

TEJ. 14
Bj. 1

BIBLIOTECA
EXTERNA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ENSAYO ESTADISTICO DEL ALCOHOLISMO
EN EL SALVADOR

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR

ERNESTO MORAN CACERES

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

1960

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ENSAYO ESTADISTICO DEL ALCOHOLISMO
EN EL SALVADOR

BIBLIOTECA
FACULTAD DE MEDICINA

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR

ERNESTO MORAN CACERES

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE

DOCTOR EN MEDICINA

1960

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector

Dr. Napoleón Rodríguez Ruiz

Secretario General

Dr. Roberto Cuéllar Milla

FACULTAD DE MEDICINA

Decano

Dr. José Kuri A.

Secretario Interino

Dr. Mario Rivas Torres

27 OCT. 1960

**JURADOS QUE PRACTICARON EXAMENES PRIVADOS
DE DOCTORAMIENTO**

CLINICA MEDICA:

Dr. José Benjamín Mancía
Dr. Guillermo Rivera Palomo
Dr. Donaldo Moreno

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Carlos González Bonilla
Dr. Roberto Avila Moreira
Dr. Julio Ulloa

CLINICA OBSTETRICA:

Dr. Antonio Lazo Guerra
Dr. Jorge Bustamante
Dr. José Isaías Mayén

DOCTORAMIENTO PUBLICO

Dr. Juan Allwood Paredes
Dr. José Simón Basagoitia
Dr. Angel Estéves Ulloa

DEDICATORIA:

A mis padres

Dr. Rosendo Morán Monterrosa y

Dña. Noemi de Morán.

A mis hermanos.

PLAN DE TRABAJO

- I.—Preámbulo.
- II.—Absorción, Metabolismo y Eliminación del Alcohol.
- III.—El Alcoholismo desde el punto de vista Social.
- IV.—El Alcoholismo desde el punto de vista Psiquiátrico.
- V.—Tratamientos Antialcohólicos.
- VI.—La campaña Antialcohólica en El Salvador.
- VII.—Análisis Estadístico.
- VIII.—Consideraciones Generales.
- IX.—Conclusiones.

PREAMBULO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1951 auspició una reunión internacional en París, para analizar el problema alcohólico mundial, reconociendo que es una lacra que mina la sociedad y que se justifica interponer todos los medios de que se disponga, a efecto de combatirlo, liberar de sus garras a sus víctimas y trazar normas preventivas para que la juventud no tome caminos descarriados

El acta de la segunda sesión celebrada por el Comité de Expertos de Salud Mental 13º), del quince al veinte de Octubre de 1951, a la que asistieron grandes personalidades internacionales tales como S. Bethlehem de Zagreb, Yugoslavia; Profesor L.E. Dérobert de París; R. Fleming de Boston y el Profesor R.E.M. Jellinek de Texas; asentó los delineamientos de una campaña mundial contra el alcoholismo, admitiendo, que uno de los problemas más urgentes era el de «formular las recomendaciones sobre la organización de servicios para la readaptación de los alcohólicos, sin olvidar el aspecto profiláctico que debe llevar consigo un programa de lucha antialcohólica», declarando, además, que el problema del alcoholismo en todas sus formas, jamás podría progresar mientras el número elevado de alcohólicos del mundo entero no sea fuertemente reducido, gracias a un vasto esfuerzo de readaptación.

Insistieron, además, en que el tratamiento de los alcohólicos no deja de ejercer un beneficioso efecto sobre el plan profiláctico, mediante la intensa publicidad y agregaban: «cuando el pueblo se da cuenta de que el alcoholismo es una enfermedad, podría más fácilmente aceptar medidas de carácter preventivo».

Me tocó en suerte familiarizarme con el problema alcohólico, recién iniciados mis estudios universitarios, porque ayudé a mi padre el Dr. Rosendo Morán Monterrosa, fundador del primer Consultorio Anti-alcohólico en el país. En las labores de dicho Consultorio, llenamos, al principio, unas fichas más o menos corrientes pero a medida que nos adentrábamos en el problema se le fueron añadiendo nuevos datos en el cuestionario y así, si en verdad no hay uniformidad en las 6.012 observaciones que nos sirven de base, perfectamente pueden darnos conclusiones, que es lo que me propongo en esta tesis.

Debemos hacer la advertencia de que la campaña antialcohólica en El Salvador, se inició públicamente, el primero de mayo de 1951, es decir cinco meses antes de la reunión en París, que hemos citado, y por consiguiente no se tuvo ninguna guía en el desarrollo de la campaña aquí iniciada.

El Director General de Estadística y Censos, Teniente Coronel José Joaquín Chacón, prestó su colaboración en el levantamiento de los cuadros estadísticos y gracias a la acuciosidad del Br. Ernesto Bará y sus colaboradores, presentamos estos datos en forma apropiada. Hemos agregado otros datos obtenidos en estudios con fichas tomadas al azar según método de números aleatorios, con la idea de completar el propósito de exponer de manera amplia el problema y con el objeto de que puedan servir en el futuro, al Sociólogo que quiera espigar en los campos escabrosos del tema.

El Alcoholismo, si bien se remonta a los tiempos bíblicos, ha ido en proceso ascendente en casi todos los países y para acometer una campaña racional, se tendrá que chocar contra los intereses creados, que a veces son más fuertes que el bienestar del pueblo y, como dijo el Profesor Debove, «se tienen dos grandes adversarios en la lucha contra el alcoholismo: los alcohólicos que no desean ser curados y aquéllos que han elevado sus fortunas sobre miles de cadáveres».

Al salvar el último peldaño de mi preparación profesional, lleno con el presente trabajo, el requisito universitario para optar por la más grande ambición de mi vida: poseer el título de Médico, que por tradición de familia y por propia iniciativa, tantas veces he ansiado.

ABSORCION, METABOLISMO Y ELIMINACION DEL ALCOHOL

El alcohol etílico o etanol es el componente básico y principio activo de todas las bebidas alcohólicas. Estas lo contienen en diferentes proporciones que varían grandemente aún en los mismos tipos de bebidas. 10°)

La Cerveza	lo	contiene	en	un	4 a 5%
El Vino	”	”	”	”	10 ” 18%
El Ron	”	”	”	”	60 ” 70%
El Whisky	”	”	”	”	47 ” 53%
Aguardiente	”	”	”	”	45%

Las bebidas alcohólicas contienen además del etanol, sustancias que contribuyen a dar el sabor, tales como los éteres enánticos y sustancias tóxicas como el alcohol amílico y el acetaldehído.

La absorción del alcohol se lleva a efecto en un 80% en el intestino delgado y el resto en el estómago, dependiendo la rapidez de la absorción de si el estómago está vacío, pues en esta ocasión pueden encontrarse concentraciones de alcohol en la sangre a los 5 o 10 minutos de ingerido, alcanzando el máximo a los 60 minutos. Retarda la absorción la ingestión de alimentos, sobre todo los aceites y productos lácteos, luego de la absorción es transportado por el plasma a toda la economía pudiéndose encontrar en el L.C.R. y alveolos pulmonares guardando siempre relación con la concentración sanguínea. Es del nivel de esta concentración, que depende la sintomatología a que da origen la embriaguez y así tenemos que con niveles de 30 mg. por 100 ml. se observa ligera euforia, con 100 mg. ataxia, con 300 mg. estupor y con 400 mg. anestesia y muerte. La oxidación se lleva a cabo en el hígado, donde se metaboliza primero a acetaldehído, luego a ácido acético y finalmente a bióxido de carbono y agua en un ritmo de 10 cc. por hora.

La eliminación se verifica sobre todo por la orina y en menor cantidad por los pulmones, leche, saliva, sudor y bilis. Por la orina, la eliminación rara vez excede del 3% de lo ingerido y la regla es que a las 8 horas, la orina esté exenta de alcohol. Hay que hacer notar el hecho de que la mucosa de la vejiga reabsorbe el alcohol cuando la concentración urinaria es más elevada que la sanguínea. Por los pulmones se elimina un 0.95% a 5.5% y la concentración del aire expirado marcha paralela a la sanguínea aunque en niveles inferiores, pudiéndose utilizar como índice de la concentración sanguínea. Según los estudios de Nicloux 6°) el alcohol aparece en la leche materna después de 15 a 20 minutos de su ingestión, por lo que se corre el riesgo de hacerlo llegar al hijo. Las concentraciones alcohólicas en la sangre materna y fetal marchan más o menos paralelas.

Por la oxidación se liberan calorías a razón de 7 por gramo, y son utilizadas al igual que las producidas por los hidratos de carbono. El alcohol no puede considerarse como equivalente de los azúcares y grasas, pues si bien produce desprendimientos de calor al quemarse, nunca puede dar lugar a su transformación en sustancias de reserva, por lo que su valor nutritivo es nulo.

EL ALCOHOLISMO DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIAL

El problema del alcoholismo desde el punto de vista social, lo constituye principalmente el daño que sobre la familia hace, y siendo la familia el núcleo de la sociedad, se pueden comprender los efectos tan nocivos que sobre ésta tiene. El alcoholismo tiene su origen en lo más profundo de la estructura de nuestra sociedad, y mientras ésta diste de ser perfecta, mientras muchas familias sean víctimas de la pobreza, de la escasez material y espiritual, tendremos seguramente seres desamparados y despojos humanos; pero no sería correcto que viéramos con malos ojos a quienes entre nosotros son los más pobres y las almas más vacías y desconcertadas que nuestra sociedad y nuestra cultura han ayudado a crear. Habrá que buscar la solución fundamental y eficaz para acabar con el alcoholismo, organizando una sociedad mejor, una sociedad que produzca menos desadaptados, menos seres humanos carentes de impulsos y aptitudes; podemos aliviar el mal de algunos de ellos por medio de modernos procedimientos terapéuticos, podemos ayudar a otros con obras más humanas que sirvan para prestarles apoyo y procurarles alivio. Con una más eficiente actividad policíaca o con una justicia más severa, ni resolveremos, ni aliviaremos siquiera el problema, pues la aprehensión y el encarcelamiento nunca han servido para reducir el alcoholismo y cerramos los ojos a la realidad evidente y decimos que algún día darán resultado. Una vez que hayamos comprendido plenamente estas verdades que son casi evidentes por si mismas, nos podremos dar cuenta que nuestra justicia es y ha sido mal conducida. El mal será siempre mal y no esperemos obtener un bien del mal. La desmedida propaganda de bebidas embriagantes aumenta la ingestión de éstas y así mismo, los ingresos del Estado en concepto de impuestos, pero no obtendremos ningún bien de éstos, pues será una renta negativa, y así tendremos que este dinero será invertido en Hospitales, Cárceles y Manicomios, que servirán para tratar las consecuencias nefastas del alcoholismo. Si se lograra disminuir la propaganda de bebidas embriagantes y se llevara a cabo una divulgación amplia del problema, de sus distintas fases y de su tratamiento, se habrá dado un gran paso en la profilaxis del alcoholismo.

