este panorama puede ser bastante desolador. No están recogidas aquí en este trabajo, las cifras correspondientes al año 1959. La tendencia al ascenso de la curva, todavía se ha acentuado más en este último período. Pero este crecimiento y el que en el futuro próximo preveo no nos debe amilanar. Al contrario, debe estimularnos en la pelea contra esta peste; pelea en la que los médicos solos, no podemos estar esta vez.

Conviene hacer alguna otra consideración. El aumento abrupto que ha sufrido la curva de las hospitalizaciones durante el último lustro, no quiere decir que la etilización de la población, del cual esto es fiel reflejo, se haya efectuado al unísono. Son dos fenómenos que en su iniciación por lo menos no pueden tener simultaneidad, puesto que para que esta consecuencia llegue a hacerse evidente, la alcoholización ha tenido que iniciarse con bastante anticipación. Es decir el tóxico necesita actuar durante un período de tiempo suficiente para producir el daño. Ha habido pues una latencia y ahora nos encontramos sufriendo los efectos de un aumento del consumo de bebidas, que debió experimentarse hace varios años.

Obsérvese que me expreso en términos de probabilidad, para mí bastante aproximada, pero probabilidad al fin. De lo que se trata, es de buscar una explicación al hecho indudable del crecimiento desmesurado de la cifra de hospitalizaciones por sicosis alcohólicas en este establecimiento. Y no encuentro más que esta: ciertos individuos, cuyo número no se puede determinar, se refugiaron en el tóxico como una reacción angustiosa ante los avatares y los trastornos sociales que acompañaron a la guerra española y a la guerra mundial. Que esto sea cierto o no es discutible, pero esa es mi opinión.

Debemos, además, tener en cuenta otra cosa. El aumento de las sicosis alcohólicas hay que ponerlo en relación con otro de los hechos que saltan a la vista: el aumento de la población total reclusa. Distingamos: el porcentaje de etilómanos aumentó relativamente, es decir, en relación con otras enfermedades mentales; y desde luego también en términos absolutos. Pero igual y por otras razones que he mencionado, ha habido un aumento bruto de todos los ingresos manicomiales.

Concretamente por el lado de las llamadas sicosis afectivas, la curva de ingresos se ve elevada de un modo extraordinario.

Esto mismo lo observó en Francia el Dr. Daumezon y junto a estas elevaciones observa estas otras dos: la de los suicidios y la de natalidad. Esto ya nos indica que sobre la población ha incidido una ambiental de tipo negativo, cuyos efectos se reflejan en estas estadísticas.

Otro francés, Henri Duchenne, ha hecho una observación curiosa y es la de que el alcoholismo disminuyó en Francia durante los años de la última guerra. Concretamente, disminuyó el consumo de bebidas no sólo en aquellas zonas afectadas por la contienda, en que era difícil el suministro a la población por las requisas para el ejército o por las dificultades del transporte, sino en las propias comarcas vinícolas, productoras, donde no existían aquellos inconvenientes. Disminuyó el consumo y disminuyeron las hospitalizaciones por alcoholismo. Es precisamente después de la contienda, cuando parece haber una relación del tono vital de la población y la lucha por la supervivencia, cuando aumenta el consumo y aparece el efecto que éste siempre acarrea: el aumento de la curva de ingresos manicomiales por sicosis tóxicas.

Lo que haya ocurrido en España sobre este particular nos resulta desconocido. Aquí no hubo racionamiento de vino y es difícil evaluar cuánto se consumió para comprarlo con el consumo postbélico. Pero sí tenemos el hecho que hemos apreciado de la enorme elevación de los ingresos que empieza a manifestarse 15 años después de acabada nuestra guerra. Lo que quiere decir, según mis cuentas, que fue después de la contienda cuando se inició esa subida en el índice de alcoholización de la población.

Por lo que he consultado en las recientes publicaciones, en Logroño se refleja actualmente el mismo laido de toxicofilia que hay en toda España. Y en España el mismo fenómeno que ocurre en Europa.

