

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
REPUBLICA DE GUATEMALA
CENTRO AMERICA

SOBRE EL ALCOHOLISMO EN GUATEMALA

(Enfermedad Social)

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
de la
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
de la
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

Por

HERNAN BETETA LEZAMA

Ex-interno del Hospital General,

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO



OCTUBRE DE 1946.

Preámbulo

Un trabajo de Tesis significa el resumen de las labores estudiantiles; a la par que marca el paso final de una etapa, señala el inicial de otra desconocido, lleno de sorpresas de variedad multiformes, como que es la vida misma.

Atrás quedan muchos esfuerzos personales que no vale la pena recordar; pero algo que no puede, no debe ser olvidado por una conciencia justa y proceder honrado, son los estímulos, numerosos, muy numerosos y constantes, que hicieron posible que aquellos esfuerzos cristalizaran en este acto final.

Es de imperativo categórico para mí, unir a este Resumen algunos siquiera de los nombres que dieron aquellos estímulos en las variadas formas que éstos se pueden recibir; y expresarles mi agradecimiento tan profundo como sincero:

A los Doctores Carlos Federico Mora, Bernardo Aldana y Pablo Fuchs, juzgo ser deudor de las bases sobre las que descansarán mis conocimientos de Médico y Cirujano; y al Doctor Mora, haber sido el guía oportuno, constante y paciente, del trabajo que aquí se desarrolla.

Al Doctor Salvador Mendieta, el impulso y el apoyo decidido para iniciar y continuar mis estudios en esta ciudad.

Al Doctor Hildebrando A. Castellón, como Ministro de Instrucción Pública de Nicaragua haberme incluido entre los pensionados de aquel Gobierno.

Al Patronato de la Campaña contra el Alcoholismo, haberme suministrado sus Proyectos, Estatutos y Planes y proporcionado las conexiones necesarias para conseguir muchos de los datos que se incluyen aquí.

A los Señores don Alejandro y don Juan del Carmen, a la Familia Vizcaino Gámez, a mis amigos y compañeros, soy también deudor de gratitud.

Por último, a mis Maestros de Nicaragua y Guatemala, quienes procuraron grabar en mi cerebro las nociones de la Ciencia, y en mi corazón los elementos del Bien.

Introducción:

Irás por el camino buscando a Dios, pero atento a las necesidades de los humanos.

En cualquier momento, en cualquier lugar, entre cualquier compañía, te formularás la admirable pregunta de Franklin:

—¿Qué bien puedo hacer yo aquí?

Apareja el oído, los ojos y las manos para que ninguna angustia, ningún desamparo, pasen de largo. Y cuando a nadie veas en la carretera, llena de huellas, que relumbra al sol, cuando el camino esté ya solitario, vuélvete inmediatamente hacia tu Dios escondido.

Si él te pregunta dentro de ti mismo: "¿Cómo es que me buscas, hijo mío?", le dirás: "Te buscaba, Señor, pero en los otros".

"¿Y me habías encontrado?" "Sí Señor: estabas en la angustia, en la necesidad, en el desvalimiento de los otros".

Y él, por toda respuesta, sonreirá dulcemente.

Amado Nervo.

Hechos biológicos, de observación corriente durante los años de asistencia al Hospital; hechos sociales que hieren de cerca mis sentimientos: como el Maestro, científico en la Cátedra de Química, que dejó la vida, ignorado, abandonado, en las playas del lago de su tierra, después de una fuga alcohólica; como el amigo, fuerte mentalidad, poeta y orador, espíritu cultivado, cuyo cuerpo alcoholizado, en la inconsciencia de una intoxicación aguda, fue pasto de las llamas de su propio lecho. Estos hechos, unidos al deseo vehemente de contribuir con algo, a la campaña de mejoramiento social que repercute en Centro América, como un reflejo de las ansias de superación mundiales, me han impulsado a desarrollar mi Tesis, sobre el tema del Alcohólico en Guatemala, como enfermedad social.

Tales son los motivos.

La desgraciada víctima del alcoholismo es mirada como un individuo que ha abusado de sí mismo y que está pronto a abusar de nosotros, es un vicioso; nadie piensa que es un enfermo, posible de curación como lo es un palúdico.

Este modo de pensar, ya secular, ha hecho que el alcoholismo se haya escapado del dominio de la Medicina. A reintegrarlo, y en especial a la rama de la Psiquiatría, deben tender los esfuerzos del Estado y la Sociedad. Actualmente, aún los Médicos encuentran una división entre los trastornos físicos y los morales (psíquicos); preocupándose únicamente por corregir los primeros y dejando que los segundos corran la suerte que les quieran deparar los moralistas y los sociólogos, que dicho sea de paso escasean en Guatemala.

El conocimiento, de actualidad, de la doctrina unitaria de los males del espíritu y de los del soma (la Medicina Psico-somática) debe llevar a la conciencia del mundo Médico que el sustratum anatómico de los males físicos es la consecuencia del trastorno psíquico del alcohólico, y que ambos forman una unidad, y que la tarea de llevarla a la normalidad, pertenece únicamente a la Medicina, a la Medicina actual, Psico-somática.

En resumen, establecer que el alcohólico es un *enfermo* y de consiguiente que se puede curar,

tal es el propósito.

PRIMERA PARTE

Alcoholismo como enfermedad individual

A.—DEFINICION..

QUIEN ES ALCOHOLICO: Se considera alcohólico al individuo que tiene hábito de ingerir bebidas alcohólicas: vino, aguardiente, ajenjo, etc.

QUIEN ES ALCOHOLISTA: Se llama alcoholista a quien ingiere bebidas alcohólicas esporádicamente, sin constituir un hábito. Es el bebedor social o de ocasión.

QUIEN ES DIPSOMANO: quien sufre el impulso morboso a embriagarse con bebidas alcohólicas. A. Ritti define la dipsofilia como la tendencia imperiosa, habitualmente pasajera, paroxística y por accesos, a beber.

Alcoholismo: ha sido definido como el conjunto de desórdenes causados por el uso de las bebidas a base de alcohol: vino, alcohol, ajenjo, etcétera.

Legrain dice que el alcoholismo es una pandemia tóxica universal engendrada por el uso de bebidas a base de alcohol.

Theobaldo Matheus (apóstol de la Temperancia), fué el primero que denominó y describió los desórdenes causados por el alcohol.

Magnus Huss: es el introductor en la ciencia del término *alcoholismo* y de los primeros en tratar la importancia social y patológica del alcohol.

B.—CAUSAS

Considerado el alcoholismo como enfermedad individual, divido sus causas en: a) Biológicas; b) Psíquicas y c) Sociales.

a) BIOLÓGICAS:

1) Edad:

Según la estadística de Magnus Huss la edad más castigada es la comprendida entre 40 y 50 años; siguiéndole la de 30 a 40 años. En nuestro medio, y en la raza indígena, el alcoholismo está difundido en todas

las edades por efecto de otras causas coadyuvantes. Es de observación frecuente el espectáculo de la familia indígena embriagada, desde el niño de pecho hasta los padres y abuelos.

2) *Sexo:*

Actualmente la diferencia que existía entre el número de alcohólicos hombres y el de mujeres tiende a disminuir de modo alarmante. En Inglaterra ha llamado la atención el hecho de que el número de mujeres alcohólicas sea mayor que el de hombres.

3) *Herencia:*

Como causa biológica hay tendencia cada vez a darle menos importancia. Ocupa indudablemente un lugar destacado como causa social, como ejemplo nefasto para el resto de la familia en el hogar y los amigos y relaciones en el conglomerado.

b) *PSÍQUICAS:*

1) *Escisión:* (querer y poder)

Una desarmonía de la personalidad por la imposibilidad o incapacidad de realizar su propia voluntad y de ponerse a la altura de los requerimientos del medio ambiente. Por ejemplo: una diferencia marcada entre lo que persigue y lo que alcanza; entre lo que ambiciona y lo que consigue, etc. Con la intoxicación alcohólica, el individuo gana: —olvidar todas sus desdichas; —conseguir lo que la vida o el medio le ha negado; esto es semejante al dormir y al soñar: durmiendo el individuo solamente olvida; soñándose forja ilusiones y cree conseguido lo que desea. Por esta causa, la *escisión*, no todos paran en alcohólicos, algunos se suicidan, otros se resignan.

2) *Constitucional, predisposición:*

—Personalidad ciclótica: se observa en quienes la necesidad de beber se presenta periódicamente.

—Psicopatía epileptoide.

—Homosexuales: estos individuos tienden no sólo al alcoholismo, sino a cualquiera clase de dipsofilia.

—Compulsiones psicásticas: los individuos aunque tienen perfecta conciencia de la compulsión, luchan sin éxito contra ella.

—Débiles mentales: más bien son propensos al alcoholismo habitual que a la dipsofilia, debido a la falta de moral, de estimación personal, del conocimiento de los valores, por sugestionables.

3) *Jactancia o afirmación del Yo:*

Para demostrar que son hombres.

4) *Resentimiento:*

En la adolescencia tardía, cuando se da cuenta de que fue traicionado, o cree que lo fue por padres, tios, tutores, etc.

5) *Contradicción:*

Por hacer lo contrario de lo que se le aconseja.

6) *Inducción:*

Alguien que se propone inducir al vicio.

7) *Aburrimiento:* falta de distracción.

c) **SOCIALES:**

1) *Ejemplo:*

De los padres, de los hermanos mayores, de los maestros, es singularmente nocivo para el adolescente y el joven. El sistema actual de expendios no es otra cosa que una escuela de incitación al vicio por el ejemplo. Ya he señalado el hecho de la raza indígena: la familia completa, que lleva por los caminos la carga de su mecapan, su miseria y su embriaguez.

2) *Profesión:*

Ciertas profesiones se prestan para llevar al vicio del alcoholismo a quienes las ejercen: fabricantes o trabajadores en aguardientes, vinos y cervezas; canfineros; marinos; muelleros; músicos; y otros muchos quienes por razones de su oficio en relación con las bebidas o por lo rudo de su trabajo, encuentran en el alcohol un aparente medio de distraerse.

3) *Educación:*

El hecho de que el alcoholismo se halle tan difundido en Guatemala entre la raza indígena así como en los estratos de baja cultura aquí como en otros países, hace concluir que la falta de educación es otro factor decisivo que se debe tener en cuenta al enumerar las causas sociales del alcoholismo. La falta de educación está apareada a todas las otras causas sociales; con educación el obrero sabría ahorrar, sabría emplear las horas libres de su trabajo en instruirse, mejorar sus técnicas; sabría buscar descanso; sabría divertirse saludablemente.

4) *Salario:*

El bajo salario, unido a causas psíquicas, o engendrador de éstas, como por ejemplo la *frustración*, contribuye sin duda alguna en un porcentaje crecido al alcoholismo del proletariado. Unido al escaso salario y a la falta de educación se agrega la ausencia del espíritu de ahorro o probablemente éste sea el corolario de aquellos, pues, sin tener qué ahorrar o sin saber qué es ahorro, éste será imposible.

c) **EMBRIAGUEZ**

a) **DEFINICION:**

"El conjunto de accidentes nerviosos y mentales, por medio de los cuales se manifiesta la intoxicación aguda por el alcohol".

b) MANIFESTACIONES:

Las manifestaciones de la embriaguez han sido divididas en *fisiológicas y patológicas*. Con criterio más estricto, prefiero seguir a quienes las dividen en *normales y anormales o anómalas*, o mejor *complicadas*, ya que *patológica* es toda embriaguez, pues no hay una función orgánica ni psíquica encargada de la embriaguez.

Manifestaciones normales serán pues, aquellas que presentan la mayoría de los individuos en equilibrio somato-psíquico y anormales, anómalas o complicadas las que se observan en quienes han perdido aquel equilibrio: psicópatas, enfermos con afecciones orgánicas, tarados, etc.

1) Normales:

Enunciaré solamente, las formas en que algunos autores las dividen: 1.—Fase de excitación; 2.—Fase ébrica; 3.—Fase comatosa; 4.—Fase hiper-estésica.

En este trabajo seguiré a Rogues de Fursac, quien las divide solamente en dos: Fase de excitación y fase de parálisis, pues los otros períodos (de los cuales otros autores hacen tantas formas clínicas), son intermedios o matices de estas dos y aún más, según el autor que cito, la parálisis predomina durante toda la embriaguez, con la diferencia de que sólo se limita a las funciones psíquicas más elevadas, y es enmascarada al mismo tiempo por la intensidad de los fenómenos automáticos, en el primer período.

Primer período: excitación.

La parálisis se esboza ya por:

- lentitud de la asociación de ideas.
- distracción.
- insuficiencia de las percepciones.
- debilitamiento del juicio.

El automatismo se muestra por:

- conversación desordenada: graforrea.
- fuga de ideas.
- movimientos desordenados, repetidos e innecesarios.
- cierto grado de euforia, alegría lúcida.
- irritabilidad.
- emociones exageradas.
- reacciones impulsivas.

El sentido moral y de los convencionalismos se debilita poco a poco hasta desaparecer con el grado de ingestión alcohólica.

Segundo período: parálisis.

La parálisis, reducida en el período anterior a las funciones psicológicas superiores, se extiende en éste a las funciones automáticas:

- movimientos pesados y torpes.
- palabra pastosa, escandida.
- marcha titubeante.
- sónnolencia que invade poco a poco al individuo y puede llegar al coma.

Coma alcohólico:

Este es un período que depende de varios factores, principalmente de la cantidad ingerida, edad, sexo y falta de costumbre. Se llega generalmente a él, aunque no de modo indispensable, después de haber recorrido las dos primeras fases.

Se manifiesta así:

- pérdida de la conciencia.
- insensibilidad a las excitaciones exteriores.
- sueño profundo que recuerda el anestésico.
- facies roja, abotagada, congestiónada.
- pupilas dilatadas, sin reacción foto-motor.
- respiración lenta, estertorosa.
- reflejos tendinosos y tono muscular, disminuidos o abolidos.

