

# Historia natural del Alcoholismo

Gregorio Escalante  
Kareen L. Escalante

Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes,  
Mérida. Venezuela

## *Resumen*

El trabajo es una revisión selectiva de la investigación realizada sobre el alcoholismo. Se examina una buena parte de los principales problemas que supone la ingestión desmedida de alcohol etílico en la población, los factores de riesgo así como las implicaciones de tipo laboral, personal, médico y psicológico que la misma supone.

Palabras claves: alcoholismo, ansiedad, agresión.

## *Abstract*

### **Natural history of alcoholism.**

The article is a selective review of research on alcoholism It examines most of the main problems derived from the prevalence of alcohol abuse in the general population. risk factors and findings regarding laboral, personal, medical and psychological implications of abusive drinking.

Key words: alcoholism, anxiety, aggression

## INTRODUCCIÓN

El término alcoholismo en realidad constituye una etiqueta bajo la cual pueden ser agrupados un número muy variado de condiciones. Por un lado, las distintas denominaciones (problemas de la bebida, alcoholismo, mala bebida, abuso del alcohol, alcoholismo agudo, etc.) se usan como si todas significaran lo mismo. Por el otro y como en el cuento del ciego que se entretuvo

en tocar diferentes partes de un elefante y elaboró distintas descripciones de la misma bestia, los investigadores también suelen 'tocar' distintas áreas del alcoholismo y producir variadísimas caracterizaciones del mismo y de los problemas que con él se asocian. Todo depende del contexto empleado para su abordaje.

Hasta ahora el alcoholismo ha sido visto como enfermedad en singular. Y el trabajo de Jellinek (1960))ha influido definitivamente en el mantenimiento

de tal posición. Pero también ha sido considerado en forma multidimensional, punto de vista que ha florecido particularmente en el contexto clínico (Wanberg y Horn, 1983). La posición más generalizada es que además de diferentes tipos de alcohólicos hay también estilos distintos de alcoholismo y múltiples problemas derivados del mismo (Lex, 1987). Entre otras cosas ello sugiere que deberá también existir un amplio espectro de terapias apropiadas para cada individuo cuyos problemas deben ser evidentemente distintos. No obstante todavía resulta muy común hablar de el alcoholismo como enfermedad en singular.

Se admite, sin embargo, que la enfermedad, como otras muchas, tiene variados antecedentes, pero siempre se termina reduciéndola a una etiqueta particular con ciertas disfunciones y síntomas. Es entonces cuando suele afirmarse que un alcohólico siempre será un alcohólico y que lo único posible es la recuperación y no la cura. Exactamente lo mismo ocurre con el herpes: todos tenemos la propensión a contraerlo pero nadie puede ser curado...

El mal uso del alcohol etílico ( $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ ) y la dependencia que de él se deriva afecta a un elevado porcentaje de la población mundial. Los costos sociales que se originan debido a daños a la propiedad, accidentes, pérdida de vidas, servicios médicos y pérdida de tiempo laboral son realmente incalculables, sin contar el daño indirecto producido a familias y comunidades. Muy a pesar de las terribles implicaciones socio psicológicas que el problema tiene, son pocas las personas que reciben ayuda y poquísimas las instituciones que la prestan.

En un reporte del entonces senador Dan Quayle (1983) sobre los efectos del alcohol en la productividad, se afirma que los costos del abuso del alcohol y otras drogas resultan sencillamente devastadores, y que el precio que paga la nación estadounidense en gastos médicos, tiempo y productividad perdidos es de unos 70 billones de dólares anuales. Los empleados con algún problema de alcohol u otras drogas se ausentan del trabajo 16 veces más que el empleado promedio, sufren un promedio de accidentes 4 veces mayor, usan 30% más los beneficios médicos y obtienen 5 veces más compensaciones laborales. Según el mismo reporte, 40% de las muertes y 47% de las heridas sufridas en la industria están asociadas al alcohol...