El profesor Laubenthal, de Essen, califica el alcoholismo, con el cariz que ha tomado hoy en Europa, como la más amenazadora de las plagas que pueden caer sobre nosotros. Y por el relieve que adquiere el aumento del alcoholismo, le califica de terrible. Esta opinión la he recogido de una publicación editada en 1959. La categoría científica de Laubenthal, nos exige de agregar ni un solo comentario a su opinión. Sería lamentable

que la voz del médico fuera en esta ocasión como en tantas otras «vox clamantis in deserto».

Haremos a continuación unas consideraciones sobre los pacientes ingresados en el quinquenio 1954-58.

PROCEDENCIA DE LOS ENFERMOS HOSPITALIZADOS

Los hemos agrupado según el partido judicial a que correspondía el municipio en que estaban vecindados. Según eso hemos logrado la siguiente distribución de los enfermos:

	Hombres	Mujeres
Alfaro.....	6	—
Arnedo.....	2	—
Calahorra.....	6	—
Cervera del R. Alhama.	—	—
Haro.....	7	1
Logroño.....	24	4
Nájera.....	—	—
Santo Domingo de la C.	1	—
Torrecilla en Cameros.	—	1
De otras provincias....	2	—

En este cuadro lo que sorprende no es que el mayor número de alcohólicos proceda de la capital y su distrito, (pero principalísimamente de la capital), sino que el volúmen de éstos, alcance casi el 50 por ciento del total. En contraste con ello hay dos comarcas, Cervera y Nájera, de donde no ha sido hospitalizado ni un solo enfermo en estos cinco años. Santo Domingo de donde no ingresó más que uno y Torrecilla de donde procede también sólo un caso precisamente de mujer.

Se puede prestar este hecho a interpretarse de muy distinto modo. Desde luego el acúmulo de población en la capital, no equivale al 50 por ciento de alcohólicos de la misma procedencia que arroja la estadística. A que ocurra este fenómeno tal vez contribuyan varias circunstancias. Una es que los campesinos y los habitantes de las pequeñas poblaciones o beben menos o beben mejor; quizás lo hacen a la antigua y buena manera del beber. Otra: que consumen menos alcohol como aperitivo. También puede ser que el vigoroso trabajo muscular en plena naturaleza les defiende mejor. E igual, que las condiciones higiénicas de la vivienda en la ciudad más populosa (lobreguez, hacinamiento, etc.) les empuja a huir hacia la taberna

como refugio con más fuerza que en la pacífica vida de la aldea. Queda a mi juicio otra circunstancia. En los últimos diez años hemos visto como el absentismo adquiría proporciones de avalancha; por lo general a la ciudad más populosa, el campo empieza por mandar la escoria, es decir, el individuo inestable con instintos nómadas o de vagabundo más o menos disimulados, incapaz de la perseverancia, indispensable para lograr una posición social estable y un objetivo honroso en la vida. Al arribar a la ciudad el fracaso se hace todavía más grave, porque son mayores las exigencias sociales y en ellos la pequeña delincuencia o el alcoholismo, tienen una magnífica cantera de donde nutrirse. Creo, por último, que esas normas de convivencia social, menos laxas en la ciudad, aceleran la reclusión manicomial del beodo que allá en su tierra puede vagar por el campo impunemente y dormir la borrachera bajo cualquier árbol; pero no en la ciudad donde, más o menos pronto, ha de chocar con los reglamentos de policía municipal o en conflicto con sus vecinos que difícilmente soportarán su irascibilidad o sus escándalos nocturnos.