2) Anormales, anómalas o complicadas:

Quiero de nuevo recalcar el inconveniente —ya señalado— que existe en denominar a estas formas, *patológicas*, lo mismo me parece que se puede decir del término *anormales*; prefiero pues llamarlas *anómalas* o *complicadas*, indicando con ello que son formas que difieren del tipo medio de ebriedad, sea por terreno (herencia) o por cualquiera otra causa.

1o. Ebriedad sonambúllica:

Es rara. Probablemente el alcohol actúa más bien como desencadenante en un terreno especial: predispuesto comicial, gran histérico. En esta forma se nota un automatismo absoluto, que puede durar horas o días, y durante dicho lapso el individuo actúa como un hombre normal, no recordando nada de su actuación al pasar el estado tóxico.

2o. Ebriedad convulsiva, maníaca, furiosa:

Fue descrita la primera vez por Percy. Sobreviene más bien en el último período de la embriaguez. Se presenta más a menudo después de la ingestión de absinthia, vinos nuevos, cervezas alcoholizadas, etc.

Los fenómenos convulsivos recuerdan los de la epilepsia o de la histeria; muchos ataques se suceden a cortos intervalos. Le sigue al acceso un estado de confusión mental, alucinaciones y reacciones maníacas intensas. El pronóstico es favorable. Percy señala un muerto en 18 casos. Los enfermos se hieren durante el acceso o se golpean o fracturan. Debe temerse el suicidio o el homicidio.

30. *Ebriedad delirante:*

Se presenta en los bebedores de inteligencia debilitada o en los pre-dispuestos. Está caracterizada por la existencia de un verdadero delirio; las ideas pueden pertenecer a todas las categorías; las más frecuentes son: melancólicas, persecutorias, hipocondríacas, etc. Se nota algunas veces alucinaciones o ilusiones. Tienen corta duración. El pronóstico se agrava por las reacciones peligrosas de suicidios y atentados.

C.—DESORDENES DE LA CONDUCTA EN EL EBRIO:

Trato de explicar en este párrafo las causas del comportamiento del ebrio:

De todas las funciones intelectuales, la de la auto-crítica es la más alta y la que se desarrolla por último, en ella están combinadas las funciones del juicio crítico y la auto-conciencia. Entorpeciendo este lado crítico de la propia conciencia por el alcohol, y la consiguiente liberación de las emociones y sus impulsos instintivos, del control habitual, es que el alcohólico da la impresión de una general excitación. El ebrio se presenta por esto como un individuo fanfarrón, agresivo, provocador, fastidioso y por grados se va haciendo insoportable a quienes lo rodean, sin participar de su intoxicación.

Hay una espontaneidad cortical desconocida de él en estado normal. El pensamiento va más rápido que el control; la asociación de ideas así como el paso a los actos va igualmente más rápido y finalmente las determinaciones no tienen con el pensamiento consciente y razonado, el lazo que debieran tener: los actos del ebrio tienden a ser reflejos.

"La desintegración del equilibrio psíquico descompone las operaciones cerebrales en una serie de acciones automáticas y la prioridad de la minatriz, dirigente, termina por pertenecer poco a poco, a las actividades juzgadas inferiores: sentimentales, sensoriales, sensuales, hasta ser animales".

En el estado hipomaniaco el ebrio se entrega sin reservas a quien lo quiera observar: es confiado, expansivo, comunicativo, no tiene secretos y esta particularidad basta para producir la pérdida del control. Este abandono de sí mismo es llamativo y peligroso, porque reduce a los sujetos todavía conscientes y lúcidos al estado de autómatas.

Hay en el ebrio un desdoblamiento psíquico y éste libera el sub-consciente: el intoxicado ofrece al observador un ser íntimo que no es conocido más que por el propio individuo, y muchas veces, ni por él mismo.

d) DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE INTOXICACION:

1) Clínico:

Este diagnóstico tan sencillo y como tal, al alcance del vulgo, puede, no obstante prestarse a confusiones, que cuando suceden, generalmente son lamentables o por lo menos colocan al Médico en situación más que delicada.

Estas razones me han inclinado a dividir el diagnóstico de la intoxicación aguda alcohólica, en dos partes: clínico y químico, porque estando este último al alcance de una Institución como los Hospitales o los Centros de Detención, no puede soslayarse por más tiempo su uso sistemático en la práctica diaria, ya que con ello se facilita grandemente la tarea del Médico en general y del Forense en particular, evitándole a ambos los desagradados que error fácilmente evitable, les puede traer el sólo diagnóstico clínico. Se citan equivocaciones debidas a: barbitál, paraldehído, accidentes cardiovasculares, esquizofrenia, fracturas del cráneo, etc.

Como ya dije, el diagnóstico es fácil en la mayoría de los casos; se hace por: anamnesis, el olor del aliento, los trastornos del equilibrio, la duración efímera del accidente.

Se complica ya, en el período comatoso, en donde probablemente no haya anamnesis, el olor del aliento generalmente enmascarado por vómitos, deyecciones u otros restos alimenticios volátiles. Debe pensarse en la hemorragia cerebral, los comas urémico, diabético y epiléptico, principalmente; recordar que el alcohol puede haber intervenido como causa desencadenante en todos los casos.

La hemorragia cerebral se diferenciará entre otros signos por: parálisis facial y de los miembros, pulso lento, desigualdad pupilar, etc. En la uremia, las pupilas están mióticas. En el coma epiléptico no se confundirá el estertor con el ronquido del ebrio, recordar la existencia del signo de Babinsky.

Aparté del estado comatoso, también es importante el diagnóstico, al principio, con un estado hipomaniaco. Una observación atenta y prolongada puede hacer la diferenciación: en algunas horas de reposo y aislamiento la embriaguez hipomaniaca desaparece totalmente. Esta diferencia es importante en Medicina Legal, pues las conclusiones del examinador serán diferentes en ambos casos.

2) Químico:

Ya he señalado lo deficiente que en muchos casos es el diagnóstico clínico solo; el diagnóstico químico debe principiarse a usarse en Guatemala, y a tratar de que se generalice a los lugares en donde está indicado su uso: Hospitales y puestos de emergencia; Centros de Detención; Juzgados de Tránsito, etc. Ya en septiembre de 1939, la tesis de Licenciatura de la Señorita Marta Sardá, se ocupaba del asunto. En este capítulo sigo completamente su trabajo, indicando el método que ella preconiza por más sencillo y sólo enumerando los restantes que describe.

**METODO DE J. W. CAVITTE PARA DOSIFICAR EL ALCÓHOL
EN LA SANGRE**

Aparatos: Un aparato de destilación de Widmarck, que consiste en un Erlenmeyer de 50 cc. con un tapón especial esmerilado, llevando en la parte inferior una varilla de vidrio que se continúa por una capsula también de vidrio de 0.5 cc. de capacidad, en donde se pone la sangre que se va a analizar. Una pipeta graduada de 1/10 o 2 décimos de centímetro cúbico, que tenga dos marcas; para que dé la exactitud requerida, las dos marcas deben estar separadas por lo menos seis pulgadas; una pipeta volumétrica de 5 cc.; una pipeta de Mohr, de 5 cc., unida a una llave de vidrio por un tubo de goma, la que sostenida por un soporte, da excelentes resultados para titular.

Reactivos: Solución tipo de bicromato de potasio con la misma concentración que la empleada en el método de Widmarck (0.4258 grs. para un litro de agua destilada); siendo un cc. de dicha solución equivalente a 0.1 miligramo de alcohol. Ácido sulfúrico químicamente puro, ácido sulfúrico al 50% en volumen; solución de naranjado de metilo al 0.1% preparada así: disolver 0.1 grs. de naranjado de metilo en 25 cc. de solución decimormal de hidróxido de sodio y completar a 100 cc. con agua destilada.

Solución de Sulfato ferroso al 20%: Disuélvanse 5 grs. de sulfato ferroso con 7 moléculas de agua de cristalización en 15 cc. de agua, agréguense 3 cc. de ácido sulfúrico concentrado y complétese a 25 cc.

Fluido rojo reducible: A 35 cc. del ácido sulfúrico al 50% añádanse 15 cc. de solución de naranjado de metilo al 0.1% y 1 cc. de la solución de sulfato ferroso al 20%. Mézclese bien. El fluido rojo reducible se conserva solamente tres o cuatro días; pero las soluciones con que fué preparado, si se conservan por varios meses guardándolas en frascos bien tapados.

Modo operatorio: Exactamente como en el método anterior: póngase 5 cc. de la solución de bicromato de potasio en el matraz y agréguense 5 cc. de ácido sulfúrico concentrado. Póngase 0.1 cc. de sangre en la capsula del aparato y tápese. Llévase el aparato a una estufa a 70° C. durante dos horas o manténgase a la temperatura del laboratorio doce horas.

Mientras la muestra está en contacto con la solución de bicromato de potasio se prepara el fluido rojo reducible.

Se agrega gota a gota, empleando la bureta preparada para ello, el fluido rojo, hasta que la coloración amarilla del líquido pase a color de rosa. Anótese el número de centímetros cúbicos de fluido rojo empleados.

Póngase en un Erlenmeyer semejante, 5 cc. de la solución tipo de bicromato de potasio y agréguense 5 cc. de ácido sulfúrico químicamente puro. Déjese caer de la bureta fluido rojo hasta el punto final, es decir cuando el color amarillo pasa al color de rosa.

Cálculos: Supongamos que fueron necesarios 3 cc. de fluido rojo reducible para la titulación en blanco, habiéndose gastado para la muestra 1 cc.

5 cc. de la solución tipo equivalen a 3 cc. de fluido rojo. Como 5 cc. de la solución tipo equivalente a 3 cc. de fluido rojo reducible, corresponden a 0.5 miligramos de alcohol, 6 cc. de fluido rojo equivaldrán a un miligramo.

La cantidad de fluido rojo que corresponde a la cantidad de bicromato de potasio reducido por el alcohol de la muestra, se obtiene restando del volumen de fluido rojo necesario para la titulación en blanco, el volumen utilizado en la muestra:

$$3 - 1 = 2$$

$$6:1::2:X$$

$X = 0.333$ que es la cantidad de miligramos de alcohol contenidos en la cantidad de sangre empleada.

Además de éste, la autora describe los siguientes métodos:

- M. de Snell, efectuado por volatilización del alcohol etílico y absorción por ácido sulfúrico y bicromato de potasio.
- M. de Widmark.
- M. de A. G. Scheffel.
- M. de M. Cotte.

D.—ALCOHOLISMO CRÓNICO.

a) CONCEPTO:

Se entiende por alcoholismo crónico, la impregnación habitual del organismo por el alcohol.

La impregnación debe ser continua o cuando menos sin paros importantes que permitan la eliminación completa del alcohol.

Respecto al momento en que se puede hablar de alcoholismo crónico, creo que puede ser a partir del día en que se presenta un desequilibrio entre las resistencias orgánicas y cerebrales enfrente del tóxico.

b) SINTOMAS:

1) Orgánicos:

Antes de describir las afecciones específicas del alcoholismo crónico, haré un bosquejo del alcoholismo latente.

Alcoholismo latente; este se presenta siempre, antes que se establezca el cuadro completo del alcoholismo crónico, y puede permanecer indefinidamente, si los factores no cambian en su marcha ascendente.

En este estado la salud del bebedor está ya profundamente modificada, los síntomas que se encuentran se pueden llamar "pequeños accidentes del alcoholismo"; se reconoce en el hábito del sujeto; puede tener un tipo robusto, gordo y grueso, de aspecto florido, o la apariencia de un sujeto flaco, de tinte amarillento; en ambos se encuentran vari-

cosidades capilares de los pómulos, subictericia de las conjuntivas. Los ojos, son, en los gordos: grandes, átonos y fijos; en los flacos, al contrario: brillantes, móviles, incapaces de fijarse. Por la mañana halito alcohólico o aromático. Millan llama la atención sobre la sudoración perlada de la frente fuera de la influencia de la temperatura. Como índices de la impregnación del sistema nervioso, ya se presenta el insomnio: este no es rebelde, es de las primeras horas, y el sueño es entrecortado de ensueños y pesadillas. El despertar es pesado, con sensación de cansancio.

Trastornos sensitivos: hormigueos, calambres en las extremidades. Temblor de las extremidades y de la lengua: pequeño, 6 a 7 por segundo.

Signo de Quinquaud: sensación de frote óseo cuando se aplica con ligera presión la cara palmar de su propia mano perpendicularmente contra los dedos extendidos de la otra.

Trastornos digestivos varios: flatulencia, digestión retardada y otros.

Puntos de costado: molestia más bien que dolor: a la derecha puede significar hepatomegalia, después de un exceso; a la izquierda, epigastralgia. A veces ninguno de los dos, y entonces es debido a neuralgias intercostales del X u XI par.

Ya establecido, en más o menos tiempo, el alcoholismo se manifiesta por síndromes clínicos que traducen la acción local sobre tal o cual órgano o sistema. Nominaré los principales síndromes en los aparatos o sistemas más frecuentemente atacados.

Aparato digestivo: La *dispepsia alcohólica* es la manifestación más precoz de la intoxicación crónica. Se establece después la *gastritis alcohólica* con su pituita matinal, blanca o verde, que puede llegar a veces a la gastrorragia.

Período de constipación que se alterna con diarrea. Colitis o síndrome disentéricos.

La función hepática se trastorna a veces con ocasión de episodios agudos, se presenta entonces ictericia catarral y otros índices del daño hepático.

En cuanto a la cirrosis atrófica, no hago más que citarla, pues los estudios actuales, principalmente anglo-sajones, aunque no le restan importancia al alcohol como noxa causal, tienden a quitarle la exclusividad que los franceses le atribuían; en la génesis de la enfermedad de Laennec.

Aparato cardio-vascular: Existe taquicardia permanente moderada. En algunos casos se presentan accesos de taquicardia transitoria; en esta ocasión la aorta, el corazón y la tensión sanguínea, permanecen normales.

Al alcohol se le da importancia como generador de arterio-esclerosis y ateroma.

Piel: Ya ha sido señalada, en el período latente, la existencia de varicosidades capilares en la piel de los pómulos. Se presenta también el acné; y a veces dermatitis.