Hasta ahora casi todas las medidas tomadas para intentar vencer los nefastos efectos del alcohol sobre la población (reducir la disponibilidad de las bebidas alcohólicas incrementando su precio, modificando su

carga impositiva, cambiando los horarios para su venta o elevando los límites etarios para el consumo) no han tenido resultados satisfactorios. En realidad ningún estudio ha demostrado que la disminución en la disponibilidad de bebidas alcohólicas se asocia a una disminución paralela en los niveles de consumo. A pesar del fracaso en demostrar nexos entre precios altos y reducciones significativas en consumo de bebidas alcohólicas y la secuela de problemas que ello supone, varios países (Suecia, Polonia, Finlandia, Australia y otros de la Comunidad Económica Europea) han recurrido a alguna forma de control de precios como medio para intentar reducir el consumo (Nathan, 1983).

Una dificultad básica sigue siendo el logro de una conceptualización adecuada del alcoholismo, sobre todo en lo relativo a decidir en qué consiste el desorden y si en realidad existe tal desorden o no. La literatura revela notables desacuerdos hasta cuando se trata de señalar sus características esenciales. A nivel definicional el desacuerdo se mantiene, pues unas veces se intenta definirlo en términos del daño psicológico y social que produce y otras en términos de una incapacidad para controlar la ingestión. Hay definiciones en términos de la dependencia que ocasiona y en función del número y tipo de problemas que causa (Helzer, 1987). De todas maneras, una buena definición de alcohólico pudiera ser la de un individuo

**que bebe continua o intermitentemente, demostrando tal incapacidad para abstenerse que termina provocándose daño físico y mental de consecuencias personales, económicas y sociales graves.**

Aunque no existe una definición perfecta del desorden, la mayoría de las diagnósticos requieren que los individuos hayan tomado durante períodos de tiempo prolongados y sufrido problemas vitales significativos. Ello supone beber diariamente, incapacidad para abstenerse y repetidos esfuerzos para controlar la ingestión. Este patrón se repite por años antes de la diagnóstico y generalmente se acompaña de un funcionamiento social y ocupacional deficitario.

Uno de los indicadores más usados para estimar el verdadero impacto del alcoholismo sobre la población es la tasa de mortalidad por cirrosis. Al indicador se atribuye validez porque (a) la cirrosis es causa de muerte prevalente entre alcohólicos; (b) no hay duda de que la cirrosis difícilmente tiene antecedentes distintos que sean más relevantes que el alcoholismo y (c) mientras las cifras de mortalidad por cirrosis debida a otras causas que no sean el alcohol han variado un poco, las de muerte por cirrosis entre bebedores han permanecido estables en el tiempo\*. A lo anterior debe

---

\*Para estimar la frecuencia de alcoholismo sobre la base de muertes producidas por cirrosis, Jellinek ideó la fórmula siguiente:  $A = P \times D / K$ , en la cual A = número total de alcohólicos con complicaciones físicas en un determinado año; P = proporción de muertes por cirrosis atribuibles al alcoholismo; D = número total de casos de cirrosis identificados en autopsia; y K = una constante basada en la mortalidad de alcohólicos cirróticos (véase Helzer. 1987: 285).

---

añadirse el hallazgo de una correlación altísima ( $r=0.94$ ) entre consumo de alcohol y muerte por Cirrosis (de Lint, 1978) y el hecho de que durante las guerras mundiales la disponibilidad de alcohol decreció notablemente y también decrecieron las tasas de mortalidad por cirrosis (tasas que dramáticamente se elevaron cuando de nuevo el alcohol fue libremente dispensado).

Es obvio que al alcoholismo es socialmente considerado como inaceptable. Nadie admite con facilidad que su esposa o concubina es una alcohólica y el alcohólico tampoco reconoce las consecuencias de su conducta de manera realista, además de que suele ser muy sensible ante afirmaciones relativas a los hábitos de bebida. Pero, por otra parte, pareciera que la mala bebida (como se le llama en otros medios) es una conducta socialmente aceptada, hasta el punto de que un asesinato en manos de un conductor ebrio resulta ser una forma de homicidio legalmente autorizada. Lo anterior parece reforzarse por el hecho de que en muchos casos los médicos se abstienen de emitir explícitas diagnósticos de alcoholismo, debido a que así estarían impidiendo a sus pacientes obtener de las compañías de seguro reembolsos por los estropicios causados en estado de embriaguez.