En realidad y casi como al margen, me quedaba por hacer otro comentario. Yo no quisiera imitar la figura del Doctor Don Pedro Recio de Tirteafuera, pero apunto hacia una costumbre que existe en Logroño muy antihigiénica en este sentido. Me estoy refiriendo al consumo de vino como aperitivo, al llamado vulgarmente «chiquiteo». Suelo ser muy indulgente en los regímenes alimentarios y en las restricciones dietéticas que aconsejo a mis pacientes. Estoy en este caso en la línea del gran neurólogo inglés Walshe. Por ejemplo hay una costumbre cual es la copita de coñac después de comer que muy graves he de ver las cosas para tener que prohibirla. Lo mismo digo naturalmente del vino que en moderada cantidad se consume durante las comidas. Todo esto el saber popular ya lo tiene sancionado como una experiencia arcaica: no se debe beber con el estómago vacío. Y es cierto; la presencia de alimentos en el estómago, tiene por efecto retrasar la absorción del alcohol y por lo tanto, evitará su excesiva concentración en la sangre. En la sangre el alcohol se destruye por oxidación. Pero si la absorción se verifica de golpe, de una manera masiva, como sucede en los que beben a cualquier hora, el alcohol etílico, que invade la sangre desborda, rebasa, su capacidad de oxidación y siempre queda un resto de alcohol libre que producirá su efecto nocivo sobre el sistema nervioso. Muchas veces hemos oído

esta frase: «soporto muy mal los aperitivos y, sin embargo, el coñac que es más fuerte no me hace daño». Si ese ciudadano invirtiese la hora de beberlo y tomase el coñac como aperitivo comprobaría cómo también éste, es capaz de perjudicarlo. Suelo hacer la pregunta en los casos de alcoholismo manicomial, indudablemente los más graves, sobre las horas en que el sujeto hacía el consumo mayor de bebidas y, por lo general, me dicen que son individuos que no beben casi nada o nada mientras comen. Tal vez los trabajadores del agro se defiendan mejor, aun bebiendo más, porque beben menos en ayunas, salvo la proverbial copa de aguardiente matutino.

OBSERVACIONES SOBRE EL PESO DE LOS PACIENTES

Otra cosa que yo venía observando con cierta extrañeza, es que al etilómano grave, al que hay que encerrar más tarde o más temprano en los manicomios, suele ser en Logroño un hombre menudo, de baja talla y por lo general flaco de toda su vida, con las naturales excepciones.

En contraste con este tipo de sujetos, he visto otros grandes comedores y bebedores, aquellos pletóricos del profesor Cañizo esos hombres corpulentos, coloradotes y rebosantes de salud que suelen jactarse de sus proezas como bebedores y que incluso llegan a organizar campeonatos de resistencia; pues bien, no recuerdo haber visto a ninguno de estos excelentes secuaces de Alcibiades afecto de una complicación nerviosa de su alcoholismo. Alguno habré tratado en hospitalización manicomial, pero tan raro debió ser que ni lo recuerdo.

He hecho las pesadas —como es norma hacer con todos los enfermos— y obtuve al ingreso de los pacientes la cifra promedia de 57.500 Kg. que como se ve, es un peso correspondiente a hombres menudos y de no muy recia complexión.

Luego, incidentalmente, vi la explicación a este curioso detalle en el coloquio europeo sobre alcoholismo que se celebró hace pocos años en Copenhague; el peso del cuerpo tiene un papel importantísimo en la intoxicación etílica. Los hombres flacos soportan muy mal el alcohol. Esto la sabiduría popular ya lo tiene hace mucho tiempo sancionado.

En estos casos sucede lo siguiente. El alcohol libre que aún no ha tenido tiempo de oxidarse y eliminarse, se extiende a todas las partes del organismo. El cuerpo humano contiene

agua en la proporción de dos tercios de su peso. Y, sencillamente, en este agua se disuelve el alcohol. De esta forma el tabernero que echa agua al vino, es un elemento profiláctico de primer orden; no hace más que quitar toxicidad al alcohol disminuyendo su concentración. También el tabernero, como el artista, imita a la naturaleza.

