

El alcoholismo, problema médico y social*

I. INTRODUCCION

GUILLERMO CALDERÓN-NARVÁEZ†

Desde el principio de su historia, el hombre se ha ingeniado para producir bebidas alcohólicas. Sin embargo no fue sino muchos siglos más tarde cuando empezó a utilizar la palabra alcohol, vocablo de origen árabe compuesto por el prefijo *Al* y el sustantivo *kohl* que servía para designar un polvo fino usado para pintar las pestañas. Según Henri Roser, daba la idea de algo sublime y sutil. El que se aplique actualmente al producto que se obtiene de la destilación de las bebidas fermentadas, se debe al famoso médico renacentista Paracelso, quien le dio ese nombre, considerando que sublimado y destilado eran términos equivalentes.

El alcoholismo, cuya historia se remonta a los orígenes de la humanidad, no fue considerado como una enfermedad sino alrededor de 1800, cuando el médico Thomas Trotter se refirió a él en este sentido. Desde entonces, los intentos para definirlo han sido por lo general imprecisos y ambiguos. En el informe final del Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo que tuvo lugar en Viña del Mar (Chile) en noviembre de 1960, organizado por la Organización Panamericana de la Salud, se consideró que para el planteamiento de programas de salud, el

alcoholismo podría definirse, como "un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por la dependencia hacia el alcohol, expresado a través de dos síntomas fundamentales: la incapacidad de detener la ingestión de alcohol una vez iniciada, y la incapacidad de abstenerse del alcohol". En la práctica los síntomas que se presentan, son la expresión de una "dependencia", física, psicológica o cultural hacia el alcohol.

Jellinek expresó que "los alcohólicos eran aquellas personas que bebían con exceso, que dependían del alcohol al grado de provocar un trastorno mental evidente o de interferir con su salud física y mental, sus relaciones interpersonales y su buena conducta social y económica, y que por lo tanto, requerían tratamiento". De acuerdo con lo anterior, el alcoholismo debe ser analizado con un doble enfoque: el médico propiamente dicho y el que representa como un problema que afecta a la sociedad.

Ahora bien, la importancia de un problema social se mide al través de sus consecuencias; en la medida en que es más frecuente, sus repercusiones son más ostensibles. Sin embargo, las técnicas para valorarlo no siempre están en relación directa con la magnitud del problema a medir, por virtud de la existencia de gran número de factores de tipo social, que al obstaculizar su debida comprensión, impiden determinar las bases para una solución pro-

* Presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 9 de mayo de 1979.

† Académico numerario. Centro de Salud Mental Comunitaria "San Rafael".

gresiva. Tal es el caso del alcoholismo, que siendo tan antiguo, ha determinado una gran cantidad de trastornos económicos y sociales en los distintos pueblos y en las distintas épocas.

El alcoholismo, por el hecho de afectar a grandes grupos humanos, por la frecuencia con que se presenta y por su trascendencia en el medio social, debe ser estudiado desde el punto de vista epidemiológico. Sin embargo, este tipo de estudio es muy difícil de realizar y la prueba la encontramos en que siempre que se nos solicitan informes al respecto, sólo encontramos estudios muy limitados en número y de muy dudosa confiabilidad, al menos en nuestro medio.

Siendo la prevalencia del alcoholismo difícil de valorar por el diagnóstico directo de los casos, generalmente es observado y cuantificado en forma indirecta al través de las manifestaciones clínicas atribuibles al alcohol, por las alteraciones de la conducta que origina. (ausentismo laboral, accidentes de tránsito, problemas legales y otras) y en forma más difícil, por las graves consecuencias sociales que determina, como la desintegración de la familia, la disminución de la capacidad de producción o de consumo y la sobrecarga que para la comunidad representa la manutención de estas personas.

Cualquier programa que tenga por objeto establecer medidas de prevención y de control, debe basarse en una concepción bipolar, indispensable para ubicarlo dentro de un marco de realidad: el conocimiento preciso de los patrones de bebida y al mismo tiempo, de la forma en que la comunidad contempla el problema. Por tal razón, es preciso realizar todos los esfuerzos necesarios para obtener datos confiables en relación con este antiguo e importante problema de salud pública.

En varias ocasiones, la Academia Nacional de Medicina se ha abocado a difundir conocimientos más precisos sobre el alcoholismo. Ahora, ha querido conjuntar la experiencia inapreciable y el interés permanente en el problema de dos grandes maestros y distinguidos miembros de nuestra Corporación, los doctores Miguel Bustamante y Rubén Vasconcelos, con la presentación de los objetivos, metodología y primeros resultados de la investigación que sobre las respuestas de la comunidad a los problemas que origina el alcohol, está efectuando la Organización Mundial de la Salud en Escocia, Zambia y México.

Durante dos años y medio se ha estado trabajando con gran interés en el proyecto. Los datos obtenidos son muy numerosos, la posibilidad de conocer por primera vez las características del problema, con un programa cuidadosamente elaborado y supervisado, no sólo por el personal de la División de Salud Mental del mencionado organismo internacional, sino además por expertos asesores de todo el mundo, hace suponer que del análisis de los mismos se podrán obtener conclusiones muy valiosas y

elaborar programas adecuados basados, no sólo en las características y magnitud reales del problema, sino además en la forma como la propia comunidad lo percibe y está dispuesta e enfrentarse a él.

Los resultados analizados en esta primera comunicación son todavía muy limitados; pero ha sido precisamente por recomendación de la Organización Mundial de la Salud, que se informa de ellos, con el objeto de lograr colaboración de un gran número de personas interesadas en el problema.

II. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

MIGUEL E. BUSTAMANTE*

Es lógico que los médicos, al observar el aumento del número de alcohólicos entre los enfermos que atienden, se pregunten cuál será la frecuencia y cuáles las características del alcoholismo en México, ya que necesitan tenerlo presente al tratar el padecimiento que motiva la consulta.

Tienen razón al interrogar a los sanitaristas y en particular a los epidemiólogos, puesto que en casi todo el mundo, el alcoholismo es un problema creciente de salud pública y ha merecido, desde 1950, la atención de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los de salud mental.¹

Se ha definido al alcoholismo-enfermedad como: "La dependencia psicológica y fisiológica del alcohol, caracterizada por la incapacidad del alcohólico de controlar el principio y la terminación del consumo de ese producto". La OMS² amplió la definición para abarcar las variaciones regionales y sociales diciendo: "El alcoholismo es una enfermedad crónica o desorden de la conducta, caracterizada por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en forma que, excediendo el consumo dietético acostumbrado o el de la adaptación corriente a las costumbres sociales de la comunidad, causa perjuicio a la salud del bebedor, a sus relaciones con otras personas y a su actividad económica".

Hanlon dice que: "... desde un punto de vista epidemiológico, el alcoholismo puede ser definido como una enfermedad adquirida, crónica, progresiva en la vida (adulta), caracterizada por la ingestión compulsiva de cantidades excesivas de alcohol que conduce en los estadios más avanzados —de la enfermedad— a ciertas secuelas de deterioro psicológico, social y físico".³

Es evidente la dificultad para encontrar una buena definición de alcoholismo; aceptamos la de la OMS, ya que existe una ambivalencia general respecto al uso y al abuso del alcohol, con raíces históricas profundas, que acompañan el temprano descubrimiento del alcohol y de sus efectos placen-

* Académico titular.

Cuadro 1. Comparación de los términos usados para designar tipos de cirrosis hepática.

<i>Nutricional</i>	Septal	Tipo Laennec A, B, C, D	Regular	Micronodular	Tipo C	de Laennec grasosa alcohólica portal monolobular difusa uniforme finamente nodular florida
<i>Postnecrótica</i>	Postcolapso	Postnecrótica	Irregular	Macronodular	Tipo A	tóxica, no alcohólica multilobular atrófica trabecular variforme nodular gruesa atrofia amarilla cicatrizada
<i>Posthepática</i>	Septal incompleta				Tipo B	

Fuente: Anthony, P. P. y col.⁵

teros, así como sus consecuencias perjudiciales. Hoy seguimos oscilando entre el rechazo del individuo alcoholizado o del alcohólico y la aceptación social de las bebidas y oficialmente, la inclusión fiscal de los grandes ingresos obtenidos por la fabricación, el anuncio persistente, la distribución amplia y la venta profusa de las bebidas alcohólicas.

Frecuencia del alcoholismo

Hasta hoy sólo disponemos de métodos indirectos y aproximados para calcular la magnitud del alcoholismo en México, haciendo algunas comparaciones numéricas con las cifras obtenidas en otras naciones. La primera fuente es la estadística de defunciones por cirrosis hepática, teniendo muy en cuenta que sólo la padecen de 10 a 30 por ciento de los alcohólicos crónicos, según Guevara⁴ quien insistió en este dato en el III Congreso de la Academia Nacional de Medicina.

Esa proporción de daño hepático, encontrada en México, es semejante, a pesar de las diferencias nutricionales de sus habitantes, a la encontrada en algunos países de Europa, en los Estados Unidos de Norteamérica y en Argentina.

