

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA



LA ENFERMEDAD DEL ALCOHOLISMO  
(ALCOHOLICOS ANONIMOS EN EL SALVADOR)

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

CARLOS LAZARO CUELLAR ORTIZ

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO DE  
DOCTOR EN MEDICINA

SAN SALVADOR

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

DICIEMBRE DE 1962

27 de Dic  
11 am  
F. H. J.  
E. S. 21



U N I V E R S I D A D   D E   E L   S A L V A D O R

Rector

Dr. Napoleón Rodríguez Ruiz

Secretario General

Dr. Roberto Emilio Cuéllar Milla

FACULTAD DE MEDICINA

Decano

Dr. Juan Alwood Paredes Into.

Secretario

Dr. Tomás Palomo Alcaine

JURADOS QUE PRACTICARON EXAMENES PRIVADOS  
DE DOCTORAMIENTO

CLINICA OBSTETRICA:

Dr. Jorge Bustamante,	Presidente.
Dr. Raúl Argüello Escolán,	1er. Vocal.
Dr. Antonio Mateu Llort,	2o. Vocal.

CLINICA QUIRURGICA

Dr. Carlos González Bonilla,	Presidente.
Dr. Fernando Alvarado Piza,	1er. Vocal.
Dr. Roberto Avila Moreira,	2o. Vocal.

CLINICA MEDICA

Dr. Luis Edmundo Vásquez,	Presidente.
Dr. Ricardo Quezada,	1er. Vocal.
Dr. Guillermo Rivera Palomo,	2o. Vocal.

DOCTORAMIENTO PUBLICO

Dr. Julio Zamora Cáceres,	Presidente.
Dr. Miguel Fortín Magaña,	1er. Vocal.
Dr. José Luis Brizuela,	2o. Vocal.

DEDICATORIA:

A Dios.

A mis padres:  
Sr. Francisco José Cuéllar y  
Sra. Victoria de Cuéllar.

A la memoria de mi hermano:  
Rafael Antonio.

A mi esposa:  
María Ernestina de Cuéllar Ortiz.

A mis hijos:  
Patricia Eugenia,  
Ana Margarita y  
Carlos Eduardo.

A mis hermanos:  
María Teresa,  
Ana María,  
Francisco Antonio,  
Víctor Manuel,  
José Luis y  
José Antonio.

A mi abuela:  
Sra. Magdalena Ortiz.

A mi tía:  
Srita. Concepción Ortiz.

Con gratitud a  
mis maestros.

P L A N   D E   T R A B A J O

-----

- I - Introducción.
- II - Química del Etanol  
(Alcohol etílico)
- III - Absorción, Destino, Metabolismo  
y Eliminación.
- IV - Acciones Farmacológicas del Alcohol.
- V - Descripción de la Enfermedad.
- VI - Historias Clínicas.
- VII - Tratamiento.
- VIII - ALCOHOLICOS ANONIMOS:
  - a) Reseña Histórica.
  - b) Forma de trabajo.
  - c) Resultados positivos.
- IX - Conclusiones.
- X - Sugerencias.
- XI - Bibliografía.

A P E N D I C E.

I N T R O D U C C I O N  
-----

El principal objeto de este trabajo es demostrar la efectividad del tratamiento que a base de psicoterapia racional de grupo, aplica la Sociedad de Alcohólicos Anónimos de El Salvador, para detener la enfermedad del alcoholismo y lograr la recuperación del enfermo alcohólico.

Se ha descrito en la literatura médica universal una inmensa variedad de tratamientos para curar el alcoholismo, pero en esta tesis se pone en evidencia que - donde han fallado por completo otros métodos médicos, - el programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos ha dado resultado aún en enfermos desahuciados.

Para comprender mejor la terapéutica llevada a cabo por la Sociedad de Alcohólicos Anónimos en El Salvador, es indispensable hacer una revisión de las investigaciones que sobre esta enfermedad ya se han efectuado.

En los últimos años de mis estudios universitarios, tuve la oportunidad de familiarizarme con este problema. Llegó a mi conocimiento que en este país existía un grupo de enfermos alcohólicos bajo la denominación de Sociedad de Alcohólicos Anónimos quienes, siguiendo un programa determinado hasta entonces, habían logrado mantenerse sobrios. Luego me informé sobre el sistema de tratamiento que allí seguían lo que, desde luego, despertó mi in-

-----

terós y fue por ello que desde hace cuatro años he venido realizando observaciones personales en los grupos llamados "Central" y "Concepción" de esta capital y en el grupo de la ciudad de San Vicente, siguiendo paso a paso las actuaciones de centenares de enfermos alcohólicos, en los cuales se operó un cambio radical en su vida y costumbres, actuaciones que me han servido de base para realizar este estudio.

La comprobación concluyente de la efectividad del tratamiento de Alcohólicos Anónimos en El Salvador, aparece en los correspondientes cuadros estadísticos.

Comprenderé por lo tanto esta tesis, los siguientes capítulos:

- 1o. Química del Etanol (Alcohol etílico).
- 2o. Absorción, Destino, Metabolismo y Eliminación.
- 3o. Acciones Farmacológicas del Alcohol.
- 4o. Descripción de la Enfermedad: Se exponen las Psicosis originadas por las intoxicaciones alcohólicas; además de las clasificaciones de las mismas según la cronología del alcoholismo.
- 5o. Historias Clínicas, representando ciertas evoluciones con sus características Psicopatológicas, de algunos miembros de la Sociedad de Alcohólicos Anónimos.
- 6o. Tratamiento. Siendo la parte medular de esta tesis, se dan algunos métodos empleados por la medicina y algunos basados en los experimentos de Reflexología de

-----

Pavlov. Además, se hace alusión a la terapéutica con el Disulfiran, que sostienen los farmacólogos que "no es para curar" el alcoholismo, sino para desarrollar un "síndrome Disulfiran-Alcohol". Así se inicia el capítulo de Alcohólicos Anónimos.

#### 7o. ALCOHOLICOS ANONIMOS:

a) Reseña histórica.

b) Forma de Trabajo. Se notará en este capítulo que al referirme a las características apreciadas en dichos grupos no se menciona ningún nombre. Ello se debe a que la conservación del anonimato es una de las condiciones esenciales contenidas en las tradiciones de Alcohólicos Anónimos, lo que constituye una seguridad para sus miembros de que su identificación no será jamás revelada.

c) Resultados positivos, detallados en los cuadros estadísticos.

-----o-----

Deseo dejar constancia de mi reconocimiento hacia los miembros de la Sociedad de Alcohólicos Anónimos, particularmente a Mister Eddie, al Dr. Julio y Alejandro Miguel, quienes con la mejor buena voluntad me han brindado su valioso concurso, pues gracias a las magníficas informaciones que me han proporcionado, basadas en su experiencia, me fue posible realizar este trabajo.

Considero que su importancia estriba en dejar definido que la terapéutica de Alcohólicos Anónimos es efecti

-----

va, no solamente para curar al enfermo alcohólico, sino para resolver su problema alcohólico.

Se justifica, desde luego, el reconocimiento de los millares de alcohólicos recuperados que están recibiendo los beneficios de la Sociedad de Alcohólicos Anónimos y considero que mi mejor homenaje a la misma es el haber tomado como tema principal de mi tesis, la forma en que logra detener el alcoholismo, mediante la ejecución de un programa que se basa en experimentos médico-psiquiátricos y de orden religioso.

Al llegar al último escalón que me permitirá obtener mi título profesional, doy gracias a Dios por los innumerables beneficios con que me ha dotado para la realización de esta dorada etapa.

Q U I M I C A    D E L    E T A N O L  
(Alcohol etílico)

Química del "ETANOL"  $C_2 H_5 OH$  Alcohol etílico- espíritu de vino. Alcohol de vino.- Conocido corrientemente con el nombre de alcohol, es el más importante de los compuestos orgánicos que llevan ese nombre.

OBTENCION.

a) Por fermentación: ya sea de líquidos azucarados o de sustancias amiláceas.

La fermentación alcohólica es el resultado de un proceso químico que ocurre en los líquidos azucarados y que se opera como consecuencia de actos vitales de unos fermentos figurados del tipo de las llamadas "Levaduras", pertenecientes al género de Saccharomyces.

Estos organismos viven en forma aerobia, utilizan el oxígeno del ambiente y queman los azúcares dando  $CO_2$  y  $H_2O$ .

Si, en cambio, se les priva de aire, obligándolos a buscar Oxígeno de alguna manera que necesitan para sus procesos respiratorios, obtienen este elemento del azúcar. Efectivamente, mediante una diastasa segregada por la levadura, la Zimasa, el azúcar se desdoble una parte oxidada hasta dar  $CO_2$  a expensas de otra parte que es reducida dando "alcohol" (Esta sustancia es más pobre en oxígeno, mientras que el  $CO_2$  es más rico). La reacción efectuada es exotérmica, es decir se desarrolla calor durante la misma, que es transformado por las levaduras en otras formas de energías necesarias para la vida. La vida de las levaduras fuera del contacto con el aire (anaerobiosis) puede hacerse de dos maneras: las llamadas levaduras altas, viven en la superficie del líquido, necesitan para su desarrollo una temperatura elevada de ( $15^{\circ}$  a  $30^{\circ}$  C.), dan-

do una fermentación tumultuosa, mientras que las levaduras bajas, viven en el fondo de los recipientes y necesitan una temperatura más baja ( $4^{\circ}$  a  $10^{\circ}$  C), ejerciendo una acción fermentativa más lenta.

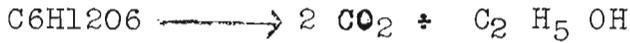
En las fábricas de alcohol prefieren generalmente los "fermentos altos", por ser más activos, mientras que en la elaboración de la cerveza se eligen los "fermentos bajos", por ser beneficiosa para la calidad del producto la lentitud de la operación. Las materias primas se denominan químicamente hidratos de Carbono, a estos últimos se les designa como sustancias orgánicas ternarias, constituidas por el Carbono, hidrógeno y Oxígeno, en las que estos últimos se encuentran en proporción de 2:1 como en la molécula de agua.

Esto como si acompañasen al Carbono un exacto número de moléculas de Agua.

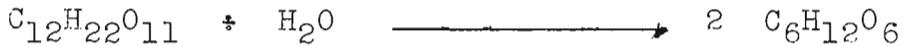
Hay que aclarar, sin embargo que dichas sustancias no están formadas por carbono hidratado, sino que los elementos constituyentes están agrupados formando funciones "alcohólicas aldéhidicas o cetónicas". Los hidratos de carbono en su mayoría dulces y solubles en el agua (azúcares) o bien pueden engendrar dichos productos dulces por hidrólisis se les conoce con el nombre de "Sacáridos o Glúcidos" esta es la designación actual, propuesta por la Unión Internacional de Química Pura y Aplicada. Científicamente pueden definirse a los glucidos como aldehidos o Cetonas de polioles alifáticos.

Se distinguen tres principalmente:

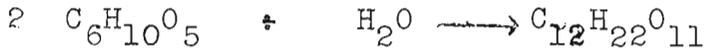
a) Los monosacáridos o exosas ( $C_6 H_{12} O_6$ ) como la glucosa y levulosa, que son las que fermentan directamente



b) Los **disacáridos** ( $C_{12}H_{22}O_{11}$ ), tales como la sacarosa y maltosa o la lactosa que sufren fermentación por efecto de una diastasa (la sucrasa e invertasa, la maltasa y la lactasa, respectivamente), que provoca el desdoblamiento originando dos moléculas de monosacárido (fermentación por hidrólisis)

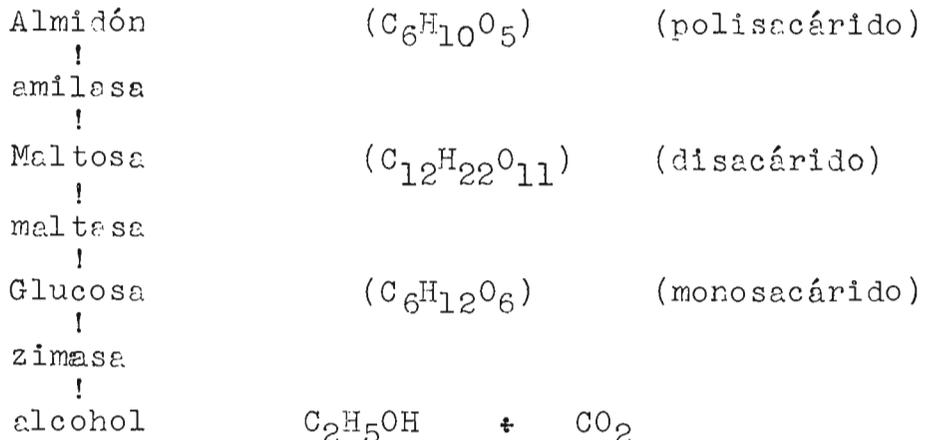


c) Los **polisacáridos** que responden a la fórmula general ( $C_6H_{10}O_5$ ), tales como almidonos, féculas, celulosas, etc., son hidratos de carbono insolubles y necesitan ser desdoblados y solubilizados previamente por el efecto de una diastasa especial que se forma especialmente en primer período de germinación de los cereales, la amilasa y que descompone el polisacárido, por un fenómeno de hidrólisis, en disacárido soluble.



Como vemos, numerosas sustancias naturales pueden servir para la elaboración por fermentación del "alcohol o de bebidas **alcohólicas**"

REPRESENTACION ESQUEMATICA DEL DESDOBLAMIENTO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO:



d) Por los procedimientos generales de preparación de alcoholes primarios, que frecuentemente en el transcurso de numerosos microorganismos (fermentaciones alcohólicas).

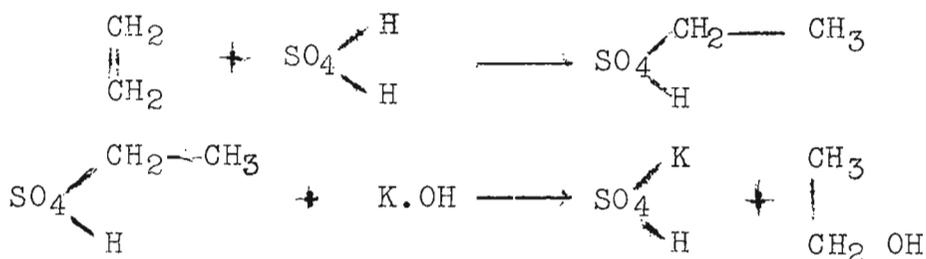
Pueden prepararse lo. tratando los derivados halogenados de los hidrocarburos por la potasa cáustica.

2o. Por hidrogenación química o catalítica de los aldehidos.

3o. Por acción de la potasa cáustica sobre los ésteres (saponificación).

4o. Un procedimiento para obtener los más variados alcoholes, ya sean primarios, secundarios o terciarios, se basa en los compuestos de Grignard denominados organo-magnesianos. Estos compuestos tienen la propiedad de dar derivados por adición en presencia de aldehidos o cetonas.

c) A partir del etileno: síntesis del alcohol debida a Berthelot (1854) quien lo obtuvo haciendo reaccionar el etileno con  $\text{SO}_4\text{H}_2$  concentrado, saponificando el sulfato ácido de etilo formado:



Este procedimiento empleado en la industria de los derivados de petróleo.

El Alcohol etílico es exclusivamente una operación industrial. La industria moderna utiliza con preferencia el método de fermentación y reserva el nombre de aguardiente a aquellos líquidos que en la destilación producen de 25% a 50% de alcohol y están destinados a las bebidas alcohólicas comerciales.

ABSORCION, DESTINO,

METABOLISMO

Y ELIMINACION

-----

ABSORCION DEL ALCOHOL.

-----

El alcohol se absorbe rápidamente en el estómago, intestino delgado y colon. Los vapores del alcohol pueden absorberse por los pulmones y se han visto casos de intoxicación mortal como consecuencia de la inhalación de esta sustancia. También se absorbe por vía subcutánea cuando la concentración no es demasiado elevada. En el hombre, es insignificante la absorción de alcohol por la piel.

Muchos factores modifican la absorción del alcohol en el estómago. Al principio la absorción es rápida, pero luego disminuye a una velocidad muy baja, a pesar de que

-----

haya cantidades considerables sin absorber. Así, pues, el tiempo de vaciamiento del estómago es un factor importante en la absorción consecutiva del alcohol en el intestino. Por ejemplo, el espasmo pilórico producido por grandes cantidades o por concentraciones elevadas de etanol, puede retardar la absorción de modo notable y puede ir seguido de vómitos. La velocidad de vaciamiento gástrico es el factor primario para determinar el tiempo en que termina la absorción en el tracto intestinal. Los principales factores que influyen en la velocidad de vaciamiento del estómago son la presencia de alimentos, el volumen, clase y las características de cada individuo. Dependiendo de estos factores, la absorción total puede tardar de dos a seis horas o aun más. A medida que se aumenta la concentración del alcohol ingerido, la absorción resulta más fácil, pero las concentraciones muy elevadas impiden la absorción. La mayor parte de los alimentos contenidos en el estómago retardan la absorción, especialmente la leche: en cambio, las grasas pueden facilitarla. La cerveza ejerce la misma acción que los alimentos. La absorción en el intestino delgado es rápida y total y no depende de la concentración de alcohol ni de la presencia de alimentos en el estómago o en el intestino.

DISTRIBUCION EN EL ORGANISMO.— Después de absorbido el alcohol se distribuye por todos los tejidos y líquidos del organismo, lo mismo dentro de las células que fuera de ellas. La concentración de alcohol en el plasma es algo mayor que en los hematíes. Como la placenta es permeable al etanol, éste tiene fácil acceso a la circulación fetal. Una vez que alcanza el equilibrio, el alcohol se distribuye de modo uniforme en los diversos tejidos y órganos del cuerpo, bien que existen ciertas variaciones. Se ha pres-

tado mucha atención a la concentración cerebral del alcohol, ya que esta sustancia afecta principalmente al sistema nervioso central; "el encéfalo, por su abundante abastecimiento sanguíneo, alcanza concentraciones de alcohol cercanas a las de la sangre". El contenido de etanol del encéfalo guarda relación directa con el de la sangre, aunque el nivel comparativo, en un momento dado, depende de muchos factores variables, sobre todo, de que el nivel sanguíneo aumente o disminuya. La cantidad de alcohol encontrada en el cerebro de los fallecidos por intoxicación alcohólica varía de 270 a 510 mg. por 100 cc. Se encuentra en el líquido cefalorraquídeo en concentración menor que la sanguínea cuando el nivel en la sangre va en aumento y mayor cuando éste desciende.

METABOLISMO DEL ALCOHOL.- El organismo oxida completamente de 90 a 98 por ciento de alcohol. La oxidación empieza inmediatamente a medida que el alcohol se absorbe, y continúa durante todo el tiempo que permanece en el cuerpo. La cantidad de alcohol oxidada por unidad de tiempo es, más o menos, proporcional al peso corporal y, probablemente, al peso del hígado. En el adulto de talla media pueden metabolizarse unos 10cc. (de 9 a 15cc.) por hora. Por lo tanto, se necesitarían de 5 a 6 horas para oxidar la cantidad de alcohol, relativamente lenta y constante, impone un límite a la cantidad que puede ser consumida durante un tiempo dado sin que el individuo se emborrache por la acumulación del alcohol. Se ha encontrado, por determinación directa en el hombre, que el metabolismo diario máximo es de unos 380ml (Newman y col.,1952).

Se han estudiado diversos factores que afectan el metabolismo del alcohol. "La tolerancia no es resultado de

un aumento en la capacidad para oxidarlo". El ejercicio muscular no aumenta su metabolismo. Sin embargo, "el alcohólico crónico que trabaja en labores pesadas tolera mejor el alcohol que el empleado sedentario"; esto se debe a que el primero tiene que ingerir alimentos para satisfacer las necesidades de energía que el alcohol no llena por su lenta velocidad de oxidación; al comer, ingiere elementos nutritivos esenciales. Existen diferencias de opinión con respecto a si los hidratos de carbono y la insulina intervienen en el metabolismo del alcohol, y si la administración de glucosa combinada con insulina acelera su oxidación en el individuo intoxicado. Hay pruebas en favor de que la insulina es necesaria para alcanzar la velocidad óptima de oxidación del alcohol en el hígado y diversas investigaciones clínicas sugieren un efecto benéfico de la insulina combinada con la glucosa en el tratamiento de la intoxicación alcohólica aguda. Para resolver el problema de la importancia que tiene la insulina en el metabolismo del alcohol se requiere mayor estudio de la relación entre el metabolismo de los hidratos de carbono y la oxidación del alcohol, aunque algunos terapeutas emplean la insulina en pequeñas dosis, con resultado satisfactorio.

La velocidad y cuantía de la oxidación del alcohol pueden variar según los diferentes tipos de destilados. Por ejemplo, la misma cantidad de dos diferentes whiskies de igual contenido alcohólico puede requerir diferentes períodos de oxidación y producir distintas intensidades de intoxicación y duración de sus consecuencias (Haggarty col., 1943). No se ha determinado la naturaleza de las sustancias congéneras que producen este fenómeno. No se conoce ninguna droga que acelere claramente el metabolismo del alcohol. Las que hacen más rápida la recuperación

de la intoxicación no disminuyen el nivel sanguíneo sino que antagonizan los efectos que tiene al alcohol sobre el sistema nervioso central.

Merecen mencionarse brevemente los detalles del proceso mediante el cual se metaboliza el alcohol en el organismo. "El hígado es el lugar más importante para la oxidación inicial del alcohol". La oxidación disminuye de modo notable en el animal hepatectomizado. Probablemente el alcohol se oxida en el hígado para formar principalmente ácido acético. Este órgano contiene fermentos (deshidrogenasas del etanol y de aldehidos, oxidasa de la xantina, catalasas) que pueden llevar a cabo esta oxidación. Cuando se incuban rebanadas o picadillo de hígado de maníferos en alcohol, se forma ácido acético. Otros tejidos no producen esta transformación o lo hacen en cantidad muy pequeña. Los estudios con radioisótopos sugieren que el etanol se convierte en ácido acético en el organismo. Una vez que el alcohol se convierte en ácido acético, su transformación posterior en anhídrido carbónico se hace probablemente mediante el ciclo del ácido tricarbóxico que se ha sugerido como paso metabólico de los productos intermediarios de las grasas e hidratos de carbono, o bien se convierte de modo indirecto en anhídrido carbónico después de formar compuestos acetilados. En la oxidación del alcohol, la deshidrogenasa del etanol cataliza la conversión en acetaldehido; entonces, las flavoproteínas y las deshidrogenasas del aldehido catalizan la oxidación del aldehído acético y ácido acético. Jacobsen (1952) ha revisado en forma extensa y autorizada el metabolismo del alcohol etílico.

ELIMINACION..- Normalmente, cosa de 2 por ciento del alcohol ingerido escapa a la oxidación y se elimina. Esta ci-

especiales o cuando se han consumido grandes dosis. "El alcohol abandona el organismo principalmente por los riñones y los pulmones", pero puede descubrirse también en el sudor, lágrimas, bilis, jugo gástrico, aire aspirado y saliva y otras secreciones. La concentración de alcohol en la orina, aire aspirado y saliva refleja la concentración sanguínea una vez que se ha alcanzado el equilibrio, y sirve para el diagnóstico químico de la intoxicación siempre que se tomen ciertas precauciones.

La cantidad de alcohol eliminada por los pulmones suele ser inferior a 0.5 por ciento, y rara vez pasa de 2 por ciento de la ingerida. El olor "fuerte" que comunica el aliento se debe principalmente a otros componentes volátiles de la bebida. La concentración en el aire aspirado marcha paralela a la sanguínea y se ha utilizado mucho como índice de la cantidad que contienen la sangre y los tejidos. Una persona intoxicada puede eliminar varios miligramos de alcohol por litro de aire; pero sólo puede escapar un gramo por hora por esta vía, aun cuando el nivel sanguíneo sea elevado y aumente el volumen respiratorio por minuto (por excitación, ejercicio o inhalación de anhídrido carbónico). Por lo tanto, no es lógico el uso de la hiperpnea producida por el gas carbónico para apresurar la excreción pulmonar y sacar al alcohólico del coma. "Sin embargo, la inhalación de anhídrido carbónico antagoniza la depresión del centro respiratorio producida por el alcohol y puede evitar, de esa manera, la muerte en el coma alcohólico".

La concentración de alcohol en la orina varía también con la de la sangre. La orina de una persona intoxicada puede contener hasta 5 gramos de alcohol por litro. Sin embargo, la eliminación total por esta vía rara vez excede

el 3 por ciento de lo ingerido, y la regla es que al cabo de ocho horas la orina está ya exenta de alcohol.

Como ya se dijo, se encuentran indicios de alcohol en otras secreciones orgánicas. Aunque puede encontrársele en la leche, hay escasos testimonios en favor de la creencia de que los lactantes puedan intoxicarse con el alcohol ingerido por la madre. Además, su ingestión en cantidad moderada no altera la cantidad y calidad de la leche. Pueden encontrarse indicios en la bilis. El alcohol se encuentra en el jugo gástrico y en la saliva en concentración muy semejante a la de la sangre venosa.

TOLERANCIA Y HABITUACION AL ALCOHOL.- "El uso repetido del alcohol conduce al desarrollo de tolerancia, y han de tomarse dosis mayores para conseguir los resultados característicos". El grado de tolerancia no es tan notable como con la morfina o la nicotina. Por ejemplo, el alcohólico tiene todavía su límite superior de tolerancia que suele ser del triple al cuádruple de la cantidad que puede tomar el bebedor ocasional.

No se conoce claramente el mecanismo de la tolerancia al alcohol. Algunas investigaciones han demostrado que no se debe a la absorción retardada, disminución de la permeabilidad cerebral para el alcohol, oxidación más rápida o mayor eliminación. Existen pruebas de que los animales desarrollan una verdadera tolerancia tisular (Newman, 1941) y que la intoxicación sólo se manifiesta cuando alcanza un nivel sanguíneo superior al de los testigos. Se requieren varios meses para que desaparezca la tolerancia adquirida. "Al parecer, el sistema nervioso central adquiere la capacidad de funcionar con mayor eficacia a una concentración dada de alcohol." Por esta razón el nivel san-

guíneo que suele encontrarse en la embriaguez del bebedor ocasional es un índice de poco valor para determinar el estado de ebriedad del alcohólico crónico.

Los experimentos de Mirsky y colaboradores (1941) ofrecen un testimonio indirecto del desarrollo de tolerancia tisular; estos autores estudiaron el efecto agudo que tienen las dosis tóxicas de alcohol en bebedores inveterados y hallaron, como otros autores, que cuando la concentración sanguínea iba disminuyendo, los pacientes recuperaban su sobriedad a un nivel que correspondía al coma cuando la concentración de alcohol iba en aumento. Además se produce un fenómeno de "adaptación" del sistema nervioso central que permite la desaparición de los síntomas de borrachera en algunas horas aun cuando se mantengan las concentraciones tóxicas iniciales en la sangre. Se desconoce la naturaleza de esta adaptación.