Sistema nervioso: Las neuritis aisladas y las polineuritis, son de observación frecuente en el alcoholismo crónico. Actualmente ya no se atribuye a la toxicidad del alcohol, sino a carencias alimenticias y vitamínicas principalmente, (Vitamina B₁) pero no se puede negar que el alcohol es el origen de esta carencia, es pues el *primum movens*. El síndrome de Korsakoff lo describiré en los trastornos psíquicos.

2) Psíquicos:

La descripción que se hará en este párrafo será esquemática y sintética, y no puede ser de otra manera, se trata de describir casos innumerables, cuya evolución se escaleña a través de meses, años y aún una vida entera, matizados todos, por los innumerables incidentes que los complican en su largo recorrido.

Los trastornos psíquicos se instalan lentamente, permanecen por mucho tiempo desconocidos de los que rodean al individuo y aún del mismo enfermo.

La primera manifestación que citan varios autores, como muestra de la instalación del alcoholismo crónico, es la creación de *nuevos hábitos*, donde el encuentra bajo múltiples formas, la ocasión de beber.

De aquí ~~por~~ poco a poco y como imperioso para satisfacer la necesidad psíquica de beber, se establecerá el *egocentrismo progresivo*, que formará parte importante del cuadro clínico. Todo girará desde entonces alrededor de la satisfacción exclusiva de su Yo. La sensibilidad moral será atacada y privada de las delicadezas del sentimiento. La sintomatología del debilitamiento moral, se encontrará atacando a todas las formas de la actividad moral, que se enumeran a continuación. Esforzándose en traer a la memoria unos cuantos recuerdos, es fácil encontrar para cada una de las actividades morales, un ejemplo concreto en donde se compruebe su falta en el alcohólico crónico:

- Relaciones consigo mismo: respeto de su persona, dignidad, honor, escrúpulos de conciencia, probidad, fidelidad a sus principios religiosos, filosóficos o políticos, cuidado de su persona, etcétera.
- Relaciones con su familia: amor y fidelidad conyugales, sentido del deber de familia, instinto reproductor, educación de sus hijos, etc.
- Relaciones con otros: simpatía, caridad, altruismo, amistad, sociabilidad, etc.
- Relaciones profesionales y sociales: actividad para el trabajo, productividad, cumplimiento de las obligaciones: deberes de ciudadano.

Trastornos sensoriales, son comunes también en los alcohólicos crónicos: las táctiles y auditivas, son principalmente atacadas. Como consecuencia el alcohólico se acostumbra a recibir sensaciones incompletas, pervertidas o falsas, con las cuales forja interpretaciones raras, se forma una vida mental nueva.

El insomnio, que ya se había esbozado en el período latente, se acentúa y se constituye plenamente.

Las cercanías de la noche son temidas del alcohólico, se pone inquieto, aprehensivo, siente una especie de fobia, angustia. De aquí que se transformen en noctámbulos, probablemente para buscar en sus ocupaciones nocturnas un modo de ocultar su miedo a la falta de sueño.

Resumiendo un poco, se puede decir que la inteligencia, la voluntad y los sentimientos son los más afectados.

Las modificaciones intelectuales son las menos aparentes y las más lentas en establecerse, terminan en estado de "embrutecimiento" (Tardieu).

Las de la voluntad no son menos importantes: el bebedor se deja fácilmente arrastrar hacia el mal, si se da cuenta de los peligros que afronta, no tiene la suficiente voluntad para evitarlos. Es el síntoma psíquico más tenaz, es la causa psicológica de las recidivas y de los fracasos en la terapéutica.

Los trastornos de la afectividad son precoces y siempre importantes: el bebedor se vuelve rápidamente sombrío, irritable, colérico, por accesos, con impulsiones peligrosas. La insensibilidad moral los hace intimidables a los castigos más severos.

c) PSICOSIS ALCOHOLICAS

Se enumeran a continuación las principales de ellas:

1) *Delirium Tremens*:

Sutton fué el primero que llamó la atención sobre las manifestaciones delirantes con temblor, que sobrevenían en los alcohólicos crónicos y eran conocidas por los antiguos. El las llamó *delirium tremens*.

Mira lo describe como un síndrome de excitación psíquica con desorientación espacial y temporal, violentas alucinaciones (preferentemente visuales y táctiles), confusión mental, angustia y numerosos síntomas corporales (especialmente temblor e hiperhidrosis) evoluciona en pocos días hasta la curación o la muerte.

Hay que agregar como síntomas físicos: tremulación característica de la palabra; a veces parafasia; los reflejos tendinosos y cutáneos son en general exagerados; un cierto grado de hiperestesia, la fiebre casi es constante. Por último, saburra de las vías digestivas, subictericia, albuminuria y pulso rápido.

2) *Alucinosis alcohólica*:

Mira citando a Bumke la considera como una forma especial del cuadro anterior del cual se diferencia por: 1o. Ausencia de trastornos de la conciencia, tan marcados. 2o. Por el predominio de las alucinaciones auditivas sobre las visuales. 3o. Por la lentitud de su evolución.

Después de un período prodrómico largo, se establece el período de estado: a) conservación de la lucidez: el enfermo permanece orientado, comprende las preguntas y da respuestas adecuadas; b) Carácter penoso de las ideas delirantes y de los trastornos psicosensores: ideas de persecución de carácter variado; sensaciones de quemaduras; co-

trientes eléctricas; alucinaciones métricas; c) Tendencia a la sistematización: el sujeto busca una explicación y una causa a las persecuciones de las cuales es objeto; d) Humor triste y tendencias agresivas: el enfermo reacciona como víctima inocente, pero decidido a defenderse de sus agresores o a escaparse.

Cuando las ideas de celo predominan, se constituye el *delirio de celos alcohólico*, en él predominan interpretaciones delirantes sobre las alucinaciones, sin que éstas, no obstante, dejen de coexistir.

Las ideas delirantes son casi siempre absurdas y las pruebas dadas por el enfermo sobre la mala conducta de su mujer, pueriles.

3) *Psicosis Polineurítica*. (Síndrome de Korsakoff)

Este síndrome aún cuando se presenta en varias infecciones e intoxicaciones, se encuentra con mayor frecuencia en el alcoholismo crónico.

Se caracteriza por la unión de polineuritis y psicosis.

Generalmente la psicosis se presenta en las polineuritis ya generalizadas, aunque a veces puede hacerlo en polineuritis apenas esbozadas, y hay casos en donde la psicosis existe con exclusión de todo trastorno sensitivo o motor.

Los síntomas cardinales de la psicosis son: amnesia, fabulación, y sugestibilidad.

La amnesia es anterograda o de fijación. Los hechos presentes son percibidos, pero no son fijados. El enfermo olvida a medida que se suceden, los hechos de los cuales acaba de ser testigo o principal actor. Esta amnesia puede ser a menudo extremadamente marcada como para llevarse sobre todas las percepciones, en cuyo caso resulta una desorientación completa del enfermo, que puede tomarse erradamente como *confusión mental*.

La fabulación es otro de los síntomas capitales de la psicosis.

La sugestibilidad es tan acentuada que se puede, variando las preguntas, obtener las respuestas que se deseen y orientar la fabulación sobre el sujeto elegido de antemano.

4) *Demencia alcohólica*.

La intoxicación crónica por el alcohol, cuando es de prolongada duración, termina frecuentemente en un estado de decadencia física, intelectual y moral, constituyendo así la *demencia alcohólica*.

Llegado el alcohólico a esta etapa, los trastornos deficitarios no están en relación con lesiones transitorias y susceptibles de *restitutio ad integrum*, sino con lesiones (circunscritas o difusas) fijas, durables o destructivas: arterio-esclerosis, esteatosis vascular, reblandecimiento, paquimeningitis, etc.

Constituida de este modo la demencia alcohólica, su cuadro no difiere, sensiblemente, de las demencias causadas por lesiones más o menos circunscritas. A la demencia más y más profunda se asocian en el orden psíquico: la sensiblería, la afasia, apraxia, agnosia, etc.; en el físico: hemiparesias, ictus, disartrias, etc.

De degradación en degradación el alcohólico ha llegado a un estado miserable en que sólo es parásito del Estado, la familia y de la Sociedad.

E.— TRATAMIENTO.

a) DEL ALCOHOLISMO AGUDO:

1) *de la Embriaguez:*

La embriaguez corriente, común, evoluciona espontáneamente hacia la curación después de reposo o evacuación gástrica voluntaria.

En las formas graves o sea acompañadas de agitación violenta o depresión rápida, se impone la vigilancia atenta del Médico. La primera indicación es el lavado de estómago; éste se puede efectuar provocando el reflejo nauseoso: titilaciones de la úvula, ingestión de agua tibia, café caliente salado, etc. Si no es posible provocarlo por estos medios, entonces se debe recurrir al sondeo gástrico, cuidando de que el reflujo no llegue a las vías respiratorias.

La apomorfina estaba aconsejada como emético, pero tiene el inconveniente de que después de una ligera estimulación, produce efectos depresores que unidos a los que produce el alcohol, agravan la situación del enfermo.

La cafeína es eficaz y puede darse en forma de infusión de café caliente, ingerida, o en enema; o inyectada la cafeína con benzoato de sodio.

El carbógeno puede usarse en caso de depresión respiratoria.

Goldfarb, Bowman y Parker usan actualmente la solución glucosada hipertónica al 50%, 50 centímetros cúbicos, por vía endovenosa y a la vez 15 unidades de insulina. En la 1a. Medicina de Hombres se ha usado con muy buen éxito.

2) *Intoxicación sobre aguda (coma)*

Complicación seria de la embriaguez. Debido al abandono que puede sufrir, en la vía pública, en su hogar o en la taberna, está expuesto el sujeto, a varias complicaciones: edema pulmonar, edema cerebral, enfriamiento, colapso periférico, etc.

Todas las medidas que se indican para la embriaguez grave, pueden y deben ser aplicadas en el coma alcohólico.

Además cuidar de arroparlo, calentarlo; la habitación bien aerada; cambiarle posición frecuentemente para evitar complicaciones pulmonares; fricciones estimulantes. Analépticos cardio-vasculares cada 6 o 4 horas según sea necesario.

La solución glucosada hipertónica y la insulina ya indicadas, debe ocupar lugar importante al iniciar el tratamiento. Se puede agregar a la solución endovenosa, ácido nicotínico: 50 miligramos. Tiamina en altas dosis (100 miligramos) por vía endovenosa, que se pueden repetir.

Orinstein recomienda mucho el metrazol.

Por último, la estriquina es otro de los pilares sobre los que descansa el tratamiento del coma alcohólico. Se usa en altas dosis: 1 a 2 miligramos, cada 3 horas o cada 2; según la necesidad, hasta completar 10 miligramos en las 24 horas.

Las complicaciones deben tratarse de acuerdo con las normas terapéuticas indicadas para cada una de ellas.

b) DEL ALCOHOLISMO CRÓNICO:

1) *Prevención:*

La prevención individual y la colectiva no pueden ser separadas más que de un modo artificial y con afán de exposición. Lo dicho aquí se completará pues, adelante, en la parte en donde el alcoholismo se tratará desde el punto de vista gregario, social.

Mejorar las costumbres: hacer que se emplee el tiempo en deportes, excursiones, lectura, música. Mejorar la alimentación y la vivienda: un individuo con nutrición fisiológica suficiente y habitación higiénica y confortable está menos expuesto a buscar la taberna o cantina.

Incrementar la creación de clubs para todas las clases sociales, desde el campesino humilde hasta el elegante aristócrata, en donde puedan reunirse con los de su clase, y no haya bebidas alcohólicas, pueda divertirse en juegos: ajedrez, billar, boliche, etc., pueda oír música agradable, en fin encontrar las diversiones que su espíritu necesite sin que sea necesario para él recurrir a las bebidas embriagantes.

Propaganda para evitar el alcoholismo concepcional: instruir a las esposas, madres, nodrizas, etc.

A este efecto debe recordarse la acción deletérea del alcohol sobre el espermatozoide. La naturaleza de manera sabia ha establecido, a fin de que el producto de la fecundación sea lo más normal posible, que las dos células germinativas también sean las más normales. El alcohol consigue burlar a la Naturaleza, pues en el momento de la fecundación del individuo ebrio, no es el espermatozoide más apto el que fecunda, sino los defectuosos: bicéfalos, bicaudados, etc.; esto se debe a que el espermatozoide normal es fácilmente sensible a la acción nefasta del alcohol. Los óvulos están sometidos también a la misma influencia.

Por fortuna para la especie, no se produce en los bebedores habituales, tales efectos, con la frecuencia de temer; gracias a que el alcohólico habitual está expuesto a ver disminuir la actividad de las glándulas infértiles de los testículos.

Los programas de higiene mental, deben destacar como uno de sus puntos principales, la lucha contra el alcoholismo.

Un poderoso auxiliar para formar temperantes a las próximas generaciones es el Maestro, él debe estar encargado de efectuar la tarea de inculcar a los niños la repugnancia a todas las bebidas embriagantes.

De consiguiente, una cuidadosa selección en el personal docente, debe efectuarse, para que dicho personal pueda utilizar en esta saludable cruzada, la más eficaz y la más sublime de las predicaciones, como es la predicación por el ejemplo.

2) *Desintoxicación:*

Previamente a cualquier tratamiento psicoterapéutico o de cualquier clase, es indispensable llevar a cabo la desintoxicación del enfermo. No se tendría éxito en emprender la segunda etapa sin haber antes pasado con éxito de la primera; así como este éxito de la primera es fugaz, ilusorio e inconveniente si no se termina la segunda.

La desintoxicación puede llevarse a cabo en dos oportunidades: 1o. En un paroxismo agudo o sub-agudo, delirante o no. 2o. En un estado crónico cuyo peligro se revele súbitamente por un episodio familiar, judicial o social.

El alcohol siendo el tóxico causal de la enfermedad, es necesario suprimirlo totalmente.