Las cifras de defunciones por cirrosis hepática presentadas más adelante, deben ser consideradas, en cuanto a la hepatitis crónica alcohólica, en la proporción señalada. Sería deseable que los anatomatólogos de los hospitales de nuestro país

diesen a conocer la proporción de los diferentes tipos de cirrosis que encuentren. Al respecto, sería útil y conveniente, para tener información exacta y comparable de la mortalidad hospitalaria por este grupo de enfermedades, aceptar la propuesta de la OMS en el trabajo titulado *La morfología de la cirrosis; definición, nomenclatura y clasificación*,⁵ escrita por Anthony y un selecto grupo internacional de anatomatólogos, publicada en 1977 por la OMS en la serie: *Progresos en estandarización*. El cuadro 1, y las figuras 1 a 3, que muestran lesiones de hepatitis alcohólica, fueron tomadas del artículo de Anthony antes mencionado.

Es evidente la necesidad de disponer, en todas las naciones, de información científica y del diagnóstico indudable de la proporción de cada tipo de lesión hepática encontrado en los hospitales. Esto informará, entre otros datos, la proporción de hepatitis alcohólica en la población, pues no se cuenta con estadísticas de morbilidad ni de mortalidad por alcoholismo.

En la ciudad de México ayudaría a dar una idea del consumo de alcohol, en ciertos casos, la investigación, por métodos epidemiológicos, de las estadísticas de las personas atendidas en el submundo policial de los puestos de socorro y las de los hospitales con servicios de urgencia, respecto a la ausencia o el grado de intoxicación alcohólica de las personas atendidas en tales servicios.

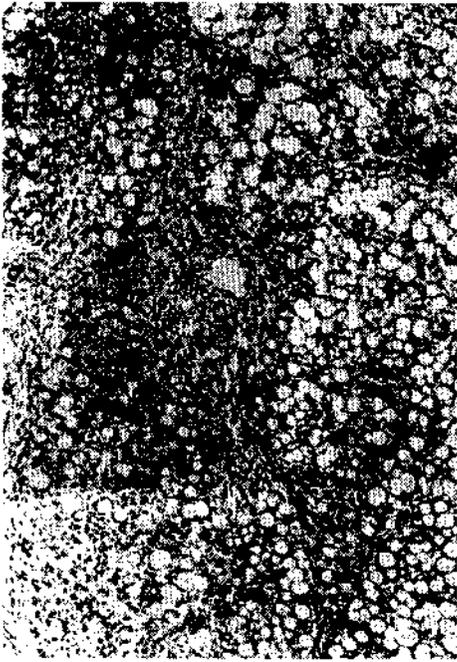


Fig. 1. Hepatitis alcohólica. Trabéculas fibrosas inflamatorias, que disecan el hígado en nódulos; existe también fibrosis difusa extensa dentro del parénquima; las celdillas del hígado muestran cambio grasoso. (Hematoxilina-eosina. 60 X).



Fig. 2. Hepatitis alcohólica. Se nota fibrosis extendida desde el tracto portal (abajo, a la derecha) hacia un área ocupada anteriormente por una vena central actualmente obliterada (arriba, a la izquierda). Este cambio se ha designado como esclerosis hialina centrilobular, ya que la fibrosis es frecuentemente hipocelular y puede ser bastante densa. (Coloración tricrómica de Masson. 96 X).

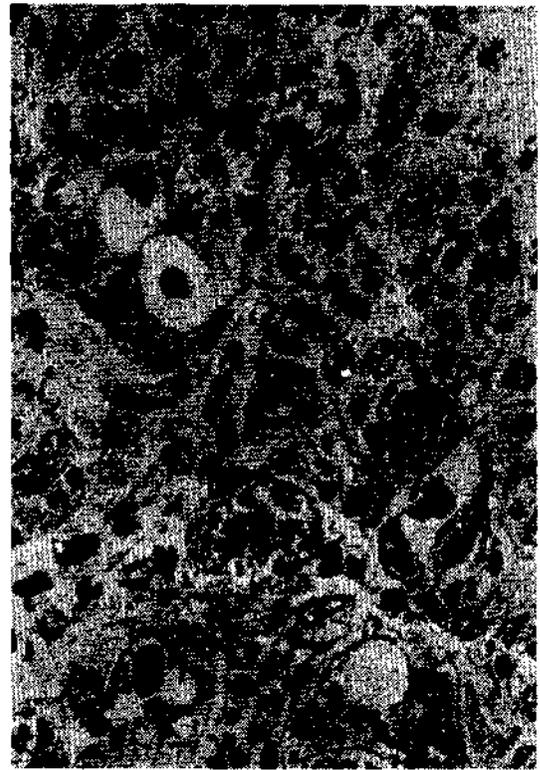


Fig. 3. Hepatitis alcohólica. Algunos hepatocitos contienen aglomeraciones de tejido hialino de Mallory en su citoplasma. Nótese la presencia de neutrófilos polimorfos que son una lesión característica. (Hematoxilina-eosina. 384 X).

Desde luego resalta la importancia de determinar, en los frecuentes accidentes de tránsito, el alcohol en la sangre de los conductores de automóviles y de motocicletas. Importa hacer mención de la relación del consumo del alcohol con los accidentes de tránsito, por ser tan grave problema de salud pública y de salud mental. En efecto, los automóviles y las motocicletas son elementos hoy necesarios para el transporte de personas y de mercancías; aumentan en número y más aún el de conductores de vehículos. Hay pues más bebedores de alcohol manejando y está bien establecida la incapacidad de los conductores alcoholizados para juzgar la dirección, la velocidad y la distancia que les separa de otros vehículos, de los peatones o de otros obstáculos en el camino.

El alcohol ingerido disminuye la posibilidad de evitar un accidente que puede ser grave, causar la muerte y la destrucción de la propiedad. De ordinario, cerca de la tercera parte de los miles de accidentes que ocurren en las carreteras y en las calles se debe al alcohol consumido por el conductor del o de los vehículos afectados. Casi la mitad de los accidentes ocurren por esa misma causa los fines de semana en las ciudades o los domingos por la tarde en las carreteras. Aun cuando la gente con muy

baja concentración de alcohol en la sangre, por haber tomado una o dos copas, no figure en los accidentes con más frecuencia que los individuos sobrios, la probabilidad de encontrarse envuelto en un accidente de tránsito, sí aumenta rápidamente cuando el alcohol en la sangre pasa de los niveles mínimos de tolerancia, que son de alrededor de 0.05 por ciento, aun cuando 0.10 por ciento es el máximo permisible, según los expertos.

Detección de alcohol ingerido por los conductores de automóviles

El método más aceptado para determinarlo es el obtenido por el aparato analizador del aire expirado. La persona sospechosa de sufrir intoxicación alcohólica, debe soplar en un globo que forma parte del mecanismo arreglado para permitir el paso de una cantidad precisa del aire expirado, el cual pasa después por una solución química de bicromato de potasio y ácido sulfúrico. El color de la solución cambia, obscureciéndose conforme a la proporción de alcohol en la muestra de aire. A continuación se determina el porcentaje de alcohol de la muestra y se mide su equivalente en porcentaje de alcohol en la sangre.⁶

Los frecuentes accidentes de automóvil en los que figuran gentes alcoholizadas, dice Pérez de Francisco,⁷ se deben a que el alcohol disminuye el control motor y la coordinación de los movimientos de los ojos y de los dedos; el habla misma se dificulta, se hace lenta y torpe. El mismo autor dice: "Quizá el grupo de hallazgos más interesante para el hombre contemporáneo fue el reunido por Dren y colaboradores en 1958, al demostrar cómo conductores expertos iban perdiendo progresivamente la capacidad de decidir si podían pasar entre dos puntos marcados en el pavimento, a medida que la ingestión de alcohol aumentaba. Es curioso que la autoconfianza en su propia habilidad para tener éxito en la prueba, aumentaba también paralelamente".

En el sujeto normal, la intoxicación ligera aparece cuando la concentración alcohólica en la sangre alcanza 0.2 por ciento por volumen. Entre 0.2 y 0.5 por ciento ocurren grados crecientes de intoxicación y por encima de este último nivel hay peligro de muerte. Desde 1932 Wogen distinguió un nivel subclínico de 1.2 mg. de alcohol por mililitro de sangre; si la concentración alcanza 3 mg. por mililitro de sangre hay alteración de la coordinación de los movimientos, del habla y de la percepción sensorial. Por encima de 4 mg. por mililitro, se presentan apatía y estupor.

En los casos en que la persona sospechosa esté inconciente o sometida a tratamiento médico de emergencia, el único recurso para establecer la concentración de alcohol será el examen de alcohol contenido en una muestra de la misma.

Consecuencias genéticas del alcoholismo

La epidemiología del alcoholismo, investiga actualmente las consecuencias genéticas del problema, que se deben incluir en la medicina preventiva. Resulta que los promotores y dirigentes de la sociedad de consumo, al ver la incorporación de la mujer a la vida de la sociedad, están trabajando para canalizar parte de la capacidad económica femenina, en cuanto les es posible, hacia el consumo de tabaco y de alcohol.

La propaganda para impulsar el aumento del uso de bebidas alcohólicas por las mujeres, que todavía son la minoría en el proceso de alcoholización, es excesivamente grave, porque en caso de ser alcohólicas y quedar embarazadas, pueden tener un hijo que será genéticamente víctima de la enfermedad que nos ocupa.

Estudios realizados a partir de 1968 dieron a conocer las consecuencias que el alcoholismo de las madres tiene sobre el feto. Lemoine y col. publicaron en el año citado el artículo *Los hijos de padres alcohólicos. Anomalías observadas al respecto en 127 casos.*⁸ Su llamada de atención originó diversas investigaciones, algunas publicadas en revistas de medicina y de salud pública en Europa y en los Estados Unidos de Norteamérica, con los resultados de la investigación paralela y comparativa en grupos de mujeres embarazadas: unas que ingirieron bebidas alcohólicas en gran cantidad, otras que lo hicieron moderadamente y otras, que son abstemias.