Los alcohólicos presentan también tolerancia cruzada para los hidrocarburos anestésicos de estructura química análoga a la del alcohol. Por ejemplo, resulta difícil poder anestésiar a los bebedores crónicos con cloroformo, éter o tribromoctanol. También se ha demostrado este fenómeno para los barbitúricos y el éter en animales tolerantes al alcohol.

El alcohol también produce habituación con dependencia psíquica y dependencia orgánica. Como se dijo antes, el alcohólico enfermo también suele presentar tolerancia al alcohol. Sin embargo, algunos individuos lo toleran si manifiestan síntomas de privación. En este sentido difiere de la morfina, que rara vez presenta tolerancia sin dependencia física.

EL ALCOHOL COMO ALIMENTO. El alcohol es una fuente de ene

gía y es utilizado con más rapidez que la mayor parte de los alimentos, debido a su pronta absorción por el tracto gastro-intestinal y porque no requiere digestión preliminar. Cada gramo libera unas 7 calorías grandes de energía y el alcohol puede sustituir otras fuentes energéticas en esta relación. Algunas bebidas alcohólicas contienen proteínas e hidratos de carbono alimenticios; por ejemplo, la cerveza produce unas 500 calorías grandes por litro, de las cuales el alcohol proporciona sólo la mitad. Por el contrario, los destilados (Whisky, ginebra y ron) no contienen tales materias alimenticias. El alcohol se distingue de los alimentos ordinarios en varios aspectos. Se metaboliza a una velocidad constante que es independiente de la cantidad suministrada. Tiene propiedades farmacológicas y tóxicas definidas, que no poseen los alimentos; cuando se le toma en exceso y durante largo tiempo puede producir padecimientos orgánicos y mentales.

Deben analizarse con espíritu crítico las afirmaciones respecto a la herencia de la inclinación al alcoholismo, la mayor proporción de trastornos mentales, psicosis, epilepsia en los hijos de padres alcohólicos. Aun siendo cierto que los descendientes puedan heredar los defectos (psicosis, oligofrenia, etc.) que originaron el alcoholismo en el progenitor, no puede decirse que heredan el alcoholismo. Este no produce prole tarada sino, más bien, muchos borrachos crónicos son hijos de padres defectuosos que provenían de familias normales, se encontró que la proporción de debilidad mental, idiocia y epilepsia no era mayor que en la población normal; en contraste, la descendencia de bebedores crónicos de estirpe patológica presentó casi

tes enumerados. Los testimonios existentes apoyan la creencia de que el alcohol lesiona las células germinales del hombre. El número de abortos es mayor en las mujeres alcohólicas. Esto se debe principalmente a que tienen mayor número de hijos (como resultado de su falta de responsabilidad) y la cifra de abortos aumenta en razón directa del número de concepciones. De la misma manera, la mortalidad infantil es más elevada en las familias de alcohólicos, lo que se debe, sobre todo, a la falta de cuidado después del nacimiento y no a que la prole sea físicamente defectuosa.

-----oOo-----

## A C C I O N E S F A R M A C O L O G I C A S

ACCION LOCAL.- El alcohol daña las células, precipitando y desecando el protoplasma. Esto origina la concentración de los tejidos: por eso es el alcohol un astringente. También irrita la piel desnuda y las mucosas. Sus efectos son más notables cuanto más concentrado está. El uso para endurecer y deshidratar los tejidos antes de hacer cortes histológicos es un ejemplo familiar de su acción local.

PIEL.- El alcohol produce enfriamiento cutáneo al evaporarse. De ahí que en la fiebre se apliquen sobre la piel paños mojados en alcohol. Frotado sobre la piel, origina enrojecimiento y ardor débiles; por eso se le emplea como contrairritante y rubefaciente. Se utiliza corrientemente en los enfermos postrados en cama, para prevenir las úlceras por descúbito, puesto que endurece y limpia la piel, ayudando a evitar el sudor.

MEMBRANAS MUCOSAS.- Es notable la acción irritante del alcohol sobre las mucosas. Las soluciones fuertes pueden producir considerable inflamación. Por ejemplo, en los bebedores constantes no son raras las gastritis y la enteritis crónica.

TEJIDO SUBCUTANEO. La infección hipodérmica del alcohol es bastante dolorosa y va seguida de anestesia. Cuando se pone inmediata a un nervio puede hacerlo degenerar. En el tratamiento de algias graves, sobre todo en la ciática y el tic doloroso, se utilizan deliberadamente las inyecciones de alcohol en el nervio o cerca de él, para producir anestesia prolongada o permanente.

RESPIRACION.- El alcohol no afecta la respiración en

## A C C I O N E S F A R M A C O L O G I C A S

ACCION LOCAL.- El alcohol daña las células, precipitando y desecando el protoplasma. Esto origina la concentración de los tejidos: por eso es el alcohol un astringente. También irrita la piel desnuda y las mucosas. Sus efectos son más notables cuanto más concentrado está. El uso para endurecer y deshidratar los tejidos antes de hacer cortes histológicos es un ejemplo familiar de su acción local.

PIEL.- El alcohol produce enfriamiento cutáneo al evaporarse. De ahí que en la fiebre se apliquen sobre la piel paños mojados en alcohol. Frotado sobre la piel, origina enrojecimiento y ardor débiles; por eso se le emplea como contrairritante y rubefaciente. Se utiliza corrientemente en los enfermos postrados en cama, para prevenir las úlceras por descúbiteo, puesto que endurece y limpia la piel, ayudando a evitar el sudor.

MEMBRANAS MUCOSAS.- Es notable la acción irritante del alcohol sobre las mucosas. Las soluciones fuertes pueden producir considerable inflamación. Por ejemplo, en los bebedores constantes no son raras las gastritis y la enteritis crónica.

TEJIDO SUBCUTANEO. La infección hipodérmica del alcohol es bastante dolorosa y va seguida de anestesia. Cuando se pone inmediata a un nervio puede hacerlo degenerar. En el tratamiento de algias graves, sobre todo en la ciática y el tic doloroso, se utilizan deliberadamente las inyecciones de alcohol en el nervio o cerca de él para producir anestesia prolongada o permanente.

RESPIRACION.- El alcohol no afecta la respiración e

toxicación grave, y entonces la respiración decae considerablemente. En el hombre, una concentración de alcohol de 400 mg. por 100 c.c. de sangre se acompaña de depresión respiratoria peligrosa y mortal. Hay dudas de que el alcohol estimule la respiración en concentraciones sanguíneas bajas. Los experimentos de Hitchcock en el ser humano (1942) parecen comprobar que las cantidades de alcohol relativamente pequeñas estimulan la respiración por acción directa y no en forma refleja por irritación de la boca o del estómago. El grado de estimulación es leve y dura poco, de modo que el alcohol no tiene importancia práctica como estimulante respiratorio. Debe recordarse que ciertos anestésicos generales por inhalación tienen una acción estimulante refleja sobre la respiración, que va seguida de un efecto depresor.

APARATO CARDIOVASCULAR.- El alcohol sólo produce efectos secundarios sobre la circulación. La presión sanguínea y el gasto cardíaco no cambia de modo notable después de administrar cantidades moderadas de alcohol. Puede aumentar la frecuencia del pulso, pero esto se debe a la actividad muscular o a la estimulación refleja. Los efectos cardíacos son ligeros e inconstantes, y es difícil atribuirlos al alcohol. No ha sido comprobado que la fuerza de contracción del corazón normal aumente con las concentraciones de alcohol que se obtienen en clínica. Las muy elevadas pueden deprimir el corazón, pero esta acción tóxica es mucho menos notable que con el cloroformo o el éter.

Los factores vasomotores centrales y la depresión respiratoria contribuyen indudablemente a la depresión cardiovascular que se observa en los casos graves de in-

toxicación alcohólica aguda. Las anormalidades cardiovasculares que en ocasiones se encuentran en los bebedores crónicos son, en gran parte, resultado de mala nutrición y de deficiencias vitamínicas.

El alcohol en cantidades moderadas produce vasodilatación, especialmente cutánea, con lo que la piel se calienta y enrojece. Es posible que la vasodilatación sea producto de un efecto depresor vasomotor central, porque es insignificante la acción directa del alcohol sobre los vasos sanguíneos. La creencia general de que las dosis moderadas de alcohol dilatan las arterias coronarias y producen aumento de la irrigación coronaria no está apoyada en pruebas de laboratorio ni en testimonios clínicos aceptables. El alcohol no evita los cambios característicos en el segmento RS-T ni de la onda T del electrocardiograma (Russeck y col., 1950), a pesar de que no es inferior a la nitroglicerina para evitar el dolor anginoso que sufren los enfermos con arterioesclerosis coronaria sometidos a una prueba tipo de ejercicio. Cualquier respuesta benéfica al alcohol en casos de angina de pecho debe ser de su acción depresora central y no de aumento en la circulación coronaria. Cuando se administra alcohol a seres humanos en dosis capaces de producir vasodilatación facial y ligera embriaguez, no se observan cambios en la irrigación, metabolismo y resistencia vascular del cerebro; sin embargo, en cantidades que causan intoxicación alcohólica grave, el abastecimiento cerebral medio de sangre aumenta notablemente y se reduce la resistencia vascular cerebral (Battey y col., 1953). Por lo tanto las concentraciones elevadas de alcohol en

oxígeno en el cerebro a pesar de que aumenta el flujo sanguíneo. "No hay ninguna base lógica en el uso del alcohol como vasodilatador en enfermos con padecimiento cerebrovascular."

TEMPERATURA.- La sensación de calor que se produce al ingerir alcohol se debe al mayor aflujo sanguíneo en la piel y en el estómago, pero, a pesar de ello, son mayores las pérdidas calóricas y desciende la temperatura interna. La pérdida de calor puede aumentar la sudación. Sólo con grandes cantidades baja mucho la temperatura y entonces este efecto se debe también a la depresión del mecanismo central que la regula. Naturalmente, la acción antipirética del alcohol es mayor si hace frío o al trastornarse el mecanismo que disipa el calor, como sucede durante la fiebre. Desde luego, no está justificada la costumbre de tomar bebidas alcohólicas para "mantenerse caliente" en el mal tiempo, y puede resultar peligrosa cuando interesa conservar el calor del organismo. Los que tienen experiencia de exploraciones polares están familiarizados con estos hechos.

TRACTO GASTROINTESTINAL.- Influyen ciertos factores sobre los efectos producidos en las funciones motoras y secretoras gastrointestinales por concentraciones varias de diversas bebidas alcohólicas. Entre ellos se cuentan el estado de los procesos digestivos, la existencia o ausencia de enfermedades gastrointestinales, la cantidad y clase del alimento presente, el grado de la tolerancia para el alcohol, los factores psicológicos concomitantes etc. El alcohol suele estimular, por vía refleja, la secreción salival. Si al individuo le gustan las bebidas, se produce una secreción muy ácida de jugo gástrico. La

presencia de alcohol en el estómago, a concentraciones como de un 10 por ciento, produce una secreción gástrica rica en ácido, pero pobre en pepsina. De ahí que se utilice la ingestión de alcohol como prueba funcional con el fin de determinar la capacidad del estómago para segregar ácido clorhídrico libre.

La secreción gástrica provocada por el alcohol no se inhibe con dosis terapéuticas de atropina. En enfermos con úlcera péptica, no se aconseja la ingestión de bebidas alcohólicas, porque estimulan la secreción de ácido. Hay pruebas de que el alcohol provoca la secreción gástrica mediante un mecanismo relacionado con la liberación de histamina (Dragsstedt y col., 1940). También puede participar la estimulación nerviosa refleja. Aunque la concentración de pepsina disminuye, las concentraciones bajas de alcohol no estorban la digestión péptica ni afectan la motilidad gástrica.

Cuando la concentración de alcohol en las bebidas ingeridas es de un 20 por ciento más, tiende a inhibirse la secreción y se deprime la actividad péptica. Las cervezas y los vinos producen efectos semejantes, aun en concentraciones más bajas. Esto se debe sobre todo, a las sustancias coloidales, taninos y ácidos orgánicos que llevan, más que a su contenido alcohólico. Las bebidas alcohólicas fuertes, de 40 por ciento o más, irritan mucho la mucosa y producen hiperemia congestiva e inflamación. La presencia de alimento, disminuyendo la concentración del alcohol, aminora esos efectos. El mismo estómago segrega moco protector y jugo que diluye el alcohol. El uso continuado de las bebidas fuertes durante largo tiempo puede producir gastritis crónica. En el alcoholismo prolongado es corriente la aclor

La constipación que resulta del uso habitual de grandes cantidades de alcohol puede deberse en gran parte a la falta de alimentación adecuada y al menor volumen residual. La diarrea puede resultar de la acción irritante de ciertas esencias que se añaden a las bebidas alcohólicas para darles sabor. En los dipsómanos puede significar deficiencia vitamínica. El alcohol en cantidades moderadas no influye de modo significativo en la actividad motora del colon. Cuando se toma alcohol hasta llegar a la intoxicación, cesan virtualmente la secreción y los movimientos gastrointestinales. La absorción se retarda y puede producirse espasmo pilórico independiente de algún reflejo originado por irritación local.

Al parecer, el alcohol tiene poco efecto nocivo en la secreción intestinal o pancreática. La digestión intestinal no se altera, y hasta puede estimularse la secreción de jugo pancreático con dosis pequeñas de alcohol. El alcohol que llega al intestino ya va muy diluído por las secreciones y el moco del estómago. La intoxicación alcohólica aguda en el hombre no está relacionada con alteraciones en la función hepática, a juzgar por los resultados de distintas pruebas de funcionalismo del hígado (Beazell y col.1942).

No se pretende decir que el uso continuo de cantidades grandes de alcohol no tenga graves consecuencias en la función gastrointestinal. El problema queda centrado en la ingestión de cantidades moderadas de bebidas alcohólicas. Si al individuo le gusta el alcohol, no cabe considerar perjudiciales las pequeñas cantidades, y hasta es posible que afecten la digestión de modo favorable cuando se toman con

Beazell y col. (1942) y Cottenger (1942) han

Aunque los riñones de los alcohólicos pueden ser anormales, esto no puede atribuirse necesariamente a la acción del alcohol como tal. La ingestión de cantidades variables de alcohol o whisky no tiene efectos nocivos sobre la función renal de personas normales o de enfermos con nefritis crónica o aguda, excepto quizá en algunos individuos con nefritis arterioesclerótica. Bruger (1940) ha revisado los efectos del alcohol en riñones normales y patológicos.

**FUNCIONES SEXUALES.**- Se ha escrito mucho, de poco interés, sobre la relación entre el alcohol y la actividad sexual. Es creencia popular que el etanol es afrodisíaco. Pero el comportamiento sexual agresivo que a menudo acompaña al alcohol suele deberse a la pérdida de inhibiciones y de frenos.

**MUSCULOS ESQUELETICOS.**- El alcohol no estimula ni tampoco deprime la actividad de los músculos esqueléticos. De algunos experimentos en el hombre, podría deducirse que las dosis pequeñas pueden aumentar la cantidad total de trabajo realizado, pero esto se debe en gran parte a que se siente menos la fatiga. Además, el alcohol es una fuente de energía rápidamente disponible para el trabajo muscular. Por otra parte, la vasodilatación puede mejorar la circulación en el músculo. Por lo tanto, no hay razón para creer que el etanol produzca efectos directos sobre la contractilidad muscular. En grandes dosis, disminuye la cantidad de trabajo muscular ejecutado, efecto que se debe a la depresión del sistema nervioso central.

**SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.** El alcohol afecta al sistema nervioso mucho más que a ningún otro sistema del orga-

cia es un "estimulante". Los profanos suponen que las bebidas alcohólicas tienen ese carácter. Puede asegurarse de modo categórico que esto no es cierto y que el alcohol es un depresor primario y constante del sistema nervioso. En este sentido, participa de la acción característica de los anestésicos generales. El aparente estímulo es un resultado de la actividad sin freno de los centros inferiores, la cual se libera al deprimirse los mecanismos de inhibición más elevados que los gobiernan.

CEREBRO Y MEDULA.- El alcohol es un depresor descendiente irregular del sistema nervioso central. Para una concentración dada en la sangre, los efectos del alcohol en el sistema nervioso central son más notables cuando la cantidad está aumentando que cuando está disminuyendo, y son señalados cuando el aumento de la concentración es lento. La anestesia general que produce dura mucho más que la clorofórmica o etérea, debido a que el alcohol oxida y elimina más despacio. Este medicamento difiere de los anestésicos volátiles en que el organismo destruye más de un 90 por ciento.

ELECTROENCEFALOGRAMA.- El alcohol produce lentitud del ritmo cerebral que se hace más notable a medida que la intoxicación avanza. Desde luego, el grado de lentitud es un índice mucho más seguro de la intoxicación que la aparición de una determinada frecuencia. Entre los enfermos con alcoholismo crónico, psicosis y convulsiones alcohólicas, se ven muchos electroencefalogramas anormales. Aunque el alcohol produce alteraciones parecidas a las de la hipoxia y la hipoglucemia, no debe llegarse a la conclusión de que

sión Toman y Davis, 1949).

Recientemente se han recibido evidencias en Berkeley, California, indicando que experimentan un muy pequeño daño las células aisladas en los glóbulos frontales del cerebro, como resultado del alcohol. Los encefalogramas eléctricos han revelado este daño, siendo posible que ocurra aún en las etapas primeras del alcoholismo. Siendo esto correcto resulta claro comprender porqué el uso excesivo del alcohol interfiere en el juicio, en la razón, en el propio control y en la fuerza de voluntad, aun si una pequeña parte de los glóbulos frontales ha sido dañada. Porque es aquí donde se encuentran centralizadas las facultades del juicio, razón, auto-dominio y fuerza de voluntad.

-----oOo-----

En la actualidad cada día está más generalizado y es más aceptado el concepto de que el alcoholismo es una enfermedad y de que es una enfermedad incurable, porque hasta la fecha no se ha logrado que ningún alcoholico beba con moderación o que controle su manera de beber como lo pueden hacer las personas que no son alcohólicas. Sin embargo, si es cierto que hasta la fecha no existe ninguna terapéutica definida para esta patología, también es cierto que existe un tratamiento cuya eficacia se comprueba con las observaciones realizadas en las personas alcohólicas que militan en los grupos de Alcohólicos Anónimos de El Salvador.

El alcoholismo ha sido definido de muchas maneras y esto se debe a la complejidad de esta entidad nosológica.

He consultado las diversas opiniones sobre lo que es el alcoholismo y de entre ellas transcribo las que me han parecido más importantes:

National Council on Alcoholism sostiene que "El alcoholismo es una enfermedad compleja que tiene implicaciones fisiológicas".

El Dr. Marvin A. Bloch, del Comité sobre Alcoholismo de la Sociedad Médica Americana dice "El bebedor que es juicioso le da tiempo a su organismo para asimilar la copa que acaba de beber antes de tomarse otra. Pero el alcohólico sigue bebiendo sin poder controlar su compulsión. Muchos alcohólicos se matarían bebiendo si la naturaleza no interviniera causándoles la pérdida del conocimiento. Es difícil determinar el momento en que deja de ser social la manera de beber y aparece el alcoholismo."

La Organización Mundial de la Salud sostiene que "Se vuelve alcohólica la persona que empieza a preocuparse de cómo las actividades de la vida pueden estorbar su manera de beber, en vez de cómo su manera de beber puede estorbar sus actividades" y

Alcohólicos Anónimos ha comprobado que "El alcoholismo es una obsesión mental aparejada a una sensibilidad física creciente que se convierte en una dependencia física hacia el alcohol."

-----oOo-----

## TRASTORNOS PSIQUICOS EN LAS INTOXICACIONES ALCOHOLICAS AGUDAS Y CRONICAS

Entre todas las intoxicaciones, las que mayor importancia tienen en la clínica psiquiátrica son las intoxicaciones alcohólicas. Esto se debe a la acción del alcohol, que al elevar el estado de ánimo acostumbra al abuso de las bebidas espirituosas.

### EMBRIAGUEZ ORDINARIA.

La embriaguez alcohólica, ordinaria o simple, se manifiesta en formas diversas, según las personas. Lo mas frecuente en ella es la elevación del estado de ánimo. El ebrio se muestra alegre, ríe, bromea. Sus ideas discurren más rápidas y empieza a sufrir la calidad del pensamiento. Las asociaciones lógicas son sustituidas por asociaciones de semejanza y de vecindad. Aparece excitación motora. El ebrio gesticula y se mueve mucho. Se sobrevalora la propia persona, con tendencia a la presunción. A ello se une la intensificación del deseo sexual. Aumenta la afectividad, lo que conduce al ebrio a conflictos y agresiones. Generalmente se le enrojece la cara. Poco a poco, en el transcurso de dos a cuatro horas, la excitación cede lugar a la depresión, languidez y somnolencia.

Tales son las manifestaciones de la embriaguez ordinaria en su grado ligero. La embriaguez ordinaria también puede ser de grado medio y grave.

En el grado medio de embriaguez, los anteriores fenómenos se hacen más manifiestos. Los procesos asociados ostentan un carácter desordenado. La persona embriagada salta de un pensamiento a otro. Se trastorna mucho la atención.

Aun diferenciando estos tres grados de la embriaguez ordinaria, debemos tener presente que o bien se suceden uno al otro o bien la embriaguez se limita al grado primero (ligero) o al segundo (medio). En unos casos el grado ligero pasa rápidamente al medio, y en otros el ligero y el medio pasan enseguida al grave. El grado grave se caracteriza siempre por la subsiguiente amnesia de todo lo que tuvo lugar durante la embriaguez. No es rara la amnesia completa o parcial en el grado medio. El grado ligero no suele ir acompañado de amnesia.

Al estudiar la clínica de la embriaguez ordinaria, además de los trastornos psicopatológicos ya indicados, se advierten otras manifestaciones patológicas, registradas por la investigación experimental aun en el grado ligero. Entre estos trastornos figuran la gran debilidad de la atención, de la memoria y, sobre todo, del recuerdo

FISIOLOGIA PATOLOGICA.- Según Pávlov, la embriaguez ordinaria alcohólica es una manifestación de inhibición extralímite, que se extiende al cerebro. Pávlov escribía: "En estos casos hay fundamento completo para comprender los hechos como resultado de una incipiente inhibición general de los hemisferios cerebrales, en virtud de la cual la zona subcortical próxima no sólo se evade del control permanente de los hemisferios en el estado de vigilia, sino que, por la acción del mecanismo de la inducción positiva, conduce a una caótica excitación de todos sus centros. De ahí en la narcosis alcohólica, ya las trevesuras y alegrías inusitadas y sin causa, ya la exagerada sensibilidad y las lágrimas y cólera...."

La inhibición extralímite de defensa se combina con

la debilidad de la inhibición activa y se extiende a gran profundidad. Considerando los diferentes grados de la embriaguez vemos que el grado ligero se distingue principalmente por la inhibición de las instancias superiores del segundo sistema de señales. En este caso es inducida positivamente la actividad del primer sistema de señales y de la zona subcortical. El grado medio de embriaguez se caracteriza por una inhibición más profunda del segundo sistema de señales y en volumen importante del primero.

Finalmente, el grado grave de embriaguez conduce a una profunda inhibición cerebral. La excitación de la zona subcortical pasa gradualmente a la inhibición en ella en el cerebelo y en la médula oblongada.

TRATAMIENTO.- Puede ser necesario el tratamiento en el grado medio de la embriaguez alcohólica, pero lo es especialmente en sus grados graves. En el estado de excitabilidad es conveniente tomar las siguientes medidas:

Con el objeto de eliminar el alcohol del estómago, se puede inyectar subcutáneamente de 0,2 a 0,5 cc. de clorhidrato de apomorfina al 1 por ciento. Esto no se hará en los casos con trastornos cardíacos o úlcera de estómago. También es necesario poner un enema. Apacigua a los ebrios el baño caliente, que se debe utilizar sólo si no hay trastornos cardiovasculares y bajo observación médica. En los grados graves de embriaguez alcohólica con trastornos cardiovasculares son necesarios los tónicos cardíacos (cafeína, alcanfor, adrenalina, estricnina, glucosa) y respiración con oxígeno.

## EMBRIAGUEZ PATOLOGICA.

Otra forma de intoxicación alcohólica aguda es la llamada embriaguez patológica. Hay que tener en cuenta que ésta puede aparecer solamente en determinado estado del sistema nervioso, al que se llega por la acción de diversos factores debilitantes de este sistema. El insomnio continuado obligado, el cansancio, la alimentación insuficiente, el haber padecido poco antes de una enfermedad grave y agotadora, o una larga excitación emocional especialmente relacionada con sufrimientos graves que debilitan el sistema nervioso, pueden ser campo abonado para el desarrollo de la embriaguez patológica. La propician asimismo alteraciones cerebrales (encefalitis, traumas) padecidas anteriormente. Finalmente, predisponen a la embriaguez patológica la personalidad epiléptica y algunas situaciones psicopáticas.

La embriaguez patológica es un trastorno psíquico de corta duración que puede producirse con una pequeña cantidad de alcohol. Dicho trastorno desaparece generalmente de súbito y adopta de ordinario el carácter de formas epileptoides o alucinatorias-delirantes.

La forma epileptoide se llama así porque por su aspecto recuerda los estados crepusculares de la epilepsia. La conciencia queda profundamente obnubilada, apareciendo la desorientación con respecto al medio ambiente. Aparecen ideas delirantes y alucinaciones, por lo general de carácter terrorífico. Todo esto va acompañado de excitación motora y de tendencia a realizar acciones destructivas, crueles y agresivas, lo que determina el peligro social que estas personas representan.

La forma alucinatoria-delirante no se ve acompañada de tan profunda obnubilación. Se manifiesta por un trastorno de la conciencia en el que la percepción del medio ambiente se altera y aparecen repentinas ideas delirantes, sobre todo de persecución, y también de alucinaciones. Frecuentemente en estos casos cambia el estado de ánimo, manifestándose alarma, terror (los persiguen, corren tras ellos). En esta situación, las personas en estado de embriaguez patológica representan un gran peligro social y pueden cometer homicidios y otros actos agresivos.

Las dos formas de la embriaguez patológica acaban, tan de improviso como empezaron, con un sueño muy profundo que linda con el coma.

Un síntoma característico de la embriaguez patológica es la falta de alteraciones en la coordinación de los movimientos: paso firme, buena puntería, cosa que ocurre en la embriaguez ordinaria.

El diagnóstico de la embriaguez patológica debe basarse en un grupo de síntomas, los cuales, sin embargo, no siempre aparecen juntos. Entre ellos figuran: 1) súbito comienzo de la embriaguez patológica sin manifestaciones anteriores de la embriaguez ordinaria; 2) su presentación con dosis pequeñas de alcohol; 3) profunda obnubilación de la conciencia; 4) alucinaciones e ideas delirantes; 5) profunda alteración de la esfera afectiva con grandes cambios en el estado de ánimo de tipo de depresión y manifestaciones de cólera, terror o espanto; 6) profunda excitación motora; 7) falta de trastornos de coordinación de movimientos; 8) súbito cese de la

embriaguez patológica, cayendo muy rápidamente en el sueño; 9) amnesia completa de todo lo ocurrido durante el tiempo que duró dicha situación.