En tres fuentes de información distintas sobre el alcoholismo me he encontrado con lo que debe considerarse como un magistral estudio sobre la materia. Una de estas fuentes es el segundo informe del Comité de Expertos en Higiene Mental Sub-comité de Alcoholismo 12º), siendo las otras un folleto mimeografiado y un impreso sobre temas de Alcohólicos Anónimos, 1º) que no indican la procedencia de tal estudio sobre el alcoholismo. Hacer un resumen de este trabajo sería mutilarlo y así, prefiero transcribirlo íntegro. Dice así:

«La creciente tendencia a estudiar la incidencia del alcoholismo en los diferentes países, ha hecho necesaria una clasificación en la que pueden incluirse todos los tipos de alcoholismo. El comité de expertos de la OMS, ha propuesto lo siguiente:

- 1) Bebedores excesivos sintomáticos ocasionales.
- 2) Bebedores excesivos sintomáticos regulares.
- 3) Alcohómanos.

Sólo los dos últimos grupos comprende el alcoholismo definiéndose éste como: toda ingestión de alcohol que exceda al consumo alimenticio tradicional y corriente, y que por su extensión sobrepasa los límites de las costumbres sociales propias de la colectividad respectiva, cualesquiera que fueren los motivos particulares de la persona para ingerirlo.

Alcohólico es aquella persona que bebe con exceso y depende, al grado de que la falta de alcohol le provoca un disturbio mental evidente o interfiere con su salud física o mental, sus relaciones interpersonales y su buena conducta física o mental haciendo necesario su tratamiento.

ESQUEMA DE JELLINEK

FASE SINTOMÁTICA PREALCOHOLICA.— Al principio, los motivos que conducen al presunto alcohólico, alcoholómano o no, a consumir bebidas alcohólicas son siempre de orden social. Sin embargo en contraste con el bebedor corriente, que lo hace por razones sociales, el presunto alcohólico (así como el bebedor excesivo sintomático ocasional) pronto experimenta alivio bajo la influencia del alcohol. Si ese alivio es muy pronunciado en su caso es porque sus tensiones psicológicas son mayores que en el caso de los otros miembros de su círculo social, o porque él no ha aprendido a controlarlas como los demás.

Inicialmente, el bebedor atribuye su alivio a las circunstancias más bien que a la bebida misma, y busca por lo tanto las ocasiones en las que tiene oportunidad de beber. Naturalmente, tarde o temprano, se da cuenta de la relación entre el alivio que experimenta y la bebida.

Al principio sólo busca este alivio ocasionalmente, pero después de un período de seis meses a dos años, su resistencia a las tensiones disminuye a tal grado que tiene que recurrir casi todos los días al alivio que le proporciona el alcohol.

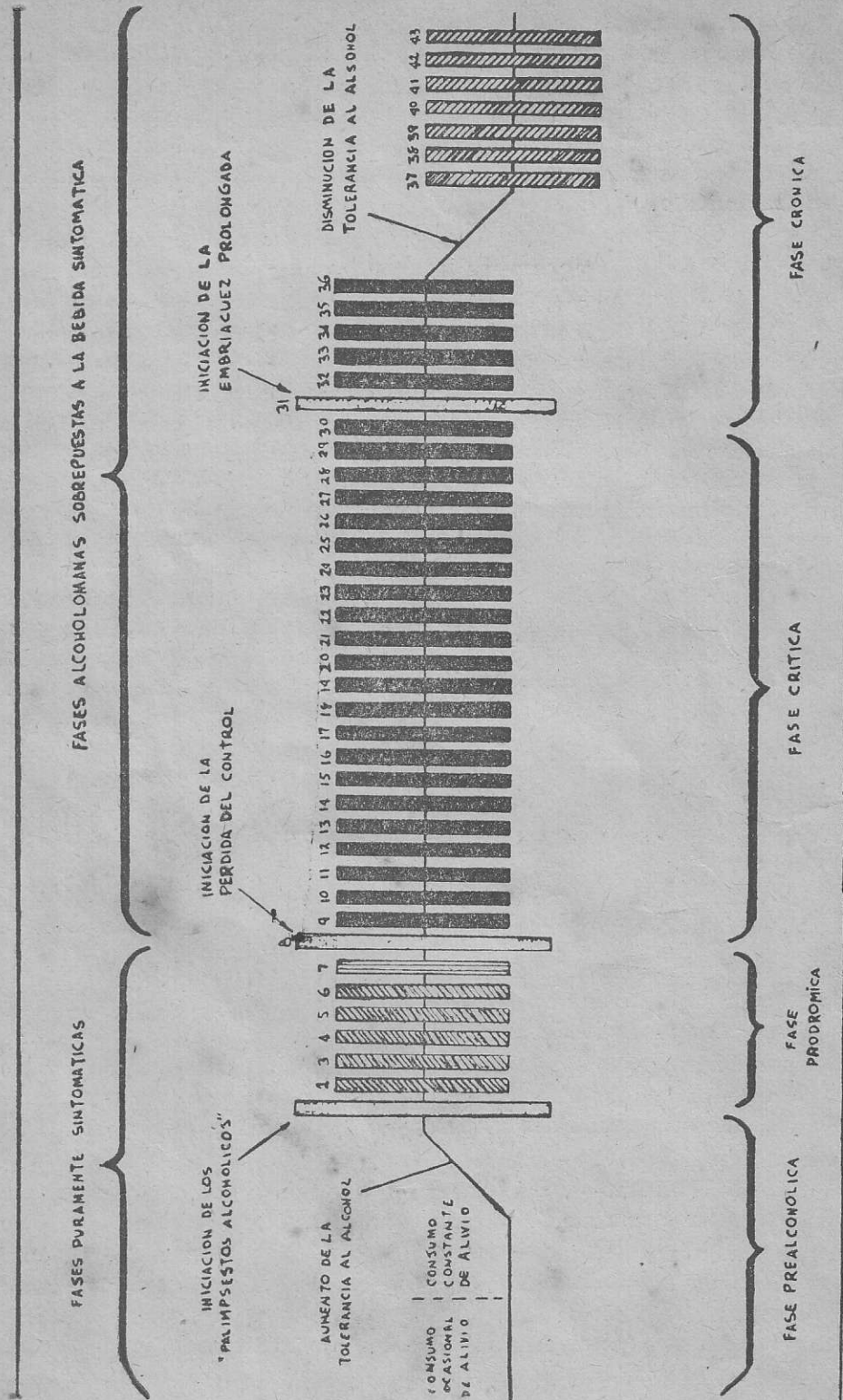
Sin embargo, su ingestión de alcohol no llega a producir una franca embriaguez, pero sí logra hacia el anochecer alcanzar un estado de liberación de las tensiones emocionales. Aun sin que haya embriaguez, este estado implica un consumo bastante considerable de bebidas alcohólicas, particularmente por comparación con el de los otros individuos que forman parte de su círculo social. Sin embargo, la cantidad de bebidas consumidas no le sorprende ni a él ni a sus amigos.

Después de cierto tiempo, puede notarse un aumento de la tolerancia al alcohol, es decir, el bebedor requiere una cantidad mayor de alcohol que la consumida anteriormente para alcanzar el estado de sedación deseado.

Esta clase de comportamiento respecto a la bebida puede durar de varios meses a dos años, de acuerdo con las circunstancias y corresponde a la fase que puede llamarse prealcohólica, que comprende dos etapas: alivio ocasional y alivio constante en la bebida.

FASE PRODROMICA.— La iniciación súbita de un comportamiento parecido a la palimnesia en la anoxemia señala el principio de la fase prodrómica de la alcoholomanía. El bebedor, que quizá no ha consumido más de 50 a 60 g. de alcohol absoluto, y que no manifiesta ningún síntoma de embriaguez, puede sostener una conversación razonable o efectuar una serie de actos complicados sin tener el menor recuerdo al respecto al día siguiente, aunque a veces pueda recordar vagamente uno o dos detalles sin importancia. Esta amnesia, no relacionada con la pérdida de conocimiento, ha sido lla-

Fig. N° 1 — FASES DE LA ALCOHOLOMANIA



Las barras grandes indican la iniciación de los principales síntomas con que comienzan las fases. Las barras más cortas denotan la iniciación de los síntomas dentro de cada fase.

mada por Bonhofer «palimpsestos alcohólicos», haciendo alusión a los antiguos manuscritos romanos que conservan huellas de una escritura anterior no del todo borrada.

Los «palimpsestos alcohólicos (1)* pueden manifestarse en raras ocasiones en un bebedor corriente cuando, hallándose en un estado de agotamiento físico o emocional, ingiere bebidas alcohólicas en cantidades embriagantes. Por supuesto, los bebedores no alcoholómanos también pueden experimentar «palimpsestos», pero no frecuentemente y sólo después de marcada embriaguez. Por lo tanto, es la frecuencia de los «palimpsestos» y su aparición después de una ingestión moderada de alcohol lo que caracteriza al presunto alcoholómano.

Esto parece indicar una mayor susceptibilidad al alcohol en el presunto alcoholómano. Esa susceptibilidad puede ser de origen fisiológico o psicológico. La analogía con la palimpnesia de la anoxemia invita al estudio. No se puede, desde luego, presumir que se deba a una insuficiencia de oxígeno, sino quizás a una utilización inadecuada del mismo. Los conocimientos actuales sobre el alcoholismo no permiten más que conjeturas vagas, que sin embargo pueden servir de base a hipótesis experimentales.

La iniciación de los «palimpsestos alcohólicos» va seguida (en algunos casos precedida) de la aparición de comportamientos relacionados con la bebida que indican que, para este tipo de bebedor, la cerveza, el vino y los licores han dejado de ser bebidas y se han convertido en fuentes de una droga que él «necesita». Algunos de éstos comportamientos implican que el bebedor se da vagamente cuenta de que él bebe en forma diferente a los demás.

El *consumo subrepticio* (2) es uno de esos comportamientos. En reuniones sociales el bebedor busca la oportunidad de beber algunas copas a hurtadillas porque teme que se le juzgue mal si se sabe que él bebe más que los otros: aquéllos que beben simplemente por seguir una costumbre social o por experimentar un pequeño placer no comprenderán, porque él es diferente a los otros, que el alcohol es para él una «necesidad», aun cuando no sea un borracho.

La *preocupación por el alcohol* (3) es otro signo de esa «necesidad». Cuando se prepara para asistir a una reunión social su preocupación es si habrá suficiente alcohol para satisfacer su necesidad y en previsión de que hubiera escasez, toma antes algunas «copas».

