

EL USO Y ABUSO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y EL PROBLEMA DEL ALCOHOLISMO EN NUESTRA SOCIEDAD: ESTADOS UNIDOS Y PUERTO RICO

JAIME TORO CALDER*

1. INTRODUCCIÓN

CONOCIMIENTO sobre el uso del alcohol por el hombre, y en particular en América, se basa en una vasta cantidad de investigación y literatura. No obstante, en Puerto Rico contamos con muy poca investigación, y escasa literatura, si acaso alguna, sobre el tema.

Nos proponemos en este escrito presentar el cuadro del problema del uso en exceso del alcohol y el problema del alcoholismo en nuestra sociedad. Luego de unos breves apuntes sobre la historia de las bebidas embriagantes y su uso por el hombre, nos proponemos explorar preguntas tales como:

¿Quiénes son los que consumen bebidas alcohólicas en los Estados Unidos y Puerto Rico?

¿Qué sabemos sobre las causas del consumo problemático del alcohol y el alcoholismo?

¿Sostiene la experiencia clínica que el alcoholismo es una enfermedad?

¿Qué podemos hacer para la prevención del alcoholismo?

Estos, entre otros, son los tópicos o cuestionamientos que motivan este escrito.

* Catedrático Asociado e Investigador, Centro de Investigaciones Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

2. NOTA BREVE SOBRE LA HISTORIA DEL USO DEL ALCOHOL POR EL HOMBRE

El uso de hidróxido etílico (alcohol) data desde épocas antiguas en la historia del hombre. Es bien sabido que las sociedades simples conocían y usaban bebidas fermentadas antes de venir en contacto con el hombre europeo. Una vez que el alcohol se introduce a una sociedad, rara vez es rechazado. Inscripciones que datan desde hace 5,000 años en el Golfo Pérsico se referían a "cerveza y pan para un día",¹ y el Código de Hammurabi (1900 A. C.) dedica dos párrafos a la regulación de los sitios públicos donde se consumían bebidas.² Aun cuando el vino se conoció primero, la destilación del alcohol fue inventada hace diez siglos por un médico árabe para usos médicos.³ El persistente uso del alcohol por el hombre lo motiva sus efectos tranquilizantes. Por ende, el alcohol es el más antiguo tranquilizante usado por el hombre y un medio para descargar sus tensiones. Sus efectos inmediatos de relajamiento y para descargar tensiones cuando lo comparamos con otros como la música, el cine, la televisión, etc., nos explica en gran parte las ventajas de su uso.⁴

En la historia americana encontramos que antes del 1830 se registra gran consumo de alcohol. El primer movimiento de temperancia se origina en 1826. Era un programa social para combatir las "borracheras y uso diario de espíritus ardientes (alcohol) en aquellos tiempos". En sus comienzos el movimiento tuvo el respaldo de 5,000 sociedades con una matrícula montante a un millón de miembros. Más tarde se movió hacia la total abstinencia, lo que resultó en la pérdida de la mitad de sus miembros. El primer estado en establecer la Prohibición fue Maine en 1851, y para 1919 el 95% del área del país y el 66% de su población estaban bajo leyes de Prohibición. En 1920 la Prohibición para toda la nación se estableció, la que duró hasta 1933 cuando fue derogada.

3. ¿QUIÉNES SON LOS QUE CONSUMEN BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

La verdadera naturaleza del problema del uso del alcohol es el conflicto cultural sobre el cual se recuesta, toda vez que existe una diversidad de puntos de vista en controversia sobre el consumo o no.

¹ Maxwell, M. A., *Alcohol, Man and Science*, 1966.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

consumo de bebidas alcohólicas y sobre las consecuencias de esta práctica. Aun cuando el uso del alcohol se ha señalado como causa prominente de problemas sociales, tales como tensiones raciales, accidentes de automóviles, problemas de la vida urbana y criminalidad; no contamos con un entendimiento cabal sobre las interrelaciones y lo diverso del problema del alcohol. Asimismo, los choques entre varios grupos de interés han hecho virtualmente imposible el desarrollo de una política pública racional sobre el consumo, la venta y la distribución de bebidas alcohólicas en América.⁵

Las estadísticas relativas al por ciento de adultos que consumen bebidas alcohólicas en los Estados Unidos nos muestran una tendencia ascendente, tanto para hombres como para mujeres, hacia el consumo de alcohol.⁶ (Véase Tabla 1.)