Tampoco se nota la intención de corregir los patrones de distribución y expendio de bebidas alcohólicas, a pesar de que el alcoholismo es causa muy relevante de muerte a nivel nacional. Mucho menos puede decirse acerca de los controles que el Estado ejerce en la certificación de calidad de las bebidas que se expenden al gran público. De este modo y sin intervención aparente de ninguna agencia u organización, en los próximos años los costos financieros y sociales del alcoholismo deberán seguir en ascenso y en ascenso también su número de víctimas.

### **Factores de Riesgo**

Las variables asociadas con la ocurrencia de un determinado desorden no implican necesariamente una relación causal sino que más bien son las señales que ayudan a la identificación de los grupos expuestos a la inminencia de desarrollarlo, al mismo tiempo que ayudan al establecimiento de su etiología. En el caso del alcoholismo, además del sexo, el factor de riesgo de

mayor incidencia es la historia familiar. El alcoholismo va con la familia. Es la conclusión que se ha obtenido a partir de trabajos con familias, gemelos idénticos y fraternales y estudios de adopción. Por lo demás, la frecuencia de alcoholismo entre los padres de individuos fármaco dependientes y alcohólicos es muy alta.

Es obvio que los factores ambientales juegan un papel importante. Pero no queda duda de que la tendencia, en gran parte, tiene raíces genéticas (Goodwin, 1985). Parece razonable admitir, pues, una interacción **genes X ambiente** en el desarrollo del alcoholismo. No es del todo sencillo separar la influencia genética de la ambiental, pero las pruebas más claras han sido obtenidas con hijos de padres alcohólicos tempranamente adoptados por padres no alcohólicos. Los hallazgos para el caso de las hembras resultan bastante confusos, pero en el caso de los varones la situación no es muy ambigua: los hijos de padres alcohólicos desarrollan el desorden entre 3 y 4 veces más que los hijos de padres no alcohólicos - independientemente de que sean criados por padres adoptivos o no...

El sexo es otro factor de riesgo. Se sabe que el alcoholismo es un desorden básicamente masculino. Y aunque parece haber indicaciones de un considerable incremento en el consumo de bebidas alcohólicas entre mujeres, virtualmente en todas las culturas el alcoholismo subsiste como un problema de hombres. Muy seguramente ello se debe, por una parte, a una tolerancia menor del alcohol en las mujeres, y a las distintas restricciones de tipo social y familiar que se oponen al consumo de alcohol por parte del sexo femenino.

Cuando la ingestión de alcohol se produce en mujeres embarazadas ocurre el denominado **síndrome de alcoholismo fetal**, cuyas consecuencias mayores sobre el niño suelen ser retardo motor y mental (se estima que debe ocurrir un nacimiento en tales condiciones por cada 750-1000 nacimientos vivos). También se ha observado que cuando las madres embarazadas abusan del alcohol sus hijos nacen con anomalías craneofaciales, daño cerebral, crecimiento físico reducido, además de que la proporción de abortos y nacimientos muertos se incrementa. Se sabe que la pobreza, las deficiencias nutricionales, el consumo excesivo de cigarrillos y el abuso de las dro-

gas pueden ser factores contribuyentes al daño fetal. Pero cada vez son mayores las pruebas clínicas que señalan al alcohol como un poderoso teratógeno (Madden, 1986).

Otro factor de riesgo de considerable importancia es la edad. Típicamente el desorden se inicia temprano en la vida y los datos revelan que en las mujeres es más tardío que en los hombres. La probabilidad de desarrollar alcoholismo es de 61% antes de los 30 años y de 78% antes de los 40 (Helzer, 1987). En cuanto a la clase social también hay diferencias, aunque las mismas tienen más que ver con la expresión del desorden que con la proporción de ocurrencia. Las consecuencias sociales del alcoholismo suelen ser más aparentes en las clases bajas, pero los niveles más elevados de consumo se manifiestan en las clases altas, además de que en estas últimas es donde suelen observarse las consecuencias médicas más negativas.