Como resultado de esa creciente dependencia del alcohol, la iniciación del *consumo ávido* (4) (tomar de un solo trago la primera o dos primeras copas) ocurre en esta etapa.

Como el bebedor se da cuenta, aunque vagamente, que bebe más de lo común, se desarrolla en él *una sensación de culpabilidad por su comportamiento de bebedor* (5) y, por consiguiente, trata de *evitar toda referencia al alcohol* (6) en la conversación.

Estos comportamientos aunados a una *creciente frecuencia de los palimpsestos alcohólicos* (7), presagian el desarrollo de la alcoholomanía; son signos reveladores, y este período puede calificarse como la fase prodrómica de la alcoholomanía.

El consumo de bebidas alcohólicas en la fase prodrómica es elevado, pero no llama la atención y no conduce a la embriaguez franca y pronunciada. Lo que sucede es que el presunto alcoholómano alcanza al anoecer un estado que se puede calificar de anestesia emocional. Sin embargo, este estado requiere un consumo de bebidas alcohólicas fuera de lo común y corriente. La cantidad de alcohol consumida puede empezar a

* Las cifras entre paréntesis, a continuación de las descripciones de síntomas individuales, representan su orden de aparición en la figura No. 1.

afectar los procesos metabólicos y nerviosos, como lo demuestra la frecuencia de los palimpsestos alcohólicos.

La «disimulación» que manifiesta el bebedor en esta etapa es el primer signo de que sus hábitos de beber lo pueden excluir de la sociedad, aunque inicialmente la bebida le haya servido para sobreponerse a una cierta falta de identificación con el medio social.

Como en la fase prodrómica los razonamientos del bebedor no son fuertes y como siente cierta aprensión así como temor de las posibles consecuencias de su comportamiento, es factible, en esta etapa, arrestar la alcoholomanía incipiente. En los Estados Unidos, la publicidad dada a los síntomas prodrómicos ha provocado la afluencia de los presuntos alcohólicos a las clínicas, así como a los grupos de «Alcohólicos Anónimos».

Se da por sentado que, aún en este período, la única solución posible para este tipo de bebedor es la abstinencia absoluta.

El período prodrómico puede durar de seis meses a cuatro o cinco años, de acuerdo con la constitución física y psicológica del bebedor, sus lazos familiares, sus relaciones profesionales, sus intereses generales, etc. La fase prodrómica termina y la fase aguda o crítica empieza con la aparición de la pérdida de control, que es el síntoma crítico del alcoholómano.

FASE CRÍTICA.— La pérdida de control (8) es la necesidad imperativa de consumir más alcohol que experimenta el bebedor en la forma de un requerimiento físico, desencadenada por la ingestión de una pequeña cantidad de alcohol, pero que podría ser un fenómeno de conversión. Esta demanda persiste hasta que el bebedor se encuentra demasiado embriagado o enfermo para ingerir más alcohol. Ese malestar físico inherente a tal proceder es antagónico al fin deseado por el bebedor que simplemente trataba de sentirse «diferente». En realidad, la embriaguez puede originarse no por una necesidad individual momentánea, sino por una ocasión de beber en compañía de otros.

Una vez recuperado de la embriaguez, no es la «pérdida de control», en cuanto al consumo del alcohol, es decir, la necesidad física aparente o real, la que le conduce a embriagarse de nuevo al cabo de varios días o varias semanas. La repetición del acto se debe más bien a conflictos psicológicos o simplemente a una reunión social en la que sirven bebidas alcohólicas.

La «pérdida de control» entra en efecto después de que el individuo ha empezado a beber, pero no da origen a la iniciación de un nuevo ataque de embriaguez. El bebedor pierde la facultad de controlar la cantidad de licor que ingiere una vez que empieza a beber pero aún puede ejercer control sobre si bebe o no en una ocasión determinada. Esto se evidencia en el hecho de que después de la «pérdida de control», el bebedor puede pasar por un período de abstinencia voluntaria.

A menudo surge la pregunta de que por qué insiste el individuo en beber después de repetidas experiencias desastrosas. Aunque él no lo admita, el alcoholómano cree que ha perdido su fuerza de voluntad y que puede y debe recuperarla. El no se da cuenta que ha sufrido un proceso que le imposibilita controlar la cantidad de alcohol que consume. El ser «dueño de su voluntad» es un asunto que adquiere gran importancia para él. Cuando surgen las tensiones, el tomar «una copa» es el remedio natural para él, estando convencido de que en esta ocasión el consumo se limitará a una o dos copas solamente.

Casi simultáneamente con la aparición de la «pérdida de control» el alcoholómano empieza a *razonar su comportamiento respecto a la bebida* (9): inventa las bien conocidas «excusas» de los alcohólicos. Encuentra explicaciones para persuadirse que no ha

perdido el control sino que ha tenido buenas razones para embriagarse y que, de no existir tales razones, es capaz de comportarse con respecto a la bebida al igual que cualquier otra persona. Tales razonamientos son necesarios primordialmente para satisfacción propia y sólo secundariamente para la de su familia y allegados. Estos razonamientos le permiten seguir bebiendo y esto es de la mayor importancia para él ya que no conoce otra alternativa para resolver sus problemas.

Este es el principio de todo un «sistema de razonamientos» que se extiende progresivamente a todos los aspectos de su vida. Aunque este sistema se origina principalmente en necesidades abstractas, también le sirven para contrarrestar *presiones sociales* (10) que surgen al establecerse la «pérdida de control». Al llegar a este punto, naturalmente, el hábito a la bebida se hace evidente y los padres, la esposa, los amigos y el jefe pueden empezar a recriminarlo y a hacerle advertencias.

A pesar de todos los razonamientos, el alcohólico experimenta una marcada pérdida de la estimación propia y esto, a su vez, requiere ciertas compensaciones que hasta cierto punto son también de razonamientos. Una forma de esas compensaciones, es la *ilusión de grandeza* (11) que el alcohólico comienza a manifestar al llegar a este punto. Gastos extravagantes y su grandilocuencia lo convencen de que él no es tan mezquino como se lo había creído a veces.

El sistema racionalista da origen a otro sistema, o sea el «sistema de aislamiento». Los razonamientos naturalmente lo inducen a pensar que la culpa no es de él, sino de los demás; y esto se traduce en retirarse progresivamente del medio social. El primer signo de esta actitud es una conducta *marcadamente hostil* (12).

Inevitablemente, este último proceder da origen a sentimientos de culpabilidad. Durante el período prodrómico había experimentado remordimiento de vez en cuando al beber en exceso; ahora surge el *remordimiento persistente* (13), y esta tensión suplementaria constituye otra razón para beber.

Cediendo a presiones sociales el alcohólico pasa ahora por *períodos de abstinencia total* (14). De sus razonamientos surge otra manera de controlar la bebida. Cree que sus tribulaciones se deben a no consumir bebidas adecuadas, o al hecho de no hacerlo en la forma correcta. Procura ahora combatir sus dificultades *modificando sus hábitos de beber* (15) y fijando normas para no beber antes de determinada hora del día o en ciertos lugares, etc.

El esfuerzo de la lucha aumenta su hostilidad hacia el medio ambiente, y empieza a *abandonar amistades* (16) y a *dejar empleos* (17). Desde luego, son sus amigos los que lo abandonan y pierde algunos empleos; pero más frecuentemente, es él quien toma la iniciativa como una medida de defensa anticipada.

El aislamiento se vuelve más pronunciado a medida que toda su *conducta se subordina al consumo del alcohol* (18) en que sus actividades puedan interferir con la bebida, en vez de cómo pueda interferir la bebida con sus actividades. Esto, desde luego, implica una perspectiva más egocéntrica que pronunciada, que conduce a más razonamientos y mayor aislamiento. Sobreviene en el bebedor una *apatía hacia otros intereses exteriores* (19) y una *nueva interpretación de sus relaciones interpersonales* (20) acompañada de una *marcada conmiseración de sí mismo* (21). El aislamiento y los razonamientos han aumentado en intensidad al llegar a este punto y se traducen en proyectos de *fuga* (22) o en su realización.

Bajo el efecto de estos acontecimientos ocurre un *cambio en las costumbres familiares* (23). La esposa y los hijos, que quizás llevaban una vida social activa puede

que se retraigan por temor de hallarse en situaciones bochornosas o, por el contrario, intensifiquen de pronto su vida social a fin de escapar al ambiente del hogar. Estos y otros acontecimientos conducen a la aparición de *resentimientos irrazonables* (24) en el alcoholómano.

El predominio de sus preocupaciones por el alcohol induce al alcoholómano a *proteger su abastecimiento* (25), esto es, escondiendo una amplia provisión de bebidas alcohólicas en lugares menos esperados. Este proceder expresa el temor de verse privado de lo que para él constituye una necesidad para su vida.

El *descuido de la alimentación adecuada* (26) agrava los efectos incipientes del consumo excesivo de bebidas alcohólicas sobre el organismo, y frecuentemente el alcoholómano tiene que someterse a la *primera hospitalización* (27) por algún padecimiento de origen alcohólico.

Uno de los efectos orgánicos frecuentes es una *disminución del impulso sexual* (28) que aumenta la hostilidad contra la esposa y que él razona imaginando actividades sexuales de su cónyuge fuera del matrimonio, lo que da origen a los bien conocidos *celos de los alcohólicos* (29).

Al llegar a este punto, los remordimientos, el resentimiento y la lucha entre la necesidad de beber y los deberes; las dudas y la falta de seguridad en sí mismo han desorganizado en tal forma la personalidad del alcoholómano que ya no puede empezar el día sin el apoyo que le proporciona el alcohol, ingiriéndolo al levantarse, o aún en la cama. Así principia la *bebida regular matutina* (30), que previamente sólo había ocurrido en raras ocasiones.

Este hábito marca el fin de la fase crítica y presagia el principio de la fase crónica.

Durante la fase crítica, la embriaguez es la regla pero se limita a las primeras horas de la noche. En la mayor parte de esta fase, el consumo de alcohol principia durante la tarde, alcanzando el estado de embriaguez por la noche. Deberá notarse que la «necesidad física» inherente a la «pérdida de control» da como resultado una forma de beber incesante más bien que continua. La «bebida matutina», que ocurre hacia el final de la fase crítica, denota particularmente esa forma incesante. La primera copa al levantarse, digamos a las 7 a.m., es seguida por otra a las 10 u 11 a.m., y otra alrededor de la 1 p.m., entre tanto que la ingestión más intensa apenas si empieza antes de las 5 p.m.

Durante toda la fase crítica el alcoholómano hace un gran esfuerzo sobrehumano para no perder completamente todo prestigio social. Algunas veces, los efectos de la embriaguez vespertina le ocasionan alguna pérdida de tiempo, pero generalmente el alcoholómano logra cumplir con su trabajo aunque descuida a su familia. El hace un particular esfuerzo para evitar embriagarse durante el día.