TABLA I

POR CIENTO DE ADULTOS QUE CONSUMEN BEBIDAS
ALCOHÓLICAS EN LOS ESTADOS UNIDOS^a
(1946 y 1963)

<i>Muestra</i>	<i>Años comparados</i>	
	1946 %	1963 %
Muestra total	65	71 (+6)
Varones	75	79 (+4)
Hembras	56	63 (+7)

Un cuadro más completo de la situación en los Estados Unidos nos lo muestran los datos relativos a las diferencias por grupo de edades (Tabla II), afiliación religiosa (Tabla III), escolaridad de los consumidores (Tabla IV), ingreso de los que ingieren bebidas alcohólicas (Tabla V) y sus ocupaciones (Tabla VI).

⁵ Plant, Thomas, F. A., *Alcohol Problem, A Report to the Nation by the Cooperative Commission on the Study of Alcoholism*, 1967.

⁶ Quarterly Journal of Studies on Alcoholism, December (1964); para Puerto Rico no existen los datos.

^a *Ibid.*

TABLA II

EDADES DE LOS ADULTOS QUE CONSUMEN BEBIDAS
ALCOHÓLICAS EN LOS ESTADOS UNIDOS^a
(1946 y 1963 comparados en porcentos)

<i>Edades</i>	1946 %	1963 %
21-25 años	73	78 (+5)
26-35 años	75	78 (+3)
36-45 años	68	78 (+10)
46-55 años	58	66 (+8)
Sobre 55 años	50	59 (+9)

TABLA III

AFILIACIÓN RELIGIOSA DE LAS PERSONAS QUE INGIEREN
BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ESTADOS UNIDOS^a
(1963, en porcentaje)

<i>Afiliación religiosa</i>	<i>Consumidores</i> %
Muestra total	71
Judíos	90
Católicos	89
Veteranos	85
Congregacionales (Presbiterianos y Episcopales)	81
Protestantes sin especificar	78
Metodistas	61
Denominaciones protestantes pequeñas	53
Bautistas	48

^a *Ibid.*^a *Ibid.*

TABLA IV
 ESCOLARIDAD DE PERSONAS QUE CONSUMEN BEBIDAS
 ALCOHÓLICAS EN LOS ESTADOS UNIDOS^a
 (1963, en porciento)

<i>Años de Estudios</i>	<i>Consumidores</i>
0-7	46
8	60
9-11	70
12	79
13-15	76
16	89
Más de 16	79

TABLA V
 INGRESOS DE PERSONAS QUE CONSUMEN BEBIDAS
 ALCOHÓLICAS EN LOS ESTADOS UNIDOS^a
 1 9 6 3

<i>Ingresos</i> \$	<i>Consumidor</i> %
Menos de 3,000	54
3,000 a 4,999	64
5,000 a 6,999	68
7,000 a 9,999	85
10,000 o más	87

TABLA VI
 OCUPACIÓN DE LAS PERSONAS QUE CONSUMEN BEBIDAS
 ALCOHÓLICAS EN LOS ESTADOS UNIDOS^a
 1 9 6 3

<i>Ocupación</i>	<i>Consumidores</i> %
Obrero, sirviente	69
Vendedor, propietario negocio pequeño	73
Profesor de colegio, Ingeniero	87
Médico, Juez, Abogado, Dentista	100

^a *Ibid.*

En 1965 el 71% de los adultos en América consumían bebidas alcohólicas,⁷ aun cuando en la mayoría de los casos, en ocasiones sociales y módicamente. No obstante, se encontró que casi la mitad (46%) de los conductores en accidentes con fatalidades, tenían una alta concentración de alcohol en el cuerpo. (0.25% equivalente a 10 onzas de whisky o seis a nueve bebidas mezcladas con alcohol.)

Cuando comparamos las estadísticas sobre el uso de alcohol y adicción a drogas con las estadísticas sobre el uso de alcohol y alcoholismo se muestra que el uso del alcohol es un problema crítico de nuestra sociedad, y el cuarto más importante problema de Salud Pública en los EE. UU. Aun cuando es cierto que un estimado de 90% de las personas que consumen alcohol aparentemente han aprendido a consumirlas sin peligro para ellos, su familia y su sociedad; los números absolutos son impresionantes. Se estima que 80 millones de norteamericanos son bebedores regulares y que el número estimado de alcohólicos sea de cuatro a seis millones. El estimado de Keller de un 4% de la población adulta equivalente a 4.7 millones de alcohólicos sea la más autorizada. Esto representa 5.6% de todos los bebedores. En contraste, los números suministrados por el Negociado Federal de Narcóticos de adictos compulsivos a las drogas para la nación (1968) es 62,045.⁸ Aún más, por cada alcohólico un promedio de cuatro otras personas se afecta directamente ya financiera, emocional y socialmente, equivalente a un total de 24 millones.