Respecto a esta disposición Sargent se muestra inflexible, sus razonamientos fundados sobre una lógica científica, me hacen acogerlos con entusiasmo. Dice él, que los temores de la supresión del tóxico se basan en un prejuicio, el cual a su vez no reposa sobre ninguna observación seria e indiscutible. El temor a la inanición orgánica no está, de ningún modo justificado. Además es ilógico dejar a un enfermo bajo los efectos del tóxico al cual debe su enfermedad. La experiencia demuestra en las manos de psiquiatras y médicos de asilo, que la supresión radical del alcohol, no ofrece ningún peligro, a más de que de ella se deriva una sedación más rápida del paciente.

Como dejo dicho, la supresión del alcohol debe ser total, y ninguna concesión debe ser hecha a nadie, ni parcial ni total.

La abstinencia inmediata la puede soportar, sólo que con muestras de angustia y otros inconvenientes pasajeros, los que se puede evitar fácilmente con distracciones o cualquiera otra clase de derivativos.

Dada la tendencia de los pacientes a tratar de engañar al Médico y a valerse de subterfugios para poder hacerlo, debe contarse con la cooperación decidida, eficaz y sincera de enfermeros, familiares, amigos, etcétera.

Dado también, que todos los sentidos son puerta de entrada a percepciones que pueden despertar el deseo de beber en el individuo, es muy conveniente tenerlo en cuenta para lograr eficacia en el tratamiento.

La *vista*: de las múltiples colores que tienen relación con las bebidas alcohólicas, de las cantinas, de los frascos de vino, etc., son provocadoras.

La *audición*: que le recuerde algo relacionado con sus farras también son peligrosas; y así sucesivamente para cada uno de los sentidos debemos buscar la manera de protegerlo contra estas posibles tentaciones.

También debe ayudarse a la pasividad de la abstinencia con otras medidas: la sed es intensa, debe calmarse con agua natural o con bebidas amargas (cuasia amara, etc.); el régimen lácteo es útil. La evacuación intestinal debe vigilarse a fin de que se efectúe con regularidad.

Los ejercicios, los paseos al aire libre, el trabajo físico, son grandes coadyuvantes.

El apetito debe procurarse restablecer; el uso de la tiamina tiene, me parece, su indicación.

La astenia que casi siempre se presenta en cierto grado, debido a la supresión del alcohol, debe combatirse rápidamente. Por ejemplo: hacerle comprender al enfermo que ella es igual a la que se presenta en el convaleciente de cualquiera otra enfermedad.

El enfermo siente cierta indolencia, falta de deseos de trabajar, inquietud, sensación de agotamiento.

La terapéutica psíquica debe acompañarse de los medicamentos usuales en las astenias sintomáticas: fósforo (orgánico), arsénico, estriénina, helioterapia, hidroterapia, electroterapia, masajes.

El tiempo de desintoxicación es difícil de precisar. Se ha efectuado, guardando siempre ciertas reservas, cuando el enfermo no siente más el deseo espontáneo de beber.

3) Tratamiento medicamentoso o psíquico-medicamentoso:

Reflejo condicionado: Como su nombre lo indica, utiliza el proceso fisiológico al que Pavlov le dió el nombre de Reflejo Condicionado y que consiste, en que cuando dos estímulos de distinto orden sensorial, se presentan simultáneamente a un sujeto, al cabo de cierto número de repeticiones, se consigue que la sola acción de uno de los estímulos, baste para producir los efectos correspondientes al otro.

La manera de provocar el reflejo condicionado en los alcohólicos, es la siguiente: se les pone en presencia de la clase de bebida que acostumbre ingerir, haciendo que la vean, la olfateen, la prueben, para que varios sentidos sean estimulados, y al mismo tiempo se les inyecta una preparación conteniendo emetina (para producir náusea y vómitos), efedrina (para contrarrestar el efecto depresor de la emetina) y pilocarpina (para producir una serie de trastornos secretores muy perceptibles), como la vista, el sabor y el efecto del alcohol coinciden con el de la fórmula inyectada, que es sumamente desagradable, se logra en muchos casos formar un reflejo condicionado en virtud del cual la bebida alcohólica por sí sola reproduce todos los disturbios que primitivamente sólo se obtenían mediante las sustancias inyectadas. Para que el tratamiento dé todo su efecto debe asociarse a la acción medicamentosa, la sugestión mental, lo más enérgica posible y por eso es indispensable que el tratamiento sea practicado por persona adiestrada en psicoterapia.

4) Psicoterapia y Rehabilitación:

Cuatro postulados deben tenerse en cuenta para realizar, cuando se inicie el tratamiento psicoterapéutico: 1. Despertar la conciencia; 2. Aumentar los conocimientos (inteligencia); 3. Educar la sensibilidad (moralidad); 4. Fortalecer la voluntad.

También, al principiar, el Médico debe descubrir en cada caso particular el problema de ese caso, así como averiguar las fuerzas e inclinaciones del medio a las cuales ha estado sujeto, ya que conociendo desde el principio la clase de material con la cual trabajará, las probabilidades de éxito son mayores.

Los alcohólicos no pueden ni deben ser considerados como una clase a la cual se puedan aplicar reglas uniformes. Cada persona a quien le gusta el alcohol en grado nocivo, es un individuo que hace eso en virtud de un mandato de sus propias y personales necesidades (problemas). Lo que puede ser cierto para uno ó varios alcohólicos, no lo es necesariamente para otro o varios otros.

Se debe descubrir, si es posible, la "necesidad" con la cual el alcohólico suplía el alcohol, y entonces buscar la manera de satisfacer esa necesidad, que sea socialmente más aceptable.

Conseguir que el paciente sea cómplice de su propia curación. Despertar en él deseo de curación es tarea primordial e importante para el Médico. Conseguido el deseo de curar, se ha adelantado la mitad del camino.

Franqueado este escollo, el terreno está preparado para recibir la enseñanza, que es doble: primero, destruir los prejuicios y errores de los cuales ha sido víctima el paciente, segundo construir conocimientos sencillos pero lógicos y adecuados y de base científica, al alcance de su instrucción.

Paralelamente al despertar de la conciencia debe irse inculcando el buen gusto por los alimentos naturales, frutas, y bebidas no fermentadas.

Igual cosa, respecto a transformar el egocentrismo del alcohólico en altruismo, que puede aprovecharse después en los trabajos de la Liga o Patronato.

Algunos psiquiatras tienen como signo de curación del alcohólico la manifestación en éste de un deseo irresistible y sincero de ejercer el apostolado.

Por último, fortalecer la voluntad para que pueda ser estable lo conseguido en las etapas anteriores.

Desde otro punto de vista, en el tratamiento debe tenerse en cuenta, en primer lugar, aquellos casos en los cuales el alcohólico se da idea cabal que es un verdadero enfermo y tiene deseos de curarse.

Entonces se procede en la siguiente forma:

Primero: se coloca al enfermo en un nuevo medio.

Después, si además hay otras enfermedades, debe colocarse al alcohólico en un hospital; esto tiene la desventaja de la poca vigilancia y que los enfermos pueden conseguir bebidas; pero tiene ventajas en que los enfermos prefieren un hospital que no un asilo o sanatorio. Sucede así que el alcohólico se da cuenta de la naturaleza de su enfermedad y siente que no está en una prisión sino como verdaderamente enfermo. A los pocos días se observó: la limpieza de la lengua, vuelve el apetito, recupera peso y retorna la confianza. Hay que hacer que los enfermos permanezcan el mayor tiempo posible al aire libre, se le dan tónicos, fricciones, masajes y todo el resto de terapia ya señalado en el capítulo de la desintoxicación, que siempre tiene en esta fase su indicación. Al mismo tiempo conferencias del médico con los enfermos para conocer las causas y darles consejos; acuerdo con la familia sobre medidas a tomar: prohibir bebidas alcohólicas en el lugar; hacer entrar al individuo en una asociación de temperantes. Después de uno o dos meses viene el tratamiento de Sanatorio.

Tampoco hay inconveniente en que el tratamiento comience en el Sanatorio cuando haya otras enfermedades.

Los Sanatorios son escuelas para enseñar a vivir. El alcohólico que tiene su voluntad destrozada, impuntual, caprichoso, tiene que aprender a tener gusto en el trabajo y a este fin tienden los reglamentos de los Sanatorios.

Hay que acostumbrarlos a trabajar todos los días en el campo, practicar ejercicios, cuidar de una perfecta alimentación, juegos que ya conozcan o enseñarles los que más le agraden; festividades y por último tratar con ellos las causas del alcoholismo.

Es muy importante que el trabajo no tenga carácter de castigo o medio educativo muy duro, sino que el enfermo lo acepte como medida terapéutica. Entre los trabajadores intelectuales hay quienes encuentran novedad en los trabajos agrícolas; pero los que ya saben este trabajo creen que se les trata de aprovechar y explotar.

La terapéutica del trabajo es necesaria pero apropiada para cada caso.

Es necesario también la gimnasia, fisioterapia, electricidad, etc.

También hay que arreglar días para conversaciones con los Médicos; algunos Sanatorios lo hacen en un paseo con el enfermo. En cuanto al hipnótico, es cuestión de opiniones, hay enfermos que lo piden y no se les puede negar y en otros casos se consigue mucho hablándoles en estado de hipnosis o haciéndoles relatar lo que en vigilia no cuentan.

La sugestión hipnótica, puede revestir dos formas: simple, limitada a sugestiones verbales, a órdenes impartidas al enfermo, a fin de impedirle beber o de inducirlo a no tener deseos; es de dudoso éxito.

La segunda forma, es compleja, se asocia con procedimientos mecánicos, lo que constituye una verdadera mecanoterapia sugestiva. El método usual es el de Berilón: consiste en la creación por medio de la sugestión de centros inhibidores por medio de diversas acciones psicomecánicas. Ejemplo: el paciente en sueño hipnótico, se coloca en su mano un vaso lleno de bebida alcohólica, se le invita a llevárselo a la boca, pero entonces se le impide sujetándole fuertemente el brazo; ya inmovilizado se le hace la siguiente sugestión: "cada vez que tengáis en la mano un vaso lleno de una bebida alcohólica, sentiréis en este mismo sitio una resistencia igual a la presente, no podréis llevar el vaso a vuestra boca, estaréis obligado a dejar el vaso sin haber bebido", etc. Se determina, repitiendo el ejercicio, una verdadera parálisis psíquica.

Siempre esto debe considerarse como ayuda y no como tratamiento esencial.

- Hay también el del dominio de la "autosugestión consciente", dominio de sí mismo o tratamiento de Coue. Le da a los bebedores una hoja de concentración en la que se escriben frases como las siguientes:

"Todos los días voy repugnando más el alcohol".

"Nunca volveré a ingerir más alcohol".

"El alcohol me da náuseas".

"El alcohol me hace vomitar".

"Ya no puedo ingerir alcohol". Etc., etc.

Ya ha sido señalada la importancia de la alimentación: abundante, nutritiva, agradable, etc.

Es aconsejable que el Director coma con los enfermos, pues así se convencerá que se trata de hacerles bien.

El régimen debe ser pobre en sal, pero bien disimulado.

Buenas bebidas pero sin alcohol. Lograr que beban bastante leche.

Con los medicamentos débese ser parsimonioso; lo mejor es tratar de acostumbrar al alcohólico que duerma bien sin medidas artificiales. Hay algunos medios llamados secretos que se empleaban pero sin resultado. No debemos caer en el charlatanismo consciente, por consiguiente, en el empirismo.

Importante es crear para el alcohólico nuevos equivalentes y nueva sociedad o grupo de amistades, para que sustituyan a las que tendrá que abandonar, al reintegrarse a la Sociedad. Hay que hacerle comprender que puede estar contento sin necesidad del alcohol y lo mejor es no decirse sino hacer que él lo comprenda: fiestas en las cuales no haya bebidas alcohólicas.

Junto con esta escuela de la manera de vivir, la escuela de la voluntad. Al salir del Sanatorio hacer que entre a una sociedad de los ex-asilados que sostiene la moral mutuamente. En algunos Asilos se celebra una gran fiesta anual en la que toman parte los ex-asilados y los actuales. Las sociedades de temperancia y el ejército de salvación son sociedades que tienen la ventaja de ser formadas por antiguos alcohólicos y que inculcan a los enfermos la idea de que están prestando un gran servicio social.

Se ha discutido mucho si el antiguo alcohólico debe ser un absteminante completo o si puede tomar unas copas de vez en cuando. La mayor parte opinan que esto último es lo mejor, pues puede así comprender el alcohólico que es un ser normal.

El tiempo de curación no tiene límites; algunos consideran posible efectuarlo en plazos de 8 a 12 meses. Siendo el tratamiento del alcohólico, un problema individual, me parece inconveniente fijar plazos para la reeducación.

Psicodiagnóstico de Rorschach.

Por ser de suma actualidad el empleo del Psicodiagnóstico de Rorschach en el tratamiento del alcoholismo crónico, algunas palabras diré respecto a este medio de diagnóstico psiquiátrico que toma auge cada vez más, en la ayuda que todos buscan en la Psiquiatría para resolver el problema del alcohólico.

El psicodiagnóstico de Rorschach, esquemáticamente consiste en presentar al paciente unas manchas de tinta a efecto de que él diga qué es lo que ve en ellas, cómo las interpreta y a su vez el psiquiatra investigador, puede deducir de sus respuestas cómo el propio individuo es.

En el alcohólico, con este método se consigue una ayuda para diferenciar los varios tipos de alcohólicos. Los grupos que se pueden diferenciar, son los siguientes:

- 1o. Psicopáticos con deterioro o sin deterioro mental.
- 2o. Neuróticos.
- 3o. Débiles mentales.
- 4o. Deficientes constitucionales.
- 5o. Los que beben para narcotizar dolores físicos o morales.
- 6o. Los que han evolucionado de bebedores sociales a bebedores anti-sociales.

Sirve también en los alcohólicos, para indicar el nivel de *madurez* del individuo, es decir: buen juicio, discreción y dominio de sus emociones; dependiendo de esto qué tratamiento se indica: Sanatorio de Rehabilitación, tratamiento extramural; hospital mental, etc.