La mala bebida también parece ser consecuencia de una concepción equivocada del machismo, término que ha resultado siempre muy distorsionado y quepa-rece ofrecer demasiadas alternativas de significación. La palabra designa la apropiada conducta masculina y su significación real encubre autonomía personal, dignidad, vigor, honor, respeto, responsabilidad y fuerza. Pero el concepto ha venido siendo popularizado con significaciones alternas que destacan la masculinidad, la potencia sexual y la rudeza, lo cual, entre otras cosas, incluye también el derecho a intoxicarse con alcohol...

La presencia de ciertos desórdenes mentales también ha sido considerado factor de riesgo. La evidencia sugiere asociación entre depresión y alcoholismo, además de que se ha hallado una fuerte asociación entre alcoholismo y problemas conductuales en la edad temprana (especialmente problemas escolares en los niños, bajo rendimiento, problemas ocupacionales y serio desajuste social y sexual) y entre alcoholismo y desórdenes en la personalidad adulta (Robins, 1966). El Inventario Multifásico de la Personalidad ha indicado que los bebedores como grupo obtienen puntuaciones altas en las escalas de depresión y desviación psicopática (véanse Brems, 1991 y especialmente Elwood, 1993.)

Tales problemas puede ser antecedentes del alcoholismo o ser, también, su consecuencia. Pero al respecto parecen existir ciertas diferencias sexuales: en una muestra sueca, 80% de las mujeres alcohólicas habían tenido como antecedente algún desorden psiquiátrico, mientras que lo mismo fue cierto en un 50% de los hombres. Se ha demostrado también una

asociación significativa entre alcoholismo y suicidio. En un estudio de 134 suicidios exitosos, Robins (1981) halló que una cuarta parte de los mismos tenían una diagnosis de alcoholismo.

### **¿Qué tipo de alcohólico es usted?**

Es obvio que muchos alcohólicos nunca terminan tirados en la calle para morir de inanición ni se empeñan en mudarse a una cuadra repleta de bares y cantinas de mala muerte. Tampoco todos los alcohólicos intentan suicidarse o tienen que ser admitidos en los hospitales repetidas veces. Algunos logran corregir su excesivo consumo y de alguna manera se las arreglan para llevar una vida 'normal' evitando la desorganización social o la caída de sus ingresos con éxito. Hay también quienes logran mantener una relación afectiva eficiente y viven en un hogar sin discusiones, violencia física, separaciones o divorcio.

Probablemente usted tampoco tenga problemas laborales serios y su ejecución en el trabajo sea más bien regular. A lo mejor nunca ha recibido de su médico notificación alguna de trastornos gastrointestinales o respiratorios o cirrosis o daño cerebral o trombocitopenia (cosa, según dicen, debida al hiperesplenismo de la cirrosis). Quizá ningún psiquiatra (por efectos de alguna malhadada distorsión paratáxica) le ha hecho una acusación de psicópata o desviado.

A lo mejor usted es de los que se dedican a beber solamente cerveza y anda por ahí con temblores de toda clase y sufriendo de amnesia, pero piensa que eso no es alcoholismo porque la cerveza dizque "es buena para los riñones". La verdades que ciertas lesiones renales agudas pueden ser el resultado del excesivo consumo de cerveza. Quizá usted es de los que beben cualquier cosa que caiga en sus manos, incluyendo alcohol destilado, y siempre atina a decir que eso que bebe es bueno para algo, como promover la longevidad, incrementar la potencia sexual o alguna otra zarandaja semejante...