Las personas versadas sobre el tema en Puerto Rico estiman que un total de 80 a 100 mil bebedores en Puerto Rico tienen problemas como resultado del consumo excesivo en bebidas alcohólicas, por ser pre-alcohólicos o alcohólicos.

Podemos imaginar la seriedad del problema del uso en exceso de bebidas alcohólicas si consideramos que una de cada cinco personas en Puerto Rico son afectadas directamente por el problema equivalente a 500,000 personas, no tan sólo en sus consecuencias económicas y el efecto negativo sobre las relaciones maritales, sino que la mayoría del sector social afectado son los hijos. El niño queda huérfano de un ejemplo paternal (a veces maternal o de ambos padres) que le ofrezca una figura paternal (o maternal o ambos) saludable, truncando así la misión socializadora de la familia. Aliados a este problema encontramos a largo plazo las consecuencias médicas y las pérdidas monetarias ocasionadas a la industria por el absentismo de los trabajadores y en el servicio público.

⁷ Maxwell, *op. cit.*

⁸ Star Ledger, Neward, N. J., *Jersey has sharpest use in number of drug addicts*, (4-468).

4. ETIOLOGÍA DEL PROBLEMA DEL EXCESO DEL USO DEL ALCOHOL Y EL ALCOHOLISMO

Primeramente, debemos distinguir entre el bebedor problema y alcoholismo, aun cuando ambas categorías tienen consecuencias sociales similares. El bebedor problema se define como aquel que usa reiteradamente la bebida alcohólica hasta causarse daño físico, psicológico, a sí mismo o a otros; mientras que alcoholismo es una condición en la cual un individuo ha perdido control sobre el consumo del alcohol en el sentido de que no puede abstenerse de beber o de dejar de beber hasta intoxicarse. Mark Keller del Centro sobre Estudios del Alcohol en Rutgers University, define alcoholismo como "una enfermedad crónica, o desorden del comportamiento, caracterizado por el consumo repetitivo de bebidas alcohólicas hasta el punto donde excede el uso dietético acostumbrado a las prácticas sociales de la comunidad y que interfiere con la salud del consumidor y el funcionamiento de las relaciones interpersonales o económicas". De esta definición deseamos enfatizar la dependencia del alcohólico en el uso de la droga como un medio para descargar sus ansiedades y tensiones personales, estableciendo así una dependencia sobre el uso del alcohol. La dependencia se manifiesta por su incapacidad para abstenerse de beber o de limitar el consumo una vez comienza. Las teorías sobre la génesis del consumo del alcohol hasta crearse problemas son variados. Éstas comprenden:

1. Las de orientación psicológica que enfatizan los problemas de personalidad.
2. Las de orientación biológica que enfatiza el consumo del alcohol como una urgencia metabólica y
3. Las explicaciones de carácter social que enfatizan los procesos sociales.

El alcoholismo debe entenderse como un complejo problema cuya clave es el *hombre, no la botella, o ambos*. A los factores fisiológicos y psicológicos operantes en el problema tenemos que añadir la familia, la pareja, sus asociados y su cultura, todos ellos a tomarse en consideración como parte del complejo problema que representa la etiología del alcoholismo.

¿Cuáles son los factores que llevan al alcohólico potencial a aprender a usar el alcohol como su principal medio para descargar sus presiones y la confusión de su personalidad? Todos los factores, tanto el biológico como el psicológico y el socio-cultural deben tomarse en

cuenta. Ullman, de la Universidad de Tuft, enfatiza los elementos socio-culturales cuando nos dice que un alto consenso social e insistencia sobre prácticas del bebedor, sus valores y sanciones, sirven como base para un bajo consumo; y ambigüedad y falta de consenso social que resulta en un complejo de culpabilidad y ambivalencia está muy de cerca de un alto consumo. Jellinek, basándose en sus observaciones en diversos países, enfatiza las actitudes culturales hacia la bebida y la intoxicación al preguntarse: ¿cuáles son límites tolerables de intoxicación? ¿Recibe desaprobación general? ¿Qué cantidad es aceptable ingerir al día? Las contestaciones a estas preguntas para diversas culturas mostrarán un acondicionamiento variante del metabolismo y en el desarrollo del alcoholismo.