Los factores que permiten triunfar en la rehabilitación son:

- 1o. Una buena selección de los enfermos (no todos se prestan).
- 2o. La personalidad del psiquiatra.
- 3o. Análisis y síntesis bien hecha al hacer la psicoterapia.
- 4o. Buenas relaciones personales entre enfermo y médico.
- 5o. Influencia sugestiva.
- 6o. Reeducción.
- 7o. Seguir constantemente al individuo tratado y luego cooperación de la familia y de los amigos.

5) *El Charlatanismo en el tratamiento anti-alcohólico:*

Conviene prevenir contra un error muy difundido y a veces explotado aún por profesionales inescrupulosos: no hay, por hoy, medicamentos contra el alcoholismo; cuanto se afirma en ese sentido es pura charlatanería.

Numerosas panaceas son lanzadas al comercio, por industriales que de buena o mala fe (la mayoría pertenecen a los últimos), con la etiqueta de antialcohólicos. Para que la legislación adecuada se dicte y se aplique contra el charlatanismo, es que llamo la atención en este trabajo, acerca de este tópico.

Los sueros, los polvos mágicos, la cura de Oro de Keeley y tantas otras medicaciones o brevajes que se administran ocultos en los alimentos, son producto de la falta de tratamiento adecuado que se puede suministrar al alcohólico actualmente.

Se hace necesario llamar la atención de los interesados acerca del hecho de que no podrá curarse una enfermedad, sin la participación del paciente (como en muchos de esos métodos charlatanes, se pretende) lo cual es imprescindible; el éxito está en gran parte asegurado cuando se ha logrado la cooperación entre el sujeto y el Médico tratante.

SEGUNDA PARTE

Alcoholismo como enfermedad social

A.—DEFINICION.

En la primera parte he definido y descrito el alcoholismo en función del individuo aislado. En esta segunda parte me ocuparé del mismo en función del individuo gregario, como unidad social, así como del conjunto de estas unidades, la Sociedad.

Del primero se dijo que es la intoxicación por el uso de las bebidas alcohólicas.

La enfermedad Social será pues esa endemia tóxica, universal y permanente, engendrada por el uso de las bebidas a base de alcohol.

Flagelo de la Humanidad que principia en el individuo, sigue su curso en el hogar, en la familia, en la calle, en la industria, etc., no puede ser otra cosa que una enfermedad del conglomerado, una Enfermedad Social.

B.—CAUSAS:

Las causas del alcoholismo como enfermedad social, indudablemente se confunden con las del individual; no obstante en ciertos aspectos difieren o merecen un comentario o hay otras que agregar, por tal razón se encontrará algunas repeticiones de lo ya dicho en la Primera Parte. Desde el punto de vista que ahora contemplo, las divido en la siguiente forma:

a) TRADICION:

O costumbre. La raza indígena, nuestra masa popular por excelencia, es un ejemplo, a mi juicio, de lo que puede en materia de arraigamiento en la conciencia colectiva, las costumbres, la tradición. A este fenómeno sociológico es que se debe que el alcoholismo se haya apoderado de nuestro indio. Por tradición bebe el indio en sus fiestas por espacio de días que se transforman en semanas; por costumbre es que también se emborracha en los velorios o casamientos. Oviedo en 1529 ya encuentra la afición a la embriaguez en Centro América; llamó su atención el hecho, en Nicaragua, donde los indios se embriagaban con "chicha" y fumaban las hojas de tabaco.

Esta observación de Oviedo, nos lleva a la conclusión de que el alcoholismo en el indígena es autóctono como su raza; sin que para ello intervenga en nada la civilización ni el cambio producido en su estado sociológico por la Conquista.

Desarraigar tal tradición sobre la que pesan siglos, es otra tarea hacia la cual tiene que derivarse una rama especial de la lucha contra el alcoholismo en general.

b) IMITACIÓN:

Principalmente en los grupos sociales, la imitación, invita irresistiblemente a tomar el primer wiscky, el primer jaibol, a sentir los efectos de la primera borrachera. La adolescencia, tanto en el hombre como en la mujer, es peligrosa, por este hecho, sobre el que se debe prestar la debida atención, a fin de guiar cuidadosamente esta etapa de la vida.

Es cierto que la estadística de los países que se han preocupado por el problema del alcoholismo no encuentra crecido el número de adictos entre los adolescentes; pero yo creo que actualmente, principalmente en Estados Unidos, una nueva encuesta nos traería muchas sorpresas al respecto. La emancipación que va adquiriendo a pasos agigantados el joven o la joven; la guerra, cuyos efectos aún no se han disipado, y otras causas, están fomentando grandemente la afición entre la adolescencia, por las bebidas alcohólicas.

No menos funesta es la imitación entre los adultos, y entre éstos en el sexo débil. Por imitación es que la mujer se está colocando aceleradamente a la par del hombre, en el número de adictas al alcohol. Y Guatemala no es una excepción a este respecto.

c) FRUSTRACIÓN:

Ya estudiada antes como *escisión*, como esa diferencia notable que a veces se presenta entre lo conseguido y lo que se trataba de conseguir. Ese mar de conflictos que en la vida diaria se suscitan, son motivo de que muchos individuos busquen en el alcohol un medio de deshacer o disminuir aquella diferencia, no encontrando otra cosa que la intoxicación y todo el cortejo de sus males que ya he señalado en el estudio que precede a éste.

El escritor que no se satisface con el producto de su mente, el artista que no encuentra la inspiración para crear, el obrero que se siente incapaz en su trabajo; la mujer que se siente burlada en sus esperanzas; el profesional que no triunfa; todos buscan en el alcohol, la mayoría de las veces, el escape que traerá la tranquilidad al espíritu, sin que en realidad venga otra cosa que la *enfermedad* que se apareja al conflicto que planteó la frustración.

d) IGNORANCIA:

El desconocimiento profundo que existe en todos los grupos de la Sociedad, de los efectos desastrosos que el uso inmoderado del alcohol trae al organismo en sus dos componentes: soma y psíquico; así como las repercusiones que el individuo enfermo, trae al conglomerado, son causa de un buen número de alcohólicos.

Indudablemente a la ignorancia, están unidas la tradición o la imitación o ambas a la vez, para formar un complejo de causas, que son las que predominan en la raza indígena, así como en la juventud o adolescencia.

Por ignorancia, el padre o la madre indígena, alternan la alimentación natural con la bebida alcohólica para el lactante o el infante. Por ignorancia también, el joven y el adolescente se embriagan la primera vez y no encontrando de momento ningún efecto nocivo a su organismo, sino antes bien, la falsa euforia, el haberse sentido "bien" y sobre todo la sensación de *igualdad* con los mayores, dejará abierta la puerta para nuevas experiencias, que sumadas constituirán el alcoholismo crónico.

La propaganda tiene que llevar un rayo de luz que despeje el campo cerrado en donde albergan próximos si no lo son ya, *enfermos sociales*.

e) INCITACION (Responsabilidad del Estado):

Contemplo la incitación bajo tres puntos de vista: el individuo, la Sociedad y el Estado.

El individuo incita con el ejemplo, la persuasión y aún a veces el cohecho. Los jóvenes que se inician en la vida "Social", son los que más expuestos están a sufrir el alcoholismo en sus variadas formas, teniendo como causa la que titula este párrafo.

La sociedad es culpable de incitación, porque sancionando el alcoholismo agudo, en la forma colectiva, expone a la misma colectividad en general y al individuo en particular, a continuar por la senda que conduce hacia la intoxicación crónica.

El Estado, constituido desde la Colonia y luego en la vida independiente, sobre las bases económicas de la renta sobre el alcohol y el tabaco, necesariamente tuvo que convertirse en el mercader de tales artículos de donde se formó en el gran incitador del vicio, sin cuya existencia en gran escala, su economía se derrumbaría como edificio construido sobre arena. Las nuevas corrientes científicas económicas que actualmente se expanden en el mundo, van poco a poco desarraigando el sistema imperante en la América Latina, y en especial en la del Centro, pero aún persiste en grado todavía crecido, y es necesario señalarlo para que los hombres de buena voluntad, los sociólogos, los moralistas, y los humanistas cooperen con los estadistas para mejorar esta condición de vendedor del vicio que actualmente desempeñan nuestros gobiernos centroamericanos.

f) INDIFERENCIA DEL CONGLOMERADO:

La apatía con que el conglomerado mira al alcohólico, el desdén si no la repugnancia con que lo trata, contribuye a que éste no encuentre apoyo, consuelo, ni tratamiento.

Creo que esta indiferencia del conglomerado se debe a la ignorancia o desconocimiento de los problemas del alcoholismo. Para la generalidad el alcohólico es un degenerado, una carga social; es probable que desde el punto de vista pragmático hay mucha razón en este juicio que de los efectos se tiene; pero al buscar la relación de causa a efecto,

encontraremos que el alcohólico es degenerado y es carga social, y todo lo que se quiera, porque antes fué un *enfermo* que no encontró alivio en los que después lo repudian.

Al escaso grupo de personas que actualmente está luchando por constituirse en Patronato o Liga contra el Alcohólico, le corresponde la tarea, árdua sin duda, y llena de contratiempos, de demostrar a los que no son alcohólicos, que el que tiene la desgracia de serlo, en gran parte lo debe a que padece una afección comparable con las que son dignas de toda atención médica.

C.—CONSECUENCIAS.

a) DEGENERACION COLECTIVA:

Siendo la colectividad función del individuo mismo, axiomáticamente la degeneración de éste traerá como consecuencia la de aquella, de modo indubitable.

De nuevo se presenta a nosotros para su estudio en esta parte, la colectividad predominante en la población guatemalteca: la raza indígena.

Es necesario llamar la atención sobre el hecho evidente, si no demostrado, que la raza indígena, por hoy, es fardo pesado sobre los cimientos de la vida nacional, como consecuencia de su escasa cultura, su vida aún rudimentaria, sus costumbres arraigadas y resistentes a dejarse conquistar por los elementales postulados de la civilización. Yo pregunto, ¿no es esto degeneración? La respuesta no la puedo evidentemente dar en este trabajo, de cuya atingencia no es. Y si el indio está degenerado, en su forma colectiva como individual, ¿no será debido a las prácticas alcohólicas que ya encontramos con Oviedo en los tiempos de la Conquista?

Probablemente se argüirá que en todo el mundo el alcoholismo es tan antiguo como la Humanidad misma. Pero yo pregunto de nuevo: ¿Es el alcoholismo de las otras razas pobladoras de los continentes restantes, igual al de nuestro indígena? Ya he señalado cómo es de frecuente observar en la familia indígena la ingestión de aguardiente en todos los miembros que la componen: sean lactantes, o sean ancianos abuelos. Este alcoholismo particular del autóctono necesariamente tiene su participación en la degeneración colectiva de su raza. Esta afirmación es dogmática y apriorística, pero quizá ella lleve al sociólogo estudioso, en pos de la verdadera causa, y entonces poder confirmar o negar los conceptos que anteceden.

Cualquier estudio que trate de resolver el problema, del indígena o de cualquier colectividad, debe tener en cuenta las *variantes idiocinéticas*; a cuyo propósito cabe recordar el cúmulo de deformaciones congénitas y cuadros psicopáticos que en diversos tiempos han querido ser atribuidos al alcoholismo. Depurando esa enorme lista, puede decirse que actualmente se admite como consecuencias del alcoholismo las siguientes: epilepsia y síndromes epiléptoides; retardo mental; la inestabilidad del carácter; neurastenia constitucional; amoralidad constitucional; mortinatalidad; esterilidad y la debilidad congénita.

A más de la participación del indígena en la degeneración colectiva, no se escapa al espíritu observador que en cualquier agrupación, el alcoholismo lleva atado al carro de su desgracia individual, la degeneración colectiva. En la familia, que es la unidad sociológica, corrientemente se observa que aún cuando sea alcohólico un solo miembro de ella, su desgracia repercute sobre el resto de los componentes: la moral de la madre se relaja; la conducta del hijo se desvía; la prostitución amenaza con su espada de Damocles, el crimen acecha y tras de todos, la miseria lista para abarcar con todo y constituir la degeneración colectiva.

* b) ALCOHOLISMO Y CRIMINALIDAD:

Las estadísticas de todos los tiempos y de todos los países, nos muestran el porcentaje crecido con que el alcoholismo entra en relación con la criminalidad.

Siguiendo el proceso lógico de la deducción, los moralistas y los sociólogos llegaron a aceptar como axiomático lo establecido por los números, concluyendo que el alcoholismo es una escalera que conduce al crimen.

El estudio psicológico de la conducta del ebrio, puede también llevarnos a la misma conclusión: recordemos que el alcohol inhibe las facultades intelectuales superiores, principalmente la de la autocrítica, y que como resultado de ello los instintos y las facultades inferiores gobiernan al individuo, de modo francamente automático; no hay frenos para la voluntad ni hay raciocinio.

¿Es posible en este caso, poder esperar de un individuo que, refrene sus pasiones, o impulsiones?

¿No será factible que tal individuo movido por los resortes del automatismo, cometa ofensas a la moral, a la vida de las personas o a la suya propia?

Las respuestas, si se fundan en la lógica, tienen que condenar al alcohólico.

No obstante, nuevas corrientes, nuevas investigaciones psicológicas tienden a destruir este ya casi dogma del crimen relacionado con el alcoholismo.

Son principalmente los norteamericanos quienes tratan de demostrar una absoluta independencia entre esos dos factores.

Se preguntan ellos: ¿Qué hay de la mayoría de bebedores aún alcohólicos crónicos, que espontáneamente se reprimen de actuar con una conducta criminal?

¿Qué hay del anfitrión del crimen, quien con éxito maneja sus hábitos de la bebida o se abstiene totalmente de ella?

Las opiniones de que no existe ninguna relación entre el crimen y el alcohol van aumentando. Tienden a demostrar que la frase común hasta hoy y aceptada universalmente de que el alcohol es la raíz y la base del crimen, ya no es una teoría que pueda defenderse.

No obstante si buscamos en las causas del crimen, encontramos que es un síntoma de un estado desordenado producido por una mezcla de muchos factores, entre los cuales se encuentran económicos, sociales y psicológicos. Al mismo tiempo el alcohol constituye un medio de escape de una penosa realidad por medio de un estado de intoxicación. En el

crimen encontramos: una personalidad integrada escasamente, inestabilidad emocional, conflictos con el medio, frustraciones; que son los mismos factores que encontramos en el alcoholismo.