Conviene subrayar que, como toda situación de excepción, en la mayoría de los casos, la embriaguez patológica se observa en un mismo individuo una sola vez en la vida.

#### ALCOHOLISMO CRONICO.

Ciertas personas que empiezan a tomar alcohol de cuando en cuando para animarse, acaban por entregarse sistemáticamente a la bebida. Aparece así un estado patológico estable que lleva el nombre de alcoholismo crónico, en el que la nueva dosis de alcohol se ingiere de ordinario antes que la anterior haya sido eliminada del organismo. Un síntoma importante del alcoholismo crónico es el estado de resaca (S. G. Shislin).

A la mañana siguiente de haber tomado alcohol se observa un estado de depresión y tristeza, apareciendo ideas de tipo delirante de inferioridad y culpabilidad. Es muy típico el acusarse de hechos realizados la víspera. La capacidad de trabajo disminuye fuertemente; también se siente malestar físico, cansancio, peso en la cabeza y sensación de desagrado localizada en las regiones cardiacas y del aparato digestivo. Es también común el temblor, especialmente en los dedos de las manos. Este grave estado desaparece al instante con sólo tomar aunque sea una dosis mínima de alcohol. Por esto, quien se encuentra en tal estado siente deseos de beber de nuevo.

Hay varios síntomas característicos del alcoholismo crónico. Ante todo debemos detenernos en los trastornos de la esfera afectiva; poco a poco la afectividad se hace más grosera. Los sentimientos superiores -sociales, éticos y morales- se debilitan paulatinamente y se manifiesta cada vez más intensa la afectividad inferior, relacionada con la tendencia a satisfacer los bajos instintos. Así, el alcohólico crónico se hace cada vez más egoísta. Comienza a considerarse víctima de cuantos le rodean, como si fueran injustos con él. Explica sus borracheras como una necesidad impuesta por las dificultades familiares y del trabajo, aunque estas dificultades se deben principalmente al abuso del alcohol.

Se acentúa un grosero egoísmo con la idea dominante de otra borrachera, que le hace desinteresarse completamente de sus obligaciones. Esto conduce a una especie de degradación de su trabajo. El alcohólico deja de cumplir debidamente lo que se le encomienda, perdiendo todo interés hacia ello. Viene el descenso de categoría, el traslado a un puesto peor remunerado y, finalmente, el despido. A esto contribuyen las ausencias injustificadas al trabajo debidas a las borracheras. La degradación va en aumento en este sentido y el alcohólico crónico empieza a cambiar frecuentemente de ocupación, sin arraigar en ninguna, perdiendo todos sus conocimientos profesionales y hábitos de trabajo.

En la vida familiar también son inevitables los conflictos. Se bebe gran parte de sus ingresos, cada vez más bajos; empeora la situación económica de la familia y ello es causa de riñas con la mujer y los parientes. --

con pupilas contraídas que reaccionan perezosamente a la luz. Los reflejos tendinosos están frecuentemente exaltados, aunque en algunos casos, al contrario, aparecen inhibidos y hasta abolidos; así lo vemos en las polineuritis alcohólicas, que también acompañan al alcoholismo crónico.

El alcoholismo crónico se puede manifestar en algunos casos con ataques convulsivos epileptiformes, ya episódicos, ya de repetición periódica. Esto ha inducido a algunos psiquiatras y neuropatólogos a colocar entre las llamadas epilepsias sintomáticas la epilepsia alcohólica. La diferenciación de esta forma no parece tener base racional.

En aquellos casos en que los ataques convulsivos epileptiformes muestran tendencia a la repetición, será más justo hablar de alcoholismo crónico con síndrome epileptiforme. Parece más fundado este punto de vista, ya que en tales casos los ataques epileptiformes desaparecen cuando el alcohólico crónico cesa de beber.

Son muy características las alteraciones de los órganos internos. Frecuentemente aparece afectado el sistema cardiovascular. Además de la distrofia miocárdica y dilatación cardíaca, se encuentran trastornos vasculares de carácter estable, pero principalmente funcional. A veces se dilatan los vasos faciales, especialmente los de la punta de la nariz y las mejillas. Con mucha frecuencia se observan fenómenos catarrales del aparato digestivo. La lengua siempre está sucia y a menudo hay falta de apetito. El estreñimiento alterna con diarreas. En el aparato respiratorio no son raras las laringitis y

Esto se agrava, además porque sin interés alguno por la familia se muestra grosero en el trato con ella, especialmente en estado de embriaguez. En algunos casos esto acaba por desintegrarla totalmente.

Además de la inestabilidad de sentimientos manifestada en la ligereza en comenzar nuevos afectos, no es raro en el alcoholismo crónico encontrar tendencias a un humorismo especial, al "humor patibulario", con sus groseras y estúpidas gracias, con las ironías sobre sí mismo, con su inclinación a las payasadas, etc.

En el alcoholismo crónico disminuyen las facultades intelectuales. El pensamiento de conceptos abstractos deja paso a otro más primitivo, de forma sensorial. Las aptitudes intelectuales se hacen más pobres. Se debilitan mucho la memoria y la atención, y ello repercute también desfavorablemente sobre cualquier actividad. Es característica la debilitación de la voluntad, que se manifiesta ante todo en la imposibilidad de dejar la bebida, a pesar de que el alcohólico crónico comprende muy bien el daño que la enfermedad le produce y promete constantemente no volver a beber. El descenso de la independencia de la voluntad convierte al alcohólico en un sujeto muy predispuesto a la sugestión.

Entre los síntomas físicos del alcoholismo crónico hay que indicar las alteraciones del sistema nervioso, manifestadas por un gran temblor que aparece muy especialmente cuando el sujeto escribe. Las letras se hacen irregulares. El temblor se advierte también claramente al estirar los dedos de las manos, al sacar la lengua y al cerrar los ojos. Hay frecuente irregularidad pupilar,

temente hay bronquitis crónica y enfisema pulmonar. También se observa la hepatitis crónica (cirrosis hepática) y trastornos renales acompañados de albuminuria y glucosuria.-- Es fenómeno corriente la disminución de la actividad sexual.

#### PSICOSIS ALCOHOLICAS.

El alcoholismo crónico puede dar lugar a psicosis agudas, subagudas y crónicas. Entre las primeras tenemos el delirium tremens, la alucinación alcohólica aguda y la depresión alcohólica. Entre las subagudas están la pseudoparálisis alcohólica y la psicosis de Kórsakov. Como psicosis crónicas figuran la psicosis delirante y la debilidad mental alcohólica.

#### DELIRIUM TREMENS.

También llamado delirio alcohólico, se desarrolla frecuentemente en los alcohólicos crónicos, sobre todo en los períodos de grandes borracheras. Como síntomas prodrómicos se observan durante algunos días malestar acentuado, cefalalgias e insomnio. No es raro que en este tiempo aparezca repugnancia hacia el alcohol y que los enfermos dejen de beber. La psicosis se desarrolla muy rápidamente y al cabo de algunas horas alcanza todo su apogeo. Es común la desorientación del lugar y tiempo. Aparecen frecuentemente alucinaciones, principalmente visuales. Los enfermos ven sobre todo animales en movimiento, alargados y pequeños, que les recuerdan lagartijas, tortugas, serpientes, moscas, escarabajos, arañas, ratas, ratones; a veces son animales de un aspecto fantástico; no es raro que se burlan de él y le sacan la lengua. A veces los enfermos ven animales grandes: perros.

tigres, osos, toros, elefantes, etc.- Los enfermos entran en lucha con ellos mismos; huyen, los regañan. Caazan sobre su cuerpo, ropas y paredes pequeños insectos, animales y diablejos; los tiran al suelo, los pisotean, etc.

Además de las alucinaciones visuales hay alucinaciones auditivas. Las voces que escucha el enfermo vienen de todas direcciones; son frases relacionadas corrientemente con él, de crítica, injuria y amenaza. El entra en conversación con estas voces, se justifica y discute con ellas. A las amenazas contesta con amenazas. A veces las alucinaciones auditivas tienen un carácter imperativo. El enfermo escucha voces de mando y no es raro que las cumpla. También se presentan alucinaciones táctiles.

Estos tres tipos de alucinaciones se pueden combinar entre sí, formándose alucinaciones complejas. El enfermo oye voces del diablillo que le corre por debajo de la camisa, lo agarra y lo tira al suelo. Los perros le muerden. Todas las formas de alucinación son escenas en las cuales el enfermo es la figura central. No son raras las alucinaciones de carácter profesional: el zapatero clava imaginarias tachuelas con un martillo imaginario en la suela, y mientras sujeta las tachuelas entre los labios; el sastre cose, etc.

Además de las alucinaciones, son muy frecuentes las ilusiones de todo tipo en que los enfermos interpretan equivocadamente los objetos, los ruidos y todos los estímulos del medio exterior. En el delirium tremens son comunes ideas delirantes relacionadas estrechamente por

su contenido con las alucinaciones, y cambiando tan frecuentemente como ellas. Las ideas delirantes, muy fragmentarias, reflejan escenas alucinatorias vividas. Se trata sobre todo de ideas delirantes de persecución y de celos. Los enfermos se muestran a menudo deprimidos o inquietos.

Durante las escenas alucinatorias no es raro que experimenten terror y manifiesten tendencia a ataques de cólera, lo que en estos momentos les hace especialmente peligrosos. Por otra parte, la depresión puede alcanzar tal grado de melancolía, que bajo su influencia, lo mismo que bajo la influencia del terror, los enfermos pueden acabar poniendo fin a su vida.

Son mucho más raros durante el delirium tremens los estados aufóricos, con el especial humor del alcohólico crónico.

En el delirium tremens se observa por lo común excitación motora, la cual refleja también las escenas alucinatorias sufridas por el enfermo. Este se lanza sobre fantásticos enemigos, huye de ellos, etc.

El delirium tremens presenta también determinados síntomas somáticos. Así es el temblor muy acusado de carácter generalizado y que recuerda el escalofrío. A veces llega a ser tan intenso que el enfermo es absolutamente incapaz de escribir, de sujetar objetos con sus manos, etc. No es raro que las pupilas estén dilatadas, aunque conservan la reacción a la luz. Los reflejos tendinosos están exaltados. En el delirium tremens se encuentra con bastante frecuencia elevación de temperatura hasta 37 y 38 grados. En algunos casos la

temperatura sube hasta 40 y 41 grados. El pulso es frecuente y la tensión arterial se eleva. La piel suele estar hiperémica, especialmente la de la cara. Los fenómenos catarrales del aparato digestivo son muy acusados. La lengua está sucia y con sus bandas transversales y verticales recuerda la piel del tigre (lengua atigrada). Corrientemente el hígado aumenta de volumen y se muestra doloroso a la presión. Cambia la composición morfológica de la sangre, en la que aumenta el número de leucocitos (10.000 a 15.000).

El delirium tremens dura de tres a cinco días y raramente llega a siete u ocho. Su intensidad varía según los períodos del día o de la noche en que haya aparecido clínicamente. Particularmente se destacan las manifestaciones clínicas que empiezan al anochecer y por la noche. Durante toda la enfermedad el sueño está muy alterado. Los enfermos duermen muy poco.

La enfermedad suele acabar tan súbitamente como empezó. En el curso de unas horas desaparecen los síntomas. Los enfermos se duermen con un sueño profundo y largo y despiertan curados. Sólo durante algunos días hay signos claros de astenia.

#### ALUCINOSIS ALCOHOLICA AGUDA.

También se producen en los alcohólicos crónicos después de grandes borracheras. El síntoma principal de la enfermedad son las alucinaciones auditivas. La enfermedad empieza poco a poco y alcanza su completo desarrollo a los cuatro o cinco días. Al principio hay algunas alucinaciones auditivas, especialmente por la tarde y la noche, que se parecen a las alucinaciones auditivas del

rian, les censuran y les amenazan. A medida que avanza la enfermedad, estas voces aumentan más y más.

Junto a las alucinaciones verdaderas aparecen pseudoalucinaciones. Las voces suenan dentro de la cabeza y se refieren a los mismos temas que las verdaderas alucinaciones.

Casi no se encuentran otras formas de alteraciones perceptivas en las alucinaciones alcohólicas agudas; como excepciones muy contadas pueden presentarse algunos casos de alucinaciones visuales.

Junto a las alucinaciones aparecen ideas delirantes, que guardan estrecha relación con aquéllas. Generalmente es un delirio de persecución unido a veces al delirio de celos. Las ideas delirantes, aunque son más estables que en el delirium tremens, son aisladas y uniformes y nunca se agrupan en un sistema delirante. El grado de los fenómenos alucinatorios varía durante la enfermedad, y al desaparecer, surge en los enfermos una actitud crítica, tanto hacia ellos mismos como hacia sus ideas delirantes.

Los enfermos aseguran que se les quiere matar y que contra ellos hay una conspiración en la cual muy a menudo toma parte su mujer. El ánimo está deprimido, a veces sufren terror. A diferencia del delirium tremens, los enfermos se orientan bien en el lugar, el tiempo y las personas que les rodean. Su conducta guarda una conformidad completa con las alucinaciones e ideas delirantes. Se esconden de sus enemigos imaginarios, se encierran, intentan ponerse a salvo y para esto viajan de un lugar a otro.

Estos enfermos pueden ser muy peligrosos para las personas que los rodean; la peligrosidad aumenta cuando hay alucinaciones imperativas, bajo la influencia de las cuales pueden cometer homicidios, producir graves lesiones, provocar incendios, etc. Los síntomas somáticos de la enfermedad son los mismos del alcoholismo crónico, si bien algo más agudizados. Se encuentra lengua saburral, hiperemia facial, hígado aumentado y doloroso y aumento del temblor de las extremidades. Todos estos síntomas, sin embargo, no alcanzan tal grado de intensidad como en el delirium tremens.

La enfermedad dura de tres a cinco semanas y poco a poco acaba por curarse.

#### DEPRESION ALCOHOLICA.

Lo mismo que las dos anteriores enfermedades, la depresión alcohólica se produce después de un período de grandes borracheras. Empieza con un aumento gradual de los síntomas, durante tres a cinco días.- Pasan a primer plano los síntomas de un síndrome melancólico. El ánimo está muy deprimido. Los enfermos manifiestan ideas delirantes de inferioridad y culpabilidad, a menudo combinan con ideas delirantes de persecución. Así, por ejemplo, se acusan de haber cometido un crimen, dicen de sí mismos que son "repugnantes" borrachos, afirman que deben sufrir un castigo ejemplar y que la policía judicial los vigila, que quiere detenerlos y procesarlos.

Estas ideas delirantes se combinan ordinariamente con alucinaciones auditivas, las cuales, a veces, son

Las voces injurian al enfermo, lo amenazan, le hablan del castigo horroroso que les espera. El curso de los pensamientos es lento. Habitualmente no sufre la orientación respecto al espacio, al tiempo ni a las personas que le rodean, aunque a veces los enfermos aprecien el medio exterior de una forma delirante. Los síntomas somáticos son los mismos que en el alcohólico crónico.

La depresión alcohólica suele durar de tres a seis semanas, pero puede prolongarse hasta dos, tres y aun cuatro meses.

#### PSEUDOPARALISIS ALCOHOLICA.

La pseudoparálisis alcohólica entra en el grupo de las psicosis alcohólicas subagudas; éstas pueden durar algunos meses, pero en general tienen un pronóstico relativamente bueno. Se llama de este modo porque sus manifestaciones clínicas recuerdan mucho a la parálisis progresiva. Es de desarrollo lento y se caracteriza por la debilitación gradual paralela de las distintas formas de actividad psíquica. Cada vez sufre más la memoria. Al principio se dificulta el proceso retentivo y después el del recuerdo. Sufre la atención, ante todo la activa. El enfermo no puede concentrarse en una tarea concreta, se distrae y comete equivocaciones.

Aparece una gran obnubilación del intelecto, que se manifiesta por el dominio del pensamiento primitivo concreto sobre el pensamiento abstracto-comprensivo. Al mismo tiempo se borra la sensibilidad superior, con gran desarrollo de los sentimientos inferiores. Los enfermos se muestran de ordinario apacibles e incluso eufémicos.

En algunos casos se observan ideas delirantes de grandeza, de contenido absurdo, lo que aún les da mayor analogía con la parálisis progresiva. Le corresponde también un lugar importante en el cuadro clínico referente a las alucinaciones auditivas del mismo tipo que en las psicosis alcohólicas.

Entre los síntomas neurológicos llama la atención la reacción perezosa de las pupilas a la luz y la irregularidad de los reflejos tendinosos, los cuales pueden estar exaltados o inhibidos. Resalta mucho el temblor general, que afecta sobre todo a la lengua y a los dedos de la mano. Hay también otros signos somáticos del alcoholismo crónico.

Generalmente, tanto los síntomas físicos como los psíquicos de la pseudoparálisis alcohólica empiezan a regresar cuando el enfermo deja de beber e ingresa en un establecimiento psiquiátrico; la curación es completa o se logra una importante mejoría, sin otro recuerdo que algún defecto en la esfera sensorial, intelectual y de la memoria. La enfermedad dura, por lo común, de tres a cuatro meses, y hasta unos seis a siete.

#### PSICOSIS DE KORSAKOV (PSICOSIS POLINEURITICA)

Esta enfermedad es llamada así en recuerdo del célebre psiquiatra ruso Kórsakov, que la describió en 1887. En el XII Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Moscú en 1897, se decidió darle el nombre de psicosis de Kórsakov. La importancia del descubrimiento de la enfermedad viene acrecentada por el hecho de que contribuyó a estructurar la nosología psiquiátrica.

La psicosis de Kórsakov se presenta en edades que

se acercan a la involución, o aún más tarde. No es raro que las personas que la padecen tengan un cuadro de arterioesclerosis generalizada y cerebral. También es interesante la circunstancia de que la psicosis de Kórsakov se desarrolla a menudo en el alcohólico crónico inmediatamente después de cualquier infección aguda o intoxicación. Quiere decirse que la etiología de la psicosis de Kórsakov es bastante complicada.

En algunos casos, la enfermedad aparece tras el delirium tremens; a veces empieza con una serie de ataques convulsivos epileptiformes, y también con un estado de excitación con profunda obnubilación en la conciencia. En otras ocasiones no aparece esta tendencia, y poco a poco comienza a mostrarse el síntoma fundamental de la enfermedad, manifestado por profundos trastornos de la memoria.

Ante todo se advierten crecientes fenómenos de amnesia anterógrada. Queda afectado en alto grado el recuerdo. La memoria es relativamente buena para los hechos muy lejanos, pero se pierden los ocurridos después del principio de la demencia. El enfermo no recuerda, al preguntarle inmediatamente después de la comida, qué platos ha comido, e incluso ni el mismo hecho de si ha comido o no. Saluda varias veces al día a una misma persona y frecuentemente no sabe el nombre del médico que le trata ni el de las restantes personas que le atienden, a pesar de que los ve cada día y durante el transcurso de varios meses.

A veces, a la amnesia anterógrada se une la retrógrada, abarcando algún período anterior a la enfer-

-----

medad. De ordinario, la amnesia se combina con la memoria engañosa, que suele tener un carácter pseudorremiscente. El enfermo recuerda algún detalle de su vida pasada, añadiéndole muchos episodios no vividos nunca y que son trasladados a este período de tiempo amnésico.

En algunos casos las ilusiones de la memoria tienen carácter de confabulación, de explicación oral de hechos ocurridos días antes. Así, el enfermo que lleva varios meses en la clínica asegura que el día anterior en la oficina tuvo asuntos desagradables, pero él tomó determinadas medidas, castigó a los culpables, etc. Estos graves trastornos de la memoria determinan una completa desorientación del enfermo en el lugar, tiempo y personas que le rodean, con las cuales se encontró por primera vez ya durante la enfermedad.

En la psicosis de Kórsakov es muy frecuente una peculiar disminución de la actividad. Los enfermos no hacen nada y pueden estar sentados o echados durante horas enteras sin manifestar iniciativa alguna. Kórsakov habla de este síntoma como de una debilitación general de la actividad intelectual.

Tampoco es raro observar en estos enfermos indiferencia de sentimientos y apatía. No suelen presentarse ni ideas delirantes ni alucinaciones, y si aparecen, tienen un carácter episódico. Además de los síntomas somáticos propios del alcoholismo crónico, es característico en la psicosis de Kórsakov la polineuritis en diferentes grados de desarrollo. Los reflejos tendinosos están generalmente inhibidos y aun abolidos. Hay

trastornos de sensibilidad. Los nervios periféricos presentan fenómenos dolorosos.

En las formas graves se puede desarrollar un cuadro de paresias o parálisis de las extremidades con atrofias musculares.

La enfermedad dura por lo común algunos meses y puede acabar con un total restablecimiento, con desaparición gradual de los síntomas, tanto psicopatológicos como neurológicos. Sin embargo, en algunos casos toma un carácter crónico, que se prolonga de dos a tres años, y sólo acaba con alguna mejoría; a veces queda un defecto persistente, y aun una debilidad mental más o menos acusada.

#### PSICOSIS ALCOHOLICA DELIRANTE CRONICA.

El alcoholismo crónico puede dar lugar a psicosis crónica con pronóstico desfavorable. Estas psicosis se desarrollan, a diferencia de las otras psicosis alcohólicas, gradualmente, y se distinguen por la estabilidad de los síntomas. El síntoma fundamental y más caracterizado de la psicosis alcohólica delirante crónica es el delirio de persecución. El delirio en el alcohólico crónico ofrece un aspecto muy particular: la exacerbación del impulso sexual, aparecido en situación de embriaguez habitual, suele ir unido a una debilidad sexual creciente, que llega hasta la impotencia completa. La negativa a las relaciones sexuales por parte de la mujer ante esta situación, y también los constantes escándalos con ella a consecuencia de las sistemáticas borracheras, da pretexto para acusarla de adulterio. -- Por esto, en los alcohólicos crónicos son muy frecuen-

tes los celos, y la psicosis a que todo esto da origen encuentra reflejo en las ideas delirantes. Esto ocurre también en la psicosis alcohólicas agudas, en algunas ideas episódicas delirantes de celos, mientras que en la forma que describimos el síntoma es dominante y estable.

Lo más común es que la psicosis delirante crónica se desarrolle según el tipo parafrénico. El enfermo muestra algunas alucinaciones y pseudoalucinaciones auditivas, las cuales toman un carácter cada vez más temático en el curso de varios meses. Las voces le dicen que su mujer le engaña, se ríen de él, le llaman cornudo; él oye como en otra habitación su mujer se besa con otro, declara su amor al amante imaginario, etc. Estos trastornos traen consigo un delirio sistemático de celos, al que de ordinario se suma un delirio de persecución. El enfermo asegura que su mujer y el imaginario amante quieren matarle, urden toda clase de intrigas, lo desacreditan en el trabajo, lo tratan de envenenar. Esta última afirmación es consecuencia de alucinaciones del olfato, y especialmente del gusto, que también suelen ser corrientes. Al tomar el alimento el enfermo siente en él la presencia de sustancias venenosas, como arsénico y estricnina. Las ideas delirantes, cada vez más sistematizadas, se apoderan por completo del enfermo y éste empieza a interpretar hechos reales adaptándolos a sus delirios.

El delirio sistemático es de curso prolongado. Después, pasados algunos años, pueden aparecer ideas delirantes de grandeza; el enfermo da en afirmar que es un

hombre célebre, que todos le deben respeto, que es general en jefe de todos los ejércitos, etc.

En los primeros tiempos no se notan grandes alteraciones del intelecto ni de la memoria, la atención o la esfera afectiva. Los trastornos se limitan a lo que ocurre en el alcohólico crónico en general. Sin embargo, al cabo de algunos años, en el curso de la enfermedad, empiezan a manifestarse fenómenos más acusados de pobreza psíquica. Las alucinaciones se hacen turbias. Las ideas delirantes son cada vez más absurdas y el sistema delirante se descompone.

Finalmente, sobreviene la debilidad mental en mayor o menor grado, con debilitación de todas las formas de actividad psíquica.

Aunque más raramente, la psicosis delirante crónica se desarrolla también según el tipo paranoico. No hay alucinaciones o, en todo caso, éstas se presentan episódicamente. La idea delirante de celos aparece a menudo sin delirio de persecución, si bien no se debe excluir esta posibilidad. El delirio evoluciona muy lentamente, y a veces es difícil determinar la fecha en que los celos del alcohólico crónico, padecidos durante varios años, se transforman en ideas delirantes de este género. El sistema delirante se estructura en este caso por interpretación de hechos reales. La mujer se sonríe al cruzarse con un hombre: esto significa que son conocidos, que su mujer coquetea con él; la mujer llega tarde del trabajo: esto indica que estuvo con el amante; el jefe habló mucho con su mujer durante el trabajo y luego salieron juntos: esto indica

que hay relaciones íntimas entre ellos.. Todos los gestos de la mujer, todos los matices de su conducta son interpretados a su modo por el enfermo y gradualmente ello cristaliza en un claro y determinado delirio sistemático de celos. Estas ideas de celos pueden desaparecer ordinariamente con la misma intensidad o aún mayor. Después de muchos años de enfermedad, especialmente en la vejez, las ideas delirantes palidecen mucho y también se debilita toda actividad psíquica.

Conviene subrayar, sin embargo, que en esta forma la debilidad mental no es tan profunda como en la psicosis alcohólica delirante crónica de tipo parafrénico. Los síntomas somáticos no se diferencian de los correspondientes al alcoholismo crónico en general.

#### DEMENCIA ALCOHOLICA

La demencia alcohólica suele ser de evolución lenta y puede constituir el punto de partida de enfermedades alcohólicas, como la psicosis de Kórsakov o la psicosis alcohólica delirante crónica; también puede ser consecuencia de la degradación, cada vez mayor, de la personalidad del alcohólico crónico. En algunos casos especialmente graves de alcoholismo crónico aparecen trastornos psíquicos muy acusados. La debilidad de la memoria es muy manifiesta. Especialmente sufren la memoria y el recuerdo de los acontecimientos de un pasado próximo. La inteligencia se debilita. El pensamiento

-----

se hace cada vez más concreto y primitivo. Los intereses son muy limitados y se concretan a cuestiones de alimentación. Los enfermos no hacen nada o realizan trabajos extremadamente simples. En los primeros años de la enfermedad se observan algunas alucinaciones auditivas e ideas delirantes. Estas últimas nunca presentan carácter sistematizado, son absurdas y acaban por desaparecer.

En la demencia alcohólica, además de otros síntomas somáticos propios del alcoholismo crónico, se manifiestan acusadamente algunos síntomas neurológicos. Las pupilas están contraídas, con frecuencia irregulares y con reacción perezosa a la luz; la cara es asimétrica, quedando descendida una de las comisuras bucales. La lengua está torcida. Por lo común, los reflejos tendinosos se muestran exaltados e irregulares. La muerte en la demencia alcohólica se debe sobre todo a apoplejía o a infección secundaria, en particular a la neumonía, que en estos enfermos aparece con frecuencia.