Es bueno que sepa que el número de muertes por infarto es tres veces mayor entre sujetos dependientes del alcohol que entre sujetos que beben alcohol ocasionalmente. Usted debe saber que los bebedores abusivos presentan aumento en los estrógenos circulantes y pueden desarrollar algunas características femeninas (ginecomastia, blason femenino, etc.) y que altos valores de estrógeno contribuyen a la atrofia de los testículos y llevan a la impotencia (Madden, 1986). De paso creo que debe enterarse de la existencia de tipologías para alcohólicos, a fin de que (sin importar

qué clase de excusa tenga hoy) usted puede incluirse en una de ellas.

Jellinek (1960), probablemente el primer "etnólogo" bien organizado de quien tenemos noticias, propone cinco patrones básicos del beber excesivo y utiliza letras griegas para identificarlos. Creemos que la tipología propuesta deba ser ampliada, habida cuenta de que en los 30 años transcurridos desde su planteamiento inicial se han producido dos alteraciones muy notables: cada día es mayor el incremento del número de jóvenes que revelan tener problemas con la bebida alrededor de los 20 años, y la proporción de mujeres menores de 30 años que han pasado a formar parte de la población alcohólica ha evidenciado un alza considerable. Jellinek propone la siguiente nomenclatura clasificatoria de los bebedores:

- alcohólico **alfa**: también llamada "bebida indisciplinada", incluye a los individuos con dependencia psicológica del alcohol.
- alcohólico **beta**: supone el hábito de beber socialmente en exceso pero sin que se observe dependencia psicológica o física.
- alcohólico **gamma**: beber hasta la embriaguez durante días, semanas o hasta meses, a veces hasta la intoxicación. La dependencia física está presente y se manifiesta con los síntomas del síndrome de abstinencia.
- alcohólico **delta**: volumen muy elevado de consumo de alcohol durante el día con tolerancia funcional y neuroadaptación evidentes. Hay dependencia física. El sujeto en realidad no puede dejar de beber ni siquiera un día.
- alcohólico **epsilon** (la otra denominación es dipsomanía): fases infrecuentes de borracheras cortas intercaladas con largos períodos de completa abstinencia (véanse Madden, 1986 y Helzer 1987).

#### **Alcohol, ansiedad, sexo, agresividad y etc.**

Durante mucho tiempo se ha sostenido la opinión de que el alcohol alivia la ansiedad, la frustración y la tensión. Al mismo tiempo se admite que al neutralizar las reacciones de ansiedad, el alcohol desinhibe las conductas sexuales, normalmente inhibidas en otras circunstancias... La hipótesis de reducción de la tensión también sostiene que los efectos del alcohol reducen el temor sin afectar para nada las conductas de evitación (Wilson y Lawson, 1976). Y las asunciones de la hipótesis son dos, perfectamente inseparables: (a) consumir alcohol reduce la tensión, y(b)al reducirse la tensión se motiva el consumo.

La investigación con sujetos humanos, sin embargo, es contradictoria. Algunos han indicado asociación

entre beber continuamente y autoreportes de incrementos en ansiedad y depresión. Otros afirman que consumir alcohol reduce la tensión con incrementos subsecuentes en ansiedad, culpa y hostilidad. En trabajos realizados con muestras predominantemente masculinas, se han hallado también correlaciones negativas significativas entre niveles de alcohol en sangre y tensión muscular periférica, y correlaciones positivas entre niveles de alcohol en sangre y autoreportes de ansiedad subjetiva (Steffen, Nathan y Taylor, 1974).

En cuanto a los efectos del alcohol sobre la actividad sexual, los pocos estudios empíricos realizados con mujeres sugieren fuertes diferencias entre sexos. Por un lado se revela que bebedores varones que creían haber consumido alcohol evidenciaron mayor excitación sexual en respuesta a estímulos eróticos que sus contrapartes masculinos que creían haber consumido una bebida no alcohólica (Wilson y Lawson, 1976).

Un estudio posterior con idéntico diseño experimental y con mujeres como sujetos no logró replicar el mismo efecto y el consumo de alcohol resultó más bien en una disminución significativa de la excitación sexual (Wilson y Lawson, 1978).