En 1978, Hanson y col.,⁹ en dos grupos de embarazadas, uno de grandes bebedoras y otro de un grupo testigo de madres abstemias, observaron una correlación directa entre la cantidad de alcohol ingerida en el curso del embarazo y la existencia de anomalías congénitas. Citan también la investigación de Oulette y col. en una población de alto riesgo, en la cual 32 por ciento de grandes bebedoras embarazadas dieron a luz niños con anomalías congénitas, en comparación con 14 por ciento de anomalías observadas en hijos de bebedoras moderadas y 9 por ciento en criaturas de bebedoras ocasionales o de mujeres abstemias.

Para conocer el número anual de alcohólicos en relación con la población del país, las características de variabilidad según el sexo, la edad, la ocupación, la situación familiar y cultural, la condición económica de los enfermos, cuándo y cómo acostumbran beber, la clase y cantidad de bebida consumida por persona y por día, se recurre al método de las encuestas socioepidemiológicas. El doctor Guillermo Calderón, organizador y coordinador de este simposio, ha realizado, con un selecto grupo de trabajo, una investigación modelo en una extensa zona del Distrito Federal.

Prevalencia del alcoholismo

Alguna información de otros países acerca de la frecuencia de esta enfermedad, servirá para ubicar

en su sitio el problema del alcoholismo en nuestro país. En un estudio preparado por la Oficina Regional Europea de la OMS, investigadores canadienses y finlandeses afirman que en muchos países, la cirrosis del hígado se ha convertido en una de las principales causas de muerte de hombres en edad productiva. El alcohol también juega papel importante en las muertes por accidentes y en la de cánceres de las vías digestivas superiores y del aparato respiratorio.

El Consejo Escocés de Alcoholismo ha pronosticado que esta enfermedad tendrá proporción epidémica en Escocia hacia la mitad de la década de 1980 y que afectará una quinta parte de la población. El número de ingresos de alcohólicos en los hospitales de Escocia, ha aumentado seis veces de 1957 a 1972; los daños por ebriedad y las violencias relacionadas por el excesivo consumo del alcohol aumentan constantemente. En la Gran Bretaña, de 1972 a 1975, el consumo de bebidas espirituosas aumentó 30 por ciento, así como el vino y cerveza. En Europa se observa que la gente joven hace mayor consumo de bebidas y el principio de la embriaguez ocurre a edad más temprana. En los Estados Unidos de Norteamérica había en 1970 aproximadamente 5 400 000 alcohólicos, 4 500 000 de ellos hombres; 4.2 por ciento eran adultos de más de 20 años. A ellos deben agregarse otros cuatro millones de bebedores problema, de los cuales entre 5 y 10 por ciento se incorporan cada año al grupo de alcohólicos.

Tasas de morbilidad y mortalidad

La tasa de mortalidad en alcohólicos es 2.5 veces la tasa normal; las de suicidio también son 2.5 veces mayores; las muertes por accidentes entre los alcohólicos son siete veces más altas que en la población general. También las tasas de morbilidad entre alcohólicos son muy altas; entre los enfermos en los hospitales generales los identificables como alcohólicos varían entre de 13 a 29 por ciento. Las psicosis relacionadas con alcoholismo, en la Unión Norteamericana, fueron de 15 por ciento en varones y de 4 por ciento en mujeres, unos y otras admitidos en hospitales públicos y privados. En cambio, en el Canadá cuyas estadísticas son tan comparables con las estadounidenses, estas tasas son mucho más bajas, (2.4%) y la relación entre los sexos es de cinco hombres por una mujer.

La tasa de mortalidad por alcoholismo en Suecia es de 3.5 por ciento, la de Finlandia de uno por ciento del total de defunciones. En Irlanda del Norte la tasa es de 0.8 por ciento, con una relación de tres varones a una mujer. En Inglaterra y en Gales, las diferentes estimaciones varían de 1.1 a 8.8 y 11 por ciento y en Suiza, de 2.2 hasta 13 por ciento. En Italia, es de 0.41 por ciento y en Chile, de 5.4 por ciento la más alta aceptada oficialmente en las estadísticas mundiales. Sin embargo, en Francia algunas estimaciones llegan hasta 15 por ciento en la población

adulta, en tanto que los cálculos más conservadores dan la tasa de 1.4 por ciento.

Número probable de alcohólicos en México

En un estudio presentado a la Academia Nacional de Medicina en 1974,¹⁰ se calculaba, según el método de Jellineck, que el número de alcohólicos en México entre 1967 y 1971 había variado entre 1 559 663 y 1 260 074. Estas cifras, obtenidas sobre la base de las defunciones por cirrosis hepática, ha variado poco en los años siguientes; así, calculamos para el período 1972-1975, entre 1 700 000 y 1 500 000 alcohólicos. El aumento obtenido se debe a la mínima variación registrada en la tasa anual de defunciones por 100 000 habitantes o sea la de 20.5 en promedio de cinco años y hace pensar en un subregistro originado en una falsa anotación de la causa del fallecimiento en los certificados de defunción. Se omite el diagnóstico de alcoholismo a petición de los familiares y desaparece la información.

Los especialistas opinan que una tasa constante de alcoholismo, con un incremento del número sólo en proporción al del crecimiento de la población, requiere una alta incidencia anual de casos nuevos. El proceso en que una persona se convierte en alcohólico dura generalmente varios años. Puesto que en muchos casos la dolencia no llega a la muerte, debe haber una población de varios miles de prealcohólicos, es decir, de personas que son "grandes bebedores" o "bebedores habituales de alcoholes de alta graduación", para que de su grupo pasen al grupo de alcohólicos varias decenas de miles de individuos.

Mortalidad por cirrosis hepática . . .

Las tasas de mortalidad cruda por cirrosis hepática en México, y de la ajustada por edad por 100 000 habitantes, comparada con la de otros países de América (cuadro 2) coloca a México entre los nueve países cuya tasa de mortalidad por cirrosis hepática es superior a 10.0; en la tasa ajustada por edad, tuvo la segunda más alta, de 22.7 (cuadro 3). En los llamados estadísticamente "grupos de edad productiva", las tasas de México fueron, para el de 25 a 34 años, de 113; en el de 35 a 44 años, de 43.7; para el de 45 a 54 años, de 82.0; en el grupo de edad de 55 a 64, de 109.7 y en el de 65 a 74, de 145.1. Consistentemente, estas tasas son demasiado altas. En México, la cirrosis hepática ocupó, de 1971 a 1975, el octavo o el noveno lugar entre las diez principales causas de defunción (cuadro 4); la variación fue mínima de un año al siguiente.

El alcoholismo es un padecimiento cuya prevalencia aumenta con la edad; en general las áreas urbanas tienen tasas superiores a las de las áreas rurales. Ordinariamente los alcohólicos destinan la cuarta parte de su salario al pago de bebidas alcohólicas, según un estudio de Dajer y col. efectuado en el Instituto Nacional de la Nutrición. La desvia-

Cuadro 2. Tasas de mortalidad cruda y ajustada por edad, por 100 000 habitantes, por cirrosis hepática (Clave O.M.S. 571), en países de América, en orden decreciente, 1971, 1972, 1973, 1974 - 1975, 1975 - 1976

País	Años	Tasa ajustada por edad cruda	Edades en años										75 y más
			Menores										
			de 5 años	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74			
Bahamas	1972	29.5	29.7	—	6.8	44.0	93.0	84.0	127.5	23.4	—		
Chile	1974-75	26.6	22.6	0.4	0.7	10.0	46.6	100.7	112.1	113.3	76.5		
Puerto Rico	1974-75	24.7	18.5	0.4	0.8	7.1	29.6	70.0	106.4	117.9	114.0		
México	1973-74	19.9	22.7	0.8	1.4	11.3	43.7	82.0	109.7	145.1	142.6		
Argentina	1969-70	18.8	11.4	0.1	0.4	3.9	17.3	39.3	65.1	85.2	84.6		
Martínica	1974-75	18.2	15.1	0.9	0.8	1.3	12.7	70.1	103.1	118.1	51.6		
Guadalupe	1974	16.6	14.2	—	—	2.7	29.6	36.8	57.4	148.3	164.5		
E. Unidos	1974-75	15.3	9.0	0.3	0.4	4.0	17.7	37.3	49.9	44.3	26.7		
Trinidad y Tobago	1973-74	12.3	11.0	0.4	0.9	2.6	15.7	41.9	69.0	79.3	50.0		
Canadá	1974-75	11.8	7.3	0.7	0.3	2.0	11.6	29.7	42.3	47.0	28.2		
Uruguay	1975-76	9.0	4.9	—	0.2	0.9	6.9	15.7	31.2	36.4	42.9		
R. Dominicana	1974-75	8.6	9.7	—	2.2	5.6	6.9	10.0	53.0	70.4	77.6		
Guatemala	1975	8.7	10.0	1.0	1.6	6.1	15.9	30.5	47.7	68.2	70.0		
Venezuela	1974-75	6.7	7.5	1.2	0.7	1.8	8.9	24.1	40.6	68.2	69.6		
Perú	1971-72	6.3	6.9	0.4	0.6	2.5	7.9	19.6	32.0	58.6	104.7		
El Salvador	1973-74	6.1	6.7	0.1	0.6	4.9	11.2	24.4	25.8	45.4	46.9		
Bárbados	1975-76	5.9	3.8	—	1.1	6.3	2.3	11.5	10.0	39.2	23.5		
Jamaica	1970-71	6.1	5.5	0.3	0.3	1.9	8.1	21.2	29.4	44.8	30.7		
Cuba	1974-75	5.6	3.9	0.4	0.5	0.8	2.0	7.7	18.9	41.4	74.8		
Ecuador	1973-74	5.6	6.6	0.5	0.7	2.3	7.8	16.6	30.9	61.5	87.9		
Suriname	1971	5.5	5.8	—	1.6	6.3	5.6	26.0	17.6	37.3	42.0		
Costa Rica	1974-75	5.3	5.6	0.9	0.4	2.8	9.1	17.3	26.6	40.4	38.5		
Paraguay	1974-75	4.9	4.9	—	—	0.9	3.9	14.2	35.0	52.5	40.7		
Honduras	1974-75	4.8	6.0	—	0.8	2.6	6.7	16.6	33.9	40.9	91.6		
Nicaragua	1973	4.1	5.1	—	—	0.4	6.0	14.8	44.4	47.5	17.4		
Panamá	1973-74	3.3	3.3	0.2	—	1.0	2.3	11.2	22.5	19.8	35.4		
Colombia	1974-75	3.1	3.5	—	0.6	1.5	3.7	10.3	19.5	32.9	30.1		