De cualquier modo, mientras las especulaciones científicas dejan de ser eso, especulaciones, concluyo con las frases del Dr. Emilio Laurent: "Relacionado al alcohol, un criminal sobrio, es rarísimo; mientras que cada alcohólico, no es un criminal, pero puede ser uno, porque el alcohol paraliza las funciones del cerebro e inutiliza la voluntad; entonces el campo está libre a la cólera, a los impulsos excesivos y a los malos instintos".

c) ALCOHOLISMO Y MISERIA:

La intoxicación crónica alcohólica, se manifiesta, entre otras cosas, por la disminución de la capacidad para el trabajo.

De modo que cualquier miembro de una familia, que se entregue al vicio del alcoholismo crónico, necesariamente llevará a su hogar a las estrecheces económicas y luego a la pobreza.

No otro es el resultado, si ese hogar se ve privado del aporte económico que la holgazanería trae fatalmente; a más de que se constituye en parásito de lo que el resto de la familia pueda conseguir para su subsistencia.

Lentamente, pero con paso seguro el equilibrio económico del hogar va hacia la bancarrota.

¿Y sería este el final de la etapa que una familia desamparada recorre en el camino de la vida? Desgraciadamente no.

En el hogar del proletariado, en donde con más furor hace sentir sus destrozos el alcoholismo, nuevas desgracias se van acumulando: enfermedad, prostitución, miseria, hincan sus afilados dientes despojando a los seres inocentes, del más íntimo, del más sagrado de los atributos, la dignidad. Si buscamos la causa primera de esa mendicidad infantil que hace sobrecoger el espíritu, la encontraremos tocando temblorosa a las puertas de la cantina.

Si una visión panorámica pudiera extenderse a todos los hogares de los reunidos en una taberna sola, el cuadro ofrecido sería escueto: de carnes asomándose lastimeras a través de los harapos; harapos expuestos crudamente en habitaciones carentes de lo indispensable; rostros macilentos por el hambre y la enfermedad; esposa, madre e hijos, en espera de que una mano generosa redima a quien las ha sumido en la miseria.

d) ALCOHOLISMO Y ENFERMEDAD:

Toda la primera parte, contempla con alguna amplitud, el grupo de órganos y aparatos que el alcohólico generalmente presenta en estado deficiente si no completamente enfermos.

Merecen destacarse entre las que en aquella parte mencioné, las siguientes: psicosis de origen alcohólico; polineuritis con el síndrome de Korsakoff, gastritis crónicas; colitis; y cirrosis atrófica.

Acerca de esta última hay que hacer algunas consideraciones:

Hasta hace poco tiempo se tenía al alcohol como etiología única de la cirrosis atrófica tipo Laennec. No obstante, los estudios de los anglosajones llegan a quitar la gran importancia que a este agente causal se le atribuía. Y actualmente el problema de la cirrosis enfrente del alcohol, se contempla así: La cirrosis, en primer lugar no es una enfermedad común. No está limitada a aquellos que usan el alcohol, sino se presenta también en quienes no lo usan. Sin embargo ocurre más comúnmente en quienes acostumbran en exceso la bebida.

Los mismos autores describen de la siguiente manera los efectos inmediatos del alcohol sobre el hígado: la bebida moderada no tiene ningún efecto sobre las funciones hepáticas, que por lo menos pueda ser demostrado por ningún test. Sin embargo, cuando grandes cantidades son ingeridas en corto tiempo, por ejemplo un vaso de 200 cc, además de la borrachera, se presentan algunos disturbios de la función hepática: el flujo de bilis aumenta y puede cambiar de color; el glicógeno almacenado se puede transformar en azúcar; así también pueden ocurrir trastornos en la formación de los productos de desecho de la utilización de las proteínas. Estos hechos, no obstante, no significan que el tejido hepático haya sido alterado. El hígado puede aparecer como inflamado y turgente. La inflamación y la turgencia, permanecen aún ya establecida la sobriedad: éstos han sido los únicos cambios hallados en los muertos por intoxicación aguda.

En los alcohólicos crónicos, la lesión encontrada comúnmente es, más que la cirrosis, el hígado graso. Estiman los norteamericanos que el 75 por ciento de los alcohólicos presentan esta alteración.

Por largo tiempo se ha negado que el hígado graso pueda degenerar en cirrótico. Desde hace pocos años, la opinión de los investigadores de este asunto, ha cambiado; y en Norteamérica se ha demostrado por cuidadosas experiencias que la transición del hígado graso a cirrótico, no sólo es posible, sino que ocurre realmente. Ya dije que ellos señalan una frecuencia del 75 por ciento en los alcohólicos; y la de la cirrosis en ellos mismos es de 8 por ciento, debe haber pues, otro factor especial que cause la transición del uno a la otra. Probablemente este factor sea nutricional, pero aún no ha sido determinado.

e) ALCOHOLISMO Y ATRASO ECONOMICO:

La economía nacional de Guatemala, y con ella la del resto de Centro-América, descansa sobre la agricultura, principalmente; y en pequeña escala, que principia a ascender, sobre la industria.

¿Cómo afecta el alcoholismo estas dos ramas de la economía nacional?

Quise contestar esta pregunta con datos numéricos, estadísticos, pero actualmente el ramo encargado de darlos, estaba incapacitado para recabarlos, ya que no existen en absoluto, cifras que indiquen las faltas de los obreros al campo y a las fábricas causadas por alcoholismo. Una encuesta en ese sentido a las fincas y a las empresas industriales hubiera dado datos erróneos puesto que ninguno se ha preocupado por llevar el registro de tales faltas.

Un hecho es evidente: el alcoholismo influye de modo negativo sobre la economía nacional en tres formas:

Primero: las faltas al trabajo (industrial, agrícola o burocrático), aún cuando no se pueden señalar de manera categórica, existen y son numerosas; el resultado de ello es la disminución del rendimiento colectivo; puesto que por la división del trabajo que ahora impera, una ausencia hay que llenarla con otro menos entrenado, de donde resulta que la actividad de éste se diluye en dos actividades sin que en las dos actúe de modo eficiente.

Segundo: aún cuando el alcohólico no falte, sea porque tiene una gran capacidad para no embriagarse, o sea porque su alcoholismo es habitual, no por ello deja de repercutir en modo funestos sobre su rendimiento: está demostrado que la capacidad para el trabajo aún con dosis moderadas, está disminuida notablemente, así como para el meramente muscular, como para aquel en que tienen preponderancia marcada el uso de los sentidos (por ejemplo: ferrocarrileros). Hace algún tiempo en las fábricas de los Estados Unidos se permitía a los obreros llevar sus bebidas alcohólicas, por la errónea creencia de que éstas aumentaban la fuerza muscular; pero las experiencias a que me refiero demostraron lo contrario, debiendo desde entonces tomar las medidas necesarias.

Tercero: algunos accidentes del trabajo se deben al estado alcohólico de los accidentados. Esto influye de dos modos: la vacante del accidentado, y ocasionando los gastos de su hospitalización que pesan tanto sobre él como sobre el patrono.

La lucha contra el alcoholismo, creo que puede dirigirse a los Sindicatos pues nadie mejor que ellos pueden contribuir a la cruzada que se debe emprender contra este flagelo social. Fácil será convencer a éstos que elevar el nivel moral, de sus asociados, debe ser postulado de sus actividades; y una forma de hacerlo es luchando contra el alcoholismo.

1) ALCOHOLISMO Y PROGRESO SOCIAL:

Hemos contemplado algunas de las consecuencias que el alcoholismo puede traer como enfermedad social.

Por separado, y en conjunto forman un pesado lastre que gravita sobre todas las manifestaciones del progreso: cultural, económico, moral, social, político.

Con mucha razón, el alcoholismo ha sido llamado en los Estados Unidos, el Problema Social No. 4.

Se quejan allá de que las Instituciones Médicas soslayan el ocuparse del alcoholismo como enfermedad, y señalan el hecho de que sólo 110 Instituciones de la American Medical Association, se ocupen de los intoxicados, pero sólo preocupándose de tratar la embriaguez sin preocuparse del alcoholismo.

Qué podemos decir aquí, en donde hasta ahora se ha constituido el Patronato Antialcohólico. Es de esperar que la lucha que ha de emprender sea secundada por la sociedad a quien directamente ataca el alcoholismo y que el Estado apoye y secunde esa obra. Es de oportunidad pedir a ambos la unificación de ideas, medios y propósitos para poder lograr éxito en la campaña, ya que la sola divergencia de aquellos, o la acción

separada conduciría únicamente al fracaso, y seguiríamos repitiendo con los norteamericanos, que al alcoholismo es nuestro mayor problema de Salud Pública, aún sin resolución.

Hacer conciencia nacional de los raigambres profundos que el alcoholismo siembra en la estructura de la Sociedad, destruyendo iniciativas, voluntades, vidas, moralidad; deteniendo el Progreso Social, tal es la árdua tarea a emprender en favor del alcohólico, "la Sociedad en masa no puede ser impotente para redimirlo".

D.—TRATAMIENTO

a) PROPAGANDA ANTI-ALCOHOLICA:

1) *Cómo se debe llevar a cabo:*

Todos los países interesados en combatir y disminuir la plaga del alcoholismo, han estudiado el problema y han tratado de resolverlo de conformidad con su cultura, sus necesidades, sus recursos, etc. Aquí en Guatemala, el Patronato Anti-Alcohólico de reciente fundación ha hecho un estudio también del mismo problema: esbozo aquí sus planes por parecerme que están adecuados a nuestro medio, y al mismo tiempo estimo que su puesta en ejecución debe ser rápida y encontrar de parte de las autoridades correspondientes la acogida que dicho plan se merece.

Campaña Educativa:

"Conferencias: Organizar un ciclo de conferencias que serán dictadas en los centros obreros, cuarteles, establecimientos de enseñanza, etc., ilustradas, a ser posible, con películas o proyecciones. En dichas conferencias debén tratarse temas concretos, en forma clara e impresionante, siguiendo un plan previamente trazado. La misma conferencia puede repetirse en cada grupo social, si se está satisfecho de ella. Hay que hacer a un lado toda la hojarasca sentimental que no consigue ningún fin práctico como medio de aléccionamiento. Se necesitan pláticas en estilo familiar, pero bien documentadas. Prescindir de generalidad y lugares comunes para dedicarse a los hechos que convencen".

"Radiodifusiones: Preparar una serie de perifoneas cortos y enjundiosos y procurar que se los trasmita, si posible, diariamente y a distintas horas. Puede utilizarse para ésto los volantes de propaganda anti-alcohólica, leyéndolos en su totalidad o en parte. Observar para esta clase de publicidad los mismos requisitos que para las conferencias".

"Publicaciones: Repartir, una o dos veces por mes, volantes de educación antialcohólica, impresos en formato pequeño, de 4 páginas, papel barato, tipo llamativo, gran tiraje. Se escogerá para cada uno de ellos un tema circunscrito y se le desarrollará en forma condensada pero completa. De este modo se podría utilizar los temas así tratados para desarrollarlos en ulteriores conferencias".

"Estudios sobre el problema del alcoholismo: Para obtener datos exactos y extensos, así como para interesar en nuestra lucha a los capacitados, podría abrirse certámenes con diversos premios para los mejores trabajos que traten diversos temas del alcoholismo, propuestos por el Patronato".

A más de estos medios de propaganda que tiene trazados en plan el Patronato, creo que el mismo debe intervenir cerca del Gobierno a efecto que éste combata las causas del alcoholismo mejorando las condiciones de vida, impulsando la cultura física y desarrollando todas las posibilidades de educación y recreo.

Consultorio o Dispensario Anti-alcohólico:

Además de su plan de campaña social, el Patronato Anti-Alcohólico tienen también el que debe efectuar contra el alcoholismo individual: se efectuará éste por medio de Dispensarios, Servicios especializados intramurales y el o los Sanatorios de Rehabilitación.

"El primer paso en esta fase sería el establecimiento de un Dispensario o Consultorio Antialcohólico, en la Capital de la República. Este tendría dos funciones esenciales: hacer el diagnóstico y tratamiento de cierto número de casos adecuados y servir de núcleo inicial a las actividades de distintos géneros, que la incumben a la Sección Médica del Patronato".

"Calcado en el sistema de las "Clínicas Yale" el Dispensario se proponería, tal como esas clínicas "probar en pequeña escala las posibilidades de rehabilitación para alcohólicos, en gran escala; a un costo que no solamente estaría al alcance de cualquier comunidad sino que quedaría por debajo de lo que cuestan los encarcelamientos, la asistencia manicomial, el auxilio a las familias desamparadas, las pérdidas por accidentes o por días de faltar al trabajo. La rehabilitación de los ebrios está justificada por la opinión médica de que la embriaguez habitual es una enfermedad y por la experiencia corriente de que el alcohólico redimido se convierte por lo común en un buen ciudadano".

"Como base de las actividades del Patronato en la campaña contra el alcoholismo individual las funciones del Dispensario serían poner a prueba métodos de tratamiento para ver cuales son los más adecuados a nuestro medio: preparar al personal médico en la manera de hacer las observaciones clínicas y formular el diagnóstico de los distintos casos que se presentan; dar instrucciones a las personas o grupos que están interesados en la campaña anti-alcohólica; ser el centro de distribución de volantes, folletos, etc., destinados a la campaña educativa entre el público; ser también un centro de información para todo lo que se relacione con el tratamiento y manejo de los ebrios consuetudinarios".

"En estos dispensarios se examinará y aplicará tratamiento a las personas que acudan, ya sea por: lo., propia voluntad, por intervención de la familia, o por orden de las autoridades".

"En los hospitales generales de importancia o en el Hospital de Alienados se contará con *servicios especiales* para los alcohólicos que, a juicio de los médicos del Consultorio, necesitan ser hospitalizados por corto tiempo. El manejo y sostenimiento de estos servicios correrá por cuenta del establecimiento en donde se encuentren; pero se exigirá que, hasta donde sea posible, los asistidos paguen su asistencia.