Aparentemente, el alcohol libera el instinto sexual al mismo tiempo que inhibe su conducción en las vías neurales a cargo de las funciones sexuales. El alcohol también inhibe la producción de testosterona indirectamente a través de la depresión del hipotálamo. Una buena manera de entender el efecto del alcohol sobre la función sexual ya fue propuesta por Shakespeare cuando, en boca de Macbeth, dice:

"Provoca el deseo, pero inhibe la realización".

La correlación entre el alcohol y agresividad ha sido documentada muchas veces. Aparentemente, el consumo de alcohol correlaciona muy bien con toda clase de conductas de expresión violenta: asaltos, violaciones, homicidios, agresión en el seno de la familia, suicidios y crímenes de todo tipo. El hallazgo más generalizado admite que el alcohol es un facilitador inmejorable de las conductas agresivas. Y son dos los contextos teóricos que explican las correlaciones, fundados en dos modelos fisiológicos distintos.

Un modelo asume que el alcohol posee efectos 'energizantes' que llevan al desencadenamiento de conductas violentas, además de que produce sentimientos de poder y dominación e incrementa las fantasías agresivas (Kalin, McClelland y Kahn, 1965). El otro modelo simplemente conceptualiza al alcohol como un desinhibidor de las conductas de

aproximación, lo cual facilita las expresiones agresivas. De este modo el incremento en la conducta agresiva de sujetos ebrios pareciera ser atribuible al afecto reductor de la ansiedad asignable al alcohol.

### **Retrato de un alcohólico**

La incapacidad del alcohólico para abstenerse lo conduce a un estado tal de disfuncionalidad que, a pesar de producirle serios efectos adversos en sus relaciones familiares y laborales, lo obligan a conservar como primera prioridad la ingestión de alcohol siguiendo patrones rígidos y abusivos. A veces el alcohólico deja de tomar. Pero al hacerlo de nuevo el síndrome de dependencia se reinstala. En la mayoría de los casos los efectos tóxicos del alcohol se complican porque la nutrición es deficiente. Y la situación puede convertirse en algo mucho más grave cuando el alcohol se acompaña de otras drogas.

En la fase inicial el individuo suele evidenciar una mayor avidez por el alcohol y conforme va aumentando la tolerancia empieza a mostrar ciertas tendencias pregoneras de sus hábitos futuros: bebe más rápidamente, llega con botellas a las fiestas, abandona las fiestas en último lugar, toma antes de iniciadas y después de terminadas las reuniones sociales y cada vez gasta más dinero en alcohol, al mismo tiempo que ve aumentar el número de sus complicaciones familiares y laborales. En las fases tempranas la dependencia del alcohol suele ser reversible, cuando el hábito no difiere mucho de las prácticas socialmente aceptables. Pero para lograr la remisión la abstinencia completa resulta indispensable...

A medida que avanza en su carrera, el alcohólico deja de ser un 'bebedor social' y cada vez que quiere aliviar sus tensiones o liberarse de emociones negativas acude al alcohol como salida única. Suele ocurrir que toma más de lo debido y comienzan a producirse serias fracturas en sus relaciones interpersonales. Hay sentimientos de culpa por las consecuencias derivadas de su modo de beber y en muchos casos logra pasar una gran parte del día bebiendo sin alcanzar la completa intoxicación.

En el ambiente laboral empiezan a surgir inconvenientes y se hace común el ausentismo del lunes por la mañana por efectos del 'ratón' de fin de semana. Comienzan a aparecer las falsas notificaciones de enfermedad y todo un rimero de excusas con las cuales trata de justificar su creciente incompetencia en el trabajo, la irregularidades laborales y las caldas súbitas de su actividad.

Como efecto directo del 'ratón' el alcohólico suele

manifestar depresión, generalmente de duración muy breve. La mayor parte de las veces el alcohólico se queja de estar 'deprimido' ante el médico, simplemente porque así logra ganancias secundarias al obtener constancias que le permiten ausentarse del trabajo. Y aunque en todo ello hay un alto grado de ocultamiento del problema, generalmente éste se agrava con el retiro prematuro, cuestión que luego suele traducirse en un aumento del consumo.