No obstante, sus causas emotivas sociales se debilitan progresivamente y la «bebida matutina» pone en peligro su esfuerzo para cumplir con sus obligaciones profesionales, ya que ese esfuerzo implica una resistencia consciente contra la «necesidad física» real o ficticia de alcohol.

La «pérdida de control» marca el principio del «proceso patológico» de la alcoholomanía, que se superpone al consumo excesivo sintomático. Este proceso patológico socava progresivamente la resistencia moral y física del alcoholómano.

FASE CRONICA.— El efecto más y más preponderante del alcohol, así como la lucha contra la «necesidad» establecida por la bebida matutina, terminan por quebran-

tar la resistencia del alcoholómano, quien se encuentra por primera vez embriagado en pleno día durante la semana, permaneciendo en tal estado durante varios días más, hasta que se halla completamente incapacitado. Ese es el principio de los *períodos de embriaguez prolongada* (31) conocidos en el lenguaje vernáculo como «borracheras».

Esta última conducta del alcoholómano es objeto de tan unánime desaprobación de parte de la sociedad que entraña un grave riesgo social. Sólo una personalidad originalmente psicopática o una persona que ha sufrido en una época de su vida un proceso psicopatológico, se expondría a tal riesgo.

Esos períodos prolongados de embriaguez generalmente provocan un *deterioro ético marcado* (32) y una *disminución de las facultades mentales* (33), las cuales no son sin embargo irreversibles. Verdaderas *psicosis-alcohólicas* (34) pueden manifestarse en esta etapa, pero esto sólo sucede en un 10% de los casos.

La desmoralización es tal, que el alcoholómano *bebe con personas socialmente inferiores* (35) de preferencia a sus allegados habituales, talvez por tener la oportunidad de manifestarse superior y si no hay otra cosa disponible, *recurre a «productos industriales»* (36) como el alcoholado (Bay-rum) o alcohol desnaturalizado.

En este período sobreviene comunmente una *disminución de la tolerancia al alcohol* (37). La mitad de la cantidad de alcohol requerida anteriormente puede ser suficiente para provocar un estado de estupor.

Los *temores indefinibles* (38) y *temblores* (39) toman carácter persistente. En forma esporádica, estos síntomas ocurren también durante la fase crítica, pero en la fase crónica se manifiestan tan pronto como el alcohol desaparece del organismo. En consecuencia, el alcoholómano «controla» los síntomas mediante el alcohol. Lo mismo sucede con respecto a la *inhibición psicomotora* (40), o sea la inhabilidad de iniciar un simple acto mecánico, como darle cuerda a un reloj, sin ingerir alcohol.

La necesidad de controlar estos síntomas del alcoholismo es más fuerte que la de aliviar los síntomas subyacentes originales del conflicto de la personalidad, y la ingestión de alcohol *toma un carácter de obsesión*. (41)

En muchos alcoholómanos, aproximadamente el 60%, se *desarrollan vagas aspiraciones religiosas* (42) a medida que se debilitan los razonamientos. Finalmente, en el curso de los prolongados y frecuentes estados de embriaguez, los razonamientos son sometidos a pruebas tan frecuentes y duras por la realidad, que todo el *sistema racionalista se quebranta* (43) y el alcoholómano se da por vencido. Entonces, espontáneamente se hace accesible al tratamiento. Sin embargo, su obsesión por la bebida continúa, pues no ve otro medio de escape.

Anteriormente se creía que el alcoholómano debía llegar a tal estado de completa derrota para ser tratado con éxito. La experiencia clínica ha demostrado, sin embargo, que esta «derrota» puede ser provocada mucho antes de su manifestación espontánea y que aún el alcoholismo incipiente puede arrestarse. Como es fácil reconocer la aparición de este último, es posible abordar el problema bajo el aspecto preventivo».

EL ALCOHOLISMO DESDE EL PUNTO DE VISTA PSIQUIATRICO

El abuso de bebidas alcohólicas ha tomado proporciones alarmantes en las últimas décadas, habiendo creado muchos problemas para la sociedad moderna. En nuestro medio, el alcoholismo se encuentra muy difundido y la gravedad del problema es cada día más manifiesto.

Desde el punto de vista psiquiátrico el problema lo constituyen las Toxifrenias, pudiéndose definir estas: 17º) «como el grupo de enfermedades psíquicas causadas por el abuso continuado de sustancias tóxicas y cuyas manifestaciones no son las habituales de la intoxicación aguda».

Tres factores intervienen en la etiopatogenia:

- 1) Una sustancia tóxica para el organismo y principalmente para el cerebro.
- 2) Reactividad cerebral manifestada por síntomas psíquicos constantes ya sea por el tóxico en sí o por las transformaciones metabólicas dentro del organismo.
- 3) Predisposición hereditaria parcial o de una idiosincracia individual que hace al organismo más sensible a la influencia de los fenómenos exógenos.

Ultimamente se ha visto un aumento de los alcohólicos exentos de lacras psíquicas en relación con los alcoholismos psicóticos y psicópatas. A esto han contribuido grandemente los factores ambientales ya que el alcoholismo satisface necesidades psicológicas profundamente arraigadas que pueden ser el alivio de las tensiones producidas por la angustia, conflictos, frustraciones, etc. y siendo la angustia una experiencia tan común y constante en la humanidad y el alcohol un medio tan eficaz para aliviarlo, es fácil explicarse la causa de por qué el alcoholismo se encuentra tan difundido.

La persona normal puede tolerar sus crisis de angustia sin recurrir a ningún medio que perturbe su personalidad, pero si las tensiones del individuo son extremas o la tolerancia a la angustia escasa, puede recurrir al exceso de la bebida como huida de la realidad y fácil medio de escape a sus dificultades.

Stahlin 17º) diferencia el alcoholismo en cuatro grupos:

- 1) Bebedores crónicos que llegan pacíficamente a los excesos alcohólicos tan sólo por el placer que les causa la bebida.
- 2) Bebedores que buscan cierta euforia temporal que los libere de molesta sensación de tensión nerviosa interna y les facilite el trabajo.
- 3) Individuos que hallan en la bebida un estímulo para sus fantasías.
- 4) Borrachos que toman para olvidar sus penas y sufrimientos.

En la actualidad no se consideran de gran importancia en el alcoholismo las taras psíquicas de la ascendencia y los efectos del alcohol sobre la descendencia no son tan graves como se había presumido. En la descendencia de los epilépticos se ha notado un alto porcentaje de alcohólicos, no obstante que entre los padres de epilépticos el porcentaje de alcohólicos no es muy elevado.

EMBRIAGUEZ PATOLOGICA.— En la embriaguez patológica juega un papel muy importante la herencia, pues se encuentran antecedentes en los epilépticos y pa-

cientes con taras psíquicas. Es la embriaguez patológica aquella que se anuncia con ingestión escasa de alcohol, presentándose casi inmediatamente y durando escasísimo tiempo. Se acompaña de gran excitación, alucinaciones, estado de violencia y desconocimiento del medio ambiente.

No hay que confundir la embriaguez patológica con la intolerancia al alcohol, en la cual los signos de intoxicación no están en relación con la cantidad del alcohol ingerido. La embriaguez patológica sólo se presenta en individuos con predisposición constitucional de causa hereditaria o en alcohólicos crónicos. El síntoma principal es el estado de agitación intensa, desorientación y cambios fisonómicos que suelen terminar en un sueño profundo y al despertar, el paciente sólo recuerda vagamente los actos que llevó a efecto durante la crisis.

ALUCINACION ALCOHOLICA. — Los trastornos en la percepción de los sentidos se presentan en una cuarta parte de los pacientes con temblor y en su forma más común el paciente se queja de pesadillas. En otras ocasiones, un objeto puede adquirir formas imaginarias y los ruidos y las sombras pueden ser interpretadas erróneamente; por fin el paciente escucha voces o música que no existe, o ve animales o formas anormales o distorsionadas. Las alucinaciones visuales son las más frecuentes y en sus formas más severas son continuas; sin embargo por lo común son intermitentes, presentándose sobre todo por las noches cuando el paciente cierra los ojos. Otro tipo de alucinaciones son las auditivas, que son cinco veces menos frecuentes que las visuales, siendo aún más raras las táctiles y olfatorias.

La alucinación auditiva aguda o locura alucinatoria de Krapelin de los bebedores, posee suficientes características para ser considerada como una entidad clínica separada. Afecta sobre todo a los alcohólicos crónicos y como las alucinaciones visuales se presentan sobre todo en los últimos días de una embriaguez prolongada o poco después que el paciente ha dejado de beber su última copa. El paciente oye voces amenazadoras y son tan reales, que puede volverse agitado y aún agresivo, pudiendo llegar hasta el suicidio para tratar de huir de las amenazas proferidas por las voces. Un pequeño grupo de pacientes pueden tolerar alucinaciones si las voces no van dirigidas hacia él, permaneciendo imperturbable, sin embargo, si las voces se vuelven ofensivas contra él, sus reacciones se hacen agresivas. El paciente se encuentra bien orientado excepto por su preocupación ocasional por las alucinaciones que son de naturaleza transitoria. A medida que el paciente mejora, duda de la realidad de sus alucinaciones y la recuperación total se caracteriza por la conciencia de que las voces eran imaginarias. Es importante recordar que esta enfermedad puede convertirse en una alucinación crónica auditiva.

DELIRIUM TREMENS. — Es un síndrome que aparece como complicación del alcoholismo crónico, pero independiente de la intoxicación, no guardando relación con la embriaguez aguda, pudiéndose presentar después de varios días de abstinencia y desaparecer luego de ingerir alcohol. Se caracteriza por un delirio onírico y ciertos síntomas somáticos, siendo los principales la agitación psicomotriz y el temblor, de donde se origina el nombre. Se presenta en alcohólicos crónicos entre los 30 y 50 años, siendo factores desencadenantes los traumatismos y procesos infecciosos. La privación brusca del alcohol constituye, muy excepcionalmente, causa desencadenante del Delirium.

El Delirium Tremens constituye un episodio de psicosis aguda, en la que hay desorientación en cuanto a tiempo, lugar y persona, temor intenso y alucinaciones, con predominio de las de tipo visual, generalmente terroríficas. El acceso suele ser transitorio, dura de tres a siete días y por lo general va seguido de restablecimiento. La situación suele empeorar por las noches o en habitaciones poco iluminadas donde el paciente no puede orientarse con la vista.

TRATAMIENTOS DEL ALCOHOLISMO

TRATAMIENTO DE LA EMBRIAGUEZ AGUDA. — La embriaguez aguda es un fenómeno tan universal, que son pocos los adultos que desconocen sus efectos por experiencia propia. Por lo general, este estado no presenta problema para el médico, pero algunos pacientes, sin embargo, se encuentran excitados, se vuelven agresivos o bien sufren de gastritis aguda, por lo cual se deciden a recurrir a la consulta médica.