FUENTE: Oficina Sanitaria Panamericana: *Las condiciones de salud en las Américas*

Pub. Cient. No. 364-1978.

Cuadro 3. Tasas de mortalidad bruta y ajustada por edad por 100 000 habitantes, por cirrosis hepática en países de América. En orden decreciente. 1971-1972, 1972, 1973, 1974-1975, 1975-1976

País	Años	Tasa cruda	Tasa ajustada por edad
Bahamas	1972	29.5	29.7
Chile	1974-75	26.6	22.6
Puerto Rico	1974-75	24.7	18.5
México	1973-74	19.9	22.7
Argentina	1969-70	18.8	11.4
Martinica	1974-75	18.2	15.1
Guadalupe	1974	16.6	14.2
Estados Unidos de Norteamérica	1974-75	15.3	9.0
Trinidad y Tobago	1973-74	12.3	11.0
Canadá	1974-75	11.8	7.3
Uruguay	1975-76	9.0	4.9
Guatemala	1975	8.7	10.0
R. Dominicana	1974-75	8.6	9.7
Venezuela	1974-75	6.7	7.5
Perú	1971-72	6.3	6.9
El Salvador	1973-74	6.1	6.7
Jamaica	1970-71	6.1	5.5
Barbados	1975-76	5.9	3.8
Cuba	1974-75	5.6	3.9
Ecuador	1973-74	5.6	6.6
Suriname	1971	5.5	5.8
Costa Rica	1974-75	5.3	5.6
Paraguay	1974-75	4.9	4.9
Honduras	1974-75	4.8	6.0
Nicaragua	1973	4.1	5.1
Panamá	1973-74	3.3	3.3
Colombia	1974-75	3.1	3.5

FUENTE: Oficina Sanitaria Panamericana: *Las condiciones de salud en las Américas 1973-1974*. Pub. Cient. No. 364. Washington, 1978.

Cuadro 4. Lugar que ha ocupado la cirrosis hepática entre las diez principales causas de defunción en los Estados Unidos Mexicanos. 1971—1975

Año	Lugar	Número de defunciones	Tasa por 100 000 habitantes
1971*	Octavo	10 704	21.1
1972*	Noveno	11 236	21.0
1973*	Octavo	11 489	21.1
1974*	Noveno	11 244	19.3
1975**	Octavo	12 236	20.0

FUENTES: *Dirección de Bioestadísticas S.S.A.: *Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos*. Publicaciones de 1973, 1974, 1975 y 1976.

**Datos no publicados.

Cuadro 5. Lugar que ha ocupado la cirrosis hepática entre las diez principales causas de defunción de personas de 25 a 44 años de edad.
1971-1975

Años	Lugar	Núm. defunciones	Tasas por 100 000 habitantes
1971*	3o.	2 845	24.9
1972*	3o.	3 034	25.7
1973*	3o.	3 105	25.4
1974*	4o.	2 993	24.1
1975**	3o.	3 269	25.2

FUENTES: Mismas que en el cuadro 4.

Cuadro 6. Lugar que ha ocupado la cirrosis hepática entre las diez principales causas de defunción en personas de 45 a 64 años de edad.
1971-1975

Años	Lugar	Núm. defunciones	Tasas por 100 000 habitantes
1971*	4o.	4 701	86.1
1972*	4o.	4 900	86.7
1973*	4o.	5 084	86.8
1974*	4o.	5 064	88.3
1975**		5 331	95.5

FUENTES: Mismas que en el cuadro 4.

ción del salario hacia el consumo de bebidas aumenta en los días de pago, en ocasión de celebraciones sociales, como el onomástico, el matrimonio, en los días de descanso o al acudir a juegos deportivos. Esto ocurre en todas las clases sociales, bajo la influencia de la amistad y de la propaganda para el consumo, dirigida por los productores y vendedores de bebidas alcohólicas. Lamentablemente, empieza a crecer el consumo en el sexo femenino, cuyo liberación social e incremento del ingreso económico en fábricas, tiendas y oficinas es explotada para aumentar la clientela habitual de los alcoholizadores.

La importancia de la cirrosis como causa de defunción en los grupos de edad productiva, se hace patente en los cuadros 5 y 6 que muestran la mortalidad en la población de 25 a 44 años y de 45 a 64 años de edad. Con ligeras variaciones de un año al siguiente, prevalece una tendencia ascendente, que debe ser conocida con exactitud por clínicos, patólogos y nutriólogos.

Existe una clara diferencia regional en la situación epidemiológica (cuadro 7). La cirrosis hepática causa muertes en tasa superior al promedio nacional en cinco entidades del centro del país, a saber el Distrito

Federal, México, Hidalgo Puebla y Tlaxcala. En este último Estado se consume el pulque en gran cantidad y el pueblo está tan desnutrido como el de Hidalgo, al que se parece bastante en su epidemiología. En cambio, un grupo de entidades con amplia distribución geográfica: Yucatán, Veracruz, Jalisco, Guanajuato, Colima y recientemente Baja California Norte, exhiben tasas inferiores a la de 20 por 100 000 habitantes, propia del conjunto de la República. En Nuevo León, Tabasco y Chihuahua la tasa oscila entre 6 y 7 defunciones por 100 000 habitantes y en Sonora, Sinaloa, Durango, Zacatecas y Quintana Roo, parece haber subregistro de la cirrosis hepática como causa de defunción. Un estudio epidemiológico a fondo de la hepatitis en Campeche, Yucatán y Quintana Roo, aportó conocimientos de gran utilidad para esclarecer el diagnóstico y la causa de su frecuencia.

La cirrosis hepática en los habitantes de la cuenca del Papaloapan

Las variaciones en las tasas de mortalidad que se acaban de examinar, condujeron a la investigación de las estadísticas vitales de los municipios de la

Cuadro 7. Mortalidad por cirrosis hepática en los Estados Unidos Mexicanos por entidades federativas, de mayor a menor tasa, por 100 000 habitantes.

Núm. de orden	1972 Entidades	Tasa	Núm. de orden	1973 Entidades	Tasa	Núm. de orden	1974 Entidades	Tasa
1.	Distrito Federal	54.3	1.	Distrito Federal	47.1	1.	Distrito Federal	41.3
2.	Hidalgo	34.4	2.	Hidalgo	37.5	2.	Mexico	33.3
3.	Tlaxcala	30.8	3.	México	35.1	3.	Puebla	32.0
4.	México	30.5	4.	Tlaxcala	32.0	4.	Tlaxcala	30.6
5.	Puebla	27.4	5.	Puebla	28.5	5.	Hidalgo	30.4
6.	Yucatán	23.6	6.	Morelos	26.7	6.	Colima	25.4
7.	Morelos	23.4	7.	Yucatán	22.6	7.	Morelos	21.8
8.	Jalisco	19.9	8.	Veracruz	20.7	8.	Veracruz	20.9
9.	Colima	19.2	9.	Colima	18.8	9.	Querétaro	19.0
10.	Veracruz	18.8	10.	Jalisco	17.6	10.	Yucatán	18.7
11.	Aguascalientes	17.7	11.	Campeche	16.2	11.	Guanajuato	14.2
12.	Querétaro	17.3	12.	Guanajuato	15.7	12.	Baja California	13.5
13.	Guanajuato	14.9	13.	Querétaro	14.0	13.	Oaxaca	12.9
14.	Campeche	14.2	14.	Aguascalientes	13.7	14.	Jalisco	12.7
15.	Coahuila	13.6	15.	Coahuila	13.5	15.	Aguascalientes	12.1
16.	Baja California	11.9	16.	S. Luis Potosí	13.0	16.	Campeche	12.1
17.	Michoacán	11.6	17.	Baja California	12.2	17.	Tamaulipas	11.0
18.	Tamaulipas	11.2	18.	Tamaulipas	11.7	18.	Michoacán	10.0
19.	Quintana Roo	10.8	19.	Nayarit	11.6	19.	Coahuila	9.6
20.	Chiapas	10.6	20.	Oaxaca	11.4	20.	Chiapas	9.3
21.	Tabasco	10.6	21.	Chiapas	10.9	21.	Nayarit	9.3
22.	Oaxaca	10.1	22.	Chihuahua	10.1	22.	Chihuahua	9.2
23.	S. Luis Potosí	9.0	23.	Michoacán	9.9	23.	Baja Cal. Sur	8.1
24.	Nayarit	8.1	24.	Zacatecas	7.7	24.	Guerrero	7.3
25.	Chihuahua	7.2	25.	Tabasco	7.5	25.	Tabasco	7.2
26.	Durango	7.1	26.	Guerrero	6.6	26.	S. Luis Potosí	7.1
27.	Baja Cal. Sur	6.3	27.	Sonora	6.4	27.	Nuevo León	6.1
28.	Nuevo León	6.0	28.	Baja Cal. Sur	6.0	28.	Sonora	5.8
29.	Guerrero	6.0	29.	Nuevo León	4.8	29.	Sinaloa	5.4
30.	Sonora	5.3	30.	Sinaloa	4.6	30.	Durango	5.2
31.	Zacatecas	5.3	31.	Durango	4.1	31.	Zacatecas	4.9
32.	Sinaloa	4.8	32.	Quintana Roo	1.9	32.	Quintana Roo	4.2