Etiología y patogenésis del alcoholismo crónico y de las psicosis desarrolladas sobre esta base. El abuso del alcohol, que conduce al alcoholismo crónico y las psicosis inherentes a este estado, obedece a diferentes causas. La ligereza con respecto al uso del alcohol, la idea equivocada de que éste puede elevar la capacidad de trabajo, los refranes y dichos que reflejan su acción saludable y, finalmente, el concepto de que el beber es

una manifestación de hombría, son causas que contribuyen a fomentar el alcoholismo. En gran parte se trata de una supervivencia del pasado fundada en la aspiración humana a sentirse animoso y huir del lado sombrío de la existencia.

No está definitivamente aclarada la esencia de la patogénesis del alcoholismo crónico y de las psicosis alcohólicas. Sin duda se debe dar importancia a la dilatación y contracción de los vasos cerebrales que se producen en las situaciones psicopatológicas condicionadas por el envenenamiento alcohólico crónico (S:G: Shislin). También tienen gran valor los trastornos metabólicos. Debemos considerar que los cuadros psicopatológicos son determinados no sólo por la acción inmediata del alcohol sobre el cerebro, sino también por la acción que sobre éste ejercen las toxinas producidas por la combustión alcohólica en el organismo.

Psicología patológica.- Los estudios realizados en los laboratorios de Pávlov sobre animales prueban que el alcohol produce trastornos en la actividad nerviosa superior, con debilitamiento del proceso de excitación y aparición de la inhibición protectora con fases hipnóticas (V. K. Fedorov). La actividad de los reflejos condicionados queda muy alterada. Se han observado también fenómenos de gran inercia del proceso de excitación

La debilitación de la memoria, características del

debe ser atribuida a la debilidad del proceso de excitación. Esta debilidad alcanza la intensidad mayor en la psicosis de Kórsakov, en que resulta casi totalmente imposible la formación de nuevas conexiones temporales.

La alteración de las relaciones entre el primero y el segundo sistema de señales son muy manifiestas en el delirium tremens y en las alucinaciones alcohólicas agudas. Finalmente, la inercia del proceso de excitación llega a convertir en sistema el anterior punto enfermo de ideas delirantes estables que son características en los cuadros clínicos de la psicosis delirante alcohólica crónica.

En la memoria de las psicosis alcohólicas el papel protector de la inhibición extralímite conduce a la recuperación; mas, por influencia de la continua embriaguez, la inhibición extralímite empieza a debilitarse y las células nerviosas son destruidas y mueren. Esto ya no es un proceso funcional, sino orgánico, que conduce a una demencia alcohólica estable.

La anatomía patológica del alcoholismo crónico y de las psicosis alcohólicas de él derivadas es bastante típica. Así lo corrobora la circunstancia de que los animales sometidos a alcoholización crónica presentan alteraciones parecidas a las que se observan en las personas que sufren alcoholismo. Hay hiperemia, edema cerebral, fenómenos de paquimeningitis crónica y leptomeningitis. La piamadre está generalmente opaca y engrosada, pero sin infiltración. En la sustancia cerebral aparecen he-

morragias puntiformes. En las células ganglionares hay cambios degenerativos del tipo de la degeneración grasosa y de Nissl, con núcleos contraídos. Hay casos de aumento de la glia y a veces se encuentran multiplicaciones celulares en la cubierta externa de los vasos. Estos cambios afectan no sólo a la corteza, sino también a la zona subcortical y al cerebelo. Hay también desintegración de las fibras nerviosas en la corteza y en el tronco cerebral.

Por lo que se refiere al sistema nervioso periférico, principalmente en la psicosis de Kórsakov, aparecen trastornos anatómopatológicos, sobre todo neuritis, expresados en destrucción de los cilindro-ejes y desintegración de la mielina. Los distintos órganos ofrecen cuadros degenerativos característicos de la intoxicación alcohólica, ante todo en el hígado y el corazón y también en el aparato digestivo y en los riñones.

Diagnóstico diferencial. El delirium tremens presenta síntomas claros, que raras veces dan ocasión para confundirlo con otros trastornos psíquicos. Las alucinaciones alcohólicas agudas se diferencian del delirium tremens en que no van acompañadas de tan intensa obnubilación de la conciencia y en que los enfermos conservan la orientación del lugar, tiempo y medio. No hay una excitación motora tan manifiesta, y lo más importante es que predominan las alucinaciones auditivas en lugar de las visuales. La temperatura no es tan alta y el temblor no es tan acusado como en el delirium tremens. La enfermedad tiene mayor duración.

El delirium tremens debe ser diferenciado también de las psicosis infecciosas agudas con formas delirantes, considerando que muchas veces es consecuencia de cualquier proceso infeccioso agudo. Facilita el diagnóstico la circunstancia de que en el delirium tremens la conciencia está mucho menos opnubilada que en las psicosis de las infecciones agudas. En él no se observa de ordinario confusión verbal, y las vivencias delirantes representan un carácter más temático, que es específico del delirium tremens.

Para diferenciar la alucinación alcohólica aguda de la psicosis alcohólica delirante crónica debemos recordar que en la primera las ideas delirantes no presentan tendencias a la sistematización, ostentan un carácter más fragmentario y los cambios de estado anímico son más acentuados.

La depresión alcohólica debe diferenciarse de la fase melancólica de la psicosis maniaco-depresiva y de la depresión reactiva. De la primera de ellas se distingue por fluctuaciones y el delirio de persecución, que son características de las psicosis alcohólicas.

De la depresión reactiva se diferencia por la falta de los traumas psíquicos que siempre preceden a las psicosis reactivas, y la falta de reflejo de estos traumas en las vivencias de los enfermos. La pseudoparálisis alcohólica recuerda a la parálisis general progresiva. Sin embargo, la falta de gradación en la pseudoparálisis alcohólica y los síntomas neurológicos específicos de la parálisis general progresiva, y también los resultados típicos de los exámenes

sis de sangre y del líquido cefalorraquídeo, facilitan el diagnóstico.

La psicosis de Kórsakov, a consecuencia particularmente de cuadro clínico, debe ser diferenciada del síndrome de Kórsakov, que se observa en las psicosis sifilíticas, traumas, tumores y otras lesiones orgánicas del cerebro.

El diagnóstico diferencial en estos casos debe fundarse en las particularidades etiológicas y clínicas de dichas enfermedades. Hay que tener también en cuenta que el síndrome de Kórsakov es generalmente en dichas enfermedades de carácter temporal; posteriormente desaparece y deja lugar a los síntomas fundamentales que distinguen a cada una de ellas.

La psicosis alcohólica delirante crónica debe ser diferenciada ante todo de la parafrenia y de la paranoia. Ello es imprescindible porque la psicosis alcohólica delirante crónica suele ser de tipo parafrénico y no paranoia. Es característico del alcoholismo crónico el predominio de las ideas delirantes de celos en el cuadro clínico; son más rápidos el cese del delirio y el comienzo de la demencia.

-----oOo-----

vive tranquilo con su mujer y con sus hijos, cuyo cariño ya estaba perdiendo por la manera desenfadada como bebía a últimas fechas, un poco antes de llegar a Alcohólicos Anónimos.

-----

Enfermo R., cuarenta y tres años, carpintero. Bebió desde los veinte años, aunque al principio solamente lo hacía de cuando en cuando, pero en los últimos años lo ha hecho excesivamente, sintiendo la necesidad de quitarse la goma después de la bebida. Tres días antes de ingresar en el Hospital Psiquiátrico padecía de insomnio y de dolor de cabeza, mostrándose inquieto. Por la tarde le apareció ante sus ojos una especie de red, como una tela de araña. Extrañábase de la sujeción de la habitación y así se lo decía a su mujer. Después aparecieron abundantes alucinaciones visuales. Veía figuras terroríficas; gente de caras monstruosas, pequeños animalitos con cuernos alargados y gran cantidad de patas, que se movían mucho; gatos y perros que intentaban lanzarse sobre él y lo aprensaban por la ropa, así como grandes animales con enormes cabezas desproporcionadas a sus cuerpos.

Le parecía que por su cuerpo andaban pequeños insectos a los que intentaba atrapar, pero se le escapaban de sus manos. En la calle oía voces infantiles o que alguien le miraba por la ventana y le hacía señas.

Ingresó al Psiquiátrico, donde se orientó mal mostrándose inquieto, continuando las alucinaciones visuales y,

en menor grado, las auditivas. Permaneció intranquilo, con sueño insuficiente a pesar de la acción de los narcóticos que le aplicaron. Cara hiporemiada, lengua sucia, tonos cardíacos oscuros y pulso frecuente. Neurológicamente: gran temblor en los dedos al extender las manos, temblor general en todo el cuerpo. Los reflejos tendinosos estaban exaltados, no existiendo reflejos patológicos. Hiperhidrosis.

La situación continuó así durante tres días. Luego disminuyeron las alucinaciones y aparecieron solamente por la tarde; a los dos días habían desaparecido por completo. El enfermo se sintió débil, quedándole únicamente el temblor en las manos, el cual cesó a las dos semanas. Fue dado de alta en estado satisfactorio.

Pasó varias semanas sin embriagarse; pero al olvidarse de lo sucedido bebió de nuevo con la misma intensidad, no una sino varias veces, siempre con igual resultado: delirium tremens, cada vez con peores consecuencias. No quiso volver al hospital sino que visitó a varios médicos especialistas, los cuales solamente le procuraron el vicio. Tomó varias medicinas caseras elaboradas con diversos verbos y hasta ocurrió a salas espiritistas. Todo en vano. Hasta que ingresó al grupo de Alcohólicos Anónimos de Concepción en San Salvador, se sorprendió cuando le dijeron que él parecía una enfermedad insidiosa e incurable y tuvo fe. Se adaptó al programa sugerido y ahora es un hombre nuevo. Lleva ya dos años de no tomarse una copa. Han mejo-

-----

ca al Grupo Central. En un principio no lograron convencerlo, pero insiste asistiendo a varias sesiones y por fin se queda definitivamente. El programa le ha dado resultado, pues lleva dos años de no beber. Lloró conseguir un buen empleo, donde le dispensen confianza. Duorme, come y trabaja normalmente. Habla con aplomo y se siente seguro. Desaparecieron los sinsabores en su hogar, donde ahora reina la paz y el bienestar en todo sentido.

-----

Enfermo L., treinta y seis años, herrero-mecánico. El padre abusaba del alcohol, un hermano bebe. El enfermo empezó a beber a los dieciocho años. Con este motivo había frecuentes escándalos en la familia, en la que él veía la causa de su abuso del alcohol. Los últimos años bebió también para quitarse la goma.

En 1960 a causa de alucinaciones alcohólicas agudas estuvo cerca de un mes en tratamiento en el Hospital Psiquiátrico. Al ser dado de alta no bebió durante dos meses; después lo "arrastraron" los amigos y se emborrachó de nuevo.

En el mes anterior a su ingreso en el hospital sufría melancolía y terrores infundados; le perseguían ideas de que trabajaba mal, de que no querían saber nada de él. Cuando bebía su ánimo mejoraba temporalmente. Luego aumentaba la tristeza, imaginándose que la única solución era quitarse la vida ahorcándose o tirándose bajo las ruedas de un vehículo en marcha.

quiátrico, mostrándose deprimido. Manifestaba ideas delirantes de culpabilidad. Se consideraba mala persona y borracho digno de desprecio. Se autocondenaba de que era un mal padre que no se preocupaba de los hijos; pensaba que su mujer lo despreciaba y que también le despreciaban sus compañeros de trabajo. Creía que últimamente no le confiaban misión alguna porque lo haría mal.

El enfermo se mostró inhibido, negándose a probar bocado porque se consideraba indigno de comer. No se relacionaba con las personas que lo rodeaban y la mayor parte del tiempo lo pasaba en la cama.

Se procedió a tratamientos oléicos y oxigenoterapia, sin que desapareciera la depresión. A los dos meses se inició un tratamiento con insulina a dosis hipoglucémicas que trajeron consigo la curación del enfermo.

Todo hacía esperar que no volvería a beber; pero obsesión pudo más y siguió emorrachándose con más frecuencia. Ya no tenía fe ni en médicos ni en curanderos; varias veces tomó pastillas, pero cuando pensaba beber las suspendía pocos días antes de iniciar la nueva borrachera. Cuando más desesperado se encontraba, siempre con la idea persistente de quitarse la vida, fue invitado a visitar la Sociedad de Alcohólicos Anónimos, llegando al grupo establecido en la ciudad de San Vicente a donde se había trasladado. No tuvo mayor esfuerzo para quedarse definitivamente en Alcohólicos Anónimos, pues tenía el sincero deseo de dejar la

propia expresión. Ríe de sus cómicas situaciones pasadas cuando era víctima del alcohol y transmite su buen humor a los demás. Su transformación ha sido completa.

-----

Enfermo F., cuarenta y ocho años, Ingeniero. Tomó bebidas alcohólicas desde los veinte años. Los últimos diez o doce años bebió sistemáticamente, acostumbrando el trago en ayunas para eliminar la goma. Padeció anteriormente alucinaciones alcohólicas agudas. Dos semanas antes de ingresar en el Hospital Psiquiátrico empezó a olvidarse de todo: olvidaba lo que tenía que hacer y no encontraba el camino de su casa. No podía trabajar.

Al explorarlo en el hospital manifestó desorientación en el tiempo y respecto a las personas que le rodeaban, y por los trastornos de la memoria no pudo decir en qué año estaba. No distinguía al médico de los practicantes; no conocía al doctor que le trataba ni podía recordar su nombre. La memoria le fallaba tanto respecto a hechos próximos como a los lejanos. No recordaba cuándo terminó sus estudios. No podía decir su dirección ni el apellido de su mujer. No recordaba si vive su hijo, ni recordaba las cifras que le nombraban. Tampoco podía designar algunos objetos dibujados que se le enseñaban, diciendo que no había visto nunca tales cosas. Al encontrarse varias veces al día con el médico, le saludaba siempre diciéndole: "No nos hemos visto antes?" El enfermo siempre se sentía violento cuando no

con cualquier respuesta. A veces, durante la visita del médico, preguntaba a otro enfermo la fecha, pero inmediatamente la olvidaba.- Tenía también recuerdos ilusorios. Decía que acababa de llegar del puerto de La Libertad donde estuvo con sus amigos; que había pasado la noche en casa, etc. No tuvo alucinaciones. Frecuentemente sonreía sin venir al caso, con tendencia al buen humor; carecía de iniciativa, era apático, dormía excesivamente.

Las investigaciones neurológicas señalaron dolor sobre los troncos nerviosos de las extremidades inferiores, falta de reflejo de Aquiles. Los reflejos patelares estaban muy inhibidos. También estaba disminuida la sensibilidad dolorosa de la piel en las extremidades inferiores. La reacción pupilar a la luz era porzosa.

En el curso posterior el estado del enfermo mejoró. Se orientó mejor en el medio y en el tiempo. Desaparecieron las polineuritis, pero siempre se observaba debilidad de la memoria, del intelecto y de la esfera afectiva. Fue dado de alta a los cinco meses.

No obstante su delicada situación, al salir del Psiquiátrico solamente pasó pocos meses sin beber. Debido a una fuerte impresión buscó refugio en el alcohol como lo hacía antes y la nueva borrachera tuvo resultados peores que las anteriores por su debilidad cerebral. Recuperado un poco de la última recaída ingresó a mediados de 1961 al grupo de Alcohólicos Anónimos de Concepción de esta ca-

vaba el deseo firme y sincero de dejar el alcohol, logró detener el mal. Ahora piensa con alguna lucidez. Reanudó sus relaciones con su familia que le veía con recelo porque creían que quedaría definitivamente liciado. Se ha transformado en un hombre nuevo, habiendo reanudado sus labores profesionales pero moderadamente.

-----

Enfermo F., alto funcionario público de treinta y cinco años. Empezó a abusar del alcohol a los veinte años. Durante los últimos años cambió repetidas veces de ocupación, bebiendo cada vez más. En agosto de 1960 aprovechó las vacaciones para ir a visitar a su mujer. Por el camino empezó a oír voces que le advertían de la traición de ésta y de los peligros que corría. Vio a gentes que le seguían con ánimo de matarle. Al llegar a donde estaba su mujer se hallaba inquieto y deprimido, dispuesto al encuentro con los que le perseguían. Pasadas algunas horas volvió a San Salvador, donde fué internado.

En el primer tiempo, ya en el Hospital Psiquiátrico sufría alucinaciones auditivas y olfativas, manifestando un delirio sistemático de celos y persecución; los médicos -afirmaba- lo mantenían recluido por ser un defensor de la verdad y querían acabar con él. En este período se mostraba deprimido e inquieto. Posteriormente empezó a manifestar un delirio sistemático de grandeza; se consideraba una persona de gran cultura, que desempeñaba un puesto muy eleva-

lección sobre cualquier cosa, médico, general en jefe, etc. Daba sus disposiciones y escribía sus órdenes. Hablaba en tono de mando, con altivez. Disminución intelectual y de la memoria.

Cuando salió al Psiquiátrico se creyó que olvidaría la bebida, pero no fueron sino pocos meses los que se mantuvo abstemio, reanudando su manera desenfrenada de emborracharse y volvió varias veces a aquel centro asistencial. La última vez que fue recluido, alguien le llevó el mensaje de Alcohólicos Anónimos y quiso ensayar, pues aun no había perdido la esperanza de reivindicarse. Una noche llegó al Grupo Central, decidiendo quedarse porque más de alguno de los oradores le dió en el clavo al contar sus experiencias.

Lleva ya un año de estar sobrio. Ha recuperado la memoria y de nuevo le han dado un cargo de responsabilidad, porque sus facultades intelectuales ya funcionan bien. Su única preocupación por ahora es asistir a las sesiones de Alcohólicos Anónimos y atender las obligaciones de su hogar, donde ahora hay paz y cada amanecer es para él y los suyos más luminoso y lleno de nuevas esperanzas.

-----

Enfermo A., cuarenta y tres años, motorista. El padre abusó del alcohol. Tomó bebidas embriagantes desde los quince años. Al principio bebía raras veces, los días de pago. Los últimos tres o cuatro años ha bebido mucho, gastando

cosas para beber. Muy degradado, desenvuelto, gastaba bromas groscras, era irresponsable con sus hijos; a veces se volvía apasible y otras sobrevaloraba su personalidad.

Durante los últimos dos años ha padecido delirio de celos. Sospechaba de su mujer. Una vez, al volver del baño, no pudo entrar en casa. Llamó mucho tiempo sin que nadie abriera aunque, según él, su mujer debía estar dentro. Decidió esperarle. Al bajar por la escalera vio salir de la casa a un vecino. Se le ocurrió que era el amante de su mujer. Advirtió también que ella pasaba mucho tiempo guisando en la cocina y pensaba que era sin duda porque buscaba la ocasión de quedarse a solas con el vecino. El enfermo se figuraba que su mujer estaba muy amable con el vecino, porque le sonreía cariñosamente al llegar el marido -según él- cambiaban de conversación o se quedaban callados.

Por conjeturas llegó a la conclusión de que su mujer tenía cuatro amantes. Además del vecino sospechaba que tenía relaciones con el hermano del primer marido. Le prohibió toda visita a sus parientes y amigos, en cuyas casas -según él- se entrevistaba con los amantes. En cierta ocasión echó de menos 100 colones; notó en aquel momento turbación y confusión en la cara de su mujer, por lo que dedujo que el dinero se lo había dado a un amante. Cuando la mujer se levantaba durante la noche, él estaba convencido de que iba a casa del vecino, "un hombre joven, fuerte y soltero". Al volver del trabajo miraba la cama y la ropa

traición. Tenía frecuentes escándalos con la mujer, a la que llegó a golpear repetidas veces.

En la clínica psiquiátrica manifestaba delirio de celos sistematizado. No se interesaba por su trabajo ni por su familia, ni pensaba para nada en el porvenir. El único motivo de inquietud era que su mujer lo había metido en el hospital para librarse de él y aprovecharse de que se quedaba sola. Presentaba también ideas delirantes de persecución.

Lopró curarse de la crisis, pero no dejó de ocher. Al poco tiempo vuelve a las andadas y debido a la frecuencia con que se emborrachaba, fue llevado repetidas ocasiones al Hospital Psiquiátrico cada vez en peores condiciones. Cree estar perdido para siempre, pues ha ensayado varios medios para curarse, sometiéndose a tratamiento médico, tomando pastillas, visitando brujos, espiritistas y tomando brebajes. Nada le dió resultado. Fue hasta que ingresó al grupo de Alcohólicos Anónimos de Concepción que renacieron las esperanzas en él. Como estaba animado de sinceridad y quería dejar la bebida, el programa le dió resultado y él mismo se admira del cambio operado en su persona. Terminaron los celos y ahora comprende que estaba enfermo. Ha renacido la tranquilidad en su hogar y de nuevo disfruta del cariño y estimación de su esposa y de sus hijos, quienes están asombrados de la total transformación de que ha sido objeto.

## T R A T A M I E N T O

Es difícil sobrevalorar la magnitud de los problemas médicos, sanitarios, sociológicos y económicos del -- alcoholismo.

Ya se han tratado los efectos sobre diversos órganos -- y duración de la vida. Los signos y síntomas del alcoholismo varían y pueden comprender gastroenteritis (anorexia, náuseas, vómitos y diarrea); dilatación de los capilares -- cutáneos, en especial los de la cara; pérdida de peso, -- desnutrición y caquexia, cirrosis "alcohólica", pelagra, polineuritis, atrofia óptica, alteraciones de la personalidad y deterioro mental.

Desde hace algunos años se da al aspecto puramente médico del extenso uso y abuso del alcohol menos importancia que a los aspectos biológicos, sociológicos y psicológicos. Esta tendencia ha modificado el criterio con que se juzga el alcoholismo, considerándose a quien lo padece como un enfermo que necesita atención médica, psiquiátrica y espiritual, así como rehabilitación social y económica. Se considera el alcoholismo como un trastorno producido por condiciones sociales adversas y por caracteres constitucionales anormales de la personalidad y del cuerpo. Se presta -- cada día mayor atención a los aspectos psiquiátricos de -- la personalidad alcohólica y al alcoholismo como enfermedad social. La inevitable conclusión consiste en que la -- solución definitiva del problema requiere muchos más factores y fuerzas de las que puede aportar la profesión médica

por sí sola. Sin embargo, el médico de cabecera puede jugar un papel muy importante en el tratamiento del alcoholismo.

Aquí sólo podemos presentar los lineamientos generales de la terapéutica del alcoholismo según diferentes criterios científicos.

El tratamiento puramente médico del alcohólico es relativamente sencillo. Los puntos principales que hay que tomar en consideración son: alimentación y líquidos en cantidad adecuada, administración de sedantes y tratamiento de los trastornos debidos al alcohol o a la alimentación defectuosa, como encefalopatía, neuritis periférica, etc. Las vitaminas que mas frecuentemente faltan en la dieta del alcohólico son la tiamina y al ácido nicotínico. Los alcohólicos toleran bien el paraldehído que puede ser el medicamento efectivo si es necesario sedar al enfermo.

Al enfermo de delirium tremens es imperativo calmarle, y si fuere posible, lograr que duerma. Si el sueño dura unas siete u ocho horas, el pronóstico es bueno. Uno de los mejores agentes hipnóticos en el delirium tremens es el paraldehído, administrado por vía oral o rectalmente, a dosis de 10 a 15 cc. dos o tres veces al día. También puede usarse el hidrato de cloral en dosis de 2 o 3 gramos, y se ha utilizado con buenos resultados el tribromoetanol. No hay que dar morfina, porque aumenta la presión intracraneal. Si el paciente está sumamente inquieto y han fracasado las medidas usuales para lograr que duerma, se

administra por vía intravenosa un barbitúrico de acción - corta en la dosis mínima necesaria para obtener el resultado deseado. Pueden usarse el amital sódico y el pentobarbital, especialmente si el paciente es incontrolable. Una vez que se ha logrado que el enfermo duerma, por ninguna razón hay que molestarlo.

El paciente debe permanecer en cama y abrigado; si es necesario, se adoptan medidas restrictivas severas. Hay que mirar que el paciente reciba la alimentación adecuada. La dieta ha de ser líquida o blanda, y con un alto contenido de hidratos de carbono, calorías y vitaminas. La aci dosis se combate con las medidas acostumbradas. El alcohol debe suprimirse bruscamente y por completo, a pesar de la vieja práctica de dar alcohol precisamente de la clase -- que el enfermo acostumbraba tomar.

Si hay signos de hipertensión intracraneal debidos a edema cerebral, puede inyectarse intravenosamente una solución hipertónica de dextrosa. Sin embargo, probablemente sea preferible hacer una punción para extraer líquido cefalorraquídeo, y algunos médicos emplean este procedimiento en todos los casos de delirium tremens. Otros creen que siempre hay que dar al paciente de 300 a 400 cc. diarios de líquidos, a menos que exista alguna contraindicación específica. Aconsejan que se preste atención a proporcionar en abundancia líquidos y electrólitos y dicen - que la punción lumbar se haga sólo para diagnóstico, no - como tratamiento. Hay quienes dicen que no hay que res --

tringir los líquidos, pero tampoco hay que administrarlos a la fuerza. Muchos pacientes con delirium tremens están deshidratados cuando se les ve por primera vez, y no tienen hipertensión intracraneal. Restringir los líquidos en estos casos puede ser nocivo. Casi todos los autores, cuquiera que sea su opinión respecto a los líquidos, recalcan la importancia de la alimentación y del sueño.

El tratamiento de sostén se da conforme sea necesario. Se ha dicho que la administración endovenosa de tiamina - facilita el restablecimiento, pero se necesitan más pruebas para aceptarlo. Los efectos benéficos que se han atribuido a la ACTH y a la cortisona necesitan confirmarse. Tras el restablecimiento del delirium tremens, puede intentarse el tratamiento del alcoholismo crónico.

Otros especialistas enfatizan que el alcoholismo debe ser en un principio ambulatorio y no hospitalario. Ello - es así porque desde el primer momento se ponen en juego - el papel activo del enfermo en su lucha contra las asechanuzas que lo incitan a beber, y desde los primeros pasos el enfermo mismo es un factor esencial del tratamiento. Solo en algunos casos muy graves, en que no existen condiciones para el tratamiento ambulatorio, hay que ingresar al alcohólico en el hospital psiquiátrico o en un sanatorio especial para alcohólicos.

El tratamiento ambulatorio debe empesar guardando cama tres o cuatro días en casa (esto es imprescindible en los casos en que el alcohólico ha bebido inmediatamente antes

de empezar el tratamiento, durante un largo período). Durante este tiempo conviene administrar bromuros y tónicos cardíacos. Para el insomnio, tan frecuente al suprimir el alcohol, se puede recetar hidrato de cloral de 1 a 2 g. al día en varias tomas. Se recomienda beber mucho líquido y dieta lacto-vegetariana. Es muy importante el papel de los miembros de la familia, los cuales deberán ayudar al enfermo a dominar sus deseos de beber.

Al cuarto o quinto día el enfermo se levanta y acude al ambulatorio, donde diariamente se le inyecta, por la vía subcutánea, estriknina o arsénico durante un mes.