En ciertos casos se pueden presentar estados de estupor o coma, constituyendo un problema de diagnóstico diferencial. Raras veces los vómitos frecuentes pueden conducir a un estado de deshidratación y shock, el cual también puede ser producido por hematemesis que reconoce como causa la gastritis aguda.

El pronóstico de la embriaguez aguda puede ser gravísimo en casos de alcohólicos crónicos, ya que éstos toleran menos alcohol y por lo general se encuentra comprometido el estado general del paciente.

El tratamiento de la embriaguez aguda es, hasta cierto punto sintomático y consiste principalmente, en suspender la ingestión de alcohol. Se procurará mantener al paciente bajo la influencia de un barbitúrico o de algún derivado de la fenotiacina. Entre los primeros contamos con el Amobarbital Sódico que es uno de los más usados, pudiéndose administrar en dosis de 0.25 a 0.50 gr. por vía endovenosa o intramuscular, siendo ésta última más dolorosa pero de efectos más prolongados. Estas dosis pueden repetirse con intervalos de 6 a 8 horas, pudiéndose usar en combinación con derivados de la fenotiacina tales como la promacina, los cuales potencializan la acción de los barbitúricos. La promacina, si no hay vómitos, se puede suministrar en dosis orales de 25 a 100 mg. cada cuatro o seis horas y caso contrario, se deben aplicar iguales dosis, recurriendo a la vía intramuscular. Con la promacina, la embriaguez aguda es controlada en casi todos los casos en 3 a 5 días, desapareciendo las náuseas y vómitos en un 89% y los síntomas de gastritis mejoran rápidamente, pudiendo los pacientes retener líquidos, lo cual facilita la nutrición, dominándose con esta terapéutica rápidamente la excitación y el temblor.

En los casos de deshidratación se deberá vigilar el balance hidroelectrolítico, recurriendo a soluciones parenterales, mientras se controlan los vómitos. El tratamiento de la gastritis será dirigido a base de alcalinizantes y antiespasmódicos y estableciendo una dieta de ulceroso. Todo alcohólico en pleno período de intoxicación necesita vitaminas, usándose frecuentemente el Complejo B, de preferencia por vía endovenosa. En estos últimos años ha ganado prestigio la administración de la piridoxina y la carboxilasa tanto inyectadas como por vía oral.

El informe de la segunda sesión del Comité de Expertos en Salud Mental (Alcoholismo), 15-20 Octubre 1951, París 13º) cita el tratamiento hormonal por medio de extractos córtico-suprarrenales para ciertas formas de alcoholismo. Fueron concluyentes al afirmar que «estos extractos dan buenos resultados en las curas de desintoxicación, porque pueden desembarazar al enfermo en una manera espectacular, de un gran número de trastornos neurológicos y gastrointestinales que acompañan en general la suspensión brusca de una absorción abundante de alcohol. Se le ha igualmente empleado durante un período más prolongado, para ayudar al enfermo a permanecer abstinentemente durante el tratamiento».

TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO CRONICO. — En Septiembre de 1952 7º), se celebró en París el XXIV Congreso Internacional contra el Alcoholismo, con el objeto de analizar sus causas y consecuencias desde los ángulos, médico, social y económico. En este Congreso se acordó la recomendación siguiente: «Los médicos que toman parte en el XXIV Congreso Internacional contra el Alcoholismo afirman: que la inmensa mayoría de los alcohólicos crónicos corresponden a la definición del toxicómano, tal como ha sido dada por la comisión de los estupefacientes de la OMS y uniendo sus votos a los del Congreso con respecto a la creación y perfeccionamiento tanto de las medidas preventivas como del tratamiento, insisten sobre la necesidad de actuar en colaboración o más bien dicho en conjunto, el médico, el psiquiatra y el trabajador social. Recomiendan también la integración del bebedor en un grupo que tenga un ideal moral o religioso. Por lo que concierne a las técnicas de los tratamientos, constatan que los promotores de los tres principales de ellos (Alcohol intravenoso y Vitaminas, Apomorfina y Disulfirame) presentes en sus reuniones, están de acuerdo en tomar en cuenta la personalidad del bebedor, el ambiente que lo rodea y el momento».

Respecto al alcohol intravenoso la experiencia que se tiene en El Salvador no es nada satisfactoria pues no se han obtenido buenos resultados. El Hospital Militar ensayó hace más de 15 años tal método por medio del alcohol al 33%, siendo los resultados prácticamente nulos y ocasionándose frecuentemente esclerosis de las venas.

El tratamiento con apomorfina entra en el tipo de tratamiento denominado «Reflexoterapia Antialcohólica» 17º), tiene la finalidad de provocar un reflejo condicionado para la vista, el olor, el sabor, e incluso para la imagen. Se funda en la teoría de los reflejos condicionados de Pavlov y en el hecho de que dando conjuntamente alcohol y una sustancia que produzca malestar y vómitos se llega a aborrecerlo. Se aplica por vía subcutánea, apomorfina 0.006 gr. asociada con pilocarpina 0.012 gr. y efedrina 0.03 gr. Poco después cuando se espera que sobrevenga el vómito, se da al paciente su bebida preferida en pequeña cantidad, aumentándose paulatinamente la dosis del emético y se continúan las sesiones por lo general 6 a 12 hasta que la vista u olor del alcohol produzcan vómitos. Se ejerce psicoterapia de tipo persuasivo y se repiten las sesiones cada 2 o 3 meses.

Se denomina terapéutica de intimidación al tratamiento con Bisulfuro de Tetraethyltiuram, al que el Comité de Expertos de Salud Mental denomina Disulfirame, siendo éste el tratamiento que se ha aplicado en el Consultorio Antialcohólico de Defensa Social Salvadoreña.

No se han señalado hasta la fecha contraindicaciones absolutas, pero caso de enfermedades cardíacas, nefritis, epilepsia y cirrosis hepática, se deben tomar las debidas precauciones y observar el mayor cuidado.

Según Nágera 17º) la mortalidad se calcula en uno por diez mil a causa de edema y hemorragia cerebral. La dosificación media para el Salvadoreño es de 0.25 gr. como dosis inicial, recomendándose dar el medicamento por la noche y disminuyendo la dosis de mantenimiento a 0.125 gr., y aún menos. Mayores dosificaciones podrían producir cefalalgia, diarrea, sueño excesivo y otros fenómenos más, que pueden obligar al paciente a interrumpir el tratamiento, por lo que se deberá disminuir si es necesario la dosificación.

Está demostrado que en un porcentaje elevado, el Disulfirame produce una repugnancia por el alcohol y esto ayuda muchísimo a ganar la moral del paciente. Cuando un paciente bajo tratamiento toma alcohol, sobrevienen fenómenos desagradables tales co.

mo taquicardia, vértigos, cefalalgia, disnea, congestión facial que a veces se generaliza y vómitos que pueden ser inmediatos o tardíos. Debe recordarse que esta aversión hacia el alcohol sólo se presentará mientras el paciente se encuentre bajo el influjo de la medicina, por lo que el Disulfirame es tan necesario en el alcoholismo, como la insulina en la diabetes. Los síntomas se deben a la acumulación en el organismo del acetaldehído, que es el producto de oxidación primario del alcohol. La infusión intravenosa de acetaldehído provoca los mismos síntomas. El margen de seguridad es grande pues nunca se ha encontrado en la sangre después de tomar Disulfirame y alcohol más de 2 a 3 mg. de acetaldehído, mientras que se requieren 25 mg. para que tengan paro respiratorio los animales en experimentación. Con el objeto de controlar a los pacientes del Consultorio Antialcohólico, se les fijaron cuatro pruebas, efectuadas una por semana. (Véase el Cuadro N° 1 que dá los resultados obtenidos en las citadas pruebas).

En 6.012 casos estudiados en el Consultorio Antialcohólico, hicieron su primera prueba, 5.143; para la segunda prueba el número bajó a 4.507; luego en la tercera a 3.944, haciendo la cuarta prueba 3.458. Quedaron, pues, 2.554 sin volvernos a visitar, circunstancia que impidió mayor aporte de datos individuales.

El que vomitó en la primera prueba, lo hizo en la segunda y siempre que estuviera influido por el Disulfirame. Y así nótese el cuadro respectivo con 146, luego 140, 126 y 125 respectivamente en cada prueba. Lo mismo tenemos que decir de las demás reacciones, constituidas por congestión facial, taquicardia y disnea.

La misma observación tenemos que hacer sobre los vómitos tardíos, agregando que tales vómitos influían poderosamente en los pacientes y muchos hubieran deseado obtener siempre, tal respuesta en el tratamiento.

Respecto a la interpretación de las «reacciones violentas» nótese cómo en la primera prueba fueron solamente 8 para aumentar a 17 en la segunda y luego seguir la disminución proporcional en la tercera y cuarta prueba.

La mayoría de las reacciones se manifestaron por congestión facial, taquicardia y disnea, que era lo que podríamos considerar como la reacción corriente. Tuvimos desde luego pruebas sin ninguna reacción. (Véase la proporción en el Cuadro No. 1).

Esta falta de reacción era un problema digno de tomarse en cuenta ya que los pacientes se desmoralizaban, pero muchos de ellos se sobreponían al fracaso, al notar que si bien no les daba reacción el ingerir el licor de la prueba, tampoco tenían deseos de tomarlo.

Las pruebas han sido desechadas por muchos médicos, porque ha habido pacientes que han sido despertados en sus ansias de beber pero nosotros lo practicamos en el Consultorio Antialcohólico, tanto por controlar a los pacientes siquiera durante cuatro semanas, como por llevar estadística de tales reacciones.

Se ha hecho crítica del tratamiento y han sido los propios pacientes que se lo administraron sin control médico, los que le han atribuido efectos sobre la libido. En efecto, dosis superiores a las que nosotros consideramos como apropiadas, pueden producir una serie de fenómenos tales como disminución del deseo sexual, alienación mental pasajera sobre todo cuando en los antecedentes de los pacientes aparecen síntomas de trastornos mentales, por lo que nos abstenemos, en estos casos, de instituir tratamiento. Este tratamiento lo consideramos efectivo si contamos con la colaboración de los pacientes, pero aún en casos de rebeldía y por exigirlo así la necesidad de liberar a una familia de las impertinencias del miembro alcohólico, nos hemos atrevido a administrar el tratamiento a espaldas del paciente y hemos obtenido magníficos resultados, lo que nos está demostrando los efectos de repudio para el alcohol provocados por el Disulfirame.

CUADRO No. 1

SINTOMAS PRESENTADOS Y NUMERO DE PRUEBAS EFECTUADAS
POR LAS PERSONAS EN TRATAMIENTO

FUENTE: CONSULTORIO ANTIALCOHOLICO DE D. S. S.