FUENTE: Dirección de Bioestadística S. S. A. *Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos*. 1974, 1975 y 1976.

cuenca del Papaloapan,¹¹ disponibles con las tasas correspondientes a 1973 (cuadro 8). Se pudo comprobar que tanto los habitantes de los municipios industriales como los de los rurales son por igual víctimas de esta enfermedad.

La tasa máxima se registró en Chapulco, Puebla y fue de 208. Esta cifra es la más alta conocida en el mundo. Seis municipios con población obrera predominante mostraron tasas altas: Esperanza y Tehuacán, en Puebla y Río Blanco, Orizaba, Nogales y Tierra Blanca en Veracruz. Le siguieron en orden decreciente los municipios rurales de Coxcatlán, Pue., Cuichapa, Texhuacan, San Andrés Tuxtla, Lerdo de Tejada y Huiloapan, Ver., así como una población agrícola y pescadora: Tlacotalpan, Ver.

A pesar de las deficiencias de las estadísticas nacionales, ciertos hechos biológicos se registran de modo semejante a lo que ocurre en países desarrollados; así, las cifras de mortalidad aproximadamente cuatro veces mayor en hombres que en mujeres, se repiten cada año (cuadro 9). La cirrosis y el alcoholismo son enfermedades de baja incidencia hasta los 24 años de edad; aumentan gradualmente hasta los 45 a 49; disminuyen gradualmente, tanto en los hombres como en las mujeres, después de los 50 años y al final el número de defunciones de hombres se acerca al que se observa en las mujeres.

Expendios de bebidas embriagantes

Epidemiológicamente, un factor importante en el

Cuadro 8. Defunciones por cirrosis hepática en algunos municipios de la cuenca del Papaloapan, seleccionados por sus altas tasas de mortalidad por ese padecimiento.

1973

Lugar que ocupa la cirrosis hepática entre las diez primeras de mortalidad	Municipio	Tasa por 100 000 habitantes
1a.	Chapulco, Puebla	208.6
5a.	Esperanza, Puebla	84.8
4a.	Coxcatlán, Puebla	59.3
7a.	Río Blanco, Veracruz	58.3
9a.	Orizaba, Veracruz	56.1
7a.	Cuichapa, Veracruz	55.0
5a.	Tehuacán, Puebla	52.4
7a.	Nogales, Veracruz	42.5
6a.	Texhuacan, Veracruz	41.7
4a.	San Andrés Tuxtla, Veracruz	35.9
9a.	Lerdo de Tejada, Veracruz	34.0
6a.	Huiloapan, Veracruz	32.0
8a.	Tezompa, Veracruz	28.9
9a.	Ixtaczoquitlán, Veracruz	27.9
4a.	Atlahuilco, Veracruz	27.6
10a.	Tlacotalpan, Veracruz	27.7
8a.	Omealca, Veracruz	26.3
10a.	Tierra Blanca, Veracruz	23.3

FUENTE: *Bustamante, M. E.*¹¹

alcoholismo es la facilidad para la adquisición de la bebida, la abundancia de los establecimientos dedicados a su venta, su diversidad para satisfacer el gusto de los bebedores y los incentivos para beber en el hogar o con los compañeros de trabajo y en el lugar donde vive, descansa o se divierte la gente. La estadística tomada de los anuarios oficiales es incompleta y solamente la usamos, a pesar de su deficiencia, para disponer de un dato más.

En diez años (cuadro 10), el número de expendios de bebidas embriagantes en la República subió de cerca de 100 000 en 1965 a un poco más de 190 000 en 1974.¹³ Sin duda estas cifras son inferiores a las reales, pues es sabido que existen gran número de expendios clandestinos.

La lista de establecimientos registrados oficialmente en los Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos comprende las denominaciones populares de figones, tendajones y estanquillos; las comerciales de cabarets, salones y academias de baile y al parecer, porque venden cremas y el tradicional rompopo, figuran en la lista las dulcerías, pastelerías y reposterías.

Por clase de expendio (cuadro 11) el mayor número —más de 100 000— es el de tiendas y tendajones; le siguen los restaurantes, fondas y figones, muy de cerca el número de cantinas y en ascenso cons-

tant, las cervecerías. Las entidades con más expendios de bebidas alcohólicas son Jalisco, Veracruz, Puebla, Oaxaca, Guanajuato y Guerrero.

Las estadísticas del consumo de cerveza, anotan en miles de litros las cifras de 801 397 litros en 1960 y de 1 920 241 litros en 1974. Esta bebida, competidora con éxito del pulque en el favor de los obreros, es símbolo de mejor posición en el trabajo y de percepción de mayor ingreso. Se anuncia profusamente, uniéndola para fomentar su consumo, a las aficiones deportivas o a las ocasiones de diversión de la juventud masculina y femenina.

La proporción de expendios es de tres a uno en las zonas urbanas con respecto a las rurales; se ha conservado por muchos años, aunque parece haber más cantinas para menos personas, en las comunidades rurales (cuadro 12). En 1974 hicimos notar que al recorrer los pueblos pequeños se observa en la mayoría de ellos, que casi todas las tiendas son misceláneas, con venta de aguardiente o de cerveza o de ambas. Las más concurridas ostentan un tocadiscos repetidor de ruidosas canciones alcohol-rancheras, frecuentemente con el asesinato musicalizado.

Los gobiernos han encontrado siempre y en todas partes, una fuente de ingresos de fácil recaudación en los impuestos a la venta, al transporte y a la producción de bebidas alcohólicas. Pero resulta que

Cuadro 9. Número de defunciones por cirrosis hepática en los Estados Unidos Mexicanos, por grupos de edad y sexo.
1972-1975

Años	Total	Sumas parciales	Grupos de edad en años													Se ignora
			-1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49			
1972	11 236	H 8 268 M 2 968	24	22	10	11	35	79	212	461	827	942	1 044			
1973	11 489	H 8 609 M 2 880	24	17	7	8	15	34	55	101	201	235	261			
1974	11 244	H 8 240 M 2 674	21	24	7	13	23	93	204	447	850	1 022	1 149			
1975	12 236	H 9 307 M 2 895	18	19	7	7	15	38	45	100	197	240	263			
			23	23	16	13	24	71	221	446	806	1 004	1 102			
			25	13	10	9	14	30	45	95	185	191	267			
			26	16	15	9	24	69	254	492	902	1 066	1 208			
			19	12	7	11	7	21	59	101	185	203	287			
			50-54	55-64	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más						
1972		H 975 M 318	975	819	837	701	658	275	173	158	5					
1973		H 947 M 297	947	895	870	699	322	180	136	127	—					
1974		H 1 079 M 310	1 079	797	916	338	300	141	151	164	3					
1975		H 1 161 M 292	1 161	912	861	761	603	131	115	119	4					
			292	284	312	325	270	208	174	140	5					

FUENTE: Dirección de Bioestadística, S.S.A.: *Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos*. 1972, 1973, 1974 y 1975.
Ediciones de 1974, 1975, 1976. México. Dirección General de Estadística. Datos no publicados 1975-1978.

Cuadro 10. Número de expendios de bebidas embriagantes registrados en los Estados Unidos Mexicanos. 1965-1974

Años	Núm. expendios	Años	Núm. expendios
1965	114 890	1970	155 322
1966	116 143	1971	158 923
1967	119 182	1972	176 568
1968	134 313	1973	182 886
1969	142 221	1974	191 081

FUENTE: Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos. 1965-1974.

si su adquisición ilegal sin límites es mala, la restricción excesiva o total es peor. La humanidad recibió, con el fracaso total de la prohibición en los Estados Unidos de Norteamérica, una inolvidable lección sobre los resultados negativos de tal medida. La formidable organización de las mafias que acapararon al comercio del alcohol, se perpetuó y prospera ahora con la explotación de otras drogas, además de la de la pornografía y de la prostitución. La impunidad de los pandilleros hace pensar que conviene a los sistemas de dominio de los pueblos, mantener a la juventud intoxicada, agotada y distraída para sujetarla sin presión ostensible.

El número de establecimientos para la venta de bebidas alcohólicas, su distribución estratégica y su extensa red de distribución, facilitan el consumo y la absorción de parte del salario del obrero, del sueldo del empleado y del ingreso del capitalista, por parte de los alcoholizadores profesionales.