Rp. Solución de nitrato de estriknina 1:1000, 10,0cc.

Estéril.

1 c.c. al día, subcutáneo.

Rp. Solución de cacodilato sódico 2%, 10,0 c.c. E

Estéril.

1 c.c. diario, subcutáneo.

Al mismo tiempo se recomiendan inyecciones subcutáneas de oxígeno de 200 a 300 c.c. en días alternos.

Durante este período el médico debe conversar frecuentemente con el enfermo a fin de orientar el tratamiento psicoterápico, reforzando su confianza en que no beberá más.

A las dos o tres semanas hay que pasar al tratamiento por medio de los reflejos condicionados apomorfínicos. Este método se basa en las enseñanzas de Pavlov sobre los reflejos condicionados y en las indicaciones de Békterev, sobre la posibilidad de emplearlos en el tratamiento de

algunas enfermedades, en particular en el alcoholismo.

El tratamiento consiste en inyectar al paciente, subcutáneamente, de 0,3 a 0,5 cc. de cloruro de apomorfina - al 1 por ciento. Se puede aumentar esta dosis, pero sin pasar de 1 centímetro cúbico. Al mismo tiempo se entrega al enfermo una copita de licor y se le recomienda que la huela.

Pasados algunos minutos empieza a actuar la apomorfina, dando una reacción vegetativa-palidez y salivación - y después empiezan las náuseas. En este momento se indica al enfermo que tome el licor. El lo bebe, e inmediatamente se producen vómitos. Esto hay que repetirlo cada día, durante quince a veinte, hasta formar un reflejo condicionado vomitivo al alcohol.

En la última fase del tratamiento, en lugar de apomorfina, se inyecta suero fisiológico o cualquier otro líquido neutro, pero en la misma cantidad y sin comunicárselo al paciente, y todo se hace como queda descrito. El vómito nos indica la formación de un reflejo condicionado vomitivo al alcohol. No por esto se debe poner fin al tratamiento con apomorfina. Recordemos que todos los reflejos condicionados son temporales, y para que éste no desaparezca es necesario reforzarlo de cuando en cuando. Este refuerzo se hace durante los primeros tres meses, tres veces al mes; durante los siguientes tres meses, dos veces al mes, y después, durante un año, una vez al mes. Si al cabo de este tiempo el paciente no bebe, hay que considerar que el re-

En el caso de que todo esto se trastorne por reincidencias de embriaguez, es necesario volver a comenzar desde el principio.

Está contraindicado el tratamiento por apomorfinina en la úlcera gástrica, en las afecciones cardíacas y en la hipertensión.

El tratamiento con apomorfinina siempre habrá de ser efectuado en presencia del médico, ya que en algunos casos, en verdad muy raros, la apomorfinina puede dar complicaciones en forma de colapso. Si esto se produce hay que inyectar subcutáneamente adrenalina, cafeína, alcanfor y, sobre todo, 0,001 g. de atropina.

Otro tratamiento eficaz del alcoholismo es la hipnosis, que se puede realizar individual o colectivamente. Esto último presenta sus ventajas en el tratamiento del alcoholismo, ya que con él se consigue la sugestión recíproca de todos los hipnotizados. Es también racional, porque la fórmula de inducción hipnótica de los alcohólicos es aproximadamente la misma y se resume en despertar repugnancia al alcohol y reforzar la voluntad de los pacientes por vencer la atracción que el alcohol ejerce sobre ellos. Finalmente, esta forma de sugestión economiza tiempo al médico, permitiéndole hipnotizar al mismo tiempo a 8 o 10 personas.

El tratamiento hipnótico puede realizarse sólo o combinado con la apomorfinina. En las primeras dos o tres semanas hay que aplicar dos a tres sesiones, y después una

siones, aunque siempre es conveniente repetir luego periódicamente alguna sesión de sugestión hipnótica.

Ultimamente, en el tratamiento del alcoholismo se usa el tiuram (antabus) o disulfuro de tetraetiltiuram (disulfiran, N.N.R.), que dentro del organismo se combina con el alcohol transformándose en acetaldehído, el cual suscita sensaciones muy desagradables debidas a diversos trastornos vegetativos. El tiuram se suministra durante cuarenta días en tomas de 0,5 una vez al día; después se rebaja la dosis y se da por terminado el tratamiento. Se da alcohol al paciente en días alternos, a partir del segundo de tratamiento, en dosis que se determinan por la intensidad de la reacción vegetativa y de las sensaciones subjetivas del enfermo.

La reacción empieza a los cinco o diez minutos de haber tomado el alcohol y se manifiesta por una acentuada hiperemia de la piel, taquicardia, disnea con sensación de falta de aire y pulsaciones en la cabeza. La tensión arterial disminuye. Aparecen dolores abdominales y cardíacos. Después hay escalofríos y somnolencia y a veces náusea y vómitos. En algunos casos se registra obnubilación de la conciencia con excitabilidad. La reacción dura entre una y nueve horas. Y sólo empezará si se toma alcohol. Así se llega a formar un reflejo condicionado estable con repugnancia hacia el alcohol.

Sin embargo, el tratamiento es muy peligroso y sólo puede llevarse a cabo en establecimientos psiquiátricos -

especialmente preparados para ello, con una cuidadosa selección de los enfermos. Ello se debe a las muchas contra indicaciones que presenta: las más diferentes enfermedades cardiovasculares, enfermedades de los pulmones, riñones, hígado, glándulas de secreción interna y del sistema nervioso central.

En el tratamiento del delirium tremens hay que prestar especial atención a la actividad cardíaca del enfermo y recetar sistemáticamente tónicos cardíacos (estrofanto, cafeína, alcanfor). En las excitaciones muy intensas hay que dar hidrato de cloral. El sueño puede cortar la enfermedad y por esto se recomiendan los hipnóticos y ante todo barbitúricos. Es conveniente la cura de largo sueño con interrupciones.

Para la desintoxicación se usan los siguientes medicamentos:

Rp. Solución de hiposulfito sódico 20%, 20 c.c.

Estéril.

10 c.c. intravenoso, al día durante quince días.

Rp. Solución glucosa 40%, 50 c.c.

Estéril

25 c.c. intravenoso, diariamente durante quince días.

También está indicada la insulina en dosis de 5 a 10 unidades subcutáneas, con tomas de azúcar de 50 a 100 g. cada dos horas.

El enfermo debe guardar cama. En casos especiales con graves manifestaciones cardíacas hay que dar al enfermo de

30 a 30 g. de alcohol diluido.

En las alucinaciones alcohólicas agudas y en la depresión alcohólica son convenientes también dosis pequeñas de insulina, hiposulfito sódico y glucosa. Durante la noche están indicados los hipnóticos. En las formas muy manifiestas de melancolía se puede recetar opio, de 4 a 10 gotas dos veces al día. En la pseudoparálisis alcohólica y en la psicosis de Kórsakov hay que emplear glucosa intravenosa y estriénina subcutánea. Para el tratamiento de la neuritis se recurre también a la electroterapia y al masaje.

Está indicada la vitamina B-1:

Rp. Solución de bromuro de tiamina 0,6% para una ampolla No. 10.

Para uso intravenoso cada día.

Rp. Bromuro de tiamina, 0, 0lg.

Azúcar blanco, 0,2 g. No. 30

1 papelito tres veces al día.

En la psicosis alcohólica delirante crónica, especialmente si es del tipo parafrénico, está indicado el choque insulínico.

En el alcohólico el bober también es una manifestación de una psicosis subyacente y sólo un psiquiatra competente puede tratarlo en forma adecuada. El verdadero enfermo no es psicótico, pero tiene notables inadaptaciones prealcohólicas (sentimientos de inseguridad, de incompetencia, etc.) que encuentran un mecanismo de escape en el alcoholismo y

Desde el principio debe establecerse una buena relación entre el paciente y el médico. La actitud de éste tiene una importancia fundamental. El médico debe ser comprensivo, tolerante, optimista y libre de censura o condescendencia. - La coerción externa y las medidas de castigo han desaparecido de la terapéutica moderna del alcoholismo. El paciente debe desear ser tratado y aliviarse, ha de estar dispuesto a colaborar y debe estar convencido de que puede curarse. Una vez que se hayan llenado los requisitos antedichos, pueden intentarse diversas medidas médicas y psicoterapéuticas. La "cura por la fe" puede tener una parte esencial en el programa. Para algunos pacientes resulta ideal pertenecer a los Alcohólicos Anónimos, organización de alcohólicos con filiales en muchos países del mundo. Puede resultar eficaz tener al paciente en una atmósfera protectora (hospital) parte del tiempo, dejándole salir a trabajar bajo palabra. La psicoterapia es de valor fundamental para el éxito y debe estar dirigida a corregir los defectos subyacentes de la personalidad y a eliminar, hasta donde sea posible, los factores exógenos que contribuyen al alcoholismo.

## R E S E Ñ A      H I S T O R I C A

Solamente a través de folletos llegados de New York se conocía en este país la existencia de la Sociedad de Alcohólicos Anónimos fundada en aquella ciudad en 1934. No fue sino hasta 21 años después, con la llegada de Mr. Eddie a nuestra tierra en 1955, que este esforzado pionero de dicha Sociedad tomó la decisión de realizar las primeras actividades para introducir en El Salvador el nuevo sistema de vida que brinda Alcohólicos Anónimos. El primer año fue el más duro, según propias expresiones de Mr. Eddie. Todo indicaba que habría que trabajar con tesonero empeño para lograr el éxito deseado. Los meses iniciales fueron de tanteo, en la búsqueda de personas que, adoleciendo del problema del alcoholismo, quisieran cooperar decididamente. Como era casi totalmente desconocida la Sociedad de Alcohólicos Anónimos entre nosotros, Mr. Eddie se encontró con innumerables obstáculos que pudo vencer gracias a su fe y dedicación. Logró por fin ponerse en contacto con el Dr. Julio, Luis A., Gil, Atilio y otros ciudadanos con quienes entabló las conversaciones preliminares, sumándose a estas personas otras más que recibieron con entusiasmo el mensaje. El Dr. Julio enlistó al Dr. C., excelente médico de San Miguel y al Dr. Manolo de Sonsonate. La lucha estaba iniciada y continuó su curso exitosamente.

El pequeño grupo inicial que logró formarse, se reunía en un principio en el Hospital Psiquiátrico Asilo Salva-

dor, donde Celia Trigueros y el Dr. Molina Martínez, Director del establecimiento, les acogieron con simpatía, proporcionándoles toda clase de facilidades. Allí se dio a conocer el programa de recuperación llevando el mensaje a varios enfermos alcohólicos que a la sazón se encontraban sometidos a tratamiento médico en dicho centro asistencial, muchos de los cuales acogieron las sugerencias sumándose al grupo de Alcohólicos Anónimos.

En vista de que el número de socios aumentó un poco, se dispuso continuar celebrando las reuniones dos veces por semana en casa de Atilio (ya fallecido), quien gentilmente la ofreció con ese objeto, continuando la viuda del occiso proporcionando el local, como homenaje al recuerdo de su esposo que rindió tributo a la madre tierra. Se lograron reunir entre diez y quince personas llenas de optimismo; pero como el grupo estaba en la etapa de formación y los integrantes eran todavía muy pocos, no se contaba con suficientes fondos para pagar un local. Se habló con el Profesor don Rubén H. Dimas, Director del Colegio García Flámenco, quien al enterarse de la finalidad que se perseguía, con todo gusto puso a la orden de Alcohólicos Anónimos una de las aulas de dicho centro educacional para que continuara celebrando sus reuniones dos veces por semana. En esta época exteriorizó su simpatía hacia el movimiento de Alcohólicos Anónimos el Dr. Juan Allwood Paredes, estimado facultativo que de manera espontánea llegó al Colegio a informar a los integrantes del grupo, acerca de las investi

gaciones médicas que se habían realizado sobre la enfermedad del alcoholismo.

Durante algunos meses permaneció el pequeño grupo en el García Flamenco, pero como el número de asistentes aumentaba paulatinamente, se alquiló uno de los apartamientos del edificio Quiñónez - - en el barrio de Concepción de esta capital. Fue aquí donde comenzó a tomar mayor auge Alcohólicos Anónimos. Sus integrantes reconocieron complacidos que Mister Eddie no había sembrado en tierra estéril y que la buca nueva había tenido magnífica acogida entre los salvadoreños que adolecen de alcoholismo.

Después se trasladó el grupo al local que actualmente ocupa el Central sobre la 6a. Calle Poniente No. 8 en donde quedó organizada definitivamente la Sociedad de Alcohólicos Anónimos el 21 de febrero de 1959.

Es verdaderamente alentador el notable crecimiento de Alcohólicos Anónimos en El Salvador, pues habiendo iniciado sus actividades en 1955 con un grupo que apenas llegaba a cinco personas, cuenta en la actualidad solamente en el Grupo Central, con un número permanente de más de trescientos miembros.

Noche a noche, de lunes a sábado y el domingo por la tarde, se celebran sesiones cerradas en el Central con asistencia media que sobrepasa de ciento setenticinco -- personas por sesión durante la semana y que llega hasta trescientas cincuenta en las reuniones dominicales.

Como el radio urbano de San Salvador es tan extenso,

al Grupo Central asistían personas que residen en barrios muy distantes y en poblaciones circunvecinas, se establecieron y se continúan formando numerosos grupos por los distintos rumbos de la capital, así como en villas, pueblos y cantones de la jurisdicción. Así se facilita la práctica del programa mediante las reuniones de manera constante e ininterrumpida, a todos aquellos miembros o simpatizantes que viven cerca de la ubicación de los nuevos grupos. En uno de los cuadros que se anexan, podrá apreciarse la gran cantidad de nuevas filiales creadas en toda la República, cuadro en el que no aparecen muchos grupos que han nacido recientemente.

Los dos primeros años de lucha fueron verdaderamente duros, cuando se comenzó la formación de los primeros grupos. La mayor parte del trabajo ya en firme, ha sido realizado durante los últimos cuatro años, hasta llegar a la altura en que hoy se encuentra Alcohólicos Anónimos como entidad bien cimentada, cuya obra redentora continúa sin interrupción, llevando la felicidad a millares de familias salvadoreñas.

COMO TRABAJA LA SOCIEDAD DE ALCOHOLICOS  
ANONIMOS EN EL SALVADOR.

En El Salvador, Alcohólicos Anónimos trabaja en virtud del novedoso principio de que un alcohólico recuperado puede acercarse y trabajar mejor que nadie al alcoholico que todavía sufre.

La finalidad general de la psicoterapia grupal de Alcohólicos Anónimos es conseguir un funcionamiento armónico entre las diferentes partes de la personalidad que son capaces de crear conflictos entre la realidad externa que obliga a renunciar y reprimir impulsos y los deseos que exigen satisfacción.

El alcohólico tiene un yo supersensitivo y reacciona ante las actuaciones de la vida simplemente con una cantidad mayor de emoción, teniendo que manejar impulsos emocionales más fuertes y necesitando utilizar más energía para controlar sus sentimientos.

En Alcohólicos Anónimos de El Salvador se enseña al alcohólico a registrar sus sentimientos y pensamientos de una manera diferente a la que antes había practicado. El enfermo alcohólico aprende a comprender la caótica lucha emocional que está ocurriendo en su interior y de la cual sólo lo es consciente en forma parcial. Aprende a comprender sus pautas de reacción ante el ambiente, convenciéndose de que no podrá modificar el ambiente. El paciente alcohólico aprende a aceptar como propios los impulsos que estaban reprimidos y a tolerar sus frustraciones. y en lugar

de evitar los pensamientos desagradables, aprende a enfrentarlos, aunque no los pueda traducir en acciones.

En este tratamiento, la relación transferencial con el padrino Alcohólico Anónimo, (que hace las veces de médico) se hace más prominente y el alcohólico cada vez busca más la aprobación y guía de su padrino. La actitud no crítica y benévola del padrino, unida a la esperanza y confianza del paciente en el tratamiento, nacida de la evidencia de sus compañeros que ya están recuperándose en los grupos - hacen más fácil el alivio de la tensión y los excesos de ansiedad.

Existe una obediencia y dependencia del alcohólico con respecto a su padrino Alcohólico Anónimo. Sin embargo también son movilizadas las emociones de un tipo diferente, que se ponen manifiesto durante el proceso del tratamiento, como son, insatisfacción, desconfianza y resentimiento, en periodos durante los cuales el alcohólico se siente frustrado en su deseo de obtener del grupo de Alcohólicos Anónimos una guía y un sostén adecuados, lo que reactiva las ansiedades originales, pero esto sirve para desarrollar en el enfermo un valor y una confianza adicionales como resultado de tener que luchar ahora por sí mismo contra la situación de la realidad.

Las esperanzas surgen a raíz de la transferencia y su subsiguiente frustración, posibilitan la solución de los desajustes, apareciendo una nueva adaptación y presentándose una reacción más armónica ante los instintos y deseos inte-

riores y ante la realidad. Cuando el alcohólico aprende a expresar sus temores, sus resentimientos, sus pensamientos molestos y sus tendencias antisociales, los sentimientos de culpabilidad que estaban ligados a esos pensamientos - y sentimientos disminuyen.

Además en los grupos de Alcohólicos Anónimos de El -- Salvador, el alcohólico reexperimenta y reestablece su experiencia pasada, logrando una reeducación o psicósintesis. Este resultado es logrado al mantener mente receptiva en las reuniones escuchando la narración de las experiencias de los demás compañeros Alcohólicos Anónimos y a su vez, contando el enfermo cuando así lo desee, su propia historia de alcoholismo activo, consiguiendo la catarsis mental o desahogo emotivo entre verdaderos amigos, capacitándose para vivir armoniosamente con los demás, a quienes ahora -- puede conocer como derivación inmediata de conocerse a sí mismo.

En el alcohólico, la capacidad perturbada de tomar contacto con la realidad, puede seguir creciendo imperceptiblemente. En lugar de conducir estas energías a un dominio maduro y, por lo mismo, mas satisfactorio del mundo, son puestas al servicio de una defensa que ocasiona un considerable estrechamiento de las posibilidades existenciales.

Las barreras erigidas también en el trato con sus parientes más cercanos, el mantenimiento de una distancia antinatural frente a sus semejantes en general, contribuye a convertirlo en un ser - en - el - mundo que exige sin ro

deos, antagónicas situaciones de encuentro. Sólo un "encuentro anulador de las barreras" puede eliminar en él la sensación de aislamiento.

La embriaguez del alcohólico no es más que uno de los muchos intentos de restablecer la unidad infantil del encuentro que el mundo le niega constantemente. La sensación de un mundo fraternalmente unido, tal como se vive a menudo en la embriaguez constituye, al igual que el comportamiento torpe, familiar o agresivo de los embriagados, un signo de la eliminación o anulación, gozosamente experimentada, de la distancia a que se encuentran los demás, distancia a causa de la cual el alcohólico sufre fuera de la embriaguez. Aquí puede hablarse, aunque en sentido distinto, de lo psicótico, de una especie de "supresión de límites".

El programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos en los grupos de El Salvador, resuelve este problema proporcionando al alcohólico dentro de cada uno de ellos, actividades físicas y sociales encaminadas a lograr la liberación de su energía nerviosa y para la corrección de su pensamiento introvertido; además le ofrecen al alcohólico amistad y comprensión en una forma tan amplia como seguramente no la haya conocido en muchos años. Le proporcionan la oportunidad para sostener simpáticas discusiones mutuas altamente beneficiosas, porque le proporcionan relevación de complejos, represiones y autorecriminationes. Finalmente y quizá sea lo más importante, le dan a los alcohólicos

la oportunidad de ayudar a otros en la misma forma en que ellos fueron ayudados.

Los tres elementos básicos que caracterizan los métodos de Alcohólicos Anónimos han sido conocidos y practicados de manera desorganizada por otras personas en el tratamiento del alcoholismo después de la Primera Guerra Mundial.

Los tres elementos básicos son rendimiento, relajamiento y catarsis.

Alcohólicos Anónimos fue la primera organización en intentar la creación de una serie de principios para producir dichas reacciones. El precepto y el ejemplo como ya hemos visto, son utilizados, La terapéutica en grupos al igual que en plan individual, son también usados entre aquellos alcohólicos que aceptan esos principios.

De los doce pasos en el programa de recuperación de Alcohólicos Anónimos, ocho son de rendimiento y cuatro de catarsis.

Los pasos de rendimiento son:

1. Confesamos que fuimos impotentes frente al alcohol; que nuestras vidas habían llegado a ser inmanejables;

2. Llegamos a la creencia de que un poder mayor a nosotros podría restaurarnos a la sanidad;

3. Resolvimos entregar nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, en la forma en que lo concebimos;

4. Estábamos enteramente listos para dejar que Dios suprimiera estos defectos de carácter;

5. Humildemente le pedimos que eliminara nuestras debilidades;

6. Sacamos una lista de las personas a quienes habíamos perjudicado y nos mostramos dispuestos a ajustar cuentas con todos ellos;

7. Repusimos directamente a esas personas el daño cuando fue posible hacerlo, exceptuando los casos en que ello entrañara ofenderlos, tanto a ellos como a otros;

8. Mediante la oración y la meditación hicimos el esfuerzo de mejorar nuestro contacto con Dios, en la forma en que lo concebimos, orando solamente por recibir el conocimiento de su voluntad hacia nosotros y por tener el poder de realizarlo.

Pocos médicos han hecho un estudio más intenso de la terapéutica en acción que el Dr. Harry M. Tiebout, de Greenwich, Connecticut. Su escrito sobre el "Mecanismo Terapéutico de Alcohólicos Anónimos", originalmente preparado para la Asamblea de 1943 de la Asociación Psiquiátrica Americana, marca una etapa en la creciente comprensión médica de A.A. y ha sido distribuido por todas partes del mundo. Los escritos posteriores del Dr. Tiebout han contribuido consistentemente a una mayor apreciación del papel que la medicina, la religión y A.A. pueden desempeñar en la rehabilitación del alcohólico.

Como psiquiatra, el Dr. Tiebout ha estado especialmente interesado en dos elementos del programa de A.A., a saber: el hecho de que el alcohólico que espera restablecerse, --

debe "rendir" (renunciar) sin reserva, su deseo irracional de "hacer lo que quiere", para domar los acontecimientos y la gente; el proceso de despertamiento espiritual que - frecuentemente se nota en A.A. , gracias al cual el alcohólico que va adelantando logra un nuevo sentido de armonía y de serenidad en relación con el mundo que le rodea y a lo que ha sido descrito como "ese poder intangible que - toda la humanidad reconoce, compréndalo o no".

Las observaciones hechas por el Dr. Tiebout lo han convencido de que "cumplir" con el programa de A.A. no es siempre bastante para el alcohólico. Debe estar dispuesto a admitir una derrota total antes de que pueda dar el paso por la senda del restablecimiento.

"Un hecho debe tenerse presente, a saber, la necesidad de distinguir entre sometimiento y rendición. En el sometimiento, el individuo acepta la realidad conscientemente, pero no inconscientemente. Acepta como un hecho práctico que no puede en ese momento conquistar la realidad, pero latente en su inconsciente conserva la idea de que "ya vendrá el día" -que implica una falta de aceptación verdadera y demuestra concluyentemente que la lucha continúa todavía. Con el sometimiento, que no pasa de ser una condescendencia superficial, la tensión continúa. Cuando, por otro lado, la facultad de aceptar la realidad funciona en el nivel del inconsciente, no queda residuo de batalla y el relajamiento surge libre de esfuerzo y de conflicto. En realidad, es perfectamente posible determinar -

hasta qué grado la aceptación de la realidad está en el nivel inconsciente por el grado de relajamiento que se desarrolla."

El Dr. Tiebout ha aplicado este concepto básico al alcohólico en estos términos:

"Un alcohólico, a la terminación de una larga y penosa borrachera, decide que ya ha terminado con la bebida. Esta decisión es anunciada en tonos fuertes y vehementes a todos los que le escuchan. Su sinceridad no puede ser puesta en duda. El lo dice con entera sinceridad. Sin embargo él sabe y también lo saben cuantos le oyen, que estará cantando otra tonada antes de que hayan transcurrido muchas semanas. Por el momento, parece haber aceptado su alcoholismo pero su aceptación no es más que superficial. No cabe duda que habrá de recurrir a la bebida, lo que aquí vemos es cumplimiento en acción. Durante el tiempo en que su recuerdo del sufrimiento causado por una borrachera es agudo, lo acepta todo sin reservas. Pero allá en lo profundo, en su inconsciente, lo único que puede hacer es cumplir -- lo que quiere decir que, cuando la realidad de su problema de beber es innegable, deja de disputar hechos incontrovertibles. Queda exhausto, sin fuerzas para luchar. A medida que la necesidad disminuye, la mitad del obediencia, que nunca en realidad aceptó, comienza a agitarse una vez más y pronto resume su imperio. La necesidad de aceptar la enfermedad del alcoholismo es ignorada, porque, después de todo, allá en lo profundo, no fué

sincero, en realidad. Por supuesto, conscientemente, la víctima de todo esto queda completamente a oscuras. Lo que recibe son mensajes de abajo que lentamente traen consigo - un cambio en su actitud consciente. Durante un rato, el trago era anatema, pero ahora empieza a acariciar la idea de una copa y así sucesivamente, hasta que, finalmente, a medida que el elemento no cooperativo vuelve a imponerse, - se toma el primer trago. La otra mitad del obediencia ha salido airoso, el alcohólico es ya la víctima, sin saberlo, de sus inclinaciones inconscientes.

"Es únicamente cuando ocurre una verdadera rendición que el obediencia desaparece, librando al individuo para una serie de respuestas sinceras - incluyendo, en el - alcohólico, su aceptación de la enfermedad, y la necesidad que tiene de hacer algo constructivo acerca de ella".

En el concepto del Dr. Liebout, la rendición (en vez de un simple obediencia) prepara el camino para el "despertar espiritual".

Los pasos de la catarsis son:

1. Realizamos un inventario escudriñador y valiente de nosotros mismos;

2. Confesamos ante Dios, a nosotros mismos y a otro - ser humano la naturaleza exacta de nuestras fallas;

3. Continuamos haciendo el inventario personal y cuando estuvimos equivocados lo confesamos inmediatamente.

4. Habiendo atravesado un despertar espiritual como - resultado de estos pasos, intentamos llevar este mensaje



nuestros asuntos.

Aunque el relajamiento no se encuentra incluido en los doce pasos así formulados, es parte de la terapéutica de los grupos, como queda demostrado en la frase repetida cada vez en las reuniones y conferencias entre los miembros: - "Poco a poco se va lejos", "Lo primero, primero", "Viva y Deje Vivir".

En los grupos de alcohólicos anónimos de El Salvador existe un clima general de esperanza y estímulo que emana de los alcohólicos que ya han tenido éxito en el programa de recuperación, el cual derrumba la estructura de un carácter o de una personalidad, reemplazándola mediante un reajuste espiritual, por otra personalidad que le permita al individuo permanecer alejado del alcohol.