SINTOMAS	NUMERO DE PRUEBAS				
	1a. Prueba	2a. Prueba	3a. Prueba	4a. Prueba	Reinci- dentes
TOTAL	5 143	4 507	3 944	3 458	<u>681</u>
Vómitos Inmediatos	146	140	126	125	
Vómitos Tardíos	7	6	3	10	
Reacciones Violentas	8	17	15	14	
Congestión Facial, Taquicardia y Disnea	1 786	1 919	1 730	1 547	
Congestión Facial y Taquicardia	994	882	727	638	
Vómitos y Congestión Facial.	68	53	64	43	
Sólo Congestión Facial	766	555	445	369	
Sólo Taquicardia	312	240	178	146	
Sólo Disnea	77	57	51	43	
Sólo Vértigo	68	54	51	32	
Otros Síntomas	323	261	245	214	
Sin Reacción	588	323	309	277	

En Washington, hará cosa de un lustro, fue descubierto un nuevo medicamento antialcohólico: Carbamida de Citrato de Calcio, conocido por C C C. Nosotros lo ensayamos y obtuvimos quizá mejores reacciones que con el Disulfirame. Ya no hemos tenido noticias de esta nueva medicina, que de controlarse su venta, talvez llegaría a ser uno de los mejores productos antialcohólicos. Actúa en la misma forma que el Disulfirame, y sus inconvenientes son menores, recomendándose la administración diaria y por tiempo indefinido.

Para terminar con este capítulo haremos referencia a los Alcohólicos Anónimos. Qué son los A. A.? 14º) «una hermandad de hombres y mujeres que comparten su experiencia, fortaleza y esperanza, con el propósito de solucionar su problema común y ayudar a otros a repudiar el alcoholismo». El propósito primordial es permanecer sobrios HOY adquiriendo este compromiso consigo mismos y renovándolo a diario. Los «Doce Pasos» que les sirven de evangelio, son la esencia misma de una filosofía profunda. Los éxitos obtenidos por los A. A. en el mundo entero los han hecho considerar como uno de los más fuertes pilares de la lucha contra el alcoholismo.

Aquí en El Salvador trabajan los A. A. con la simpatía de la sociedad, pero también existe la Asociación Antialcohólica de Defensa Social Salvadoreña, formada por ex-alcohólicos en tratamiento en el Consultorio patrocinado por ésta. Estamos convencidos que nunca podrá haber campaña antialcohólica sin la ayuda de las agrupaciones de temperancia y justo sería que las asociaciones de que hemos hecho mención, funcionaran en los más apartados rincones del país y recibieran el apoyo decidido de la ciudadanía.

LA CAMPAÑA ANTIALCOHOLICA EN EL SALVADOR

Fue en el año de 1949 cuando en Defensa Social Salvadoreña se celebró una sesión pública, en la que se dictó una conferencia con el tema: «El Alcoholismo y los Hospitales». 8º)

En tal conferencia se hizo alusión a dos casos tratados con Disulfirame, que en aquella época estaba recién introducido al país.

El 1o. de Mayo de 1951 fue abierto para el servicio público el primer Consultorio Antialcohólico por mi padre el Dr. Rosendo Morán Monterrosa y como yo ya era practicante de primeros años de Medicina, se me asignó tarea en unión de otros compañeros más.

Levantábamos unas fichas más o menos corrientes, con datos personales encaminadas al fin primordial de la campaña. Poco a poco, se le fueron agregando al cuestionario, más datos a investigar y así, por último ya se levantaban observaciones más o menos completas y con los datos que sirven para el desarrollo de esta tesis.

A los seis meses de trabajo se consideró necesario agrupar a los ex-alcohólicos con el objeto de controlarlos mejor y así nació la Asociación Antialcohólica a que nos hemos referido anteriormente.

Ante el empuje del Consultorio Antialcohólico Central, se consideró necesario el establecimiento de otros en los Departamentos y así, fueron fundados los Consultorios de Chalchuapa a cargo del Dr. Mónico Noé Rivas, que acaba de fallecer; Zacatecoluca, al cuidado del Dr. Miguel Vides Tenorio, también ya fallecido; Santa Ana, bajo la responsabilidad del Dr. Miguel Hernández López; San Miguel al cuidado del Dr. Luis Neftalí Cardoza; Suchitoto a cargo del Br. Tito Castillo; Sonsonate y Puerto de La Libertad a cargo del personal del Consultorio Central.

La importancia de la campaña antialcohólica fue conocida en las hermanas Repúblicas de Centro América y se estableció un consultorio bajo el patrón del nuestro en Managua y el 5 y 6 de Agosto de 1952 fueron fundados por una Delegación del Consultorio Antialcohólico de San Salvador, en la que tomé parte y otra de la Asociación Antialcohólica afiliada; consultorios públicos tanto en Tegucigalpa como en San Pedro Sula.

Desgraciadamente de todos los consultorios fundados, apenas funcionan los de San Salvador, Santa Ana, Tegucigalpa y San Pedro Sula, no teniendo noticias del de Managua, que hasta cierto punto nació independiente, pero sirviéndose de nuestra experiencia, transmitida por canales diplomáticos.

A qué se ha debido la extinción de estos consultorios? Lo atribuimos por una parte, a la falta de entusiasmo y constancia de los fundadores y en segundo lugar, a la abulia alcohólica de los pacientes y ya no digamos a la parte económica que es básica en estos movimientos pro-comunales.

El Consultorio Antialcohólico de San Salvador tuvo un auge inusitado en los dos primeros años, en que hubo necesidad de mantener un personal de dos médicos y tres practicantes y se atendían no menos de cincuenta consultas entre inscripciones y pruebas. Este consultorio no recibió ayuda pecuniaria alguna durante ocho años y ha sido

hasta este año en que fue acordado un subsidio para ayudar al pago de casa, de parte de Defensa Social Salvadoreña.

La Asociación Antialcohólica ha seguido en su trayectoria al Consultorio y ha tenido también su auge y decadencia, por la falta de entusiasmo de sus componentes.

De todas maneras, hay que reconocer el esfuerzo con que se ha mantenido durante nueve largos años, una campaña antialcohólica sin ayuda de los poderes centrales que deberían haber sido los llamados a patrocinar este movimiento que se ha sostenido exclusivamente gracias a la iniciativa privada.

ANALISIS ESTADISTICO

Basándose en el estudio de 6,012 fichas de pacientes que se presentaron voluntariamente al Consultorio Antialcohólico, hemos elaborado varios cuadros con datos interesantes y así, en el Cuadro No. 2 encontramos la edad de las primeras libaciones y la bebida alcohólica con que se iniciaron éstas. Nótese cómo la edad de los 15 a 19 años y, para ser más precisos, entre los 18 y 19 años, es en la que nuestra juventud comienza a alcoholizarse. Esta es la edad en que empiezan a aprender los oficios y las profesiones y en lo relativo al obrero, son muchos los maestros que inducen a sus pupilos a embriagarse.

El paciente que declaró la menor edad de sus primeras libaciones fue el de la ficha No. 2106, el 1o. de Mayo de 1952, quien declaró haber tenido seis años cuando inició la ingestión del alcohol, afirmación que nos pareció imposible y lo atribuimos a jactancia del paciente. Las fichas No. 2176 del 14 de Mayo de 1952 y las No. 2212 y No. 2222 del 19 de Mayo del mismo año, fijan la edad de 10 años para las primeras crápulas. Contrastan con estos precoces bebedores las de los tardíos con edades de 50 años.

Para completar estos datos hemos formulado el Cuadro No. 3 obtenido del estudio de 500 fichas, tomadas al azar según el método de números aleatorios y en él aparece el tiempo que tenían los pacientes de estar entregados al alcoholismo. Nos consultaron pacientes que tenían 2 años de libaciones como *mínimum* y 49 años como *máximum*.

Las bebidas predilectas por los bisoños eran el aguardiente, cerveza, chaparro, vinos, etc. Nótese cómo predomina el aguardiente, contra la creencia general de que es la cerveza la que encamina al pueblo hacia el alcoholismo. El porcentaje de los que inician sus libaciones con chicha y chaparro son por lo general campesinos y las estadísticas varían cuando se analizan los domiciliados en las ciudades.

Los que principiaron a emborracharse con alcohol de farmacia lo hacían desde luego agregándole su buena proporción de agua. El aspecto económico o las facilidades de adquisición han de haber sido los factores que indujeron a este grupo a bajar los primeros peldaños del alcoholismo con alcohol de farmacia.

El Cuadro No. 4 contiene los datos relativos a la edad que tenían los pacientes cuando se presentaron al consultorio y la bebida alcohólica que entonces tomaban. Nótese cómo, siempre el aguardiente ocupa el primer lugar, seguido de la cerveza. Las edades comprendidas entre los 25 y 29 años resultan las más favorecidas en este caso.

El Cuadro No. 5 nos muestra tanto el período de embriaguez como la influencia del alcohol en el carácter del paciente. Nótese la cantidad de alcohólicos que se embriagan de 1 a 8 días, hay una ligera elevación a los 10 días y decrece para volver a subir a los 15 días. Respecto al efecto del alcohol sobre el carácter del individuo, nótese que si bien predominan los pacíficos, no es despreciable el número de violentos, estado en el cual se pueden cometer delitos.

El Cuadro No. 6 nos muestra tanto la profesión u oficio como los antecedentes alcohólicos de los pacientes. Predominan los obreros, como los más afectados por el alcoholismo. Les siguen los jornaleros y luego los empleados de oficina. Respecto a los antecedentes alcohólicos familiares, aunque no tienen ninguna importancia, predominan los del padre, siendo *mínimo* el porcentaje de la madre.

CUADRO No. 2

EDAD Y CLASE DE BEBIDA CON QUE LOS PACIENTES
INICIARON SUS LIBACIONES

FUENTE: CONSULTORIO ANTIALCOHOLICO DE D. S. S.

EDAD EN QUE COMENZO A TOMAR	TOTAL	COMENZO A TOMAR CON:			
		Cerveza	Aguardiente	Chicha	OTROS*
TOTAL	6 012	1 093	4 350	282	287
Menos de 15 años	693	95	480	74	44
De 15 a 19 ..	3 143	570	2 297	139	137
De 20 .. 24 ..	1 459	303	1 035	50	71
De 25 .. 29 ..	442	86	323	12	21
De 30 .. 34 ..	170	29	129	2	10
De 35 .. 39 ..	54	4	47	2	1
De 40 .. 44 ..	26	4	19	2	1
De 45 .. 49 ..	9	1	8	—	—
De 50 .. 54 ..	6	1	4	—	1
De 55 .. 59 ..	1	—	1	—	—
Sin información	9	—	7	1	1

* Whisky, Ron, Vinos, Alcohol de Farmacia y Chaparro.