Los comerciantes en bebidas alcohólicas incrementan sin cesar su publicidad para acrecentar el

Cuadro 11. Expendios de bebidas embriagantes por clase. Estados Unidos Mexicanos. 1972-1974

Clase de establecimiento	1972	Años 1973	1974
Cantinas	16 065	16 773	17 565
Pulquerías	7 176	7 544	7 921
Cervecerías	12 999	13 836	14 480
Restaurantes, fondas y figones	19 750	21 429	22 573
Tiendas, tendajones y estanquillos	108 184	109 584	113 999
Otros establecimientos	12 394	13 720	14 543
Total en el país	176 568	182 886	191 081

FUENTE: Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos.

número y ampliar el círculo de consumidores; esquivan con habilidad las barreras legales y su atractiva propaganda penetra en los hogares desde la mañana hasta la noche; eluden la ética para cautivar a las familias con todos sus miembros, sean niños, adolescentes, gente madura o ancianos; se dirigen a hombres como a mujeres y su poder conquista a la sociedad.

Pienso con optimismo, que quizá un fruto de las reuniones científicas o humanitarias en las que se busca cómo reducir el número de alcohólicos y cómo limitar la incorporación anual de nuevas víctimas, sería el de evitar la constante seducción de las generaciones, por la educación de adolescentes y de personas de toda edad a las que ahora se dirigen los

Cuadro 12. Expendios de bebidas embriagantes, en los medios rural y urbano. Estados Unidos Mexicanos. 1970-1974

	Años				
	1970	1971	1972	1973	1974
Medio rural	47 411	50 586	48 800	49 313	51 272
Medio urbano	107 911	108 337	127 768	133 573	139 809
Total en el país	155 322	158 923	176 568	182 886	191 081

FUENTE: Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos.

alcoholizadores organizados. Es trágico que en las tiendas de autoservicio, los escolares puedan comprar sin restricción las bebidas alcohólicas, embotelladas o enlatadas.

Conclusiones

El alcoholismo es un grave problema de salud pública, por el número creciente de enfermos, hombres y mujeres que sufren, con su familia y con la sociedad, las consecuencias médico-sociales y económicas de este padecimiento.

La principal medida para reducir el número de enfermos es la educación de los jóvenes, con el fin de que sepan evitar el alcoholismo y así prevenir su ingreso al grupo de los prealcohólicos que pasan anualmente a formar parte del creciente grupo de alcohólicos. En México el número de alcohólicos se calcula aproximadamente en 1 750 000, más los grandes bebedores y los bebedores habituales.

La investigación epidemiológica, utilizando las estadísticas de mortalidad por cirrosis, la mortalidad por accidentes y sus causas, las estadísticas del número de expendios y los de producción y venta de bebidas alcohólicas, así como las encuestas de salud mental y los estudios de anatomía, de patología y de genética en clínicas y hospitales, esclarecerán la importancia del alcoholismo.

La propaganda para la alcoholización es intensa, constante, hábil y sin límites. El gasto en anuncios indica la gran cuantía de los ingresos que perciben los fabricantes y los expendedores.

No han dado resultados para reducir el alcoholismo las medidas legislativas de prohibición o de monopolio de la venta de bebidas alcohólicas por el Estado.

La educación de los médicos, la del pueblo y la de las autoridades sobre el alcoholismo, dará resultado favorable, si se elaboran programas y se aplican medidas formuladas de acuerdo con los conocimientos que la clínica y la epidemiología proporcionen y los que la investigación científica compruebe, sobre las consecuencias del abuso y del consumo de las bebidas alcohólicas.

Algunas medidas legales, como la de que todo anuncio de bebidas alcohólicas por cualquier medio audiovisual esté prohibida entre las 14:00 y las 22:00 horas, reduciría la insistente promoción en el curso del día, que incita al consumo de bebidas alcohólicas.

La reglamentación de los artículos pertinentes del Código Sanitario ayudaría a la lucha contra el alcoholismo, por medio de la educación higiénica para mejorar la alimentación y disminuir la atracción primaria del alcohol.

Un programa de salud mental para reducir el alcoholismo, requiere organización y fondos suficientes para ejecutar una propaganda científica y atractiva, dirigida al público sobre el alcoholismo-enfermedad y sus consecuencias biológicas, sociales y económicas.

Los buenos resultados para el tratamiento de los alcohólicos obtenidos por asociaciones civiles semejantes a la llamada "Alcohólicos Anónimos", merecen todo el estímulo, toda la ayuda y toda la cooperación que se les pueda dar por las autoridades, por los médicos y por la sociedad.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud: *Informe de la Reunión del Subcomité de Alcoholismo*. Serie de Informes Técnicos Núm. 42. Ginebra. 1953.
2. Organización Mundial de la Salud: *Segundo Informe del Subcomité de Alcoholismo*. Serie de Informes Técnicos Núm. 48. Ginebra. 1954.
3. Hanlon, J. J.: *Principles of public health administration*. St. Louis, The C. V. Mosby Co. 1966, p. 571.
4. Guevara, L.: *El alcoholismo y sus consecuencias socio-médicas*. IV Aspectos anatomofisiológicos. GAC. MÉD. MÉX. 107: 213, 1974.
5. Anthony, P. P.; Ishak, K. G.; Nayak, N. C.; Poulsen, H. E.; Scheur, P. J. y Sobin, L. H.: *The morphology of cirrhosis: definition, nomenclature and classification*. Bull. W. H. O. 55: 445, 1977.
6. Encyclopaedia Britannica: *Alcohol test*. Vol. 14, p. 674.
7. Pérez de Francisco, C.: *El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas*. III. Aspectos psicológicos y psicopatológicos. GAC. MÉD. MÉX. 107: 196, 1974.
8. Lemoine, P. H. y Haronssean, J. P.: *Les enfants de parents alcooliques: anomalies observées a propos de 127 cas*. Quest Méd. 25: 476, 1968.
9. Hanson, J. W.; Streissguth, A. P. y Smith, D. W.: *The effects of moderate alcohol consumption during pregnancy on fetal growth and morphogenesis*. J. Pediat. 92: 457, 1978.
10. Bustamante, M. E.: *El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas*. V. Aspecto socioeconómico. GAC. MÉD. MÉX. 107: 227, 1974.
11. Bustamante, M. E.: *Problemas de salud pública*. En: *Recursos naturales de la cuenca del Papaloapan*. Tamayo, J. L. y Beltrán, E. (Eds.) México, Comisión del Papaloapan e Instituto Mexicano de Recursos Naturales Renovables. 1977, vol 2, p. 721.
12. Dirección de Estadística Nacional. Secretaría de Industria y Comercio. *Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos*. 1965 a 1974.

III. ASPECTOS CULTURALES Y SOCIALES

RUBÉN VASCONCELOS*

El alcoholismo es, evidentemente, uno de los grandes problemas humanos y en su etiología ocupan los factores sociales y culturales un lugar preponderante; de ahí el interés y la utilidad de su examen.

En la investigación realizada por el doctor Calderón y el grupo que coordina y dirige, estos aspectos habrán de tener, sin duda, importancia especial, como ya lo indican las investigaciones paralelas en un país africano y otro europeo, a fin de integrar las tres en el estudio del alcoholismo auspiciado por la Organización Mundial de la Salud.

* Académico titular.

La investigación mexicana aportará los resultados del análisis del problema en grupos urbanos y rurales estudiados en muestras representativas mediante la misma encuesta empleada para el efecto en los tres países seleccionados.

En México se aplicó la encuesta a 626 adultos, de los cuales 56.3 por ciento vive en el medio urbano y 43.7 por ciento en la zona rural. El estado civil de ambos grupos no muestra diferencias significativas; permanece soltero 25 por ciento de ellos; casado, 69 por ciento; separado, 3 por ciento y viudo otro 3 por ciento.

En cuanto a escolaridad, van desde el analfabetismo hasta la primaria completa, 63 por ciento en la zona urbana y 83 por ciento en la rural. Tienen educación media 30 por ciento en la urbana y 17 por ciento en la rural. Sólo 3 por ciento del total alcanzó el nivel superior. Respecto al trabajo, se obtuvieron los siguientes datos: tiene trabajo remunerativo diario, nocturno o variable, 64 por ciento en la zona urbana y 60 por ciento en la rural; son estudiantes 11 por ciento en la urbana y 7 por ciento en la rural. Son amas de casa 20 por ciento en la primera y 28 por ciento en la segunda, y se hallan sin empleo 3 y 4 por ciento respectivamente.

La historia ha demostrado, por una parte la temprana, por no decir simultánea aparición de los primeros rasgos de cultura y de las bebidas alcohólicas, elaboradas gracias a la producción agrícola y utilizadas en la religión y los festejos. Por otra parte, en cada cultura y en cada pueblo, el alcohol y su empleo muestran rasgos peculiares, así como variaciones asociadas con la evolución cultural y con muy diversas incidencias de carácter social, las cuales ocurren con frecuencia aun dentro de una misma nación, en sus distintos estratos o en relación con vaivenes económicos, políticos y sociales.

En nuestro país han sido observados todos esos hechos y por fortuna son accesibles numerosos testimonios irreprochables en su veracidad y por ello útiles para examinar el alcoholismo a partir de los choques ocasionados por el enorme proceso de transculturación, durante el cual y desde sus principios se establece y es identificable, como lo afirmó Miguel León Portilla "...una profunda huella indígena en los terrenos del arte, la religión, la organización social, la medicina o la alimentación, y en general en las formas de vida y en la cultura de los mexicanos contemporáneos...".¹ Puede esperarse, por lo tanto, que ocurra lo mismo en cuanto al alcohol, su uso y abuso, sus aspectos benéficos y su enorme capacidad de daño.