Bales, de la Universidad de Harvard, expone tres aportaciones asociadas con las tasas de alcoholismo. De acuerdo a éstas el alcoholismo varía: 1) con el grado de ansiedad que típicamente se produce en una sociedad; 2) con el grado que una sociedad enseña otras medidas para descargar ansiedades y 3) con las actitudes habituales hacia el consumo de bebidas alcohólicas.

Deseo hacer hincapié sobre las implicaciones de estas hipótesis en el sentido que el alcohol puede tener una atracción adicional para aquellas personas que no han aprendido suficientemente otros medios para descargar tensiones y conseguir el logro de sus finalidades, y que algunas sociedades son más deficientes en el logro de este aprendizaje que otras. De igual manera, Maxwell comenta que el "alcohol puede ser más atractivo para ciertas personas tanto de una cultura o subcultura, dado que encuentran mayor dificultad (por razones fisiológicas o psicológicas) para el relajamiento y para relaciones con otros, y que por una razón u otra encuentran más de lo que están buscando mediante el uso del alcohol en vez de buscarlo por medios que no conlleven el uso del alcohol". Bales enfatiza el contexto del significado sobre el uso del alcohol y clasifica su consumo como: 1) ritual (como en el caso de los judíos); 2) social (en ocasiones de fiestas comunal); 3) utilitario (cuando se usa para fines médicos); 4) con fines dietéticos como el caso de los italianos que lo consumen como parte de su comida).

En relación a las características de los alcohólicos como grupo, podemos decir que encontramos alcoholismo en una proporción de 5 veces mayor entre hombres que entre mujeres; que los alcohólicos son generalmente jefes de familia entre las edades de 35 a 55 años; que más del 70% de éstos residen en vecindarios respetables; viven con su esposo o esposa; tratan de enviar sus hijos a colegio; pertenecen a clubs sociales y asisten a la iglesia; pagan sus contribuciones y se des-

empeñan más o menos efectivamente (excepto en períodos críticos), como presidentes de banco, amas de casa, vendedores, agricultores, estenógrafas, maestros, clérigos y médicos.⁹ Estos hallazgos contrastan con el concepto erróneo de que la gran mayoría, si no todos los alcohólicos, son *Atómicos*.

En los Estados Unidos encontramos una alta tasa de consumo de bebidas alcohólicas entre los grupos étnicos. Los irlandeses y anglosajones tienen tasas más altas de consumo que aquéllos de descendencia italiana, china o judía. Se ha dejado claramente establecido que la naturaleza dé las pautas sobre el consumo de bebidas alcohólicas y las actitudes asociadas a éstas pueden influenciar el consumo o la cantidad de consumo en un grupo cultural. Para resumir el tópico de las causas del consumo excesivo de bebidas alcohólicas y alcoholismo, podemos decir que los individuos que están más inclinados a desarrollar problemas son aquéllos: 1) que responden al consumo de bebidas alcohólicas de una manera particular (tal vez determinados psicológica o fisiológicamente) al sentirse que pueden descargar sus tensiones y conseguir relajamiento; 2) que tienen ciertas características de personalidad tales como dificultad de bregar con y sobreponerse a depresiones, frustraciones y ansiedades; 3) que son miembros de una cultura en que concurren la presión social para el consumo del alcohol y un sentido de culpabilidad culturalmente inducida, y confusión sobre qué es propio en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas.

Las consecuencias del alcoholismo son polifacéticas. Los problemas legales y sus implicaciones para los derechos civiles los hemos mencionado anteriormente. Los efectos fisiológicos del alcohol, contrario a la creencia general, son aquellos de un tranquilizante dependiendo de la absorción hecha por el cuerpo. En la absorción del alcohol entran en juego varios factores: 1) la concentración alcohólica que aparece en las bebidas destiladas que llega hasta un 40% (80° prueba) y en las concentraciones más bajas, en la cerveza (4-6%); 2) otros compuestos químicos en las bebidas; ésta es la razón por la cual el alcohol en bebidas destiladas se absorbe más rápidamente y en los vinos y cerveza más lentamente. 3) La presencia de comida en el estómago: cuando las bebidas alcohólicas se consumen con suficiente comida, el nivel de la concentración de alcohol en la sangre se puede reducir hasta un 50%. 4) La velocidad o frecuencia con que se consume la bebida; 5) El tiempo que toma el estómago en la digestión; 6) El peso del cuerpo: a mayor peso del cuerpo del individuo más baja la concentración de alcohol en la sangre.