Sobre este problema de la dilución acuosa del alcohol quisiera agregar sólo dos palabras de pasada. Cuando a un médico se le dice que el enfermo tal bebe, pero que lo que bebe lo hace mezclado con gaseosa (aquí frecuente práctica) o simplemente con agua, el médico puede o suele torcer el gesto y pensar que tanto da el que se beba el vino o el coñac más o menos disueltos, si la cantidad total de alcohol ingerida es prohibitiva. Aquí existe un error de apreciación, porque no es lo mismo. Nosotros hacemos una prueba muy sencilla destinada a medir el grado de embriaguez, prueba que fue introducida por los médicos escandinavos. Con los ojos cerrados y los brazos en cruz el individuo intenta a una señal dada unir por delante los extremos de los dedos índices. Esto no es ni más ni menos que la comprobación de que no existe una disimetría, o sea que es correcta la medida intencional del movimiento que se quiere realizar. Pues bien, se ha comprobado que la mínima cantidad de alcohol produce resultados muy diferentes en una misma persona según la forma en que lo ha bebido. En efecto, el rendimiento de la prueba disminuye en un cien por cien, si al individuo se le dan 25 gramos de alcohol diluido al 32 por ciento. Pero si se diluye más, por ejemplo al 2,6 por ciento (lo que significa un volumen de líquido 12 veces mayor), o se toma ese alcohol en forma de cerveza que de ordinario suele tener esa misma concentración (2,6 0/0), el rendimiento en la prueba sólo se altera en la mitad. Y así sucesivamente a medida que aumenta la cantidad de líquido y disminuye la concentración del alcohol, siendo la cantidad de éste, ínsistimos, invariable.

Conviene decir, para finalizar este problema de la resistencia a la intoxicación en función del peso del sujeto, que el biotipo riojano predominante es pequeño y magro, pero no creo que llegue, ni muchísimo menos, a esos extremos de endeblez que observo en los intoxicados crónicos que tienen que hospitalizarse. Endeblez que no deja de existir aún cuando, después de un largo tiempo de abstinencia y de haber hecho una cura concienzuda en régimen de nutrición suficiente, se obtiene una mejoría del estado general. En tales circunstancias el promedio de pesadas,

apenas hace aumentar en un par de kilos la cifra citada que obtuvimos al ingreso.

Fijando mi opinión diré que en el hombre delgado y de baja talla, existe una disminución de su alcoholresistencia, principalmente por parte de su sistema nervioso central que le hace enloquecer ante los abusos persistentes del vino, aunque en tal persistencia no puedan contarse muchos años.

De todas formas, no quisiera hacer aquí una afirmación rotunda, sino más bien me limito a exponer lo que he observado planteándolo como hipótesis de trabajo.

OTROS DATOS A DEDUCIR DEL PRESENTE ESTUDIO (profesión, edad, situación familiar, etc.).

En cuanto a la profesión de los 48 hombres ingresados, se observa un predominio absoluto y total de trabajadores manuales; de individuos que sin serlo, estaban en situación económica precaria, o de gente sin oficio. Este dato se explica muy fácilmente por la calidad benéfica de este Establecimiento y no requiere otros comentarios.

Respecto a la edad, veamos el siguiente cuadro:

EDAD	Menos de 20	20 a 30	30 a 40	40 a 50	50 a 60	60 a 70	Más de 70
HOMBRES	1	8	14	9	11	3	2
MUJERES			1		2	1	2
TOTAL	1	8	15	9	13	4	4

En él observamos que no es frecuente la hospitalización por debajo de los 30 años y es mucho menos frecuente, sobrepasados los 60. Por debajo de los 20 y por encima de los 70, ya es una rareza. Es una rareza en el hombre pero no en la mujer, en la que casi todos los ingresos se efectuaron en las últimas décadas de la vida. (Y este dato va en favor de mi creencia de que la mayor parte de las mujeres alcohólicas lo son por reacción a algo que incide trágicamente sobre su curva vital. En esas ancianas alcohólicas, que he podido estudiar bien individualmente, se produjo la toxicomanía tras los embates reintegrados de un destino adverso).