Al tratar de determinar la naturaleza de la estructura de ese carácter que se derrumbó, encontraremos que las características predominantes son de raíz ambre egocéntrica y narcisista, en que predominan sentimientos de omnipotencia y desafío. En un informe rendido al Consejo de Investigaciones de los Problemas del Alcohol de Estados Unidos de América, se dejó sentado el principio de que el conjunto de cualidades que forman la personalidad de los alcohólicos, puede llamarse PERSONALIDAD GRANDISONA o PERSONALIDAD DESAFIANTE. Intrínsecamente, el alcohólico no permite que lo controle ninguno de sus semejantes ni tampoco Dios. El, el alcohólico, quiere y debe ser el dueño de su propio destino. Luchará contra todos y contra todo, aún entre la espa-

da y la pared, en su afán de mantener esa posición, siendo estas las razones que hacen que el alcohólico tenga dificultades en aceptar a Dios y a la religión.

En los grupos de Alcohólicos Anónimos de El Salvador y en virtud de su benéfico impacto, los alcohólicos obtienen sin quererlo ni proponérselo, un rotundo cambio de personalidad. Esta experiencia parece ser originada por inmensos cambios y desplacer emocionales. Las ideas, las emociones y aptitudes que fueron una vez fuerzas guías de estos hombres, son violentamente lanzados a un lado y un nuevo conjunto de concepciones y motivos comienzan a dominar en su vida. El carácter agresivo se apacigua y al depone la táctica de desafiar a todo el mundo, se obtiene -- una nueva comprensión de las aptitudes de los demás, obteniéndose una gran sensación de paz y calma que, como consecuencia, rebaja las tensiones interiores del individuo, -- tornándolo más dócil y bondadoso.

¿Qué es entonces el DESPERTAR ESPIRITUAL de que hablan los Alcohólicos Anónimos aquí en El Salvador y en otras partes del mundo? William James dice que la experiencia espiritual puede ser súbita o gradual, teológica o intelectual, brillante o confusa; pero que en todas esas formas cambia totalmente la personalidad de las gentes que se consideran completamente derrotadas. Esa persona ya puede hacer, sentir y creer todo aquello que antes, sin esta experiencia espiritual, no podía creer, sentir ni hacer. Ha recibido un don que consiste en un nuevo estado de con -

ciencia de sí mismo y de su vida. Ha encontrado una nueva fuente de fortaleza y ahora se encuentra dueño de un grado de honradez, tolerancia, desprendimiento y amor del que antes no se sentía capaz.

Un despertar o una experiencia espiritual o religiosa en Alcohólicos Anónimos es el acto de desechar la confianza en nuestra propia omnipotencia. La individualidad desafiante no sólo deja de asumir esa actitud de reto, sino que acepta la ayuda, orientación y control externo. Y a medida que el individuo se despoja de sus sentimientos negativos y agresivos hacia sí mismo y hacia la vida, se ve sobrecogido por fuertes sentimientos positivos, como son los del amor, la amistad, la tolerancia, la paciencia, etc. y el estado de sosiego y contentamiento que en él se manifiestan, son totalmente lo contrario de su estado de inquietud e irritación en que antes se encontraba sumido. El hecho significativo es que en este estado, el individuo alcohólico no se siente presionado a beber. Ahora se da cuenta que en el mundo, a su alrededor, se encuentran otros seres que tienen vidas similares a la suya, pero separadas y diferentes. Ahora ya no es el ser omnipotente que sólo ve al mundo en su relación con él. Puede compartir su vida con los demás; ya no tiene necesidad de dominar a nadie, ni de combatir por mantener su predominio. Ahora puede reposar y tomar las cosas con calma, con serenidad, sin aquella excitación que antes lo empujaba de un lugar a otro. Ahora está sosegado y más dispuesto a enfrentarse con la

Fuera de toda duda, en los grupos de Alcohólicos Anónimos de El Salvador todos los alcohólicos logran al fin esa sensación de paz y de recuperación. Es decir a medida que se suprime el componente narcisista de la estructura del carácter, va surgiendo en su lugar el componente de una personalidad mucho más madura y objetiva, capaz de afrontar positivamente las circunstancias sin necesidad de buscar escape en el alcohol. En los grupos de Alcohólicos de El Salvador se desprende del elemento narcisista permanente; si no se hace así el programa de Alcohólicos Anónimos sólo surte un efecto temporal.

Es necesario aclarar que hay una enorme diferencia entre un verdadero sentimiento emocional religioso y una vaga creencia de tanteo, escéptica e intelectual, que pasa por sentimiento religioso en la mente de muchas personas. En Alcohólicos Anónimos, a menos que en el curso del tiempo el individuo alcohólico alcance un sentido de la realidad y del acercamiento de ese poder superior, su naturaleza egocéntrica volverá a imponerse con igual intensidad que antes y la botella entrará otra vez en escena.

En los grupos de Alcohólicos Anónimos de El Salvador, la mayoría de alcohólicos que llegan a este indispensable estado espiritual lo logran sencillamente adentrándose en el programa y sin que experimenten nunca, de manera consciente, un súbito exceso de soliviantamiento espiritual. Acontece en su lugar, que estos individuos van creciendo paulatinamente en el aspecto espiritual y firmemente asu -

tiempo, cambia su manera de pensar, sentir y actuar.

Si no hay un cambio notable en la estructura de la personalidad, la base espiritual posiblemente sucumba al ir retornando el modo de ser del alcohólico. En otras palabras a menos que el impacto de Alcohólicos Anónimos pulverice - la coraza narcisista del alcohólico, cambiando los compo - nentes intrínsecos de su personalidad, la influencia del - programa no es duradera.

En Alcohólicos Anónimos de El Salvador como de los demás países, esa transformación se logra con la práctica de los Doce Pasos sugeridos por el Programa de Recuperación.

El primer paso es una paradoja sorprendente. Hay que darse cuenta de que se es totalmente impotente para librar se del alcohol, si no se admite esa impotencia. En el segundo paso el alcohólico se da cuenta de que si él mismo - no podía recuperar el sano juicio, necesariamente tenía - que ser un poder superior el que lo hiciera, para que el - alcohólico pueda seguir viviendo. Por consecuencia, en el - tercer paso se pone la vida del alcohólico y su voluntad - al cuidado de Dios, tal como cada quien lo considere. Por el momento, aquellos que se consideran ateos o agnósticos, descubren que su propio Grupo de Alcohólicos Anónimos en su totalidad, puede bastarles como su Poder Superior. Al - principio del cuarto paso empiezan a rebuscar lo que estando dentro de ellos, les hubiera ocasionado una bancarrota física, moral y espiritual. Hacen sin ningún temor un in--ventario completo de sí mismos. Mirando el quinto paso - deciden que tienen que abandonar la fatal costumbre de vi

vir solos con sus conflictos y que tiene que confiárselos honradamente a Dios y a otro ser humano.- Al llegar al sexto paso, algunos de ellos se detienen, por la sencilla razón de que no quieren despojarse de todos sus defectos, ya que algunos les son muy queridos. Pero sabiendo que tienen que llegar a un acuerdo con la parte fundamental del sexto paso, deciden que mientras tengan algunos defectos de carácter de los que no pueden despojarse, deben sin embargo desistir de su manera rebelde a aferrarse a él. Se dicen: - "Esto tal vez no pueda dejarlo hoy: pero por lo menos puedo dejar de vociferar que nunca lo dejaré". Entonces en el séptimo paso, humildemente le ruega a Dios que El elimine esos defectos de carácter, tal como El lo disponga. En el octavo paso siguen ventilándose, ya que se dan cuenta que los conflictos que tenían no eran sólo con ellos mismos, - sino que también con otras gentes y con situaciones del mundo en que viven. Tienen que empezar a estar en paz, así que hacen una relación de las personas que han dañado y están dispuestos a reparar esos daños. Esto lo siguen haciendo - en el noveno paso, al reparar esos daños directamente a las personas a quienes se los han causado, excepto en aquellos casos, en que el tratar de hacer la reparación se hubiese hecho más daño. Para entonces, en el décimo paso han empezado a adquirir una base para su vida cotidiana y se dan cuenta de que necesitan seguir haciendo un inventario personal y que cuando estén en un error deben admitirlo prontamente. En el undécimo paso se dan cuenta de que si un Poder Superior les ha devuelto su sano juicio y les ha permi-

tido vivir con cierto grado de tranquilidad espiritual en un mundo grandemente atribulado, quiere decir que vale la pena de saber algo más acerca de El por la vía más directa que podemos hacerlo. Se dan cuenta que el hábito perseverante de la meditación y la oración les ha **ensanchado** mucho el camino hacia una fortaleza firme, y a que Dios los guíe a medida que lo van comprendiendo más a El.

Así es que practicando estos pasos, los Alcohólicos - Anónimos obtienen una transformación espiritual no por revolución sino más bien por evolución; dedicándose a buscar a sus compañeros que todavía sufren para pasarles el mensaje de recuperación, logrando con esa actividad encontrar - sobriedad espiritual.

Aún el más novato de los recién ingresados, encuentra recompensa inesperadas cuando trata de ayudar al hermano alcohólico que está aún más ciego que él. La esencia de lo que reciben los Alcohólicos Anónimos al llevar el mensaje al próximo alcohólico, puede establecerse claramente al -- observar a los hombres y mujeres que llenos de admiración, surgen de las tinieblas a la luz, al observar como sus vidas adquieren un nuevo propósito y significado, al observar familias unidas de nuevo, al observar como el alcohólico -- proscrito es recibido de nuevo en la sociedad como ciudadano íntegro, y, sobre todo, al observar como despiertan estas gentes a la presencia en sus vidas, de un Dios de bondad y amor.

En Alcohólicos Anónimos de El Salvador se opera un fe-

nómeno muy especial de atracción, para llevar al nuevo -- miembro -alcohólico activo- al seno de la Sociedad. Hechos incontrovertibles han demostrado que la forma puesta en - práctica ha dado magníficos resultados, modalidad que, por ser tan singular, me referiré a ella.

Esquematisando el trabajo individual, los Alcohólicos Anónimos llevan el mensaje a las personas que lo solicitan o a aquellos amigos que tienen necesidad de él. La primera fase de esta entrevista es la identificación. Primordialmente le dan a conocer su experiencia personal como alcohólicos activos; le relatan las tristezas y calamidades que - les ha ocasionado el alcohol en su organismo, en su mente y en su espíritu. Luego le proporcionan información sobre la forma como a ellos les llegó el mensaje de Alcohólicos Anónimos, haciéndole ver el cambio que se ha operado en su vida.

El miembro Alcohólico Anónimo refiere en forma enfática a la persona elegida, que todo alcohólico es capaz de - enfrentarse honrada y valientemente a sus problemas por di fíciles que sean, si los examina con sinceridad y mente receptiva, llegando a la conclusión de que es posible resolverlos.

Al hablar de la noble hermandad colmada de amor y asist encia mutua que se encuentra en el seno de la agrupación, sugiere en su conversación al nuevo miembro que él es el socio más importante en esa oportunidad, por el hecho de - que sus experiencias recientes sirven para recordar a los

más antiguos el día en que ingresaron. Le exponen en forma objetiva los beneficios personales logrados en los diferentes aspectos de la vida; lo que han conseguido con solo el hecho de haber dejado de ingerir bebidas alcohólicas; que Alcohólicos Anónimos les ha proporcionado "una nueva forma de vida", les ha enseñado que es posible "vivir sin alcohol" y que así se disfruta mejor de la existencia.

Tan pronto como el Alcohólico Anónimo ha despertado interés por el programa de recuperación en la persona elegida, le invita a una reunión de grupo, sin compromiso, ni siquiera preguntarle su nombre o pagar ningún derecho. Le hace presente, además, que allí encontrará verdaderos amigos, quienes tratarán siempre de ayudarlo, siempre que él así lo desee. Allí - se le indica- no hay ninguna clase de crítica ni se juzga a nadie en su condición actual ni sobre su vida pasada. Lo único que se le sugiere es que ponga --mente receptiva, ya que si llega con actitud intolerante o beligerantemente negativa, el programa de Alcohólicos Anónimos no le producirá efecto alguno.

En esa forma franca, sencilla y amigable se forma el primer eslabón que conduce al nuevo miembro a la Sociedad, siendo entendido que el Alcohólico Anónimo que lo ha introducido, trata de explicarle en qué consisten las reuniones privadas e infundirle confianza para que tome parte activa en la sesión, haciendo énfasis que con su participación, narrando sus experiencias de alcohólico activo, saldrá directamente beneficiado.

Los Alcohólicos Anónimos en este país, demuestran interés especial por el miembro recién informado. Se nota que tratan de auxiliarlo y atenderlo en todos sus problemas y ponerlo incluso en manos de alguno de los médicos que pertenecen a la Sociedad, quien tratará de continuar las sugerencias que anteriormente ha recibido. El mayor número de miembros que llegan a la Sociedad lo hacen porque se les transmitió el mensaje y la persona que lo hizo se interesó porque se quedara dentro de la agrupación.

Los miembros de cada grupo comparten deberes y responsabilidades, pero únicamente como "servidores de los grupos", sin ninguna posición especial; éstos miembros tratan de coleccionar las contribuciones diarias entre los socios, después de cada sesión y ese aporte es utilizado para pagar el alquiler del local, compra de café y costear la literatura relacionada con el programa de Alcohólicos Anónimos.

Los "líderes" son los miembros más antiguos, que interesan porque los miembros "nuevos" sigan las sugerencias en la mejor forma, haciendo siempre hincapié en que la "experiencia" en Alcohólicos Anónimos" es la base fundamental de su éxito. Estos "líderes" no pasan más que de ser consejeros de los miembros de Alcohólicos Anónimos y con esa tolerancia y paciencia adquirida a travez del tiempo de su sobriedad, se encuentran suficientemente capacitados para servir de guías en forma adecuada y el alcohólico nuevo no sentirá ninguna presión.

En este país a los "líderes" o "dirigentes" de grupos-

nadie los nombra. Por si solos van surgiendo a medida que se interesan por los otros miembros y por la unidad de los grupos. Su trabajo y dedicación dan por resultado que más tarde adquiera la experiencia indispensable para ser "líder" y todo ello se enmarca en forma de servicio.

La forma que dejo relatada, que es la que se pone en práctica en Alcohólicos Anónimos para acrecentar el número de sus miembros, representa la modalidad que ha servido de base para que la Sociedad haya progresado tan notablemente en El Salvador.

## ALCOHOLICOS ANONIMOS Y EL ALCOHOLICO JOVEN.

Los jóvenes se hacen las siguientes preguntas: ¿Cómo puedo yo saber si soy realmente un alcohólico? ¿Es una -- desgracia terrible ser alcohólico? ¿Cómo hacen los jóve-- nes que pertenecen a los Alcohólicos Anónimos para mantenerse sobrios? ¿Cómo puedo yo, personalmente, dejar de - beber?.....

En el pasado Alcohólicos Anónimos no atrajo a muchos jóvenes. Aquellos que en los primeros años ingresaron a Alcohólicos Anónimos, fueron en su mayoría hombres y mujeres de edades maduras, que habían avanzado profundamente en su enfermedad. A medida que la Sociedad creció, -- gente más joven ingresó a ella en busca de ayuda. Al --- principio algunos llegaron sólo por curiosidad; pero ahora se ha visto con claridad meridiana que Alcohólicos Anónimos tiene mucho que ofrecer a la gente joven que necesita ayuda para cortar su problema alcohólico. En una breve visita a cualquier salón de sesiones de Alcohólicos Anónimos de El Salvador veremos a personas de 30 a 20 - años y aún muchachos que, con sus libros bajo el brazo, - llegan a sus reuniones de grupo después de salir de sus colegios.

El significado de todo esto, con respecto al gran - problema que es el alcoholismo, es muy claro: Quiere decirir que no es necesario que un joven continúe castigándose por sí mismo y suicidándose por medio de la bebida.

haya perdido sus trabajos, su familia, su posición social y su alto respeto, para buscar un efectivo camino que resuelva su problema alcohólico.

Lo más importante es que el joven puede echar una mirada a la naturaleza de su problema, lo cual no podía hacerlo hasta hace unos pocos años. Puede aprender de otros alcohólicos como él, la forma en que el alcohol le dañará si no enfrenta las realidades de su problema. El puede ver con sus propios ojos y oír con sus propios oídos el ejemplo de los alcohólicos que han descubierto una nueva vida sin alcohol.

Antes de llegar a Alcohólicos Anónimos, los jóvenes alcohólicos están en contra de todo y en contra de todas las cosas. Piensan que la ley se ha hecho para violarla y las buenas cosas para destruirlas. Algunas veces desean la sobriedad pero realmente no desean renunciar al alcohol.

Antes de llegar a Alcohólicos Anónimos los jóvenes alcohólicos desean ser diferentes a los demás, beben no por el sabor ni el olor, sino por el efecto que les produce el alcohol. Desean vivir sus propias vidas y no aceptan interferencias de nadie. Algunos son el vivo retrato de la autoconfianza, pero internamente comienzan a sentir los tormentos de la duda. El sentimiento de culpa se vuelve intolerable. La autocondenación, las horas de cavilación, el decaimiento, la amargura, la frustración y el sentimiento de la total desolación, son como una llg

Antes de llegar a Alcohólicos Anónimos, a los jóvenes alcohólicos, la conducta de aquellos que estaban bajo la influencia del alcohol, les parecía talentosa, y así comenzaron a beber para convertirse en indeseables en todos los lugares a donde asistían. Ya hacen la promesa de no beber toda la vida, pero la promesa si a caso se realiza, dura solamente unos meses o pocas semanas.

Cuando llegan a las sesiones de Alcohólicos Anónimos les parece que los que hablan no dicen nada sensacional; al ver a los socios que están en el grupo, piensan que han dejado de beber porque son mucho más viejos que ellos y están más acabados; pero en Alcohólicos Anónimos se -- cumple aquello de que "DESPUES DE LA TEMPESTAD VIENE LA CALMA".

En Alcohólicos Anónimos los jóvenes adquieren el valor de trabajar por algo que realmente vale la pena. Se dan cuenta que el alcohol ya ocupa un puesto muy importante en su vida y que al renunciar a él, tiene que sustituirlo por algo mejor y más grande. En Alcohólicos Anónimos - los jóvenes en su diario vivir, ponen en práctica los doce pasos del Programa de Recuperación del Alcoholismo y - viven los años más felices de su existencia.

En Alcohólicos Anónimos aprenden a comprenderse a sí mismos y a comprender a los demás; comprueban también - que la vida es algo maravilloso que merece la pena de - vivirse sin alcohol.

En Alcohólicos Anónimos dentro de cada joven algo re

el alcohol, ya no quieren beber más. Descubren un poder más grande que cualquier ser humano y nunca más se sienten solos. Cada día aprenden algo más sobre esta nueva y distinta manera de vivir. Aprenden que las cosas materiales son agradables, pero que en último análisis, no son realmente importantes. Están en paz con ellos mismos, con Dios tal como cada uno de ellos lo entiende y con el mundo.

No temen al futuro y comprueban que mantenerse sobrios no es una condenación, sino una necesidad para encontrar la felicidad, es decir para encontrar la solución a toda su miseria, a toda su inquietud, a toda su frustración, a todo su fastidio y, en general, a todo su disgusto por la vida.

## ALCOHOLICOS ANONIMOS Y LA MUJER ALCOHOLICA

La mujer alcohólica podrá tener cualquier edad; podrá ser una colegiala, una joven madre, una profesional distinguida, la esposa del hombre más importante de la comunidad o una abuela venerable. Puede ser una mujer extrovertida y animadora de las reuniones sociales a que asiste, o una persona asustada, con complejos de inferioridad que tiene que buscar el coraje en la botella antes de intentar hacer cualquier cosa, por simple que esto sea para otra persona normal.

La mujer puede haber estado bebiendo durante meses o años. Es muy posible que se sienta horrorizada y lo negara acaloradamente si alguien le dijera que es una alcohólica. En la mujer los hábitos de beber son generalmente - al principio muy secretos; se valen de todos los subterfugios posibles para ocultar su enfermedad, incluso a ella misma y puede ser que haya tenido buen éxito logrando ocultarlo.

Algunas mujeres no se atreven a beber una tan sola - copa en público, sabiendo que la primera copa es el principio de una larga serie, durante la cual perderán el - control. Durante mucho tiempo la mujer es una bebedora - de dormitorio y la familia, durante cierto lapso no sospecha de sus frecuentes dolores de cabeza.

La mujer alcohólica puede ser una de esas sombras que viven su vida en restaurantes y bares. Puede ser el problema del vecindario o el escándalo del pueblo. La fami-

lia puede haberse cansado de ocultar su modo de beber, sus mismos hijos ya no se preocupan de buscar excusas para justificarla, hasta que en definitiva pierde a su familia debido a su impotencia para controlar la bebida.

La mujer alcohólica sufre más intensamente que el hombre. Su psicología y su constitución es más compleja y - sensible. Puede tolerar menos su propio desprecio y sufre más que el hombre, porque una sociedad ignorante considera el alcoholismo como un estigma social. La arrogancia - con que se defiende el hombre alcohólico no llega a las - mujeres hasta que casi han matado su personalidad.

La ciencia médica y la psiquiatría han establecido el hecho de que la mayoría de los que beben con exceso lo hacen debido a causas emocionales.

A pesar de lo que la mayoría de la gente cree, los alcohólicos tienen la conciencia terriblemente sensible. Se preocupan tan profundamente por todas las cosas, que no pueden soportar las angustias y preocupaciones. Cuando una conciencia irresistible tropieza con una inamovible inhabilidad para soportar las agonías de las preocpaciones se crea una abierta invitación al excesivo beber.

Los conflictos emocionales en los supersensibles individuos que son los alcohólicos, se hacen tan insoportables que una vía de escape, equivalente a la inconciencia total, se hace imperativa. En algunos alcohólicos, un sentimiento de inferioridad nacido en la niñez, provoca un "mecanismo de compensación" que provoca un insaciable de

seo de ser ponderado y tener éxitos que nunca se satisfacen con los que obtienen. En las mujeres el ego inflado exige alabanzas, indulgencias y, en algunos casos, romances continuos.

Uno de los milagros de Alcohólicos Anónimos es que transforma tanto los cuerpos como las emociones y las inteligencias. La sustancia misma de piel y cabellos parece renovarse. Mujeres cuyos cuerpos han sido degradados por descuido y abusos, ahora dan gran valor a su apariencia que, como dijo una de ellas, parece que Dios hubiese pintado un nuevo cuadro de sí misma.....!

Las mujeres llegan a Alcohólicos Anónimos profundamente lastimadas en lo social, pues han destuido sus relaciones humanas. En Alcohólicos Anónimos vuelven a tener fe en los demás y a inspirar fe con la mayor sinceridad.

En Alcohólicos Anónimos las mujeres alcohólicas se sienten conscientes de la presencia de Dios y a través de este contacto consciente, el problema múltiple que una vez destrozó todas las fases de sus vidas, se resuelve y la rehabilitación se inicia casi sin esfuerzo.

Las mujeres en Alcohólicos Anónimos encuentran un cariño multiplicado por miles. Todo lo que tiene que hacer es extender la mano y aferrarse a ese cariño que está esperando la oportunidad de entrar en acción en beneficio propio.

APRECIACIONES ESTADISTICAS SOBRE EL TRABAJO  
DE ALCOHOLICOS ANONIMOS EN EL SALVADOR.

Del estudio del cuadro demostrativo del estado actual de la Sociedad de Alcohólicos Anónimos en El Salvador, se establece que el Grupo que comenzó su trabajo con el menor número de miembros, lo hizo con 4; y el grupo que se inició con el mayor número lo hizo con 15, advirtiéndose que este último es el de más reciente fundación, lo que demuestra que el trabajo de Alcohólicos Anónimos, en El Salvador permite que un **mayor** número de enfermos alcohólicos se den cuenta de su problema y decidan buscar el correspondiente tratamiento de recuperación.

Observamos que el grupo más antiguo, con seis años de trabajo, tiene 420 miembros en recuperación y el grupo fundado más recientemente tiene 15, con un mes de -- trabajo.

Encontramos que entre los miembros de los grupos se encuentran 16 personas del sexo femenino, demostrándose la efectividad de la terapéutica en este tipo de paciente.

En el Cuadro N° 1 se registra, además, que los grupos en toda la República, llegan a 53 y que, algunos departamentos como San Salvador, Usulután, Sonsonate y La Libertad, tienen 14, 8, 7 y 5 grupos, respectivamente.

En seis años de trabajo que tiene esta Sociedad en El Salvador, sus miembros han llegado a ser 3.111 enfermos alcohólicos. de los cuales 2.206 mantienen su sobrie

dad desde el día que ingresaron, 487 recayeron en una o dos ocasiones, pero volvieron a los grupos de Alcohólicos Anónimos, en donde actualmente se encuentran y 418 se retiraron de los grupos y no continuaron su programa de recuperación.

Actualmente se encuentran en los 53 grupos de Alcohólicos Anónimos en El Salvador, 2.693 miembros.

Haciendo un estudio estimativo del número de personas que se benefician con la sobriedad de estos 2.693 - alcohólicos recuperados, tomando como base la mujer y - cuatro hijos, tenemos un número de 13. 465 personas, que solucionaron el problema socio-económico que origina la enfermedad del alcoholismo.