⁹ En general podríamos decir que este cuadro corresponde a Puerto Rico también, aun cuando no ha sido confirmado por investigación.

Una vez que se absorbe y se distribuye el alcohol por la sangre, el alcohol sufre cambios metabólicos, principalmente en el hígado. El proceso metabólico total conlleva aproximadamente 7 calorías de energías por cada gramo de alcohol. Es de aceptación general que una onza de alcohol se metaboliza por el individuo promedio en aproximadamente una hora. Cada vez que hay un exceso de concentración de alcohol en la sangre del cuerpo resulta en intoxicación. La norma aceptada es que un individuo con una concentración en la sangre de aproximadamente 0.05% o menos está sobrio mientras que uno con un nivel de 0.15 o más está legalmente intoxicado o "bajo la influencia del alcohol". Los efectos inmediatos de la intoxicación alcohólica actúan sobre el cerebro. Nótese que la intoxicación no está necesariamente relacionada con la cantidad de bebida alcohólica consumida sino con la concentración de alcohol en la sangre. A mayor concentración, mayor efecto depresivo en el cerebro produciendo falta de coordinación, confusión, desorientación, letargo, anestesia, coma, o hasta muerte. Sólo un 2 ó 3% del alcohol consumido es eliminado mediante la excreción. Cirrosis del hígado ocurre 8 veces con mayor frecuencia entre alcohólicos que entre no-alcohólicos y deficiencias nutritivas son frecuentes entre alcohólicos. La mala nutrición se asocia a la baja resistencia del alcohólico, a la pulmonía y enfermedades infecciosas. A las consecuencias médicas tenemos que añadir el comportamiento criminal. De acuerdo al Consejo Nacional de Seguridad, en 1965, 49,000 personas murieron en accidentes de tránsito; 1,800,000 personas resultaron lisiadas y el costo total fue de \$ 8.9 billones. Cincuenta por ciento de los accidentes de vehículos de motor que resultaron en muertes se asociaron con el uso del alcohol. Para el mismo período, de un total de 4,955,047 arrestos que informa el Negociado Federal de Investigaciones para toda la Nación, casi un 45% se debieron a intoxicaciones. Tenemos que tomar en cuenta que estos números nos muestran sólo parcialmente el uso excesivo de bebidas alcohólicas, principalmente de aquellos grupos desposeídos de la fortuna (los atómicos en Puerto Rico y los "skid row" en los Estados Unidos) que son arrestados, encarcelados, libertados y luego arrestados una y otra vez en la práctica que se ha conocido como "revolving door" en los Estados Unidos.

Wolfgang y Ferracuti, en su reciente libro *La subcultura de la violencia* señalan que estudios en Puerto Rico y Filadelfia han mostrado que cerca de dos terceras partes de las personas que han incurrido en crímenes de violencia han consumido alcohol con anterioridad a su comportamiento violento. Asimismo, las consecuencias sociales del alcoholismo y del abuso en el consumo de bebidas alcohólicas nos

muestran trágicos efectos en las familias pues se consideran innumerables casos de matrimonios infelices, hogares rotos, abandono, divorcio, empobrecimiento de las familias y niños abusados y abandonados. La sociedad invierte millones en bregar con estos problemas. A los costos materiales tenemos que sumar los incalculables sufrimientos humanos. Tenemos que tener claro que no tan sólo el alcohólico afecta a su familia sino que su familia afecta al alcohólico y la seriedad de su enfermedad. Finalmente, la industria se afecta anualmente por la pérdida de millones de dólares que resulta de absentismo y accidentes vinculados al uso excesivo de bebidas alcohólicas y al alcoholismo.

5. EL PROCESO DEL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD DE ALCOHOLISMO¹⁰

Desde el punto de vista clínico asumimos que el alcoholismo representa una perturbación emocional que se caracteriza por la incapacidad del paciente para contenerse ante la bebida, y una vez que comienza, de parar de beber antes de intoxicarse. A medida que la condición progresa, el paciente pierde contacto con la realidad, tanto a través de episodios de amnesia alcohólica y de la fantasía que él puede ejercer control sobre la bebida.

El desarrollo de la enfermedad conlleva 3 etapas que se pueden distinguir claramente:

1) *Etapla sintomática o de dependencia psicológica*

Todo alcohólico potencial comienza a beber en condiciones social y culturalmente aceptables. De esta experiencia el alcohólico potencial deriva una descarga de tensiones, un proceso que es desconocido tanto para el grupo social en que se desenvuelve así como por éste. La personalidad del alcohólico potencial se puede describir como tímida, dependiente, reservada, y de una baja estimación personal. Estas características de personalidad explican su dificultad para las relaciones inter-personales y que su vida social se caracteriza por experiencias psicológicas dolorosas. El consumo de las bebidas alcohólicas aminora su dolor psicológico, esto es, sus tensiones.