En lo que respecta sólo a los varones cabe hacer este

comentario. La acumulación de casos en las edades centrales de la vida obedece, a nuestro juicio, al tiempo que la lesión de los centros nerviosos subyacente a todas las sicosis efílicas necesita para producirse; tiempo de actuación de la noxa, que depende de la cantidad habitual diaria, de la calidad de la bebida y de la resistencia del individuo.

En pleno vigor juvenil se produce la sicosis, si las libaciones son brutales o coinciden con una tara en la personalidad que contribuya a precipitar el estallido sicótico con la subsiguiente hospitalización.

Respecto al declive de la curva en las dos últimas décadas consignadas, fácil es explicarlo porque es raro que un alcoholismo se inicie pasados los 50 años. Casi siempre es de iniciación juvenil y, además, antes de dar lugar a que la reclusión se produzca en el ocaso de la vida pueden suceder dos cosas: una, que la sicosis o los conflictos sociales y familiares hayan determinado la reclusión precozmente (y esto es lo que suele ocurrir) o que el individuo haya sucumbido por las complicaciones que sufrió su intoxicación. Otra posibilidad existe aún: que el sujeto haya conseguido curar su nefasto hábito, pero esto entra ya de lleno en el capítulo de los comentarios terapéuticos que deliberadamente no queremos abordar en este trabajo.

No deja de ser curioso lo que se ve respecto al estado civil de los individuos estudiados. Observemos:

	Hombres	Mujeres	Total
Casados.....	29	2	31
Solteros.....	17	2	19
Viudos.....	2	2	4

En primer lugar se aprecia que en la mujer hay un perfecto equilibrio —quizás demasiado perfecto— en la proporción respectiva de las tres situaciones familiares; pero insisto en que son pocos casos para sacar ninguna conclusión.

Entre los hombres debe significarse el excesivo porcentaje de solteros que da la estadística, el cual equivale aproximadamente a un 35 por ciento del total de varones examinados. Creo que en una población masculina no seleccionada que abarque exclusivamente adultos en la edad apropiada, el porcentaje de soltería es notablemente inferior. Dos explicaciones se me ofrecen para este dato. Una de ellas es que el alcohólico por el hecho de serlo arrastra un obstáculo social para matrimoniarse. La otra, sospecho que debe ser la más frecuente: que elilismo y

soltería son dos cosas, a la vez manifestaciones de inferioridad de la personalidad, que no se desprenden como consecuencia la una de la otra, sino que son simultáneas.

Dejo semi en silencio y no las invoco en este instante las posibles raíces homosexuales del alcoholismo que admiten las escuelas psicoanalíticas.

Por último, había observado que en los meses de otoño las hospitalizaciones de estos enfermos sufrían un descenso que hemos visto confirmarse en el siguiente cuadro, donde como se ve en esta estación del año disminuyen a la mitad con relación a cualquiera de las otras tres estaciones.

Primavera.....	16	casos
Verano	16	»
Otoño	7	»
Invierno.....	15	»

Para este detalle no encuentro a mano ninguna aclaración. Mi compañero, el Dr. Ortega Matilla, en el Hospital Provincial de Madrid, observó un máximo de ingresos en verano y un mínimo, en invierno.

TIPOS CLÍNICOS

El interés de la estadística de diagnósticos es exclusivamente psiquiátrico, pero creo oportuno hacer aquí una referencia somera de esta cuestión. Los resultados son estos:

Etilismo crónico simple.....	25	casos
Delirium Tremens.....	11	»
Alucinosis alcohólica.....	6	»
Delirio de celos.....	3	»
Dipsomanía.....	3	»
Síndrome amnésico de Korsakoff...	3	»
Borrachera patológica.....	2	»
Epilepsia alcohólica.....	1	»