CUADRO No. 3

INTERVALO ENTRE LA INICIACION DE SUS LIBACIONES
Y PRESENTACION AL CONSULTORIO

FUENTE: CONSULTORIO ANTIALCOHOLICO DE D. S. S.

INTERVALO	Número de Pacientes
Menos de 2 años	2
De 2 a 7 „	99
De 8 „ 13 „	129
De 14 „ 19 „	102
De 20 „ 25 „	84
De 26 „ 31 „	41
De 32 „ 37 „	30
De 38 y más	11

Intervalo promedio = 16.11

Mediana = 17.5

CUADRO No. 4

EDAD Y CLASE DE BEBIDA QUE TOMAN LOS
PACIENTES AL MOMENTO DE LA INSCRIPCION

FUENTE: CONSULTORIO ANTIALCOHOLICO DE D. S. S.

EDAD ACTUAL	TOTAL	CLASE DE BEBIDA QUE ACTUALMENTE TOMAN				
		Cerveza	Aguar- diente	Ambos	Chicha	Sin Infor- mación
TOTAL	6 012	701	4 078	1 188	17	28
De 15 a 19 años	91	18	56	17	—	—
De 20 a 24 „	817	155	509	150	1	2
De 25 a 29 „	1 297	180	842	267	3	5
De 30 a 34 „	1 168	119	787	252	3	7
De 35 a 39 „	936	97	657	175	4	3
De 40 a 44 „	731	57	519	144	4	7
De 45 a 49 „	473	43	327	99	2	2
De 50 a 54 „	297	14	229	53	—	1
De 55 a 59 „	111	7	83	20	—	1
De 60 a 64 „	56	4	47	5	—	—
De 65 y más	28	7	16	5	—	—
Sin información	7	—	6	1	—	—

CUADRO No. 5

PERIODO Y CARACTER DEL ALCOHOLICO

FUENTE: CONSULTORIO ANTIALCOHOLICO DE D. S. S.

PERIODO	TOTAL	CARACTER		
		Pacífico	Violento	Ambos
<u>T O T A L</u>	<u>6.012</u>	<u>3.174</u>	<u>2.812</u>	<u>26</u>
1 día	306	138	167	1
2 días	824	394	427	3
3 "	851	423	427	1
4 "	586	281	303	2
5 "	274	138	134	2
6 "	221	128	92	1
7 "	589	306	282	1
8 "	690	391	296	3
9 "	22	11	11	—
10 a 14 días Total	338	203	132	3
10 "	248	149	96	3
11 "	9	5	4	—
12 "	71	43	28	—
13 "	4	2	2	—
14 "	6	4	2	—
15 a 19 días Total	700	419	279	2
15 "	687	410	275	2
16 "	7	5	2	—
17 "	1	1	—	—
18 "	5	3	2	—
19 "	—	—	—	—
20 a 24 días Total	164	101	63	—
20 "	123	71	52	—
21 "	5	3	2	—
22 "	35	26	9	—
23 "	—	—	—	—
24 "	1	1	—	—
25 a 29 días Total	10	8	2	—
25 "	9	8	1	—
26 "	—	—	—	—
27 "	—	—	—	—
28 "	1	—	1	—
29 "	—	—	—	—
30 días y más	327	186	140	1
30 "	220	124	96	—
1 mes y más	107	62	44	1
IGNORADO	110	47	57	6

CUADRO No. 6

PROFESION Y ANTECEDENTES ALCOHOLICOS FAMILIARES

FUENTE: CONSULTORIO ANTIALCOHOLICO DE D. S. S.

PROFESION U OFICIO	TOTAL	Antecedentes Alcohólicos Familiares			
		Padre	Madre	Ambos	Ninguno
TOTAL	6012	3955	19	54	1984
Profesionales, Técnicos y personas en ocupaciones afines	237	149	—	4	84
Gerentes, Administradores y funcionarios de categoría directiva	5	1	1	—	3
Empleados de Oficina y personas en ocupaciones afines	710	457	—	9	250
Vendedores y personas en ocupaciones afines	375	243	1	4	127
Agricultores, ganaderos, pescadores, cazadores, madereros y personas en ocupaciones afines	413	252	5	3	153
Mineros, canteros y personas en ocupaciones afines	2	1	—	—	1
Conductores de medios de transporte y personas en ocupaciones afines	348	219	3	4	122
Artesanos y operarios en ocupaciones relacionadas con la hilandería, la confección de vestuario y calzado, la carpintería, la industria de la construcción, la mecánica y las artes gráficas	2530	1720	7	20	783
Otros artesanos y operarios N.E.O.C.	183	129	—	1	53
Obreros y Jornaleros N.E.O.C.	943	638	2	7	296
Trabajadores de servicios personales y en ocupaciones afines	211	127	—	1	83
Otros trabajadores N.E.O.C. y trabajadores en ocupaciones no identificables o no declaradas....	55	25	—	1	29

El Cuadro No. 7 nos trae el estado Civil, Municipio y Departamento. Desde luego que predominó San Salvador, por ser la sede del Consultorio Antialcohólico. El mayor número de consultantes fue el de los solteros con 3.941, entre los que se incluyen los «acompañados», que es una condición ya aceptada por la costumbre y que equivale al clásico amancebamiento.

Terminada la glosa a los cuadros estadísticos, sólo nos queda por agregar, para mayor información sobre el problema alcohólico, los siguientes datos que no carecen de importancia y que son tomados de los archivos del Consultorio Antialcohólico.

AUSENCIAS EN EL TRABAJO. — Un estudio sobre 100 casos, acusan un 71% de pacientes que faltaban a su trabajo por haber ingerido licor, contra un 29% que manifestaban asistir aún influidos por el alcohol. Quizá no habría que referirse al 71% de faltistas ya que su misma impotencia los habrá librado de muchos accidentes de trabajo, pero ese 29% que asistía a sus labores bajo la depresión alcohólica nos está señalando un grave peligro para la industria, ya que en ese estado pueden ocurrir múltiples accidentes de trabajo, con las consiguientes pérdidas tanto para el industrial como para el obrero.

DISMINUCION DE LA CAPACIDAD DE TRABAJO. — Respecto a este asunto nos aparece un 70% que admitió la disminución de su capacidad de trabajo a consecuencia del alcohol, contra apenas 30% que dijo no haberla disminuido. El porcentaje es elevado para los primeros y esta declaración espontánea de los propios pacientes indica que tanto la industria como la agricultura y en fin todo el engranaje social, sufren merma en rendimiento laboral, a consecuencia del alcoholismo.

SOCIABILIDAD EN LAS LIBACIONES. — Un 50% de pacientes respondieron que se juntaban solamente con el círculo de sus amistades y el otro 50%, gozaba en la euforia alcohólica, en alternar con personas socialmente inferiores y expuestos a las consecuencias de su compañía. Recuerdo el caso de un periodista condecorado por una fundación extranjera, que en sus libaciones prefería alternar con individuos de muy bajo nivel social. Había en él la ilusión de grandeza ya que no obstante su categoría y merecimientos, se sentía halagado por las demostraciones que recibía de su exótica compañía. (Síntoma No. 35 del esquema de Jellinek).

POR QUE TOMABAN BEBIDAS ALCOHOLICAS NUESTROS PACIENTES? Dividiremos la encuesta en 3 grupos: un 15% manifestó hacerlo porque le faltaba valor para enfrentar la realidad, un 65% declaró efectuarlo porque sentía placer en embriagarse, el 15% dijo hacerlo por ambas causas y el 5% restante sin tener problemas y sin sentir placer, se embriagaban por una atracción superior a sus fuerzas.

Las estadísticas de producción de bebidas embriagantes (aguardiente y cerveza) y de consumo, por el desnutrido pueblo salvadoreño, son concluyentes al demostrar el auge que estos negocios han adquirido en los últimos tiempos, debido, no hay duda a la propaganda desmedida de prensa, radio y televisión. En los más apartados cantones aledaños a las poblaciones donde existen carreteras, allí circulan los camiones distribuidores de bebidas embriagantes, incitando al campesino que apenas gana para el sustento propio y de sus familias, a consumirlas, pagando a veces hasta la tercera parte, si no todo lo ganado en un día de fatiga. Los Cuadros Nos. 8 y No. 9 que a continuación se insertan dan idea de la «renta negativa» como la catalogara un editorialista de renombre y cualquier comentario sale sobrando ante la realidad en que vivimos.

En las ciudades, principalmente en la Capital, cada tienda es en la actualidad, una venta autorizada de bebidas embriagantes. El Censo Industrial y Comercial de 1956, trae el dato de que hay solamente 645 expendios de aguardiente envasado y 2.244 establecimientos que venden bebidas alcohólicas. Siguiendo el plan de los cuadros anteriores, va-

CUADRO No. 7

ESTADO CIVIL, MUNICIPIO Y DEPARTAMENTO

FUENTE: CONSULTORIO ANTIALCOHOLICO DE D. S. S.

Departamento y Municipio	Total	ESTADO CIVIL			
		Soltero	Casado	Viudo	Divor- ciado
TOTAL	6012	3941	2013	45	13
El Salvador	5964	3922	1986	44	12
Depto. Ahuachapán	53	30	22	—	1
" Santa Ana	182	114	66	1	1
" Sonsonate	154	108	45	1	—
" Chalatenango	149	72	74	3	—
" La Libertad	387	252	130	4	1
" San Salvador	3728	2641	1056	24	7
Municipio San Salvador	2792	2048	723	16	5
" Mejicanos	191	126	64	1	—
" Soyapango	146	101	45	—	—
" Villa Delgado	234	160	68	4	2
" Cuscatancingo	46	38	8	—	—
" Ayutuxtepeque	16	10	6	—	—
" Tonacatepeque	49	23	26	—	—
" Guazapa	7	3	4	—	—
" San Martín	22	12	10	—	—
" Apopa	21	14	6	1	—
" Nejapa	11	4	7	—	—
" Ilopango	31	20	11	—	—
" El Paisnal	3	2	1	—	—
" Aguilares	8	4	4	—	—
" Santo Tomás	29	13	16	—	—
" Panchimalco	14	4	10	—	—
" Santiago Texacuangos	26	12	12	2	—
" Rosario de Mora	3	2	1	—	—
" San Marcos	79	45	34	—	—
Depto. Cuscatlán	216	103	109	4	—
" La Paz	190	108	80	2	—
" Cabañas	94	39	54	1	—
" San Vicente	225	116	108	1	—
" Usulután	313	194	117	2	—
" San Miguel	174	93	80	1	—
" Morazán	43	26	16	—	1
" La Unión	56	24	31	—	1
" Otros países	21	4	17	—	—
" Ignorado	27	15	10	1	1

CUADRO No. 8

POBLACION TOTAL Y ADULTA

LITROS DE CERVEZA Y LICORES CONSUMIDOS EN LA REPUBLICA

(1954 — 1958)