Paralelamente las fricciones oriundas del trabajo pasan al hogar -o a la inversa- y se inicia entonces la serie de continuas amenazas de separación o de divorcio. En la literatura se señala una alta frecuencia de mujeres que se desequilibran hasta el punto de requerir urgente atención psiquiátrica (Madden, 1986). Las esposas cuyos maridos son dependientes del alcohol evidencian características de patrones variables, que en general son reducibles a: ansiedad, inseguridad, ira, aislamiento social y rechazo a las relaciones sexuales. Cuando este es el caso, normalmente ocurre una cierta transferencia del poder hogareño, y la mujer adopta un papel más saliente en la toma de decisiones.

En un hogar de alcohólicos suelen ser comunes las dudas acerca de la fidelidad del compañero y estos sentimientos pueden ser simples sospechas transitorias o firmes convicciones que persisten durante largo tiempo. Es típico del alcohólico con impotencia sospechar que su cónyuge tiene relaciones sexuales con otro. Es típico también que la esposa pierda interés en tener relaciones sexuales con un marido permanentemente ebrio, y esa falta de interés sexual suele ser atribuida a que la esposa busca y obtiene satisfacción sexual fuera del matrimonio. Tales acusaciones de infidelidad pueden llegar a extremos insultantes acompañados de violencia física y rematar en el asesinato.

Además de correr el riesgo de convertirse en alcohólicos, los hijos de padres con problemas de bebida resultan particularmente expuestos al logro de niveles de desarrollo social y psicológico deficientes. Suele observarse entre estos niños una frecuencia mayor de conductas antisociales, trastornos psicósomáticos y síntomas neuróticos, probablemente derivados de una serie compleja de factores generados por la desorganización familiar. Varios estudios han demostrado que los hijos de padres alcohólicos son mas agresivos, tienen mas problemas escolares y mayor dificultad para establecer y mantener amistades. Y hasta se ha sugerido también asociación entre hiperactividad infantil y alcoholismo parental (Mayer, 1983).

La dependencia del alcohol suele también estar

signada por intentos repetidos de dañarse a sí mismo y muchos de tales intentos terminan en suicidio, obviando, por supuesto, el hecho de que el consumo exagerado de grandes dosis de alcohol etílico ya es una forma lenta pero efectiva de suicidio... La verdad es que para los bebedores excesivos resulta muy difícil comprender su estado real de manera objetiva.

El alcohólico miente y se miente a sí mismo con una facilidad asombrosa, además de que mantiene trastornadas sus funciones mentales, su juicio no es muy claro y su capacidad de autocrítica es casi nula. Sería conveniente que junto a las categorías desempleado y sin ocupación conocida se creara la otra de incapacitado por alcohólico. Tal vez de este modo las instituciones públicas y privadas –y el Estado en general- se interesan un poco más en el problema.

#### Una nota final

La literatura sobre el alcoholismo, en términos generales, muestra una doble tendencia muy importante. Por un lado, se avanza bastante en la profundización del problema y, por el otro, es innegable un énfasis muy significativo en la comprensión de los modelos de intervención empleados en términos de calidad, duración y resultados.

La evaluación de las distintas alternativas de tratamiento hace que las perspectivas sean relativamente alentadoras para la recuperación de alcohólicos siguiendo modelos conductuales, terapias aversivas de tipo químico y eléctrico, programas residenciales, tratamiento ambulatorio o sistemas de apoyo personal al estilo de Alcohólicos Anónimos (Moos y Finney, 1983). Muchas personas logran también recuperarse sin tratamiento formal, aunque la proporción de individuos sometidos a grupos de control de tratamiento mínimo que logran recuperarse varían entre un 32% (con criterios de recuperación astringentes) y un 53% (con criterios de recuperación relajados).