Al principio él cree que su conflicto se aminora por sus relaciones en el grupo social, pero pronto asocia el consumo de bebidas alcohó-

¹⁰ Esta presentación se basa principalmente sobre las experiencias presentadas por el Dr. Carlos Avilés Roig, psiquiatra y Director de la Clínica de Alcoholismo ante la Cátedra de Patología Social en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

licas con la desaparición de la tensión. Es este el punto que podemos señalar como inicial en el desarrollo de la enfermedad. La primera etapa que llamamos sintomática tiene una duración de uno a siete años.

Toda vez que la asociación entre la descarga de tensiones (problema de personalidad) y el consumo de bebidas alcohólicas quedó establecido, se observa un aumento en la frecuencia y cantidad de bebidas alcohólicas que se consume. En la búsqueda del descargo de tensiones su consumo de bebidas alcohólicas progresa de ocasional a diario y durante fines de semana. Con el aumento de bebidas alcohólicas, se puede observar el desarrollo de tolerancia al alcohol y como resultado de ésta, para poder conseguir sentirse cómodo, tiene que aumentar la cantidad de bebida alcohólica que consume. Muy pronto el síntoma de la necesidad de la droga aparece: el sujeto se esconde para dar aumento a su consumo, y comienza a preocuparse por su necesidad de la droga. Empieza a beber antes de ir a fiestas o trae consigo la bebida para satisfacer su necesidad como le plazca. Asimismo, evade conversaciones que tengan que ver con alcoholismo, el efecto del alcohol y temas similares.

Esta etapa llega a su punto culminante con la aparición del síntoma de *amnesia alcohólica*, conocida como "black-outs". Durante la amnesia alcohólica, aun cuando el sujeto retiene conciencia, pierde su memoria. Este síntoma se ha explicado como un mecanismo de defensa y es parte de la fantasía alcohólica.

2) *Etapa adictiva de dependencia física*

Esta etapa tiene una duración de 8 a 10 años, por lo tanto, el sujeto ha estado consumiendo bebidas alcohólicas por un promedio de 5 a 7 años. En esta etapa el paciente comienza a perder gradualmente control sobre el uso del alcohol, y no puede parar hasta estar plenamente intoxicado. A menudo esta condición se describe como —"una urgencia", "como una necesidad incontrolable", como que "tiene la lengua pará"— y como una consecuencia de su inhabilidad para controlarse le surgen problemas: se intoxica en el sitio y a la hora impropia. Asimismo el sujeto desarrolla mecanismos de defensa en la forma de racionalizaciones para el consumo de bebidas alcohólicas, mostrando una vez más pérdida de contacto con la realidad. Estas experiencias resultan en un sentimiento de que lo están censurando, hay una bajada de su estima personal y desarrolla un complejo de megalomanía, esto es, que él es mejor y más grande que los demás, pero que su problema se debe a que los demás lo rechazan ("que no me quieren") y que no lo entienden. De esta manera, el sujeto proyecta su condición emocional en la forma de hostilidades.

Este dinámico proceso que hemos descrito resulta en que el paciente desarrolla profundos sentimientos de culpabilidad, toda vez que su intención había sido despojarse de las tensiones (dolor psicológico) y no emborracharse. En esta etapa deja de beber ya que cree tener suficiente fuerza de voluntad para hacerlo. No obstante, retornará a la bebida y a episodios de aislamiento y retraimiento. Cuando deja de beber, puede desarrollar síntomas de retraimiento (*withdrawal symptoms*) de excitación mental y motora, y en casos extremos, la aparición de *delirium tremens*. Esta última condición es un episodio psiquiátrico temporero que se caracteriza por alucinaciones.

3) *Etapa deteriorativa*

La etapa deteriorativa como último desarrollo de la enfermedad puede durar indefinidamente y se caracteriza por la intoxicación continua que puede durar meses o años. Se observa una baja en la tolerancia al alcohol y la aparición de condiciones orgánicas. Entre las más comunes de las manifestaciones orgánicas encontramos el daño crónico a la corteza cerebral, deficiencia de Vitamina B₁, polineuritis, condiciones gástricas crónicas, cirrosis del hígado, pancreatitis crónica, deficiencia vitamínica general y mala nutrición.