Fray Bartolomé de Las Casas en su *Apologética Historia Sumaria*,² afirmó que los indios eran sobrios y "templados en el comer y el beber ... común comida es la suya legumbres, yerbas, frutas y raíces... Pero ello no impedía que muchas veces se emborracharan con chicha y otros vinos y agrega "ni beben por ser destemplados, sino cuando hacen sus

convites y fiestas y ritos y religión... y culto de sus ídolos... este defecto fue industria del demonio..."³

En estas líneas puede observarse en cuanto al alcohol, como a otros perfiles de las costumbres indígenas, que el Obispo de Chiapas encuentra atenuantes para los errores y explica "...se emborrachaban por celo de religión, celo de sacrificio... por eso el principal que se embeodaba era el señor y rey soberano y los señores principales. Error común en muchas naciones antiguas". En otros lugares de su obra agrega... "se emborrachaban profunda y pesadamente por honra y reverencia de sus dioses..." y refiere haber sabido de costumbres parecidas en zonas de Centro y Sudamérica. Sin embargo, en el Anáhuac se aplicaban a los jóvenes, si se embriagaban, severas penas, como lo informa Charles Wicke⁴ ... "el pulque se usaba para ceremonias religiosas; su uso diario se limitó a los ancianos. Los aztecas tenían leyes estrictas para castigar la embriaguez, pero a los viejos se permitía el consumo cotidiano".

León Portilla, por su parte, ha encontrado que los mayas ... "eran muy disolutos en el beber... (y de ello) ... se seguían muchos males ... matarse unos a otros, violar las camas ... pegar fuego a sus casas..."⁵ En contrapunto... "hacían ofrendas de pan y vino, de todas las comidas y bebidas que usaban..." es decir, asociaban estos bienes a conceptos trascendentales y éticos.

Opiniones diferentes sobre las zonas mayas fueron expresadas por un informante indígena de la antropóloga Calixta Guiteras Holmes. "Antes de la conquista" —dijo— ... "cuando había sacerdote y madre de las doncellas —Me'tsebetik— se castigaba la borrachera... el trago era pox (medicina) y los ancianos bebían una copa por la mañana y otra por la noche..."⁶ Por su parte los grupos de cultura nahuatl instituyeron el rito de la libación, pues ... "cuando bebían licor fermentado, o se hacía el estreno del pulque ... frente al fogón... dejaban caer un chorro ... hacia los cuatro rumbos del Universo hacían caer el chorro... y cuando se ha hecho la libación, entonces toda la gente bebía".⁷ Es de suponerse que estos rituales tenían como patronos a los dioses del pulque.⁸

En tan variadas informaciones se encuentran discrepancias y aun contradicciones, fácilmente explicables por la diversidad de criterios en los informantes, la multiplicidad de culturas observadas y sobre todo, por los bruscos cambios que a partir de las luchas contra los invasores hubieron de emprender los aborígenes.

Veamos ahora algunos documentos explicativos de un fenómeno consignado por varios cronistas: el incremento del alcoholismo en las épocas posteriores a la Conquista y durante el Virreinato, como lo escribió Francisco Javier Clavijero en el siglo XVIII. "Los indígenas son y han sido sobrios en la comida,

pero es vehemente su inclinación a las bebidas espirituosas..." Sin embargo, reconoce que antes de la conquista... "la severidad de las leyes los contenían en su beber..." en tanto que en esos días —1779— la abundancia de los licores y la impunidad de la embriaguez eran tales —dice— "...que la mitad de la nación no acababa el día en su juicio".⁹

Esa afirmación coincide con la de Moisés Sáenz respecto a los indígenas de Perú y Ecuador. "Se embriagaban antes de la llegada de los españoles... pero después de la conquista el vicio llegó a tomar proporciones aterradoras..."¹⁰

Otro historiador, este del siglo XVII, Fray Francisco de Burgoa, calificado de prolijo, expuso sin embargo algunos hechos, si en la forma amplificadas o hasta novelados, en la realidad ocurridos, como lo cita José Antonio Gay en el capítulo *La destrucción de los indios de su Historia de Oaxaca*:¹¹ "Pestes, minas, congregaciones..." así describe Burgoa las penalidades de los indios;... "en 1617 el silbo de la plata convocó a muchas gavillas de ambiciosos... los esclavos —negros— eran escasos y caros... (y) ... fueron suplidos por libres e indios infelices... cada pueblo tenía... el número que había de enviar el día señalado, y había de salir un alguacil con ellos a buen recaudo; llevaban tortillas y pinole y en llegando a la mina, los criados y los esclavos les robaban este escaso sustento. Los bajaban a los sótanos, profundos de 20 a 30 estados (unos 370 a 550 m.) oscuros y humedísimos; a la luz de malas teas, barretas, cuñas y mazas en las manos; subiendo y bajando por escalerillas postizas de un nivel a otro de las minas, a menudo caían (para morir) hechos pedazos entre riscos y puntas de guijarros... cada indio tenía tarea señalada en quintales o canastos de metal que había de sacar... entre día y noche... salían desmayados de hambre, garleando de sed, transpirados de sudor, deslumbrados de la oscuridad... y toda la paga era una cedulita... (la cual) ...decía: 'sirvió fulano, de tal pueblo'... y llegó a tanto la malicia... que (a veces) les daban cédulas de confesión: 'Confesóse N'".¹² Y agrega Burgoa... "No les busquen más cocoliztles ni más mortíferas epidemias a los miserables indios, que esta opresión y cautiverio los ha consumido y los va acabando".¹³

¿Eso fue imaginario o es notoria ampliación de la realidad? Veamos lo que sobre *La mina* consigna Luis González en la *Historia documental de México*:¹⁴ "A pesar de que el virrey Mendoza asegura que el progreso minero se lograba 'sin daño de los indios', hay multitud de pruebas en contrario; Gómez de Cervantes, entre otros, dijo: "Soy testigo de vista de los malos tratamientos que los indios reciben"... y describe cómo en algunas haciendas los indios debían acarrear el metal... "en sus propias mantas" ... desde dentro de la mina a través de todo el proceso de la molienda... "hasta los incorporadores" con lo cual... "como el metal es piedra,

rompe la manta..." Agrega el comentario de que la manta valdría cinco o seis reales, pero como sólo le pagan cuatro por semana, "sirve de balde el peón y aun pone dinero suyo".

La explotación inmisericorde no fue sólo leyenda o caso limitado a la minería; otros testimonios hay sobre la industria de la grana o la agricultura y sus productos, todo lo cual explica el desánimo, el escape por el alcohol y la negligencia tan a menudo criticada severamente al indígena, y en nuestra época expresada con el símbolo degradante de un indígena acurrucado, dormido, indiferente a toda actividad. Gay dijo sobre esto: "...el mórbido clima de Oaxaca convida a la quietud. La fecundidad del terreno permite satisfacer necesidades sin grandes esfuerzos y el lujo en la mesa o el vestido nunca fueron irresistible tentación para los indios... eran los vegetales y las semillas... lo principal de sus mantenimientos" ... "Aquellas críticas se repiten hasta ahora (1881) afirmándose que su pobreza es el resultado de su indolencia, pero se olvida que la miseria era y sigue siendo inevitable."

En su libro hizo Gay preguntas que podrían hacerse hoy: "...¿Qué proporción hay entre los crecidos honorarios de un abogado y la mezquina merced de un labrador? ¿Qué proporción es posible entre el valor de lo europeo y el de los frutos de la tierra o los mezquinos productos de la industria de los indios?"¹⁵

Afirmar que esas preguntas pueden repetirse hoy se comprueba ante los ingresos de la población estudiada por Calderón y colaboradores. En el cuadro 13 aparecen las categorías y el porciento registrado. Es fácil apreciar la desventaja de la población rural; 37 por ciento de esas familias debe vivir ahora con menos de 1 500 pesos al mes como mínimo y hasta tres mil pesos como máximo. De esa manera, si las observaciones de Gay y de Burgoa siguen siendo válidas, podrían aceptarse también por atinadas sus explicaciones para la indiferencia y la indolencia de los grupos atrapados por la miseria. Asimismo, la persistencia de la pobreza podría aclarar la continuidad de ciertas conductas negativas cuya interpretación tal vez ha sido simplista. El examen más detenido, la atención a factores asociados —antes no tomados en consideración— puede servir a una mejor comprensión.

De esto encontramos un buen ejemplo en el estudio realizado por Henri Favre sobre el homicidio entre los chamulas, publicado en 1964.¹⁶ En el análisis de 60 homicidios, de los cuales 57 habían sido ejecutados por un agresor ebrio, probó que no hubo en esos casos querellas de borrachos ni riña y en cambio todos tuvieron como antecedentes móviles más profundos, pues —enfatisa— el concepto de homicidio en los chamulas es más extenso y complicado. En los casos citados, 20 tuvieron por móvil celos sexuales, 19 defensa contra brujería y 10 conflicto económico. No explica los móviles de

Cuadro 13. Ingresos familiares.