Hay, sin embargo, todo un conjunto de hallazgos pesimistas según los cuales un número considerable de alcohólicos abandonan el tratamiento prematuramente o no son beneficiados durante su exposición al mismo, además de que la proporción de reincidencias en el año siguiente al tratamiento puede ser hasta de un 60% o más. La misma idea de tratamientos más largos y más intensos no ha recibido el suficiente apoyo experimental. Algunos estudios evidencian serias fallas en materia de seguimiento, procedimientos de medida y elementos diferenciales en el tratamiento. Y los descuidos observables durante los períodos de recupe-

ración hacen que la mayor parte de los problemas derivados sigan sin solución.

Uno de los trabajos más arduos que quedan por hacer es la evaluación de los esquemas de planeamiento y conducción de tratamientos antialcoholismo. Es necesario profundizar más los mecanismos extra-tratamiento que facilitan o inhiben el proceso de recuperación. Conviene el desarrollo de intervenciones psicosociales de amplio espectro que incluyan manejo del estrés y tratamientos farmacológicos más efectivos, así como el diseño de esquemas apropiados de prevención primaria a nivel familiar y matrimonial. Por lo demás, nos parece que en la literatura especializada las complicaciones del alcoholismo femenino han sido dejadas de lado, igual que las correspondientes a la cada vez más creciente población juvenil que ha pasado a formar parte del problema. Creemos que tales cuestiones deben ser examinadas a fondo. Pero para ello es absolutamente indispensable mantenernos sobrios...

#### REFERENCIAS

- BREMS, C. 1991. Depression and personality disorder: Differential diagnosis with the MMPI. *J. of Clinical Psych.*, 47:669-675.
- DE LINT, J. 1978. Alcohol consumption and alcohol problems from an epidemiological perspective. *British J. of Alcohol and Alcoholism*, 13:75-85.
- ELWOOD, R. W. 1993. The clinical utility of the MMPI-2 in diagnosing unipolar depression among male alcoholics. *J. of Personality Assessment*, 60 (3): 511-521.
- GOODWIN, D.W. Alcoholism and genetics. *Arch. of Gen. Psych.*, 42:171-174, 1985.
- HELZER, John E. 1987. Epidemiology of alcohol. *J. of Consulting and Clin. Psych.*, 55(3): 284-292.
- JELLINEK, E. M. 1960. The disease concept of alcoholism. Highland Park, N. J.: Hillhouse.
- LEX, BARBARA W. 1987. Review of alcohol problems in ethnic minority groups? *J. of Cons. and Clinical Psych.*, 55 (3): 293-300.
- MADDEN, J. S. 1986. Alcoholismo y fármaco-dependencia. México: El Manual Moderno.
- MAYER, W. 1983. Alcohol abuse and alcoholism. *Amer. Psych.*, 38 (10): 1116-1121.
- MOOS, R.H. & J. W. Finney. 1983. The expanding scope of alcoholism and drug abuse. *Amer. Psych.*, 38 (10): 1036-1044.
- NATHAN, PETER E. 1983. Why we can't prevent the devastating effect of alcoholism and drug abuse. *Amer. Psych.*, 38 (4): 459-467.
- ROBINS, E. The final months. 1981. New York: Oxford University Press.
- ROBINS, L. N. 1966. Deviant children grown up. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- QUAYLE, D. 1983. American productivity: The devastating effect of

alcohol. *J. of Abn. Psych.*, 83: 542-547.

STEFFEN, J. J., NATHAN, P. E. & Taylor, H. A. 1974. Tension-reducing effects of alcohol. *J. of Abn. Psych.*, 83: 542-547.

WANBERG, K.W. & John L. Horn. 1983. Assessment of alcohol use with multidimensional concepts and measures. *Amer Psychologist*, 38(10): 1055- 1069.

WILSON, U. T. & Lawson, DM. 1976. Expectancies, alcohol and sexual arousal in male social drinkers. *J. of Abn. Psychology*, 85: 587-594.

WILSON, U. T. & Lawson, D. M. 1978. Expectancies, alcohol and sexual arousal in women. *J. of Abn. Psych.*, 87: 358-367.