El desarrollo del alcoholismo como enfermedad varía tanto como varían los seres humanos en sus reacciones al uso del alcohol, por lo que no debemos tomar el proceso que hemos descrito anteriormente como inequívocamente verdadero para todos los casos. Podemos encontrar casos que nunca pasan de la primera o de la segunda etapa; y otros que luego de una aparente adicción dejan de tomar y regresan a la normalidad. Sirva esto para esclarecer nuestra intención de caracterizar unas experiencias clínicas con alcohólicos, pero de ninguna manera reclamar la inflexibilidad del proceso.

4) *El tratamiento para el bebedor problema y el alcohólico*

Las actitudes del público han influenciado el desarrollo de los servicios para los bebedores problema y los alcohólicos. La idea de que el bebedor problema y el alcohólico no tienen cura ha resultado en un "nihilismo terapéutico", siendo esto reforzado por una segunda idea, que la condición es el resultado de un acto voluntario lo que hace más profundas las actitudes negativas. En general, podemos decir que la profesión médica y los hospitales tienen también una actitud negativa hacia el bebedor problema. Servicios que se consideran rutinarios para pacientes con otros padecimientos (físicos o mentales) le son negados al alcohólico ya por política establecida o por práctica.

Por lo tanto, el tratamiento ofrecido a estos casos es escaso, segmentado y aislado de otras agencias de servicio en la comunidad.

Los servicios al bebedor problema corrientemente consisten de:

- a) Servicios de emergencia — corrientemente sirven como servicio de desintoxicación;
- b) Tratamiento en clínica interna — corrientemente una sala aislada en un hospital de psiquiatría;
- c) Tratamiento ambulatorio — consistente en tratamiento psiquiátrico individual o terapia de grupo;
- d) Facilidades transitorias consistentes en hogares para recuperar y establecimientos con servicios intermedios (half-way houses);
- e) Alcohólicos Anónimos — un movimiento privado que sirve a alcohólicos y a sus familias (Al-Anon).

En general, podemos decir que el tratamiento para el bebedor problema no asume que la enfermedad puede curarse, más bien es un esfuerzo para conseguir la abstinencia del consumo del alcohol. Por ejemplo, Alcohólicos Anónimos dirige sus esfuerzos a este propósito.

Finalmente, quiero comentar sobre propuestas para el mejoramiento del tratamiento de servicios a alcohólicos. Plaut,¹¹ señala los siguientes pasos para el mejoramiento de los servicios para el tratamiento de los alcohólicos:

1. Todas las agencias deben ofrecer servicios a los bebedores problema en igualdad de condiciones que a otros clientes.
2. Se deben utilizar todas las oportunidades para el establecimiento, la expansión y el mejoramiento de los servicios.
3. Se debe proveer personal y fondos adicionales para así asegurar servicios apropiados por todas las agencias.
4. Los servicios médicos deben rendirse basados principalmente en clínicas ambulatorias.
5. Deberá disponerse de facilidades intermedias o transitorias como parte de todo programa de tratamiento comunal.
6. Se deben usar acercamientos y facilidades diversas en el tratamiento.
7. Los programas de salud mental comunal deben proveer los cuidados y tratamientos.
8. Se deben reforzar los esfuerzos para localizar los casos y referirlos.
9. Se deben mejorar los sistemas de records.

¹¹ Plaut, *op. cit.*

10. El tratamiento médico y hospitalario debe ser cubierto por seguros.

11. Las industrias y las uniones obreras deben desarrollar programas encaminados a detectar, referir y tratar los casos.

12. Se deben desarrollar tanto la organización como el personal necesario para asegurar una buena coordinación de los diferentes programas ofrecidos por agencias.

13. Se deben llevar a cabo trabajos de investigación en los sitios apropiados.

14. Se deben proveer los fondos necesarios para el desarrollo de centros de investigaciones especiales.

15. Se deben asignar fondos federales para el establecimiento y la expansión de investigación y la comunicación de los hallazgos.

16. Los programas de adiestramiento para las profesiones que bregan con estos problemas deben enfatizar los problemas de la bebida y

17. Se deben proveer fondos federales para personas que buscan adiestramiento y para la creación de escuelas profesionales.