En el cuadro adjunto quiero destacar la escasa importancia numérica de los delirios de celos. Hemos mirado siempre con atención el problema de la celotipia de los bebedores y hace años coincidimos con Llopis Lloret en su importancia y en su enorme frecuencia, de tal modo que a priori deberíamos suponer en todo alcohólico ideas de celos más o menos engarzadas en una estructura delirante. Sin embargo, los hechos en esta

comarca me han obligado a rectificar casi por completo aquel criterio. En el enfermo alcohólico de la provincia de Logroño las ideas de celos son más bien raras y los estados en que tales ideas adquieren la categoría de sistema delirante, como vemos en el cuadro, apenas alcanza el 6 por ciento de los ingresados.

Me inclino a pensar que aquella profusión de celotipias que encontrábamos en los bebedores de Madrid, no correspondía a preformaciones endógenas desencadenadas, sino al tipo de bebidas (coñac, aguardiente, ginebra, etc.) y a sus mezclas que se consumen con mayor abundancia en la gran urbe que en las pequeñas ciudades y, desde luego, que en el campo.

En contraste con esta rareza, lo más frecuente que observamos es la abundancia de síndromes amorfos del Alcoholismo crónico simple donde predomina el embrutecimiento ético-moral, seguidos por el no escaso número de Delirium Tremens y de Alucinosis que, según lo que deduzco de mis detenidos interrogatorios a este respecto, se dan aquí casi absolutamente en bebedores de vino.

Los cuadros clínicos dipsománicos, amnésicos tipo Korsakoff, de embriaguez patológica y de epilepsia etílica tienen escasa importancia numérica aunque eso va de acuerdo con la frecuencia estadística general de España y otros países.

Debemos insistir en que la naturaleza de este trabajo hace que no me detenga a estudiar interesantísimas peculiaridades de la sicopatología y clínica del etilismo que he ido observando a lo largo de mis años de ejercicio en Logroño; tales observaciones están destinadas a publicarse en revistas especializadas.

ALCOHOLISMO FEMENINO

Este capítulo en Logroño se presenta de manera reconfortante. En la enumeración acabada de hacer se aprecia hasta cierto punto su insignificancia estadística, aunque también en las cifras registradas en el lustro 54-58 parece marcarse una elevación. Son pocos casos para sacar conclusión alguna.

El menor volumen de las cifras de etilismo femenino está determinado porque detrás del «sucht» alcohólico suelen existir ya motivaciones de tipo enteramente sicótico. En estos casos el alcoholismo no es más que el síntoma de una sicosis.

Tiene muy escasa importancia social el alcoholismo femenino porque los hábitos de vida de la mujer — sobre todo de la mujer española — no la hacen proclive al consumo de bebidas.

Todavía no ha llegado la mujer a reunirse en grupos con otras mujeres habitualmente y sólo para beber.

La mujer puede beber por «snobismo», por imitación ocasional, por afirmar su capacidad de hacer todo lo que puede hacer un hombre; simplemente por mimetismo, por exhibirse y llamar la atención o por ejercitar el derecho a realizar alguna travesura de vez en cuando. Pero no suele verse el caso de mujeres que beban con la fruición con que lo hace el hombre.

Quiero decir con esto que los casos de alcoholismo femenino que yo he seguido de cerca no es que dejen de obedecer a motivaciones psicológicas, sino que tales motivaciones son de una estructura tan complicada, tan polimorfa y grave que el portador de ellas cae plenamente en el campo de la enfermedad mental. Estos casos eran ya, repito, enfermas síquicas antes de ser alcohólicas y antes naturalmente de que este alcoholismo determinase a su vez trastornos sicóticos secundarios (o mas bien terciarios); todo esto desde el punto de vista de la higiene social tiene mucha importancia.