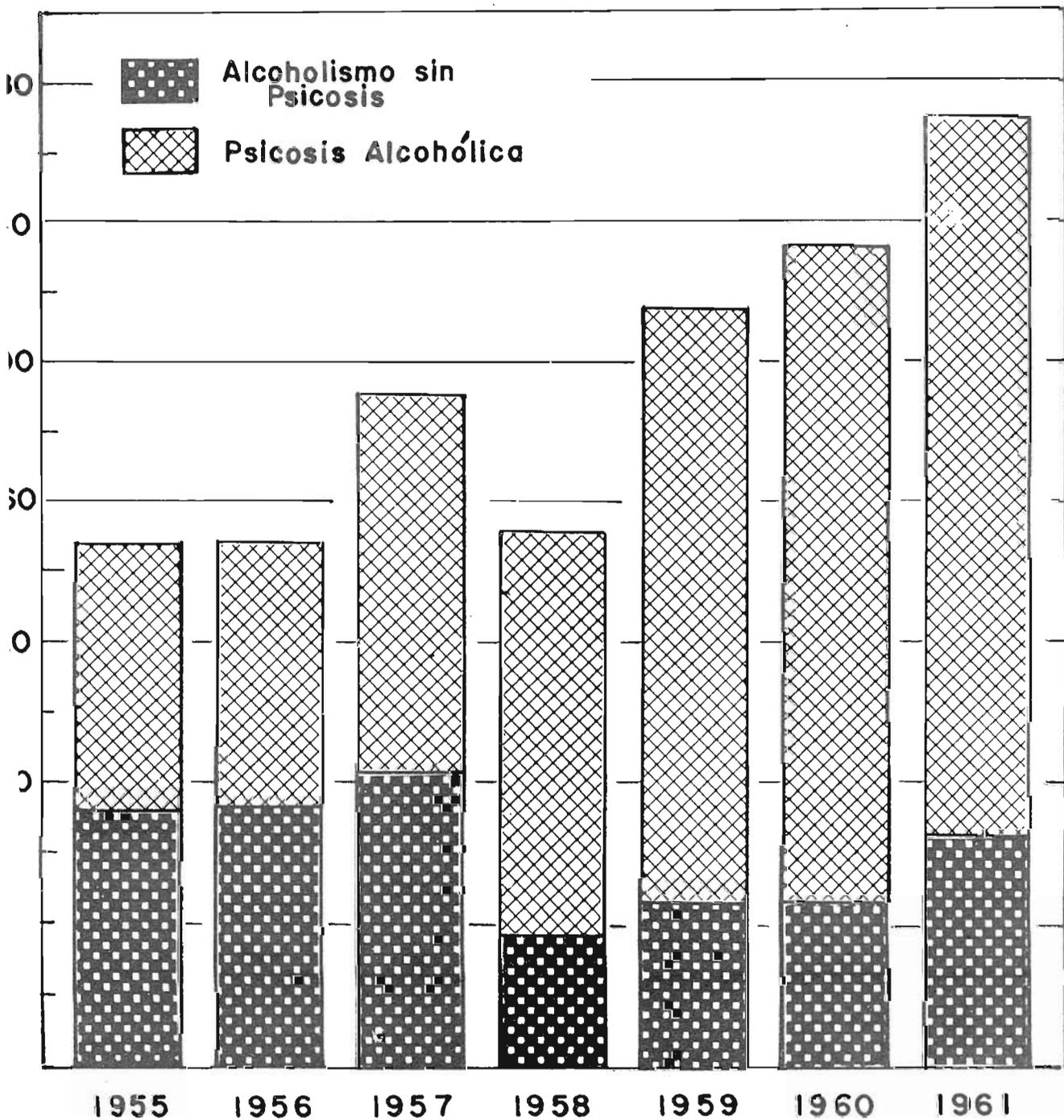
El cuadro gráfico Nº 2 registra los ingresos en el Hospital Psiquiátrico (Asilo Salvador) en los años de - 1955 a 1961, que se refiere a pacientes que ingresaron con psicosis y sin psicosis alcohólica. (Datos estadísticos del Dr. José Molina Martínez, Director).

El cuadro Nº 3 ilustra la producción de cerveza y licores. Además su valor en Colones. Demuestra como estas cantidades, en los años de 1954 a 1961, siempre tienden a subir, lo que significa que el consumo de bebidas alcohólicas es considerable.

En la gráfica Nº 4, aparecen los porcentajes de iniciadores, sobrios permanentes desde su inicio y miembros - actuales, en la que salta a la vista el notable auge que ha tomado Alcohólicos Anónimos, cuyo estado hasta hoy en El Salvador por Departamentos puede apreciarse en el -

DEPARTAMENTO	POBLACION	NOMBRE DEL GRUPO	FECHA DE FUNDACION	TIEMPO DE TRABAJO (Años)	NUMERO DE INICIALES	MIEMBROS RETIRADOS		SOBRIOS DESDE SU INGRESO		RECAIDOS QUE ESTAN EN LOS GRUPOS		TOTAL MACTU
						H.	M.	H.	M.	H.	M.	
SAN SALVADOR	San Salvador	"CENTRAL"	Abr./1957	6	10	10	125	200	200	120	120	420
"	San Salvador	"CONCEPCION"	1º Nov/60	2	10	10	48	166	176	48	2	214
"	San Salvador	"SAN FRANCISCO"	Jul./1961	1	8	8	3	35	35	10	10	45
"	San Salvador	"LOURDES"	Ene./1961	2	7	7	5	30	30	7	7	37
"	San Salvador	"CENTROAMERICA"	Feb./1961	2	12	12	4	45	45	5	5	50
"	San Salvador	"PLAZUELA AYALA"	11/Agt/62	5 (+)	6	6	3	73	75	4	1	77
"	San Salvador	"LIBERTAD"	Ene./1961	2	9	9	4	45	45	5	5	50
"	San Salvador	"LA LUZ"	Mzo./1961	1½	10	10	5	30	30	7	7	37
"	Cuscatancingo	"SALVADOR"	Agt./1960	2	8	8	5	35	35	12	12	47
"	Soyapango	"SOYAPANGO"	Sep./1959	3	5	5	3	45	45	4	4	49
"	Villa Delgado	"EL PROGRESO"	Agt./1961	1½	6	6	5	95	95	20	20	115
"	San Marcos	"RESURRECCION"	Mzo./1961	1.9	8	8	6	55	55	10	10	65
"	Mojicanos	"BENDITA SOBRIEDAD"	Oct.11/61	1	9	9	7	80	80	20	20	100
"	Santo Tomás	"REDENON"	- - - -	-	7	7	4	25	25	6	6	31
USulután	Ueulután	"23 DE SEPTIEMBRE"	Sep.23/61	2	8	8	7	28	28	6	6	34
"	Ueulután	"EL CALVARIO"	Oct./1961	1	7	7	5	20	20	2	2	22
"	Santiago María	"SANTIAGO MARIA"	Sep./1961	1	12	12	10	80	80	7	7	87
"	Santa Elena	"NUEVO AMANECEER"	Sep./1961	1.3	10	10	5	35	35	9	9	44
"	Berlín	"BERLIN"	Oct./1961	1.2	8	8	6	30	30	8	8	38
"	Tecapán	"TECAPAN"	Oct./1961	1.2	6	6	2	20	20	5	5	25
"	Jucupa	"SAN SIMON"	Nov./1961	1.1	5	5	4	25	25	3	3	23
"	Ozatlán	"OZATLAN"	Oct./1962	3 (+)	9	9	4	25	25	3	3	28
AHUACHAPAN	Ahuachapán	"LOS AUSOLES"	Oct./1959	3	7	7	7	35	35	6	6	41
"	Apaneca	"SAN ANDRES"	Nov./1961	1	6	6	5	18	18	7	7	25
"	Ataco	"ARZUMPA"	- - - -	-	5	5	3	20	20	5	5	25
SONSONATE	Sonsonate	"24 HORAS"	Oct./1958	4	8	8	6	24	24	7	7	31
"	Izalco	"ATECOZOL"	Ene./1961	2	7	7	5	15	15	3	3	18
"	Acajutla	"ACAJUTLA"	- - - -	-	6	6	3	15	15	4	4	19
"	Armenia	"ARMENIA"	- - - -	-	9	9	5	20	20	5	5	25
"	San Antonio	"MARTIANO"	- - - -	-	10	10	4	20	20	6	6	26
LA LIBERTAD	Salcoatlán	"SAN MIGUEL"	- - - -	-	8	8	3	15	15	4	4	19
"	Santa Tecla	"RESURRECCION"	Ene./1958	4	7	7	4	30	30	5	5	35
"	Santa Tecla	"LAS COLINAS"	- - - -	-	6	6	3	30	30	6	6	36
"	Pto.La Libertad	"PTO.LA LIBERTAD"	- - - -	-	12	12	8	85	85	10	10	95
"	Opico	"SOCORRO"	- - - -	-	4	4	5	15	15	4	4	19
"	Hoda,Mizata	"MIZATA"	Sep.30/61	2	6	6	4	20	20	5	5	25
SAN VICENTE	San Vicente	"RENOVACION"	Feb.4/61	2	7	7	5	70	70	7	7	77
"	San Sebastián	"BATANECO"	Nov./1961	1	8	8	4	30	30	5	5	35
"	Apastepeque	"2 DE SEPTIEMBRE"	Sep.2-62	3 (+)	12	12	6	30	30	5	5	35
SANTA ANA	Santa Ana	"SANTANECO"	Jun./1959	3	12	12	6	65	65	8	8	73
"	Chalchuapa	"TAZUMAL"	- - - -	-	8	8	4	15	15	5	5	20
CABAÑAS	Sensuntepeque	"SENSUNTEPEQUE"	- - - -	-	4	4	3	17	17	4	4	21
"	San Isidro	"SAN ISIDRO"	- - - -	-	6	6	4	26	26	5	5	31
LA PAZ	Zacatecoluca	"3 DE OCTUBRE"	Oct.3/59	3	7	7	5	27	27	7	7	34
"	San Pedro Nonc.	"SAN PEDRO NONUALCO"	- - - -	-	5	5	5	20	20	4	4	24
CHUCAFLAN	Cojutepeque	"17 DE ENERO"	Ene./1959	3	6	6	7	28	28	5	5	33
"	Cojutepeque	"BILL W."	Nov./1961	1	4	4	5	20	20	5	5	25
"	Tenancingo	"TENANCIINGO"	- - - -	-	7	7	5	20	20	6	6	26
SAN MIGUEL	San Miguel	"NADA PODEMOS SOLOS"	Jun./1958	4	8	8	7	70	70	9	9	79
"	Chinameca	"CHINAMECA"	- - - -	-	6	6	4	15	15	4	4	19
MORAZAN	Gotera	"19 DE MAYO"	May.19/61	1	9	9	4	26	26	4	4	32
LA UNION	La Unión	"ALBERTO MASFERRER"	- - - -	-	7	7	5	20	20	6	6	26
CHALATENANGO	Chalatenango	"CHALATENANGO"	Nov./1962	1 (+)	15	15	5	15	15	6	6	15

# DISTRIBUCION SEGUN EL DIAGNOSTICO 1955 — 1961

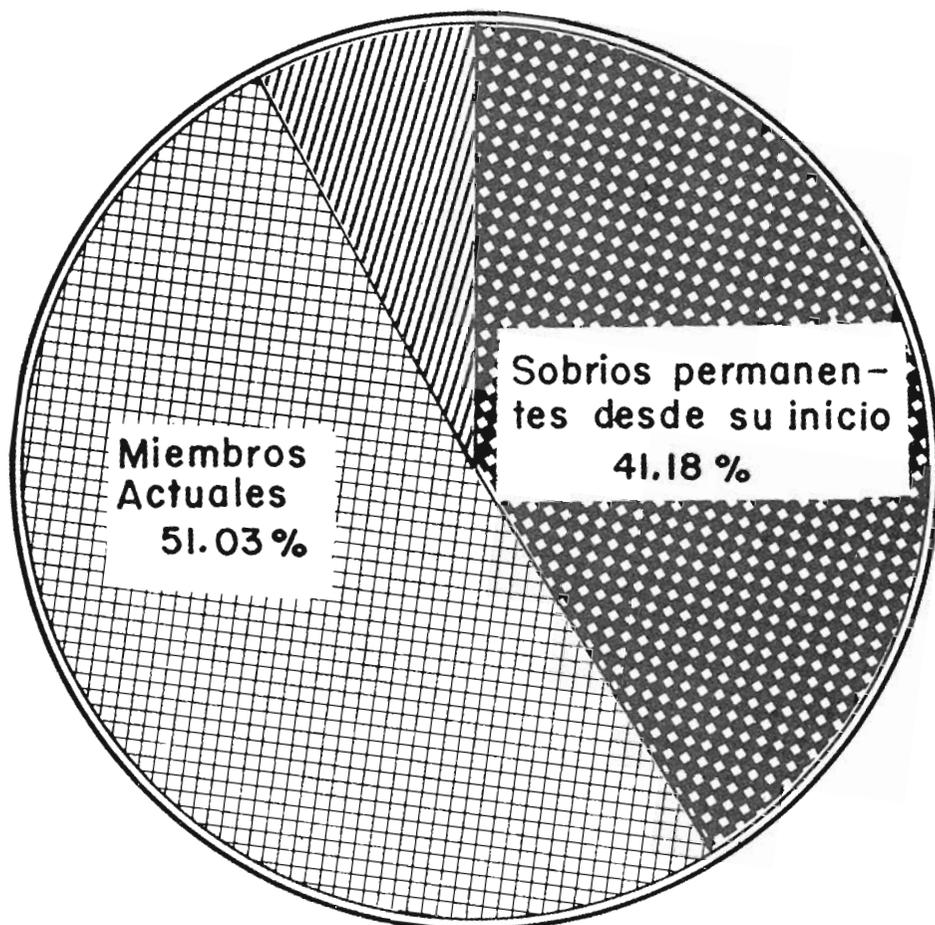


DISTRIBUCION SEGUN EL DIAGNOSTICO

Año	Alcoholismo sin		Psicosis		Total
	Psicosis	Alcohólica	Alcohólica	Psicosis	
1955	72	76			148
1956	73	75			148
1957	83	108			191
1958	37	114			151
1959	47	168			215
1960	47	186			233
1961	66	204			270
Total	425	931			1.356
%	31.3	68.7			100

# ESTADO DE A. A. EN EL SALVADOR

Número de Iniciales  
7.79%



PRODUCCION DE CERVEZA Y LICORES

(En Litros - Valor en Colones)

Industria y Concepto	Cantidad Producida		Valor de la Producción		Cantidad Producida	
	1954	1955	1954	1955	1956	1957
Aguardiente	3 597 092	3 666 266	2 991 344	2 781 398	3 867 433	3 762 864
Licores Confeccionados	262 172	662 425	1 699 725	1 605 293	693 257	748 424
Otros	-	-	-	40 928	-	-
Cerveza envasada en botella	15 834 430 96	6 825 772 22	11 651 375 14	14 204 816 13	525 549 07	17 147 571 51
" " barril	756 200	630 065	279 794	409 542	788 690	1 009 697
" " litro	-	-	-	-	-	-

Industria y Concepto	Cantidad Producida		Valor de la Producción		Cantidad Producida	
	1958	1959	1958	1959	1960	1961
Aguardiente	3 208 595	3 371 137	2 271 144	2 477 342	3 634 969	-
Licores Confeccionados	808 169	680 973	1 069 808	1 136 189	739 580	-
Otros	-	-	22 327	19 101	-	-
Cerveza envasada en botella	14 451 989 03	11 096 029 05	14 435 411 12	200 092 9	237 249 02	1
" " barril	902 010	763 060	626 918	584 214	731 595	-
" " litro	-	-	-	-	3 767 070	-

IMPORTACION DE VINOS, CERVEZA Y BEBIDAS ALCOHOLICAS

Bebidas Alcohólicas	1 9 5 4		1 9 5 5		1 9 5 6	
	Kilogramos	Valor en Colones	Kilogramos	Valor en Colones	Kilo-gramos	Valor en Colones
1- Vinos de mesa blanco, tinto o clarete	122 850	116 279	117 457	109 167	100 656	106 105
2- Vinos generosos	279 699	245 502	228 985	209 762	199 570	182 966
3- Champagne	67 366	153 227	52 521	120 421	50 526	133 346
4- Otros vinos espumosos (n.e.p.)	32 315	32 562	33 605	33 440	29 919	32 447
5- Sidra y jugos de frutas fermentados (n.e.p.)	8 779	5 417	23 975	23 805	93 219	90 847
6- Cervezas y otras bebidas de cereales fermentadas	181 231	96 484	259 393	122 591	175 918	106 232
7- Extractos amargos aromáticos, líquidos	662	2 441	211	1 005	692	2 288
8- Licores dulces y cordiales, incluso los compuestos	496 635	1 074 282	429 755	923 298	418 294	938 728
9- Otras bebidas alcohólicas destiladas (n.e.p.)	20 250	51 197	16 701	41 247	11 134	25 819
10- Otros vinos, incluso mosto de uva	-	-	-	-	-	-
11- Bebidas alcohólicas destiladas	-	-	-	-	-	-
	1 9 5 8		1 9 5 9		1 9 6 0	
Bebidas Alcohólicas	Kilogramos	Valor en Colones	Kilogramos	Valor en Colones	Kilo-gramos	Valor en Colones
1- Vinos de mesa blanco, tinto o clarete	103 872	124 556	62 374	73 849	60 677	70 481
2- Vinos generosos	176 666	185 424	45 932	49 240	34 934	39 449
3- Champagne	40 769	113 767	33 337	82 984	33 871	90 421
4- Otros vinos espumosos (n.e.p.)	36 038	40 914	13 042	14 780	18 292	17 837
5- Sidra y jugos de frutas fermentados (n.e.p.)	487 540	347 063	451 842	296 253	465 997	283 268
6- Cervezas y otras bebidas de cereales fermentadas	674 668	402 823	2 355 770	1 120 558	499 783	258 872
7- Extractos amargos aromáticos, líquidos	1 367	4 447	1 182	3 418	443	881
8- Licores dulces y cordiales, incluso los compuestos	443 451	1 027 183	20 195	52 702	23 927	61 789
9- Otras bebidas alcohólicas destiladas (n.e.p.)	69 384	159 368	172 765	407 881	246 278	596 858
10- Otros vinos, incluso mosto de uva	-	-	11 984	12 584	29 144	31 420
11- Bebidas alcohólicas destiladas	-	-	-	-	270 648	659 528

C O N C L U S I O N E S.

- 1a. ALCOHOLICOS ANONIMOS en El Salvador cuenta en la actualidad con el mayor número de enfermos alcohólicos recuperados. Realiza una labor altamente beneficiosa a la sociedad, con la resolución del problema alcohólico que confronta el país.
- 2a. Los medios de tratamiento que pone en práctica Alcohólicos Anónimos están basados en principios médico-psiquiátricos y de religión. Los primeros por la terapéutica racional de grupo y los segundos por la fe en un Poder Superior, como cada cual se lo imagina.
- 3a. El programa de recuperación de ALCOHOLICOS ANONIMOS es efectivo en todas aquellas personas enfermas alcohólicas que tengan el deseo sincero de dejar la bebida y adopten las sugerencias que contiene el Programa respectivo.
- 4a. Las relaciones públicas de ALCOHOLICOS ANONIMOS están basadas más en la atracción que en la promoción.

## S U G E R E N C I A S

- 1a. Las Autoridades de Salud Pública y Asistencia Social deberían incluir en sus programas de trabajo, la formación de Comités que traten sobre el problema del alcoholismo.
  - 2a. Los objetivos primordiales de dichos Comités serían:
    - a) Promover la educación sobre lo que es el alcoholismo;
    - b) Auspiciar y dirigir investigaciones en relación con el mismo problema;
    - c) Auxiliar y desarrollar recursos para la rehabilitación del alcohólico, contando para ello con la cooperación de los miembros de ALCOHOLICOS ANONIMOS.
  - 3a. Conviene que tanto en los hospitales de la República como en el del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, se establezca dentro de sus servicios asistenciales de emergencia, la atención de los pacientes con alcoholismo agudo, ya sea con o sin psicosis y que en los servicios de medicina de los mismos centros, se preste atención médico-psiquiátrica en los casos de alcoholismo crónico.
  - 4a. Sería de vital importancia que el Honorable Cuerpo Médico y en especial los señores Médicos-Psiquiatras de El Salvador, prestaran su valiosa cooperación en los casos particulares de enfermos alcohólicos, recomendando a éstos su ingreso a Alcohólicos Anónimos.
-

- 5a. La Universidad Autónoma de El Salvador, en su extensa labor de investigación, debería crear organismos para el estudio del alcoholismo, habilitando a las Facultades de Medicina, Ciencias Químicas y Humanidades para que realicen estudios relacionados con el problema.
- 6a. Cooperando en la forma práctica que antes se plantea los organismos mencionados y miembros de ALCOHOLICOS ANONIMOS pueden proporcionar servicios inapreciables en el campo de la investigación científica y en el aspecto socio-económico, en relación con problema tan complejo.
- 7a. Los alcances de prevención, investigación, etc. que antes se plantean, dependen de las actividades que desarrollen los organismos mencionados, así como de las campañas educacionales que se lleven a cabo en torno al problema, siendo entendido que para lograr mejores resultados, habrá que aprovecharse de los recursos que, como medios eficaces de divulgación, proporcionan el cine, la prensa, la radio y la televisión.
-

B I B L I O G R A F I A .

- GOODMAN Y GILMAN: Bases Farmacológicas de la Terapéuti  
Tomo 1, 2a. Edición. Unión Tipográfica Hispanoame  
cana.
- STRECHER, EDWARD A.: Manual de Psiquiatría Clínica Mod  
na. Ediciones Horme, Editorial Paidós, Buenos Air  
Argentina.
- SLUCHEVSKE, I. F.: Psiquiatría. Traducción por Dr. Flo  
cio Villa Landa y Manuel de la Loma. Primera edic  
en español. Editorial Grijalbo, S. A., México, D.
- DUMBAR, FLANDERS; ENGLISH, O. S.; BUNKER, HENRY A.;  
EISENDUB, JULE y otros: Medicina Psicomética y Ps  
coanálisis de Hoy.- Editorial Paidós, Buenos Aire  
Argentina.
- SMIRNOY, N. A.; LEONTIEV, A. N.; RUBISTEIN, S. L.; TIE  
B. M. y otros: Psicología. Editorial Paidós, Buen  
Aires, Argentina.
- PLATONOV, K.: La palabra como Factor Fisiológico y Ter  
péutico.- Editorial Paidós, Buenos Aires, Argenti.
- MANN, MARTY: New Primer on Alcoholism. Editores: Clark  
Irwin & Co. Ltd., Toronto, Canadá.
- BARUK, HENRY: Terapéuticas Psiquiátricas. Editorial Pa  
Buenos Aires, Argentina.
- FLORES GONZALEZ, VICTOR MANUEL: Lesiones Cerebrales en  
Psicosis Alcohólicas. Estudio Neuropatológico.-Te  
Profesional. Facultad de Medicina de la Universid  
Nacional Autónoma de México, 1958.
- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: Alcoholics Anonymo  
(The Big Book) Revised Edition.
- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: Twelve Steps and T  
ve Traditions.
- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: A. A. Comes of Age
- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: This is A. A.
- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: 44 Questions and A  
wers.
- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: Is A. A. for you.
- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: Young People and A  
-----

- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: A. A. For the Woman
- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: A. A. Tradition.
- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: Alcoholism the Illness.
- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: A. A. and The Medical Profession.
- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: Tranquilizers, Sedatives and the Alcoholic.
- A. A. WORLD SERVICES INC., NEW YORK: Lawler Award Citations.

-----

Talvez la mejor manera de comprender los métodos y resultados de los Alcohólicos Anónimos es dirigiendo la vista hasta su origen, época en la cual la medicina y la religión entraron a formar humana compañía con nosotros, lo que significa por ahora la base del éxito obtenido hasta la fecha.

Ciertamente, nadie inventó los Alcohólicos Anónimos. Los Alcohólicos Anónimos es una síntesis de principios y actitudes que vinieron a nosotros procedentes de la medicina y de la religión. Nosotros los alcohólicos simplemente hemos dado forma a esas fuerzas, adaptándolas a nuestro uso especial dentro de la Sociedad, donde ellas puedan trabajar efectivamente. Nuestra contribución no fue sino el eslabón perdido de la cadena de recuperación, la cual es ahora tan significativa y de promesa tan grande para el futuro.

Pocas personas saben que la primera raíz de los Alcohólicos Anónimos emergió hace como 30 años en la Oficina de un Médico. El Dr. Carl Jung, ese gran pionero en Psiquiatría estaba hablando con un paciente alcohólico, un prominente hombre de Negocios Americano que había estado siguiendo el típico camino alcohólico. Habiendo agotado todas las posibilidades de la medicina y de la psiquiatría en los EE.UU. había venido, como último recurso, a consultar al Dr. Jung. El Dr. lo tuvo bajo tratamiento durante un año, y tenía confianza de que los resortes escondidos que lo impulsaban a beber, habían sido ya descubiertos y suprimidos. Sin embargo, poco tiempo después de abandonar la Clínica del Dr. Jung el paciente fue refutado nuevamente del alcohol.

Ahora había regresado en un estado tremendo de de-  
ración, y preguntando cuál era su situación, el Dr. le  
testó: "Por cierto tiempo después de su venida aquí, yo  
tinué creyendo que usted podía ser uno de esos raros cas  
de recuperación del alcoholismo. Pero ahora, francamente  
debo decirle que jamás he visto un tan solo caso de recu  
ración del alcoholismo por medio del arte psiquiátrico, a  
de la neurosis sea tan severa como la suya. La medicina h  
hecho todo lo que ha podido por usted, y es allí hasta don  
de usted ha llegado".

La depresión del paciente se agudizó. Luego pregunto:  
"No hay excepción, Dr.: es éste realmente mi caso?"

"Bien", repuso el Dr., "hay algunas excepciones, muy r  
cas. Aquí, allí, de vez en cuando, los alcohólicos han ter  
do lo que es llamado vitales experiencias espirituales. Di  
chas experiencias parecen ser originadas por inmensos cam  
bios y desplaces emocionales. Las ideas, las emociones y c  
titudes que fueron una vez las fuerzas guías de estos hom  
bres, son súbitamente lanzadas a un lado, y un nuevo juego  
de concepciones y motivos comienzan a dominarlos. De hecho  
yo he estado tratando de producir tales cambios emocionale  
en usted. "Con muchos tipos de neuróticos, los métodos que  
yo empleo son exitosos, pero jamás he tenido éxito con un  
alcohólico de la condición suya".

"Pero" -protestó el paciente- "yo soy un hombre relig  
so, y todavía tengo fe". A esto el Dr. Jung contestó: "Ord  
nariamente la fe religiosa no es suficiente"

le estoy hablando es de una experiencia transformadora, una experiencia de conversión, si usted lo quiere así. Yo puedo recomendarle solamente que usted se coloque por si mismo - dentro de la atmósfera religiosa de su propia escogitancia, que usted reconozca su propia desesperanza, y que usted se lance en los brazos de su Dios. La luz de la experiencia - transformadora de la conversión puede tocarle. Esto es lo - que usted debe ensayar; es su única salida."

Así habló un Doctor humilde y grande.

Para el existir de los Alcohólicos Anónimos esto fue el punto de arranque. La ciencia había virtualmente desahuciado al Sr.R. Las palabras del Dr. Jung lo sacudieron profundamente, produciendo una inmensa contracción en su ego. Esa profunda contracción del yo constituye hoy día el principio fundamental de los Alcohólicos Anónimos. En la oficina del Dr. Jung, se empleó por primera vez a nuestro hombre, ese principio fundamental.

El paciente, Sr. R. escogió los Grupos de Oxford de aquel entonces como su asociación y atmósfera religiosa. Terriblemente castigado y casi sin esperanza alguna, comenzó a ser activo con esos grupos. Para su placer intenso y asombro, la obsesión de beber lo abandonó súbitamente.

Regresando a América, el Sr. R. se encontró con un viejo amigo mío, que era un alcohólico crónico. Este amigo, a quien llamaremos Ebby, estaba para ser enviado a un Hospital mental del Estado. A estas alturas, otro vital ingrediente fue agregado a la síntesis de Alcohólicos Anónimos. El Sr.R.

el alcohólico, comenzó a hablar a Ebby, también un alcohólico y un paciente víctima de la misma enfermedad. Esto produjo una identificación profunda entre ambos, lo que es el segundo principio cardinal de los A.A. Sobre este puente de identificación, el Sr. R. pasó el veredicto del Dr. Jung sobre lo desesperanzado que médica y siquiátricamente, se encontraban la mayoría de los Alcohólicos. Ebby fue presentado por el Sr. R. a sus Grupos de Oxford donde rápidamente adquirió la sobriedad.