"El Sanatorio de Rehabilitación: está destinado a los reincidentes y consuetudinarios; a los que, según opinión médica, necesitan de una lar-

ga reclusión o encierro definitivo; a los alcohólicos psicopáticos o a cualesquiera otros que sean remitidos por las autoridades o por el Tribunal de Tutela si se establece".

"El Sanatorio para su funcionamiento, puede constar de las siguientes partes:

Un pabellón de admisión: en el que se colocaría a todos los recién entrados; se les observaría por el tiempo necesario; se trataría a los fácilmente curables y se tendría una organización de "Servicio abierto".

Un departamento de permanencia: para todos los que ya hubieran pasado el período de la observación; para los reincidentes confirmados; para los crónicos, etc. En este departamento tiene que haber una buena instalación de "ergoterapia", es decir de "terapéutica por el trabajo", tanto para edificación de los descarriados, como para que se dediquen a un trabajo remunerativo que les permita, sin salir del asilo, atender a la subsistencia de los suyos".

"Tanto en el departamento de admisión como en el de permanencia habría local aparte para pensionistas".

"Sin perjuicio de que en el futuro se funden otros centros similares se creará, por de pronto, uno en las inmediaciones de la capital que prestará sus servicios a toda la República. Funcionará como dependencia de la Dirección General de Asistencia Pública, recibirá del Patronato toda la ayuda, posible, tanto para su creación y equipo como para su funcionamiento ulterior, y se reglamentará de tal modo que pueda sostenerse, en todo o en parte, con sus propios ingresos".

"Todos los reclusos en el Sanatorio estarán obligados a cubrir los gastos de su asistencia, con el producto del trabajo a que se les someterá como medio de tratamiento y de rehabilitación moral".

"Servicio Social:

Anexa al Consultorio puede instalarse una sección de Servicio Social, de preferencia con trabajadoras que quieran colaborar gratuitamente en nuestro trabajo y que se encargarían de visitar los hogares menesterosos, llevándoles ayuda, interviniendo en las dificultades que admiten intervención de extraños; investigando las condiciones económico-sociales de los asistentes al Consultorio; diseminando literatura anti-alcohólica, etc. De velar por los que dependen de quienes están interdictos en los Sanatorios de Rehabilitación. A recopilar, en cada caso los datos que se refieren a la índole de los interdictos, el ambiente social en que se encontraban, sus condiciones de trabajo o de vivienda. La salud, la situación económica y demás circunstancias de la progenie. En resumen, todo el material que ha de servir para la mejor comprensión del caso, para la elaboración de estadísticas, para fundamentar medidas de observancia general o para analizar las distintas fases del problema Alcohólico".

2) Por quiénes se debe llevar a cabo:

Sociedades de Temperancia:

Estas sociedades se fundan teniendo como socios a los rehabilitados alcohólicos, a los individuos de buena voluntad que quieran ayudar a los primeros a completar su reeducación; tiene como finalidades no ser

exactamente abstinentes, sino moderados; y mantener esa disciplina entre los asociados, procurar nuevos adeptos, tanto entre los egresados de los Sanatorios o los que han conseguido el alta en los Consultorios como entre los que no son alcohólicos; los medios de llevar a cabo sus fines son diversos, teniendo en cuenta el medio en el cual trabajan, y las causas del alcoholismo tanto individual como social, que se han contemplado en este trabajo.

Estando aquí por iniciarse el tratamiento en los Consultorios y por fundarse el sanatorio de Rehabilitación, sería de desear que se fundara una Sociedad de Temperancia con un núcleo inicial de personas entusiastas que ya estén listas para conquistar a aquellos que sean los primeros en egresar de los lugares de tratamiento.

Ejército de Salvación: (Salvation Army)

Es una asociación metodista, fundada por Guillermo Booth. El cuartel general está en Londres.

Además de sus fines religiosos, luchan contra el alcoholismo al cual condenan enfáticamente.

La dirección del Ejército de Salvación está a cargo del General, ayudado por los jefes de los diversos departamentos.

Se extiende a 59 regiones, entre las que se cuentan, Estados Unidos, Canadá, Australia, Inglaterra, Francia, Bélgica, América del Sur, etc. Predica en 34 lenguas.

Sus instituciones sociales y filantrópicas suman: 996.

Tiene 78 periódicos, cuya prensa tiene una tirada total de números de 1.049.046.

Ocupa 2770 oficiales y cadetes en obras sociales.

Como ya dije, entre sus obras sociales, está la lucha anti-alcohólica. Dado el volumen de propaganda y de extensión territorial que abarcan las actividades de este Ejército, sus resultados deben ser halagadores.

Creo que todos los cultos religiosos deben ser interesados en la lucha anti-alcohólica, y en nuestro medio principalmente la católica; pues el indígena se presta por su fanatismo religioso y social, a ser buen elemento de conquista.

Patronato o Liga contra el Alcoholismo:

Actualmente hay constituido un Patronato para la lucha contra el alcoholismo, es una asociación de carácter privado, con el objeto de asumir la dirección del movimiento social de defensa contra el alcoholismo y sus estragos.

Los fines y atribuciones, son los siguientes:

- ✓ "a) Promover, organizar y llevar a cabo en toda la República la lucha contra el consumo immoderado de bebidas embriagantes, de acuerdo con un plan general basado en métodos científicos aplicables en nuestro medio;

TERCERA PARTE

A.—BEBIDAS ALCOHOLICAS.

a) Calidad:

En el cuadro siguiente hay un grupo de análisis practicados en la Facultad de Ciencias Naturales y Farmacia, de cuyos archivos los copie, por gentileza del Señor Decano.

Se presentan los resultados de esos análisis de aguardientes que corresponden a los años de 1935 y de 1945; así como dos de vinos practicados en 1945.

En 1935 se examinaron un total de 144 muestras de aguardientes de diferentes Centralizaciones de la República; dando los siguientes resultados:

- a) Buena calidad: 95 muestras o sean un porcentaje de 65.97%;
- b) Mediana calidad: 28 muestras; porcentaje: 19.44%;
- c) Mala calidad: 21 muestras, con 14.44%.

En 1945 las muestras que se examinaron suman 33, con los resultados siguientes:

- a) Buena calidad: 28 muestras, con porcentaje de 84.84%;
- b) Mediana calidad: 0 muestras;
- c) Mala calidad: 5 muestras, porcentaje: 15.15%.

Como se puede comprobar, en diez años, la calidad de los aguardientes y alcoholes rectificados ha mejorado notablemente, subiendo los de buena calidad de 65.97% a 84.84%; y bajando los de mala calidad de 19.44% a 15.15%.

Las cervezas y los vinos, en los resultados de los análisis practicados se aprecian ser de buena calidad.

Indudablemente, aún es posible mejorar la calidad de los aguardientes y alcoholes rectificados, prestando mayor atención a la dosificación de la acidez. He sido informado de que los licores importados presentan índice de toxicidad mayor que el de los fabricados en la República (no significando esto que los nuestros estén exentos de serlo, en algunas ocasiones) y se explica probablemente a que en los Estados Unidos, por

ejemplo, no exigen la dosificación del furfural, lo que les hace muy tóxicos. Es oportuno sugerir a la Dirección General de Rentas, un mayor control para librar a la venta dichos licores importados.

Como se menciona con mucha frecuencia, el artículo No. 85 del Decreto No. 1602, lo copio a continuación:

Artículo 85.—Se llama alcohol rectificado al líquido obtenido por rectificación y purificación del alcohol etílico ordinario y debe reunir las características siguientes:

I. Tener una concentración alcohólica de 95% en volumen. En ningún caso inferior a 85%.

II. Ser incoloro, muy movable de olor penetrante y agradable y sin otro especial que no sea el del alcohol.

III. Tener una reacción neutra, o necesitar para neutralización, como máximo un mililitro de solución decimonormal de hidróxido de sodio por 100 ml. de alcohol.

IV. No contener más de 0.01 de impurezas en volumen por 100 ml. de alcohol a 100° (alcoholes superiores, fusel) determinados por el método de Rose.

V. No contener furfural en cantidad mayor de 0.0005 (cinco diez miligramos) por ciento en volumen de alcohol a 100°.

VI. Contener como máximo de aldehídos 0.005 (cinco miligramos) por 100 ml. de alcohol a 100°.

VII. No contener sustancias de carácter básico y no dejar más de 0.005 (cinco miligramos) de residuo fijo por cada 100 ml. de alcohol a 100 %.

VIII. No tener sustancias que entren en la composición de los desnaturalizantes, como alcohol metílico, piridina, etc.

ANÁLISIS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y FARMACIA, DURAN

Muestra:	Aguardiente.	Aguardiente	Aguardiente
Color:	Totoncapán.	Cotzumalguapa.	Mixco.
Grado alcoh. a 15° C.	Incoloro.	incoloro.	Incoloro.
Saccharosa:	49.8 Gay Lussac	48. 4° G. L.	48° G. L.
Alcoholes reduct. en glucosa:	—	no hay	no hay
Extracto seco:	0.120 gr. x litro	no hay	no hay
Esencias:	—	0.08 grs. v litro	0.160 grs.
		no hay	no hay

IMPUREZAS:

Por funciones: expresadas en 100 ml. de alcohol absoluto y en miligramos.

Acidez total (en a. acético)	—	—	—
Aldehidos (en ald. etílico)	1.50	—	—
Barfuro:	0.05	vestigios	vestigios
Alcoholes superiores (fusel en alcohol isobutilico)	13.60	10.9	8.3

OTRAS:

Metales tóxicos:	no hay.	no hay	no hay
Desnaturalizantes:	no hay.	no hay	no hay

Conclusiones:

La muestra examinada es un aguardiente Natural de mediana calidad, por tener exceso de alcoholes superiores. La muestra analizada tiene grado alcohólico superior al de Ley.

La muestra examinada es un Aguardiente Natural de buena calidad por llenar los requisitos de los Inc. 4o. 5o. 7o. y 8o. del Art. 85, del Decreto Gubernativo No. 1602.

El producto es un Aguardiente natural de buena calidad por llenar los requisitos de los Inc. 4o. 5o. y 8o. del Art. 85, del Decreto Gubernativo No. 1602.

Observaciones:

La muestra analizada no llena las condiciones del Inc. 4o. y si las de los Inc. 2o. 7o. y 8o. del Art. 85 del Decr. Gubern. No. 1602.

El art. VII miligramos por litro de exceso de alcoholes superiores, descuidados en la ración y el producto.

Fecha del examen:

12 de enero 1935. 16 de Enero de 1935. 17 de Enero

ANALIZADOS EN LA FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES DE LOS AÑOS DE 1935 Y DE 1945

<p>Aguardiente Atitlán incoloro 53 4° G. L. no hay no hay 0.26 grs. v litro no hay</p>	<p>Aguardiente Antigua incoloro 50. 9° G. L. no hay no hay 0.230 no hay</p>	<p>Aguardiente Zacapa incoloro 56. 2° G. L. no hay no hay 0.120 no hay</p>	<p>Aguardiente Totonisapán amar. ámbar 34. 1° G. L. 22.85 por litro 62.50 por litro 86.70 por litro no hay</p>	<p>Aguardiente Patulul incoloro 53. 6° G. L. no hay no hay 0.050 por litro anis</p>
<p>0.22 22.50</p>	<p>0.25 vestigios</p>	<p>no hay 17.3</p>	<p>2.5 27.5</p>	<p>vestigios vestigios</p>
<p>no hay no hay</p>	<p>cobre no hay</p>	<p>no hay no hay</p>	<p>no hay no hay</p>	<p>no hay no hay</p>
<p>El producto analizado es Aguardiente Natural de mala calidad por no llenar las condiciones de los Inc. 4o. y 7o. del Art. 85 del Decreto No. 1602.</p>	<p>El producto analizado es un Aguardiente Natural, de mala calidad por tener excesos de extracto seco en el que hay vestigios fuertes de cobre.</p>	<p>El producto analizado es un Aguardiente Natural de mediana calidad por no llenar el requisito del Inc. 4o. del Art. 85.</p>	<p>El producto analizado es un Aguardiente Preparado de mala calidad por no llenar las condiciones de los Inc. 4o. y 5o.</p>	<p>El producto analizado es un Aguardiente Preparado de buena calidad porque llena las condiciones de los Inc. 4o. 5o., 7o. y 8o. del Art. 85.</p>
<p>El exceso de extracto superior al de Ley.</p>	<p>El exceso de extracto seco revela descuido en la preparación y envase del producto y la presencia de cobre, el mal estado del alambique. El producto analizado tiene un grado alcohólico superior al de Ley.</p>	<p>El aguardiente analizado tiene un grado alcohólico superior al de Ley.</p>	<p>Los excesos de furfural y alcoholes superiores indican rectificación insuficiente. Su grado alcohólico es inferior al de Ley.</p>	<p>El producto analizado tiene un grado alcohólico superior al de Ley.</p>
<p>17 de Enero de 1935.</p>	<p>24 de enero de 1935.</p>	<p>7 de febrero de 1935.</p>	<p>7 de febrero de 1935.</p>	<p>Febrero de 1935.</p>

ANÁLISIS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS PRACTICADOS EN Y FARMACIA, DURANTE LOS AÑOS

Muestra:	Aguardiente	Aguardiente	Bebida alcohólica	Alcohol
Color:	Guatemala	Mataquescuintla	incoloro	incoloro
Grado alcoh. a 15° C.	amarillo	incoloro	incoloro	incoloro
Saccharosa:	43. 1° G. L.	46. 3° G. L.	46. 9° G. L.	92. 2° G. L.
Alcalíes reduct. en glucosa:	5.0 por litro	no hay	9 grs. por litro	—
Extracto seco:	1.8 por litro	no hay	—	—
Esencias:	6.12 por litro	0.112	10.7 grs. por litro	0.028 por litro
	no hay	no hay	no hay	—

IMPUREZAS:

Por funciones: expresadas en 100
ml. de alcohol absoluto y en mili-
gramos.