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

CONCEPTO	1954	1955	1956	1957	1958
<u>POBLACION - TOTAL</u>	<u>2 121 869</u>	<u>2 193 122</u>	<u>2 268 464</u>	<u>2 350 201</u>	<u>2 434 430</u>
Masculino (18 años y más)	545 721	563 370	587 940	604 679	622 727
<u>CONSUMO - TOTAL</u>					
Cerveza	18 508 486	15 985 422	15 919 818	20 037 555	25 373 778
Licores.	4 521 241	4 569 791	4 769 598	4 782 316	4 307 690

CUADRO No. 9

CONSUMO EN LITROS PER-CAPITA DE CERVEZA Y LICORES EN LA REPUBLICA
(1954 — 1958)

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA Y CENSOS

CONCEPTO	1954	1955	1956	1957	1958
<u>CONSUMO PER-CAPITA--TOTAL</u>					
Cerveza	8.72	7.29	7.02	8.53	10.42
Licores.	2.13	2.08	2.10	2.03	1.77
<u>CONSUMO PER-CAPITA</u>					
<u>ESPECIFICO*</u>					
Cerveza	33.92	28.37	27.08	33.14	40.75
Licores.	8.28	8.11	8.11	7.91	6.92

* Masculino 18 años y más.

mos a intentar elaborar el siguiente, que trata de fijar tanto las ventas de bebidas por habitantes como el consumo de alcohol (per cápita) del salvadoreño, según los censos de 1958:

Ventas de bebidas alcohólicas por habitantes

Una venta por cada 843 habitantes (población total de 2.434.430, Censo de 1958).

Consumo de litros de alcohol en el año

Per cápita, población total:

Cerveza (5% de alcohol)	2.08
Licores (45% de alcohol)	0.39
	<hr/>
Total	2.47 litros

Población mayor de 18 años:

Cerveza (5% de alcohol)	8.15
Licores (45% de alcohol)	15.82
	<hr/>
Total	23.97 litros

CONSIDERACIONES GENERALES

Respecto a los problemas que afligen a la humanidad, cada quien «quiere llevar el agua a su molino» y así vemos al cancerólogo, en su noble lucha contra el mal, no admitiendo más problemas que el del cáncer. Si del niño se trata, vendrán las grandes campañas en favor de los infantes, reconociendo como único problema el de la protección a la infancia. El fisiólogo, aboga exclusivamente en favor de la campaña contra la peste blanca y el dietólogo no admite más problema que el de la desnutrición, reconociendo que es la base de la redención de los pueblos.

Trabajemos intensamente, por todos los medios posibles para redimir a nuestros pueblos de la vorágine etílica y así, habrá suficiente alimento para la familia, para satisfacción del dietólogo; combatamos el alcoholismo, para que el padre de familia adicto a él, tenga suficiente dinero para las medicinas y el tratamiento de los tuberculosos; demos los medios de la abstinencia alcohólica al jefe de la familia donde sufra alguien de cáncer y habremos proporcionado el costoso tratamiento del cáncer. Una vez que el jefe de familia haya dejado de gastar su dinero en el expendio de aguardiente o en la cervecería, habrá fondos para todas las necesidades del hogar.

El contacto con el pueblo que hemos tenido en nuestras labores del Consultorio Antialcohólico, nos han hecho conocer episodios familiares pintorescos, que por su propia sencillez, llenarían capítulos sin fin. Así hemos conocido la satisfacción del esposo, que después de un tiempo de abstinencia ha tenido para adquirir la máquina de coser de su compañera; alguien compró una discoteca, ambición de toda su vida porque era amante de la buena música y el alcohol jamás lo dejó poseer un tan solo disco; aquí estaba el padre de familia con su refrigeradora y su aparato de televisión para diversión de sus hijos; allá el obrero que liberado de las garras del alcohol, tuvo lo suficiente para construirse su casa de dos pisos de sistema mixto. Muchos serían los que ayudarían a una campaña antialcohólica, si conocieran cómo reconoce el pueblo los esfuerzos que se hacen por su bienestar, principalmente las mujeres, que son las que llevan la peor parte en lo que a las libaciones de sus maridos se refiere. Reciente es el caso de una madre de cuatro hijos que se presentó al Consultorio para conocer a los mantenedores de la campaña antialcohólica y con gran satisfacción, rendirles homenaje de simpatía y reconocimiento porque su marido, mecánico con salario de ₡8.00 diarios, jamás desde que se habían casado, le había proporcionado comodidades y, en un mes de abstinencia, invirtió más de cien colones en llevarle tanto a ella como a sus hijos, la ropa que tanta falta hacía y que por dilapidar aquél su dinero en el expendio de aguardiente, siempre la penuria nunca faltaba en el hogar.

Cuáles han sido los resultados prácticos del funcionamiento del Consultorio Antialcohólico? Fueron más de seis mil los pacientes que se presentaron en demanda de auxilio y los podemos dividir en los siguientes grupos:

- 1) Quiénes se inscribieron voluntariamente llevando el propósito firme de dejar de beber.
- 2) Los que fueron llevados por familiares o amigos.
- 3) Los que querían que se les dejase aptos para beber cuando quisieran.

Los resultados, imposibles de confirmar por estadísticas, precisamente porque no contamos con la colaboración de los pacientes, quedan como ulterior trabajo para otros investigadores que quieran contribuir a analizar los resultados.

En concreto, controlamos hasta por un mes a 3.458 pacientes, quedando sin tener noticias de ellos el considerable número de 2.554. De éstos, hemos tenido casos esporádicos, que se han presentado a recomendar nuevos pacientes, después de seis a nueve años de permanecer ellos abstemios. No hicieron una prueba ni tomaron más medicina que las 25 tabletas del primer frasco. No fueron pocos los que creyeron que un solo frasco bastaba para curarse del mal, no obstante nuestra recomendación de que no se consideraran curados un tan solo instante y reincidieron en las libaciones.

Cuántos entonces fueron influidos por el tratamiento? Estamos imposibilitados de responder, ya que los mismos miembros de la Asociación Antialcohólica tuvieron sus reincidencias, por que no siguieron el consejo de continuar por tiempo indefinido con el tratamiento.

Con todo y esto, se cuentan por centenares las familias que reconocen la influencia del tratamiento y son también muchos los pacientes que continúan en él, invirtiendo, lo que antes dilapidaban en alcohol, en las necesidades de su hogar.

Ojalá que esta tesis, despierte las conciencias dormidas que si bien se dan cuenta del problema alcohólico de nuestro país, permanecen indiferentes, porque creen imposible la redención de los alcohólicos.

Sí se puede hacer mucho por los alcohólicos, casos patológicos como los cataloga la ciencia moderna, que ya se olvidó de considerarlos como viciosos, descarriados, rémoras de la sociedad y afrenta para la familia y para la Patria.

CONCLUSIONES

- 1) Hay que mantener la campaña antialcohólica para contrarrestar la enorme proporción de alcohólicos en el país.
- 2) Debe aceptarse todo medio para combatir el alcoholismo si con él se rescatan víctimas.
- 3) El tratamiento por medio de Disulfirame es beneficioso para gran número de pacientes, que colaboran con el médico.
- 4) No hay tratamiento para el alcohólico que no quiere dejar de embriagarse.
- 5) La dosis de Disulfirame recomendada por los Expertos de Salud Mental de la OMS, no son apropiadas para el tipo medio del salvadoreño (que puede ser el centroamericano). El Consultorio Antialcohólico de D.S.S. obtuvo mejores efectos con dosis mínimas de 0.25 como dosis inicial y 0.125 y aún menos como dosis de mantenimiento.
- 6) Es necesario propiciar el funcionamiento de las Asociaciones antialcohólicas de cualquier índole que sean.
- 7) Se considera más práctico el establecimiento de consultorios antialcohólicos, para el tratamiento ambulatorio, pero son necesarios también los centros de rehabilitación y más aún, la asistencia en los hospitales de los casos de intoxicación etílica.
- 8) Hay que suprimir o moderar, por lo menos, la propaganda de bebidas alcohólicas por medio de la publicidad hablada, escrita o visual.

BIBLIOGRAFIA

- 1º) A.A. 44 Preguntas y Respuestas acerca del Programa de Recuperación del Alcoholismo; Grupo principal de El Salvador.
- 2º) Archivos del Consultorio Antialcohólico de Defensa Social Salvadoreña; San Salvador, El Salvador.
- 3º) Beckman Harry; Farmacología y Terapéutica Clínicas; Joaquín Sanz. México D.F. Editorial Interamericana 1956. Pág. 561.
- 4º) Bumke Oswald; Nuevo Tratado de Enfermedades Mentales 5a. Edición 1941. Pág. 413.
- 5º) Cecil Russell; Loeb Robert. Tratado de Medicina Interna. Alberto Folch. 9a. Edición; México D.F. Editorial Interamericana 1958. Pág. 545.
- 6º) Chávez José Alejandro; Dosificación obligatoria del alcohol etílico en la sangre de todo sujeto causante o víctima de un accidente; San Salvador, El Salvador Facultad de Química y Farmacia 1953. 47P (Tesis mimeografiada).
- 7º) Escalante Arce Pedro; Informe del Delegado de El Salvador al XXIV Congreso Internacional sobre Alcoholismo. París 8-13 de Septiembre de 1952.
- 8º) Morán Monterrosa Rosendo; Alcoholismo y Hospitales. Conferencia en Defensa Social Salvadoreña. 28 de Septiembre 1949.
- 9º) Morán Monterrosa Rosendo; Medicina Legal y Alcoholismo. Conferencia en el Ateneo de El Salvador, Seminario de Medicina Legal. Noviembre 1953.
- 10º) Noyes Arthur; Psiquiatría Clínica Moderna. 4a. Edición.
- 11º) O.M.S. Alcohol y Alcoholismo; Informe del Comité de Expertos Salud Mental (Subcomité del Alcoholismo) 1955.
- 12º) O.M.S. Serie de Informes Técnicos No. 48; OSANPAN. Washington Febrero 1954. Pág. 25.
- 13º) O.M.S. Informe de la 2a. Sesión del Comité de Expertos de Salud Mental (Subcomité del Alcoholismo) 15—20 de Octubre de 1951.
- 14º) Que son A.A.? Alcohólicos Anónimos; Grupo Principal de El Salvador.
- 15º) Segundo Censo Industrial y Comercial 1956; Dirección General de Estadística y Censos.
- 16º) Smillie Wilson; Preventive Medicine and Public Health 2a. Edition, New York. The Macmillan Company 1957. Pág. 438.
- 17º) Vallejo Nágera Antonio; Tratado de Psiquiatría. 3a. Edición. Barcelona, Madrid. Salvat Editores S.A. Pág. 325.