Estas recomendaciones presentan un cuadro de las necesidades, tal como lo ven los expertos, en establecer y coordinar un programa para bregar con el alcoholismo en nuestra sociedad, y cuando lo vemos en una proyección inversa, los problemas con que se confronta el establecimiento de este programa. Finalmente, deseamos expresar nuestro parecer, que más que ninguna otra cosa necesitamos, para poder bregar con el problema de la enfermedad del alcoholismo en nuestra sociedad, los Estados Unidos y Puerto Rico:

A. Desarrollar un programa educativo dirigido a la generación joven, ampliando el entendimiento del problema y las nociones y actitudes de éstos hacia el uso del alcohol.

B. Esclarecer la ignorancia existente sobre la naturaleza y las consecuencias del problema a través de un programa intenso y extenso de investigación que incluya:

1. El uso patológico del alcohol
2. La bebida social en una perspectiva transcultural
3. El impacto de las leyes y de otros controles sociales sobre el comportamiento hacia la bebida.
4. Investigación médica sobre los efectos del alcohol en el cuerpo, incluyendo:
 - a) La acción fisiológica del alcohol en el funcionamiento del cerebro, en neurofisiología y en neurofarmacología

- b) Los efectos del uso del alcohol a largo plazo en el sistema nervioso central, el hígado y otros órganos.
- c) Los procesos de retraimiento (withdrawal processes) en el uso del alcohol
- d) La relación entre el uso del alcohol y la sicosis
- e) El proceso de "dependencia" y la pérdida de control en el uso de bebidas alcohólicas
- f) Estudios longitudinales a largo plazo sobre el problema del alcoholismo en la familia, la comunidad, la economía del país, etc.

Como hemos mostrado en la enumeración de estas áreas para investigación, el acercamiento para bregar con un entendimiento de la etiología, del desarrollo y el tratamiento de alcoholismo —por lo complejo de la naturaleza del problema— tiene que ser múltiple. El esfuerzo debe integrar conocimiento médico, legal, clínico-físico, cultural, psicológico y sociológico. A éstos tenemos que sumar un elemento de primera importancia: una mente abierta, capaz de entender el alcoholismo como una enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA MÍNIMA

- A. A., *The Story of How Many Thousands of Men and Women have recovered from Alcoholism*, 1957.
- Al-Anon Family Groups, *Dilemma of the Alcoholic Marriage*, 1965.
- , *Living with an Alcoholic*, 1965.
- American Academy of Political and Social Sciences, *Understanding Alcoholism*, 1958.
- Block, M. A., *Alcoholism*, 1965.
- Cain, A. H., *Cured Alcoholic*, 1965.
- Catarizaro, R. J., (ed.) *Alcoholism, the Total Treatment Approach*, 1967.
- Collins, M. C., *Defeating Alcoholism in the Fairview Way*, 1966.
- Chafety, M. E. and Himore Jr., H. W., *Alcoholism and Society*, 1962.
- Ford, J. E., *Alcoholism*, 1961.
- Hartman, A. D., *Psychodynamics of Alcoholism*, 1960.
- Hoff, E. C., *Newer Concept of Alcoholism and Its Treatment*, 1961.
- Jackson, J. K. and Ralph Connor, 'The Skid Rodad Alcoholic', *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 14 Sept. 1953), págs. 468-486.
- Jellinek, E. M., *Disease Concept of Alcoholism*, 1960.
- Kessel, N., and Walton, H., *Alcoholism*, 1966.
- Mann, M., *New Primer on Alcoholism*, 1958.
- Maxwell, Milton, A., *Alcohol, Man and Science*, 1966.
- McCarthy, R. G., (ed.), *Alcohol intoxication: Social Attitude Controls*, 1959.

- McCord, W. and J., *Origins of Alcoholism*, 1960.
- Pittman, D. J., (ed.) *Alcoholism*, 1967.
- Pittman, D. J., and Syder, Ch. R., *Society, Culture and Drinking Patterns*, 1962.
- Pfeffer, A. Z., *Alcoholism*, 1958.
- Plaut, T. F. H., *Alcohol Problem, A Report to the Nation by the Commission on the Study of Alcoholism*, 1967.
- Rubington, Earl, "The Chronic Drunkenness Offender", *The Annals*, 315 (Jan. 1958), pp. 65-72.
- Shipp, T. J., *Helping the Alcoholic and His Family*, 1960.
- Tahka, V., *Alcoholic Personality*, 1966.
- Task Force Report: Drunkenness*, The President's Commission on Law Enforcement and Administration of Justice, 1967.
- Ullman, A. D., *To Know the Difference*, 1960.
- U. S. Department of Health, Education and Welfare, *Alcohol and Alcoholism*, 1967.
- Voldeng, K., *Recovery from Alcoholism*, 1962.