Acidez total (en a. acético)	—	—	—	N/10 x 100 cc.
Aldehidos (en ald. etílico)	—	—	—	0.5 de ml. de NaOH
Furfural:	0.1	no hay	no hay	0.012
Alcoholes superiores (fusel en alcohol isobutilico)	4.5	no hay	no hay	no hay
OTRAS:				
Metales tóxicos:	no hay	26.01	no hay	no hay
Desnaturalizantes:	no hay	no hay	no hay	no hay

Conclusiones:

El producto analizado es un Aguardiente Preparado de buena calidad porque llena las condiciones de los Inc. 4o., 5o., 7o. y 8o. del Art. No. 85.	El producto analizado es un Aguardiente Natural de mala calidad porque contiene excesos de alcoholes superiores y extractos sobre los límites admitidos por el Art. 85.	El producto analizado es un Aguardiente Natural de buena calidad porque llena las condiciones estipuladas en los Inc. 4o., 5o., 7o. y 8o. del Art. No. 85.	El producto analizado es un Alcohol de mala calidad por tener exceso de aldehidos sobre el límite admitido en el Inc. 4o. del Art. No. 85.
--	---	--	--

Observaciones:

El producto analizado tiene un grado alcohólico inferior al de Ley.	El producto es de grado inferior al de Ley. El exceso de alcoholes superiores revela descuido en la elaboración del producto y fuera de los alcoholes superiores no encierra ninguna otra sustancia tóxica.	Queda reservada muestra de la anterior bebida.	
---	---	--	--

Fecha del examen:	4 de Noviembre 1935.	8 de Noviembre 1935.	31 de Enero 1945	22 de febrero 1945
-------------------	----------------------	----------------------	------------------	--------------------

FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES DE 1935 Y DE 1945

Bebida alcohólica amarillo rojizo 9° G. L. 47 grs. por litro	Bebida alcohólica amarillo claro 52° G. L. 41.6 grs. por litro	Bebida alcohólica amarillo 48. 5° G. L. 30 grs. por litro	Alcohol incolore 93. 5° G. L. 0.016 grs. por litro
47 grs. por litro	47.8 grs. por litro	33.9 grs. por litro	
			para 100 cc
			0.25 ml. de NaOH N/10
			0.005
no hay	no hay	no hay	no hay
estigios	0.06	no hay	no hay
no hay	no hay	no hay	no hay
no hay			no hay
producto analizado es un Aguardiente Preparado de buena calidad por llenar las condiciones requeri- das en los Inc. 4o., 5o., y 8o. del Art. No.	El producto analizado es un Aguardiente Preparado de mala ca- lidad por no llenar las condiciones exigidas en el Art. 85 Cap. XX del Decreto No. 1602.	El producto analizado es un Aguardiente Preparado de buena calidad por llenar los requisitos exigidos por el Art. 85 del De- creto No. 1602.	El producto analizado es un Alcohol Recomi- cado de buena calidad por llenar los requisi- tos exigidos por el Art. 85 Cap. XX del Decreto Gubernativo No. 1602.

En la muestra anali-
zada existe un colo-
rante artificial, y pre-
senta además ligero
sedimento.

3 marzo. 1945

18 Octubre. 1945

18 Octubre 1945

4 Diciembre. 1945

ANÁLISIS DE MUESTRA DE BEBIDA FERMENTADA

Examen Químico:

Aspecto	limpido
Color	café rojizo
Grado real	11.6 a 15° C
Azúcar hidrolizable, en sacarosa	21.5%
Extracto	28.40%
Acidez total, expresada en ácido cítrico	5.12 por litro
Acidez fija expresada en ácido cítrico	4.22 por litro
Acidez volátil expresada en ácido cítrico	0.90 por litro
Materia colorante	no hay
Metales tóxicos	no hay

Conclusión: la muestra analizada es un vino preparado. (Art. 138 del Decreto No. 1602) de composición normal. 30 Enero. 1945.

ANÁLISIS DE MUESTRA DE BEBIDA FERMENTADA

Examen Químico:

Color	morado
Grado real	11.7
Acidez total, en ácido cítrico	7.94 por litro
Acidez fija en ácido cítrico	4.55 por litro
Acidez volátil en ácido acético	2.97 por litro
Extracto	43.78 por litro
Glucosa	11.20 por litro
Materias colorantes extrañas	si hay
Metales tóxicos	no hay.

Conclusión: la muestra de vino analizada tiene una acidez volátil muy elevada, por lo que es impropia para el consumo. Noviembre de 1945.

b) DATOS ESTADÍSTICOS:

A continuación se dan algunos datos estadísticos, los que se pudieron conseguir, varios de los cuales fueron suministrados por la Dirección General de Estadística; otros fueron encontrados en diversas fuentes; en la Bibliografía aparecen los autores de dichas fuentes de información, o se expresó en el curso de este trabajo.

Producción de cerveza por años: 1943-45
(en miles de litros)

Año:	1943	1944	1945
Producción:	4,358	5,897	8,144

Zelssig, señala que el consumo de cerveza por habitante, es de 4 litros. (1946).

Aguardiente natural: realización anual, 1939-45
(en millares de litros)

Año	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Realización	2575.8	2028.9	1757.9	1983.3	2648.4	2634.6	2713.7

Licores Preparados: realización anual en millares de litros: (1939-45)

Año	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Realización:	881.0	1316.0	1553.6	1907.7	2429.8	2765.3	3231.0

El mismo Zeissig asigna el 3.3% de aguardiente *por capita* al ciudadano varón guatemalteco. Me parece que adolece de un error, al no tomar en cuenta para la estadística, a la mujer, puesto que ella también ingiere bebidas alcohólicas y tiende a ocupar un lugar a la par del hombre. Los norteamericanos toman, por año: 1.17 galones; los franceses: 4.6; los ingleses: 0.93; los noruegos: 0.95; los holandeses: 0.40. Todos en 1945. Los rusos tomaban vodka 8.1 litro por cabeza en 1913, 4.5 litros en 1931 y 3.7 en 1935. El Profesor Sigerist, atribuye este notable descenso, a la intensa campaña antialcohólica que el Estado Socialista ha emprendido.

CAUSAS QUE PRÓDUJERON LOS ACCIDENTES DE TRANSITO
(1939-43)

A más de la ebriedad (que es la que nos interesa), se cuentan: descuido, velocidad excesiva, imprudencia, desperfectos, casos fortuitos e inclasificadas.

Año:	1939	1940	1941	1942	1943
Cifra absoluta:	23	46	35	42	54
Ebriedad:					
Porcentaje:	2.25%	3.7%	2.6%	3.6%	4.7%
Total de las causas:	1065	1250	1345	1163	1148

Tomado de las Memorias de los años correspondientes, de la Policía Nacional y Guardia Civil.

Por el momento, estos datos no nos sirven para establecer ninguna comparación, pero al iniciarse la Campaña Anti-Alcohólica servirá para notar la diferencia que exista en los años que aquella se lleve a cabo.

B.—CRITICA DEL SISTEMA DE EXPENDIO Y DEL IMPUESTO COMO BASE DE LA ECONOMIA NACIONAL.

El 18 de Junio de 1937 se expidió el Decreto Núm. 1918, cuyo Art. 9o. Dice: "Los Establecimientos de expendio al por menor, a partir de la vigencia de la presente Ley, no podrán vender bebidas alcohólicas, del

país, por copa, o en cantidades menor, del contenido íntegro de los envases a que se refiere este Decreto; debiendo en consecuencia entregar a los compradores, los envases originales, debidamente cerrados y sellados".

Las consecuencias inmediatas y lejanas que trajo la promulgación de esta Ley, han sido evidentemente nefastos y contraproducentes:

El ejemplo y la incitación que los bebedores producen entre los no alcohólicos y los adolescentes, son dos de las causas señaladas de alcoholismo social; además el espectáculo denigrante e inmoral que ofrecen los ebrios en las aceras y ~~lugares cercanos~~ a las tabernas expone a las miradas extrañas el bajo nivel cultural de la colectividad.

Suscintamente, tales son las razones que me obligan a insinuar al Patronato Anti-Alcohólico, o a las autoridades del Estado a quienes corresponda, la derogación de ese Decreto, buscando el efecto bienhechor, que indudablemente se buscó con él, en las leyes restrictivas que ya señalo en otro lugar de esta Tesis, como convenientes para dictarlas.

"Bases:

Cap. IX. Art. 43. La Dirección General de Rentas, con aprobación de la Secretaría de Hacienda y siempre que sea conveniente para la defensa de los intereses fiscales, fijará bases a los fabricantes como mínimo de realización, celebrando los respectivos contratos en escritura pública, por cuenta de los interesados".

Este es un artículo de la Ley de Bebidas Alcohólicas y Fermentadas actualmente en vigencia.

Por él, el Estado se convierte en incitador en gran escala, a fin de proteger sus intereses fiscales. Herencia funesta de la Colonia, ésta por la cual el Estado necesariamente debía ser propagandista del alcohol y el tabaco. Aún cuando mucho se ha progresado en el sentido de independizar el Presupuesto de las cadenas que lo ataban anteriormente, a la renta de alcoholes y tabacos, todavía ésta es base principal sobre la que descansa la Economía Nacional.

Como Estado moderno, evolucionado y con tendencias a la superación, estudios concienzudos, deben principiarse a hacerse, a fin de situar la Economía sobre bases estables a la par que, estrictamente morales.

Es indudable que la transformación no se puede llevar a cabo súbitamente: nuevos ingresos justos y constantes deben ser buscados, en forma científica. Esta es otra razón por la cual es objetable el Proyecto de Ley que comento en otro lugar, y que se propone suprimir de modo radical, la producción de alcoholes y aguardientes, sin antes haber proporcionado al Estado la forma de restablecer el equilibrio económico que por tal supresión perdería.

Cooperación honesta, desinteresada, científica, entre el Estado y la Sociedad, es indispensable para buscar la forma de dar resolución al problema de Salud Pública y Moral Social, que es el Alcoholismo.

Conclusiones:

- 1a. El Alcoholismo es una Enfermedad Social.
- 2a. De consiguiente el Estado y la Sociedad, están en la obligación de proporcionar la rehabilitación del alcohólico.
- 3a. Leyes restrictivas contra el alcoholismo deben ser promulgadas. Entre ellas la de interdicción o de incapacitación del alcohólico y la obligación de someterse a tratamiento médico.
- 4a. Disposiciones o leyes en favor de los dependientes del interdicto alcohólico a fin de separarlos del medio y educarlos en escuelas especiales, para poder vigilar y corregir sus tendencias, inclinaciones, pasiones.
- 5a. El diagnóstico químico de la intoxicación aguda alcohólica, es fácil, como ya ha sido señalado en Tesis de Licenciatura en Farmacia; débese divulgar y establecer en los lugares que lo necesitan.

Hernán Beteta Lezama

Imprimase.

C. M. Guzmán.
Decano.

Proposiciones

Anatomía Descriptiva	Bazo.
Anatomía Topográfica	Hueso Poplíteo.
Anatomía Patológica y Patología General	El edema.
Bacteriología	Estreptococo.
Botánica Médica	Papaver somniferum.
Clínica Quirúrgica	Punción Lumbar.
Clínica Médica	Exploración del Bazo.
Física Médica	Termómetro.
Fisiología	Digestión gástrica.
Higiene	Bebidas alcohólicas.
Histología	Pulpa esplénica.
Medicina Legal y Toxicología	Int. por mercurio.
Obstetricia	Present. podálica.
Parasitología Médica	Necator americano.
Patología Médica	Neumonía lobar aguda.
Patología Quirúrgica	Apendicitis aguda.
Patología Tropical	Disentería amebiana.
Psiquiatría	Demencia.
Química biológica	Investigación de glucosa en la orina.
Química Médica Inorgánica	Mercurio.
Química Médica Orgánica	Glúcidos.
Técnica Operatoria	Apendicectomía.
Terapéutica	Demerol.

Bibliografía

- ALCOHOL HYGIENE (4) Publicaciones de "The National Committee on Alcohol Hygiene, Inc. Baltimore. EE. UU.
- ALLVARADO; Miguel A. Tesis. Facultad de CC. JJ. Y SS. 1934.
- BAÑUELOS; M. Manual de Patología Médica.
- BAÑUELOS; M. Terapéutica Clínica.
- BESANCON y otros: F. Patología Médica.
- CARBONELL; Manuel V. Higiene.
- ENCICLOPEDIA UNIVERSAL . Espassa-Calpe. (Editores).
- GOODMAN Y GILMAN Bases Farmacológicas de la Terapéutica.
- INGENIEROS; José Histeria y Sugestión.
- JELLINEK; E. M. Notes on the first half year's experience at the Yale Plan Clinic.
- JOEL; Ernest Tratamiento de las Toxicomanías.
- KLEMPERER; J. y F. Tratado completo de Clínica Moderna.
- LAIGNER-LAVASTINE. Práctica Psiquiátrica.
- LAY SUPPLEMENT (12) Publicaciones de Quarterly Journal of Studie on Alcohol. New Haven, Conn. EE. UU.
- MEZA; César Tesis. Facultad de CC. MM. 1944.
- MIRA Y LOPEZ; E. Manual de Psiquiatría.
- MORA; C. F. Higiene Mental (En preparación).
- MORA; C. F. Medicina Forense.
- RAMIREZ; Eliseo Patología General.
- ROGER, WIDAL y TEISSIER .. Nuevo Tratado de Medicina (Intoxicaciones).
- ROQUES DE FURSAC; J. Manual de Psiquiatría.
- SARDA; Marta Tesis. Facultad de CC. NN. y FF. 1939.
- SAVY; P. Terapéutica Clínica.
- SELIGER; Robert V.; CRANFORD; Victoria The Rorschach Analysis in the Treatment of Alcoholism.
- SELIGER; Robert V. The Psychiatric Treatment of the Alcoholic Addict.
- SERGEANT; Emilio Tratado de Patología Médica y Terapéutica Aplicada, (Intoxicaciones y Psiquiatría).
- SIGERIST; Henry E. La Medicina Socializada en la Unión Soviética.
- SILVA; Máximo Campaña contra el Alcoholismo.
- ZEISSIG; Leopoldo Guatemala Paraíso Perdido.