Algunas veces he visto en ellas que el impulso a beber no es nada espectacular, se desarrolla en silencio, en el recogimiento de una habitación cerrada y a veces, ante el santuario de su propio tocador. La mujer no suele exhibir su embriaguez en plena calle y a pleno sol. Los trastornos aludidos subyacentes al etilismo entrañan una alteración de los sutiles mecanismos afectivos de por sí más frágiles, más vulnerables en la mujer que en el varón. He comparado ese libar silencioso y a veces ignorado durante años y años hasta de sus familiares próximos con esas formas de suicidio, de autoaniquilamiento propias de los melancólicos y a estos casos me refería también al mencionar la patológica hipertrofia del instinto tanático que he visto en muchos bebedores; ese suicidio suele ser todo lo contrario de lo espectacular y grandioso. Ni una última mirada siquiera, ni mucho menos una carta de despedida. Se matan sin decir adios. Pues con el mismo cauto sigilo beben estas pobres mujeres, como si realizasen su propia muerte con una eutanasia embriagadora.

Por lo general, insisto, el alcohol no ha hecho más que teñir estados graves de melancolía o de manía, formas muy antisociales de histeria —grave, por supuesto— violentas depresiones consecutivas a choques afectivos, neurosis de angustia y distimias epilépticas.

COLOFÓN

El hombre ha necesitado consumir sustancias euforizantes para aliviar los momentos de conflicto que ha tenido consigo mismo o con el mundo. Por la historia sabemos que los hombres primitivos se embriagaban. Actualmente en todos los países del planeta, con independencia de su grado de civilización, se consume una innumerable gama de bebidas fermentadas, de zumos y extractos de plantas cuyos principios activos tienen de común el producir un efecto químico sobre el sistema nervioso central. Esto puede probarnos que el impulso a tomar sustancias estimulantes y euforizantes es algo así como una característica antropológica, algo predeterminado en nuestra constitución síquica, algo, en una palabra, consubstancial con la naturaleza del hombre.

Pero, a veces, el hombre se propasa en el consumo de estas sustancias y entonces los poderes públicos o los imperativos de la religión se ven obligados a forzar un régimen de abstinencia que evite la disipación y los perjuicios que se sufren con su abuso. Es entonces cuando surgen los movimientos prohibicionistas, de los que tenemos el primer ejemplo histórico en las restricciones que impuso el emperador Domiciano al cultivo de la vid. Otro ejemplo es la prohibición coránica de ingerir alcohol en cualquiera de sus formas. El último a citar todos lo recordamos, la Ley Amstead, la llamada Ley Seca que promulgó el Presidente Wilson en 1919. El resultado de esta última prohibición, como el de casi todas, fue un fracaso rotundo.

Porque no se trata de prohibir. No se trata de restringir el cultivo de la vid, ni de clausurar establecimientos de consumo, sino, por el contrario, de estimular los valores de signo positivo que produzcan en el hombre una confortadora vida interior, un dominio de sus instintos y un sentimiento altruísta de comunidad con el prójimo. Pero este programa cualquier escéptico o irónico puede considerarlo como pura literatura. Al que aconseje el fomento de esas formas de vida, (con lo que, por otra parte, no ha hecho más que descubrir mediterráneos) puede tildársele de ingenuo y de utópico.

Hay, no obstante, sin divagar, sin dejar de pisar sobre la tierra, una posibilidad de acción hacia un punto concreto: la familia. En la íntima trabazón de sus componentes y en la abnegación de los cuidados a la prole hay una eficaz barrera defen-

siva que nunca debe dejar de reforzarse. Todo el mundo debe saber lo que el descuido en la atención hacia el niño acarrea como consecuencia inmediata, a corto plazo. Ese niño sufrirá —aunque el descuido no sea total, pues basta con que sufra las formas mitigadas que antes mencioné— sufrirá, digo, la llamada neurosis de abandono, complejo de Kaspar-Hausen o, según Rof, complejo de Segismundo. Esto es, aquella enfermedad crónica, de evolución progresiva y con lesiones en la personalidad de la que nos ocupamos más atrás. Este es el terreno más abonado para que sobre él florezcan toda suerte de actitudes antisociales entre las que destaca por su frecuencia y estragos el alcoholismo.