Categoría	Monto	Rural	Urbano
		%	%
Muy bajos	Menos de \$ 1 500	8	6
Bajos	\$ 1 500 a 3 000	29	11
Medios	\$ 3 001 a 6 000	47	44
Altos	\$ 6 001 a 9 000	12	20
Muy altos	Más de \$ 9 000	4	19

los otros nueve casos. El asesino bebió —dice Favre— después de haber tomado la decisión de matar, para darse 'valor'. "El alcohol es como un tranquilizante ante la angustia y la ansiedad". Y en sus conclusiones afirma que en esa cultura el homicidio ocurre ahora porque... "han desaparecido en su sistema social las jerarquías que reprimían sus antagonismos, los que la sociedad actual no puede ya dominar; por lo contrario, activan tensiones subyacentes y alteran parcial o totalmente los mecanismos de control de esas tensiones".¹⁷ Se podría plantear cierto paralelismo entre estas conclusiones de Favre y la interpretación que pueda darse al informe de Dahlgren,¹⁸ en el sentido de que... "el pulque era utilizado en ciertas ocasiones para embriagar primero y luego, ya beodos, dar muerte a ciertos 'acompañantes' de un 'principal' que moría a fin de que formaran el cortejo del jefe en su marcha hacia el Tlalocan o cielo".

En resumen, puede concluirse que las poblaciones indígenas mesoamericanas usaban y abusaban del alcohol en muy variadas formas, pero a menudo asociadas con actividades religiosas o con festividades de carácter familiar, social o político; y esto mismo ocurre en nuestros días.

En cuanto al franco incremento del alcoholismo que ocurrió durante el período virreinal, paralelo con la desintegración de las estructuras sociales indígenas y la miseria consecutiva, puede decirse que los testimonios históricos muestran la importancia de los factores culturales, sociales y económicos en el incremento del alcoholismo.

Cuadro 14. Preocupación por el alcoholismo.

Pariente	Rural	Urbano
	%	%
Por el o la cónyuge	36	27
Por los hijos	26	21
Por el padre	41	32
Por la madre	4	3
Por otros parientes	8	3

Cuadro 15. Motivos para tomar alcohol.

Se toma:	Rural	Urbano
	%	%
Por gusto	47	37
Presión de "amigos"	15	28
Festejos	19	23
Olvidar problemas	9	5
Otros	10	7

En el cuadro 14 aparecen datos que indicarían mayor incidencia del alcoholismo en la zona rural; pero las respuestas a preguntas sobre el alcoholismo paterno o materno por separado, proporcionaron datos concordantes con lo expresado por el informante maya de Calixta Guiteras Holmes, de que entre los mayas las mujeres no bebían; el maya dijo... "mi abuelita no sabe tomar y mi mamá aprendió cuando ya estaba vieja".¹⁹

En cuanto a las opiniones, actitudes y motivaciones de los mexicanos de hoy sobre las bebidas alcohólicas, la investigación confirma las enseñanzas de la historia. Al cabo de más de cuatro siglos y medio de la llegada de los europeos a las costas de México, nuestro país ha experimentado dramática evolución; mestizo desde sus orígenes, persiste su vocación por la amalgama de las culturas y de los linajes; de ahí tal vez la incansable tarea de configurar una identidad afín con lo universal en principios y valores.

Es por eso perceptible en el estudio examinado, la intensa huella indígena identificada por León Portilla en otros asuntos, pero es sólo una impronta, íntimamente mezclada ahora, para bien y para mal, con las incontables tendencias de las sociedades contemporáneas.

Ya no se bebe profunda y pesadamente "por honra y reverencia de los dioses e influencia del demonio", como escribió Las Casas, pero se sigue libando por el patrono del pueblo o el día de la Santa Cruz porque se es albañil; también aparece el alcohol en las 'suntuosas comidas' y en las tristes ocasiones; la universalidad de esas motivaciones se refleja en la encuesta elaborada para los tres países investigados, como puede verse en el cuadro 15. Algo semejante podría decirse de las razones para no ingerir alcohol, que aparecen en el cuadro 16.

En cuanto a lo que podríamos llamar el "índice de sobriedad" o sea la cantidad de bebida considerada óptima en tres ocasiones características, consignadas en el cuadro 17, las cifras significarían un índice de sobriedad mayor en la población rural. La explicación obvia es la mayor intensidad de la propaganda y la disponibilidad de alcohol que el comercialismo ha infligido a la población urbana.

Cuadro 16. Motivos para no tomar alcohol.

Motivo	Rural	Urbano
	%	%
Cuidar la salud	32	27
No le agrada	23	22
No perder el control	16	19
No descuidar a la familia	13	18
Otros, no precisos	16	14

Para explorar la aceptación de las bebidas por la comunidad, se prepararon las cuatro afirmaciones favorables al alcohol que aparecen en el cuadro 18. Se sumaron todas las respuestas de los tres tipos posibles y se calcularon los promedios para cada tipo por separado, para la población rural y la urbana. Los resultados fueron para la población rural, 39 por ciento de acuerdo y 46 por ciento en desacuerdo; para la urbana, 54.5 por ciento de acuerdo y 37 por ciento en desacuerdo. En ambos grupos el promedio de indiferencia es del 7 por ciento solamente.

Estos resultados corroboran la actitud más firme de la población rural en contra del abuso alcohólico y la explicación podría encontrarse tal vez cuando

todos los datos de la encuesta en cuestión puedan ser confrontados. Creemos que investigaciones como la comentada ahora pueden dar bases firmes para el diseño de los cambios sociales —indispensables— que sean capaces de resolver el problema del alcoholismo.

REFERENCIAS

1. León Portilla, M.: *Epoca prehispánica: Náhuatl y maya*. En: *Historia documental de México*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas. 1964, tomo 1, p. 3.
2. Fr. Bartolomé de Las Casas. *Apologética Historia Sumaria*. O'Gorman, E. (Ed.) México, UNAM. 1967, tomo 1, p. 182.
3. *Idem*. p. 183.
4. Wicke, C.: *Así comían los aztecas*. En: *Esplendor del México antiguo*. Noriega, Cook de Leonard y Moctezuma (Eds.) México, Centro de Investigaciones Antropológicas de México. 1959, tomo 2, p. 994.
5. León Portilla, M.: *Op. cit.* en¹, p. 72.
6. Guiteras Holmes, C.: *Visión de las cosas. Los peligros del alma*. México, Fondo de Cultura Económica. 1965, p. 156.
7. León Portilla, M.: *Ritos y sacrificios. Ritos, sacerdotes y atavíos de los dioses*. Seminario de Cultura Maya. México, UNAM. 1958, p. 51.
8. *Idem*. *Op. cit.* en⁷ p. 119.
9. Clavijero, F. J.: *Carácter de los mexicanos*. En: *Historia antigua de México*. México, Porrúa Ed. 1964, p. 45.
10. Sáenz, M.: *Sobre el indio peruano*. México, Secretaría de Educación. Pública. 1933, p. 159.

Cuadro 17. Opiniones sobre consumo adecuado.

Cantidad	L u g a r e s					
	Cantina		Fiesta		Amigos	
	Rural %	Urbano %	Rural %	Urbano %	Rural %	Urbano %
Sin beber	18	16	29	14	19	26
1 ó 2 copas	36	50	47	49	51	53
Hasta sentirse ebrio	35	33	33	36	21	20

Cuadro 18. Motivos para aprobar la bebida.

Motivo	De acuerdo		Indiferente		En desacuerdo	
	Rural %	Urbano %	Rural %	Urbano %	Rural %	Urbano %
	El borracho es divertido	38	54	6	9	48
Hace bien de vez en cuando	35	55	8	6	49	38
Es forma de amistad	22	37	9	8	62	54
Es uno de los placeres de la vida	61	72	5	6	26	21

11. Gay, J. A.: *La destrucción de los indios*. En: *Historia de Oaxaca*. Oaxaca, Departamento de Ediciones Públicas del Gobierno del Estado. 1933, tomo 2, p. 56.
12. *Idem*. *Op. cit.* en,¹¹ p. 57.
13. *Idem*. *Op. cit.* en,¹¹ p. 60.
14. González, L.: *La conquista. Historia documental de México*. México, UNAM. Instituto de Investigaciones Históricas. 1964, tomo 1, p. 144.
15. Gay, J. A.: *Op. cit.* en,¹¹ tomo 2, p. 64.
16. Favre, H.: *Notas sobre el homicidio en los chamulas. Estudios de cultura maya*. México. 1964. vol. IV, p. 318.
17. *Idem*. *Op. cit.* en,¹⁸ p. 322.
18. Dahlgren de Jordán, B.: *Ciclo de vida. La Mixteca. Su cultura e historia prehispánica*. 2a. ed. México. UNAM. 1966, p. 293.
19. Guiteras Holmes, C.: *Op. cit.* en⁶ p. 156.

FE DE ERRATAS

En el artículo *Un caso de cisticercosis cerebral curada médicamente*, del cual son autores los doctores Clemente Robles y Manuel Chavarría Chavarría, publicado en la GACETA MEDICA DE MEXICO, volumen 116, pág. 65, febrero 1980, dice, al final de la columna derecha de la página 69:

“e) Además, todo constituyó una sorpresa, si se toman en cuenta los antecedentes experimentales del estudio”.

Debe decir:

“e) Además, todo esto se esperaba; no constituyó una sorpresa, si se toman en cuenta los antecedentes experimentales del estudio”.

Asimismo, en el citado artículo no apareció la referencia siguiente:

Chavarría Chavarría, M.: *Tratamiento de la cisticercosis cerebral en cerdos (T. solium)*. Sometido a la consideración del XXI Congreso Mundial de Veterinaria. Moscú, junio 1979.