Mi amigo Ebby sabía bien del mal que yo padecía. Yo había seguido el curso familiar del Alcoholismo. En el verano de 1934, el Dr. William D. Silkworth, me había desahuciado, pues se había visto obligado a decirme que yo era la víctima de un impulso neurótico a beber, el cual no podría reprimir ninguna cantidad de fuerza de voluntad, educación u otro tratamiento. Agregó que yo era también víctima de un desorden corporal que podría entrar dentro de la naturaleza de una alergia, una mala función física que virtualmente conducía al daño mental, a la insanidad o a la muerte. Aquí de nuevo la Ciencia, a la que hasta entonces yo conceptuaba como mi único Dios, me había desviado. Yo estaba listo para el Mensaje que pronto vendría procedente de mi amigo alcohólico - Ebby.

Ebby vino a mi casa un día de noviembre de 1934. Tomó asiento al otro lado de la mesa de la cocina junto a la cual yo bebía. No, gracias -me dijo- yo no quiero beber. Me sorprendí y le pregunté que era lo que tenía y mirando directa

mente a mis ojos me contestó: "Tengo religión". Esta respuesta fue realmente un argumento desconcertante, una afrenta a mi instrucción científica. Tan cortesmente como me era posible, le pregunté qué clase de religión era la que tenía.

Entonces él me contó su conversación con el Sr. R. y -- que desesperanzado era realmente un alcohólico, de acuerdo con el Dr. Carl Jung. Agregó enseguida el veredicto del Dr. Silworth, lo cual constituyó para mí la peor de las nuevas noticias. Fui sacudido profundamente. Luego Ebby enumeró los principios que había aprendido de los Grupos de Oxford. Aun cuando él creía que esta buena gente se volvía algunas veces agresiva, nunca pudo encontrar la menor falta en la mayoría de sus enseñanzas básicas. En fin, esas enseñanzas lo habían vuelto sobrio.

En esencia, aquí están ellas, tal como mi amigo las aplicaba a sí mismo en 1934:

- 1.- El admitió que era impotente para manejar su propia vida.
- 2.- El se volvió honrado consigo mismo como nunca: "higo examen de conciencia".
- 3.- Hizo una confesión rigurosa de sus defectos personales, y así libertar a su vida de esos problemas.
- 4.- El examinó sus malas relaciones con otras personas y visitó a estas personas para enmendar dichas relaciones.
- 5.- El resolvió dedicarse a ayudar a los otros en nece

idad, sin la demanda acostumbrada de obtener prestigio personal, o ganancia material.

6.- Por medio de la meditación, él buscó la guía de -- Dios para su vida, y la ayuda para practicar estos principios de conducta todo el tiempo.

Esto me pareció muy ingenuo. Sin embargo, mi amigo continuó firme contándome la historia de lo que había sucedido. Me relató como, practicando estos simples preceptos había -- extrañamente parado de beber; el miedo y la soledad había -- desaparecido y una gran paz mental lo había invadido. Sin -- ninguna dura disciplina ni una gran resolución, estos cam-- bios comenzaron a aparecer desde el momento en que él pract-- có esos principios. Su separación del alcohol parecía ser -- una consecuencia de esos principios. Aun cuando sobrio du-- rante meses, él estaba seguro que tenía una respuesta bási-- ca. Evitando discretamente argumentos, se despidió. Esta -- chispa que iba a convertirse en Alcohólicos Anónimos, había dado en el clavo. Un alcohólico había hablado a otro alcohó-- lico, identificándose profundamente conmigo, y poniendo a -- mi alcance los principios de la recuperación.

Al principio, la historia de mi amigo produjo en mí -- una mezcla de emociones, sintiéndome atraído y repelido a -- la vez. Mi beber solitario prosiguió por algunas semanas, -- pero no pude olvidar la visita de mi amigo. Muchos temas -- cruzaban por mi mente: primero, que su evidente estado de -- sobriedad era extraño y grandemente convincente; segundo, -- que él había sido desahuciado por doctores competentes; ter

cero, que estos antiguos preceptos, cuando me fueron transmitidos por él, me sacudieron fuertemente; cuarto, que yo no podía, ni iría adelante con ningún concepto sobre Dios;— que era un disparate creer que pudiera haber conversión en mí. A menudo, tratando de distraer mis pensamientos, encontraba que eso era inútil.

Por los lazos de la comprensión, del sufrimiento y de la verdad simple, otro alcohólico me había atado a él. Ya no pude soltarme.

Una mañana, después de mi primer trago de ginebra, "la soldadura" se realizó. Quién eres tú, me pregunté, "para escoger como te vas a restablecer? Los mendigos no son electores. Suponte que la medicina te dijera que tu enfermedad — fuera un cáncer. Tú no tomarías Extracto de Ponds. Con toda precipitación pedirías al Dr. destruir esas células cancerosas. Si el Dr. no pudiera destruirlas, y si tú pensaras que la conversión religiosa podría hacerlo, tu orgullo desaparecería al instante. Si hubiera necesidad, permanecerías de pie en una plaza pública gritando "Amén" junto con otras víctimas. Entonces cuál es la diferencia —pensé— "entre tú y las víctimas del cáncer?" El cuerpo enfermo del canceroso se desmorona, de igual manera que tu personalidad; tu obsesión te conduce a la locura o hacia el cementerio. Vas a ensayar la fórmula de tu amigo, o no?"

Por supuesto, hice el ensayo. En diciembre de 1934, me presenté al Hospital Towns de New York. Mi antiguo amigo el Dr. William Silkworth sacudió su cabeza cuando me vió. Libre

de los sedantes y del alcohol, me sentí terriblemente depri-  
mido. Mi amigo Ebby volvió. Aun cuando me sentí contento de  
verle, temblé un poco. Le tenía miedo al Evangelista, pero  
éste no hizo su aparición. Después de una pequeña plática,  
le pregunté nuevamente por su fórmula natural de recupera-  
ción. Quieto y cuerdamente, sin la mas mínima presión, él -  
me la dijo, y luego se fue.

Poseído de un conflicto, caí dentro de la mas negra de-  
presión que jamás había conocido. Momentáneamente mi obsti-  
nación orgullosa había sido aplastada y grité: "ahora yo es-  
toy listo para hacer cualquier cosa, para recibir lo que mi  
amigo Ebby tiene". Aun cuando ciertamente no esperaba que -  
algo real sucediera, hice esta frenética súplica: "Si hay -  
un Dios, que El se me muestre ahora mismo". El resultado -  
fue instantáneo, electrizante, mas allá de toda descripción.  
El lugar pareció iluminarse, volviéndose todo blanco. El --  
éxtasis me invadió y me pareció estar sobre una montaña. So-  
pló un gran viento, envolviéndome y penetrándome completame-  
te. Para mí no era aire, sino Espíritu. Flameante, resplan-  
deciente, llegó el tremendo pensamiento: "tú eres un hombre  
libre ya". Entonces el éxtasis se calmó. Todavía en el le-  
cho me encontré de pronto en un mundo nuevo de conciencia -  
que estaba cubierto, bañado, por una Presencia. Junto con -  
el Universo, una gran paz me invadió. Yo pensé: "Así, éste  
es el Dios de los Predicadores, éste es la Gran Realidad".  
Pero pronto mi llamada "razón", regresó; mi educación moder-  
na me poseyó nuevamente. Me sentía loco, y un miedo terribl

El Dr. Silkworth, un santo médico -si alguna vez hubo alguno- entró y escuchó mi tembloroso relato de ese fenómeno. Después de auscultarme cuidadosamente, me aseguró que yo no estaba loco; que talvez había pasado por una experiencia física que podría resolver mi problema de beber. Siendo un hombre de ciencia escéptico, sus palabras fueron bondadosas y sagaces. Si él hubiera dicho "alucinación", yo estaría ahora muerto. Al Dr. Silkworth le debo gratitud eterna.

La buena suerte me perseguía. Ebby me trajo un libro -titulado "Variedades de Experiencia Religiosa", el cual devoré. Escrito por William James, el Psicólogo, sugiere que la experiencia de la conversión puede tener realidad de propósito. La conversión modifica el propósito, y capacita a la persona semiautomáticamente, a ser y a hacer lo que antes le era imposible. Significativo era que la experiencia -- de conversión de propósito llegaba la mayoría de las veces a individuos que se sentían completamente derrotados en determinadas fases de la vida. El libro ciertamente mostraba variedad; pero sea que estas experiencias fueran brillantes o confusas, súbitas o graduales, teológicas o intelectuales tales conversiones tenían un denominador común: ellas cambiaban a gentes completamente derrotadas. Así lo declaraba William James, el Padre de la Psicología Moderna. El zapato me quedó bien y lo he estado usando desde aquel entonces.

Para los borrachos, la respuesta evidente era desinflación hasta lo profundo, y mas de ello. Eso parecía evidente. Yo era un maquinista, de manera que los puntos de vista de

este autorizado psicólogo significaban todo para mí. Este eminente científico de la mente, confirmaba todo lo que el Dr. Jung había dicho, y había documentado extensivamente todo lo que él proclamaba. Así William James fijó los fundamentos sobre los cuales yo y muchos otros, han descansado todos estos años. Yo no he tomado un solo trago desde 1934.

Armado ahora con una absoluta convicción, y fortificado por mi fuerza de empuje característica, me dediqué a curar alcohólicos al por mayor. Era un empuje de doble propulsión a chorro; las dificultades eran nada para mí, pero el gran alcance de mi proyecto jamás se me ocurrió. Mantuve el asalto por seis meses y mi casa se llenó de alcohólicos. Las peroratas a momentos no produjeron ni el mas pequeño resultado. Desgraciadamente, Ebby, mi amigo, quien estaba mas enfermo de lo que yo me imaginé, no puso interés en estos alcohólicos. Este hecho puede haber causado sus deslices posteriores en el alcoholismo, aun cuando hizo recuperaciones eventuales. Pero yo había encontrado que trabajando con los alcohólicos obtenía un inmenso apoyo para mi sobriedad. Sin embargo, ninguno de mis Prospectos se volvía sobrio. -- Por qué era ésto?

Lentamente los defectos de mi método se iluminaron. Fallaba algo como un brazo religioso, y yo estaba obsesionado con la idea de que todos debían de tener una "experiencia espiritual como la mía. Me olvidaba que James decía que habían muchas variedades de la experiencia transformadora. Mi hermanos alcohólicos me miraban incrédulamente y se burlaba

de mi "chifladura". Por supuesto, esto echaba a perder la identificación potente que era tan necesaria de establecer con ellos. Yo me había vuelto evangelista. Naturalmente la aproximación tenía que ser modificada. Lo que había llegado a mí en seis minutos podría requerir seis meses para otros. Tuve que aprender que las palabras sobraban algunas veces, que uno tenía que ser prudente.

En tal situación -Primavera de 1935- el Dr. Silkworth me indicó que yo había olvidado el desinflamamiento hasta lo profundo.

Simplemente me había tornado predicador. El Dr. me dijo: "Por qué no vierte las horrendas realidades médicas dentro de esa gente antes de hacer algo mas? Usted ha olvidado lo que William James dijo sobre el desinflamamiento profundo del yo? Dígale la realidad médica y déselas duro. Omita esa experiencia de su "chifladura". Repítale sus síntomas extensivamente hasta obtener una profunda identificación. Cuando usted haga esto, sus prospectos pueden volverse ansiosos de adoptar los simples preceptos morales que usted ha estado ensayando enseñar". Aquí estaba la contribución mas vital a la síntesis. Una vez mas ella había sido hecha por un médico

El énfasis fue inmediatamente cambiado del "pecado" a la "enfermedad" -la enfermedad fatal- el alcoholismo. Citamos a varios doctores sobre el efecto de que, el alcoholismo, es mas letal que el cáncer, y que consiste en una obsesión de la mente aparejada a una sensibilidad corporal cre-

ciente. Estas eran nuestros dos ogros gemelos: Locura y -- Muerte. Entonces nos apoyamos fuertemente en la declaración del Dr. Jung sobre lo desesperanzada que podía ser la condición y entonces vertimos esa dosis dentro de cada borracho sin distinción. Para el hombre moderno la ciencia es omnipotente, virtualmente un Dios. De aquí que si la ciencia dictaba sentencia de muerte sobre el borracho, y nosotros poníamos ese tremendo veredicto en nuestra cadena de transmisión alcohólica, una víctima hablando con la otra podía destruirla completamente. Por consiguiente, el alcohólico podría volverse hacia el Dios de los Teólogos, ya que no había otra a quien acudir. Cualesquiera que fuera la verdad que hubiera en este recurso, tenía ciertamente un mérito práctico. -- Inmediatamente nuestra completa atmósfera cambió. Las cosas comenzaron a estimarse.

Unos pocos meses mas tarde, fuí presentado al Dr. Robert S., un Cirujano de Akrom. El era terriblemente alcohólico. Esta vez no hubo ninguna prédica que emanara de mí. Le hablé de mi experiencia y de lo que sabía sobre el alcoholismo. Debido a que nos entendíamos y nos necesitábamos el uno al otro, hubo una genuina comunión desde la primera vez. Esto marcó el fin de mi actitud perorativa. La idea de la necesidad mutua agregó el ingrediente final a la síntesis de la medicina, de la religión y de la experiencia de los alcohólicos para constituir lo que es ahora los Alcohólicos --

"El Dr. Bob", un caso verdaderamente tremendo, se volvió sobrio casi inmediatamente, manteniendo esa condición hasta su muerte en 1950. El y yo comenzamos prontamente a trabajar con los alcohólicos que encontramos en el Hospital de la ciudad de Akron. Casi de inmediato hubo una recuperación y luego otra. El primer grupo exitoso de los Alcohólicos Anónimos había sido formado. Regresando a New York durante la Primavera de 1935, esta vez con todos los ingredientes de la recuperación, otro Grupo se formó prontamente en esa ciudad.

Sin embargo, el progreso de los Grupos de Akron y New York fue demasiado lento en los siguientes años. Cientos de casos fueron tratados, pero solamente unos pocos respondieron. Cerca del final de 1937, sin embargo, 40 habían obtenido la sobriedad y nosotros empezamos a sentirnos mas y mas seguros de nuestro éxito. Vimos que teníamos una fórmula que podía -aplicada por un alcohólico al siguiente- producir --eventualmente, en forma de cadena, un gran número de recuperados. Entonces llegó la pregunta: "Cómo podemos lograr que nuestras buenas nuevas sean extendidas a millones de alcohólicos de América y a todo el mundo?" Una respuesta básica -parecía estar por medio de la literatura, detallando nuestros métodos. Otra manera era extendiendo la publicidad, la cual traería gran número de casos a nosotros.

En la Primavera de 1939, nuestra Sociedad había producido un libro titulado "Alcohólicos Anónimos". En este volumen se describían cuidadosamente nuestros métodos. Para una

mayor claridad y exactitud, las frases de Programa Verbal - que mi amigo Ebby me había dado fue cambiada a lo que hoy - se llaman "Los Doce Pasos Indicados para la Recuperación de Alcohólicos Anónimos". (Ver la parte interna de la Cubierta). Esto fue el fundamento de nuestro libro. Para comprobar nuestros métodos, el libro incluía la Historia de 28 casos. Esperábamos que esas historias nos identificaran completamente con los lectores distantes y ellas ciertamente cumplieron su misión. Como nos habíamos retirado de los Grupos de Oxford, nuestra Hermandad adoptó el nombre de nuestro libro "Alcohólicos Anónimos". La aparición de ese volumen marcó - un punto histórico decisivo. Veinte años después, este Texto Básico ha obtenido una circulación cerca de las 400.000 copias. Incontables alcohólicos se han vuelto sobrios sin - ninguna otra ayuda mas que con la lectura de este volumen y practicando sus principios.

Nuestra necesidad siguiente era la publicidad y se nos estaba viniendo ya. Fulton Oursler, el notable editor y escritor, publicó un artículo en la Revista Libertad sobre no nosotros, en 1940. En ese mismo año, John D. Rockefeller Jr., dió una cena a los Alcohólicos Anónimos la que recibió amplia publicidad. El siguiente año, 1941, un artículo sobre saliente fue publicado en el Saturday Evening Post. Esta so la historia nos trajo miles de nuevas personas. A medida que crecíamos, ganábamos efectividad. El promedio de recuperación subió. De todos aquellos quienes se pusieron a prueba dentro de los Alcohólicos Anónimos, el 50% obtuvo recupera-

ción inmediatamente, un 25% la obtuvieron finalmente, y el resto, si hubieran permanecido dentro de la Hermandad, habrían mejorado definitivamente. Ese porcentaje se ha mantenido desde aquel entonces aun con aquellos que escribieron sus respectivas historias en la edición original de "Alcohólicos Anónimos". Solamente el 25% murieron o se enloquecieron. Aquellos que obtuvieron la sobriedad la han mantenido durante un promedio de 20 años.

Durante nuestros primeros días y desde entonces, hemos encontrado que gran cantidad de alcohólicos se acercan a nosotros y luego se van talvez tres de cada cinco, hoy día. Pero nosotros hemos notado, felizmente, que la mayoría de ellos regresan posteriormente, siempre que no estén demasiado psicopáticos o demasiado dañados mentalmente. Una vez han oído de labios de otros alcohólicos que ellos están acosados por una enfermedad casi siempre mortal, los tragos futuros se hacen cuesta arriba. Eventualmente ellos vuelven al seno de los Alcohólicos Anónimos. Ellos deben hacerlo así o morir. Algunas veces esto sucede años después de la primera exposición. El último promedio de recuperación dentro de los Alcohólicos Anónimos es, por consiguiente, bastante mas alto que lo que se podía esperar al principio.

El desarrollo durante los recientes años ha sido una fuente de mucha satisfacción. En nuestros primeros días nosotros sólo podíamos tratar con casos postreros. Nada podía hacerse sino hasta que el alcohol había destrozado a su víctima. Pero hoy día no siempre tenemos que esperar que los -

*pacientes lleguen a ese estado. Nosotros podemos ahora ayu-  
dar a los alcohólicos a que vean hacia donde van antes de -  
que caigan hasta el fondo. En consecuencia, la mayoría de -  
los socios de los Alcohólicos Anónimos hoy en día, son casos  
moderados. Muy a menudo, la familia, el trabajo, y la salud  
de la víctima están ilesos. Aun casos potenciales están hoy  
día acercándose a nosotros; gente que ha sufrido un poco so-  
lamente. Aquí y en el extranjero, también nuestra Sociedad  
se está abriendo mucho campo cruzando cualquier barrera ra-  
cial, credo o circunstancia.*

*No obstante los éxitos obtenidos, nosotros debemos hu-  
mildemente reconocer que los Alcohólicos Anónimos han hecho  
solamente un rasguño en el problema total del alcoholismo.  
Aquí en los Estados Unidos, nosotros hemos ayudado a volver  
sobrios apenas el cinco por ciento del total de alcohólicos  
de la población de 4.500.000. Las razones son: no podemos -  
tratar con alcohólicos demasiado psicopáticos o dañados men-  
talmente; muchos alcohólicos no gustan de nuestros métodos  
y buscan una forma mas fácil y diferente. Millones se adhie-  
ren al razonamiento de que sus dificultades son debidas com-  
pletamente a sus respectivas circunstancias personales, y -  
son, por consiguiente, la consecuencia de faltas de otras -  
personas. El obtener que el alcohólico o que el alcohólico  
potencial admita que son víctimas de una enfermedad a menudo  
progresiva y fatal es, generalmente, bastante difícil. Este  
es el gran problema que todavía se nos enfrenta a todos no-  
sotros, ya seamos médicos, clérigos, familias o amigos. Sin*

embargo, hay mucha razón de tener esperanza. Una de las -- grandes razones para ello descansa en lo que ustedes los médicos están ya haciendo y pueden todavía hacer. Es posible que algunos de ustedes estén preguntando, "Cómo podemos nosotros ayudar mas efectivamente todavía?"

Aquí nosotros los Alcohólicos Anónimos, no podemos ofrecer nada autoritativo. Pero sentimos que sí podemos hacer algunas sugerencias provechosas. Consideremos la familia médica. Solamente hace unos pocos años, un borracho era, por lo general, una molestia. El Dr. y el Hospital podían quitarle sus gomas. Un poco de consuelo podía ser proporcionado a familiares y no podía pasarse mas de allí.

Ahora la situación es distinta. Casi toda ciudad o aldea de este país tiene un grupo de Alcohólicos Anónimos. Es allí, precisamente, donde la familia médica puede muy a menudo penetrar. El médico es el que generalmente es llamado cuando el verdadero problema comienza a hacer su aparición. Después que la víctima ha recuperado la sobriedad y su familia se ha calmado, el médico puede decir al alcohólico con toda franqueza, qué es su enfermedad. El puede hacer con sus pacientes lo mismo que hizo por mí: hacerle ver claramente al bebedor renuente que ha contraído una enfermedad progresiva y a menudo fatal; que él no puede componerse por sí mismo, que necesita de muchas ayudas para recuperarse. Como hoy día se conoce mucho sobre las deficiencias metabólicas y emocionales de los alcohólicos, la familia médica puede

de probar eso documentalmente, presentándolo de una manera mas convincente que lo que pudieron hacerle nuestros doctores pioneros.

Es verdaderamente satisfactorio ver que hoy día el problema del alcoholismo está siendo enseñado en muchas de nuestras escuelas médicas. En todo caso, los hechos sobre el alcoholismo son fáciles de obtener. Organizaciones como el Consejo Nacional de Alcoholismo, la Escuela de Estudios Alcohólicos de Yale, mas el esfuerzo de innumerables Clínicas Estatales de Rehabilitación, son fuentes a la mano de provechoso conocimiento. Equipada de esta manera, la familia médica puede, como nosotros lo decimos en Alcohólicos Anónimos "ablandar" al borracho de manera que se vuelva voluntarioso de echar una mirada a nuestra Hermandad. O, si él pone obstáculos a ello, puede llevarsele entonces a una Clínica, donde un Psiquiatra o donde un comprensivo Pastor. En esta situación, la cosa principal es que él reconozca su enfermedad y que comience a hacer algo sobre ella.

Si el trabajo de la familia médica es hecho cuidadosamente, los resultados son a menudo obtenidos de inmediato. Si el primer intento no trabaja, las oportunidades son mas propicias para que los intentos sucesivos y persistentes produzcan buenos resultados. Estos procedimientos simples no le roban mucho tiempo a la familia médica, como tampoco serán necesariamente gravosos al bolsillo de los familiares del paciente. Un esfuerzo de esta suerte, concertado por la familia médica, no podrá fallar en ningún lugar de obtener

inmensos resultados. De hecho, el efecto del trabajo de la familia médica en este sentido es ya grande y por esto, me gustaría asentar en nuestros archivos, gracias especialísimas de parte de los Alcohólicos Anónimos para la familia médica.

Ahora llegamos al especialista, generalmente el Psiquiatra. Me siento contento de decir que gran número de psiquiatras están enviando alcohólicos a los Alcohólicos Anónimos, aun aquellos psiquiatras especializados en Alcoholismo. Su entendimiento sobre los alcohólicos es ahora mayor. Su paciencia y su tolerancia para nosotros, y para los Alcohólicos Anónimos ha sido grande.

En 1949, por ejemplo, la Asociación Psiquiátrica Americana me permitió leer un informe de Alcohólicos Anónimos ante una sesión de su Reunión Anual. Como estos doctores son especialistas en desórdenes emocionales -y el alcoholismo es ciertamente uno de ellos- ese acto que se me permitió lo he considerado siempre como un maravilloso ejemplo de elevada generosidad. Las reimpresiones de aun un solo informe, ha tenido un vasto efecto mundial. Estoy seguro que nosotros, -los Alcohólicos Anónimos jamás habíamos sido lo suficientemente apreciativos sobre todo esto. Era costumbre entre algunos de nosotros, dentro de los Alcohólicos Anónimos, no apreciar la Psiquiatría ni aun cualquier otra clase de ayuda médica para obtener la sobriedad. Nosotros señalamos los fracasos de ella y de la religión. Nos considerábamos aptos de levantar nuestros pechos y exclamar: "Mírennos, nosotros

podemos hacerlo y ellos no pueden". Es por consiguiente, un gran alivio el informarles que esa actitud está ya desvanecida. Miembros de los Alcohólicos Anónimos de Grupos de todas partes del mundo reconocen que Psiquiatras y médicos han ayudado a colocar nuestra Sociedad en un Primer Lugar y nuestras manos se han alzado hacia ellos desde entonces.

También nos damos cuenta que los descubrimientos de los Psiquiatras y de los Bioquímicos tienen bastas implicaciones para nosotros los alcohólicos. Indudablemente, estos descubrimientos son hoy día mas que implicaciones. El Presidente de ustedes y otros pioneros dentro y fuera de su Sociedad han estado obteniendo notables resultados desde hace largo tiempo; muchos de los pacientes de ustedes han obtenido buenas recuperaciones sin ayuda absoluta de los Alcohólicos Anónimos. Debe hacerse notar que algunos de los métodos de recuperación empleados fuera de los Alcohólicos Anónimos, son bastante contradictorios a los principios y métodos empleados por nosotros. Sin embargo, nosotros los Alcohólicos Anónimos debemos aplaudir el hecho de que alguno de estos esfuerzos están obteniendo creciente éxito.

Nosotros sabemos también que la Psiquiatría puede a menudo suprimir la gran amenaza neurótica que muchos de nosotros sufrimos después de haber obtenido la sobriedad dentro de Alcohólicos Anónimos. Sabemos que los Psiquiatras nos han enviado innumerables alcohólicos quienes, de otro modo, no podrían haberse acercado a los Alcohólicos Anónimos, lo cual también ha sido hecho por muchas Clínicas. Vemos clara

mente que por la unión de nuestros recursos podemos hacer juntos lo que nunca podría ser realizado separadamente o criticándonos unos a otros o compitiendo los unos contra los otros.

Por consiguiente, deseo hacer una promesa a la entera Hermandad Médica: que los Alcohólicos Anónimos permanecerán siempre listos a cooperar; que los Alcohólicos Anónimos jamás invadirán el Campo Médico; que nuestros miembros que sientan la llamada, ayudarán crecientemente a aquellas grandes Empresas de Educación, Rehabilitación e Investigación, las que pueden contar de hoy en adelante con esa promesa.

Es tan amenazador el espectáculo creciente del alcoholismo, que ninguna parte de los recursos totales de la Sociedad puede esperar conquistar o disminuir la fortaleza de ese verdadero y peligroso enemigo. Lo artero y fuerte de la enfermedad alcohólica se revela en toda página de la historia humana, pero jamás en forma tan inflexible y destructible como en este siglo.

Cuando nuestros conocimientos y entendimientos combinados sean aplicados en masa en su totalidad, nosotros los A.A. sabemos que encontraremos a nuestros amigos de la medicina en el frente de batalla, justamente donde muchos de ustedes están ya luchando.

Como tal ordenamiento de acción cooperativo y benigno está a completa disposición, indudablemente constituye un gran futuro para esa vasta multitud de seres humanos que sufren de alcoholismo, eliminando así todas las negras y pen-