Otro punto importante que no debemos dejar de mencionar es la serie de intervenciones que en la corrección del etilismo y de sus consecuencias pueden llevar a cabo los poderes públicos —sin llegar a franca prohibición— encaminados a resolver el asunto como de soslayo. Ya hemos dicho que la situación actual es grave y no sólo en España sino en toda Europa. Sobre los alcohólicos tiene que haber una vigilancia social. Los médicos perdemos de vista al enfermo una vez acabado el tratamiento. El alcoholómano sale del sanatorio y en plena calle es un hombre dueño de todos los derechos que salvaguardan su libertad; libertad que, por lo general, se emplea para volver a beber. Nadie puede impedirselo. Tras las nuevas libaciones pueden surgir choques con el orden social que obliguen a las autoridades a apartarle de nuevo de la convivencia con los demás. Pero ya ha existido la alteración del orden, es decir, ya han ocurrido sucesos a veces irreparables que con unas medidas previas podían haberse evitado. Lo mismo podemos decir de la incapacitación civil. Se consigue esta cuando el juez ha recogido un caudal de pruebas suficiente. Claro que esas pruebas son los más graves perjuicios que el alcoholómano ha provocado; es pues una medida que llega tarde. Llega a veces después de haber destrozado su hogar, y con las posibilidades de curación muy mermadas. Por estas y otras razones Llopis Lloret ha propuesto la definición jurídica de una especie de estado de observación, de alarma o de vigilancia sobre aquellos alcohólicos que a juicio médico lo necesiten sobre los cuales recaería una prohibición para la ingesta alcohólica absolutamente; como complemento de esta medida sería necesario hacerle determinaciones del alcohol en sangre inesperadamente. Todo esto acompañado de la vigilancia de su conducta podría compaginar

una libertad restringida del enfermo con una garantía de seguridad de los familiares y de la sociedad

Yo creo que aquel instinto de contacto de que el alcohólico está mal dotado intenta el enfermo compensarlo de alguna manera cuando busca la camaradería con otros bebedores. Se establece entre ellos un singular atracción, se ligan mediante unos lazos artificiales de compañerismo que los que visitamos los patios de los manicomios comprobamos a diario: los alcohólicos hospitalizados forman grupo aparte. En esto es posible que intervenga el destino común y la añoranza de las mutuas libaciones ahora imposibles. Observamos también que si al paciente en libertad le recomendamos que se aleje de su círculo habitual de relaciones, a otra ciudad, para que no alterne con sus compañeros de borrachera, se comprueba que a los pocos días ha entablado ya amistad con los beodos de esa nueva ciudad y con esto se inicia otra vez su actividad de bebedor jamás satisfecho.

La organización de los Alcohólicos Anónimos de que ustedes tendrán noticias pretende encauzar esta explicable afinidad entre tales compañeros de infortunio. Estos clubs o sociedades de ex-alcohólicos proliferan desde hace años en Norteamérica y aquí en España se han iniciado con el ensayo hecho por Pelaz en Madrid, al parecer con resultados halagüeños.

Queda el problema de aquellas circunstancias ambientales que no dependen de nadie ni en su presentación ni en su evolución; esas ráfagas de peligro internacional, de inseguridad, de amenaza apocalíptica. Para evitar la alcoholización que esos males acarrear no tienen los médicos ninguna receta. Pero en cuanto hombres, podemos preconizar el dominio del hombre sobre sí mismo; podemos augurarle que si se lo propone no perderá el timón de sus pasiones, por mucha que sea la desolación circundante. Se trata de perseguir el logro de aquel ideal helénico al cual tenemos que ser fieles; este ideal es la mejor de nuestras defensas contra el círculo diabólico de Künkel. El que lo alcance bien puede dar gracias a Dios. Así lo delimita Julián Marías: suficiencia, independencia, libertad, serenidad, imperturbabilidad.

