

Índice

PRÓLOGO	2	D) ASPECTOS COMUNITARIOS DE LOS TOXICÓMANOS	
JUSTIFICACIÓN DEL AUTOR	3	CAPÍTULO VIII Abordaje comunitario de los toxicómanos	70
A) LO TANÁTICO EN LA SOCIEDAD ACTUAL		E) SÍNTESIS Y HERMENÉUTICA BIBLICO CIENTÍFICA DE LA PROBLEMÁTICA TOXICOMANÍGENA	84
CAPÍTULO I. Ontogénesis, poder y límites de lo tanático	5		
B) LA DROGADICCIÓN EN SU DIMENSIÓN HUMANA, SOCIAL Y CÓSMICA			
CAPÍTULO II. Aspectos sociopolíticos y psicodinámicos de las drogas en la sociedad actual	11		
CAPÍTULO III. Psicosis, mitología y drogas	28		
C) PROBLEMÁTICA DEL ALCOHOLISMO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CIENCIA Y DE LA BIBLIA			
CAPÍTULO IV Alcoholismo: problemática social y humana	38		
CAPÍTULO V Sociología del alcoholismo	41		
CAPÍTULO VI La relación de las drogas (alcohol/heroína) en la intimidad bioquímica del ser	61		
CAPÍTULO VII Los efectos del alcohol (persona/familia)	65		

Prólogo

Cuenta el autor del libro más importante del mundo. —La Biblia es del otro mundo, aunque inspirada y redactada para nuestro mundo— que, después de haber escrito la primera parte de las inmortales hazañas del *Caballero de la Triste Figura*, se puso a redactar el prólogo. A Cervantes le costó trabajo; no sabía qué decir; tomó muchas veces la pluma, y la dejó otras tantas. Hallándose «en suspenso, con el papel delante, la pluma en la oreja, el codo en el bufete y la mano en la mejilla, pensando lo que diría», entró a deshora un amigo suyo que, de inmediato, comenzó a darle ideas.

Yo no necesito tanto. Presiento que este prólogo me va a salir de corrida. Por dos razones: porque siento una pasión sentimental sin regateos por su autor —lo confieso ya—, y porque me apasiona el tema que desarrolla.

Si al hombre lo definen sus capacidades y sus obras, para tener una idea de quién es José Manuel González Campa basta con echar una ojeada a su apretado *currículum*, que imagino figurará en algún lugar de esta obra. No obstante, me interesa subrayar las tres dimensiones más destacadas de su personalidad: la científica, la teológica y la literaria. Por este orden.

Decir que es un médico psiquiatra de prestigio internacional no basta. De psiquiatras, como de manicomios y de locos, está el mundo lleno. Campa es un científico de primera línea. Un científico puro, profundo, un investigador constante. Un hombre para quien la ciencia se convierte en conciencia.

De este sentimiento nace su preocupación teológica. Un hombre nada sospechoso de beatría, como fue Voltaire, escribió las palabras que transcribo, más propias de un san Agustín o un santo Tomás de Aquino: «*Una falsa ciencia contribuye a crear ateos; una ciencia verdadera prosterna al hombre ante la Divinidad.*»

Muchas de las investigaciones científicas modernas terminan en vagas hipótesis; convierten a los hombres, en decir de Unamuno, en meros fantasmas cargados de conocimientos.

Campa recorre ambos lados de la vida —el del hombre y el del misterio— y consecuencia de su agotadora investigación es este bello libro.

En Campa se cumple el dicho de Cervantes: su pluma es lengua del alma. Así lo ha venido siendo desde hace muchos años. Libros e infinidad de artículos suyos han inspirado muchas

ilusiones; han levantado ánimos caídos; han señalado el camino de las estrellas a seres extraviados, y han mostrado la senda de la inmortalidad y de la eternidad a quienes vivían en el estiércol.

Buscando, como es habitual en él, la etimología de las palabras que utilizamos a diario, la raíz profunda de las ideas, Campa tituló en principio este libro *La sociedad tanática*. El que figura en portada fue sugerencia del editor. Ni la voluminosa Enciclopedia Espasa-Calpe, ni la moderna Larousse, ni la mundialmente acreditada Enciclopedia Británica, registran el término. ¿Estamos ante un erudito cuya preocupación por el drama del hombre supera todas las definiciones y adquisiciones enciclopédicas? Que lo diga el lector.

El término «tanato» está contenido, casi oculto, en el original griego de la epístola de Pablo a los Romanos, cap. 6, ver. 23. «No se refiere tanto a la muerte como un hecho físico concreto» —dice Campa— «cuanto a la misma infraestructura o conjunto de fuerzas dinámicas que conducen al hecho.»

Hasta aquí quiere llegar este eminente psiquiatra asturiano. Nadie como él para abrirnos el tumor, señalar el lugar concreto por donde se extiende la pus y colocar semáforos rojos en el camino de la conciencia.

Porque las cosas son así. No es que estemos recitando ya los capítulos finales del Apocalipsis, ni quiere Campa chantajearnos con el miedo. Pero estamos atravesando situaciones políticas, sociales y económicas que nos enfrentan a diario con la precariedad de la existencia.

El hombre de hoy muere. No quiere llegar a ninguna parte y sólo quiere llegar a las manos. Los conceptos sobre la amistad, la lealtad, la dignidad, el respeto y el amor se han derrumbado. La contaminación moral parece irreversible. Hay quienes creen que es mejor vivir de espaldas a todo, levantar la tonta mano hacia la nada, no sentir la crueldad ni el vacío, parapetarse detrás de una estúpida sonrisa.

El análisis de José Manuel González Campa es certero. Y, a la vez, implacable. Dice: «*La humanidad está cayendo en su propia trampa; el progreso material, científico y tecnológico, creará un mundo de seres frustrados en sus demandas espirituales y existencias más profundas.*»

No se le califique de derrotista. Si bien el derrotismo también ha ganado muchas batallas, en opinión de Voltaire, la esperanza de los derrotistas es no tener esperanza, lo que de ningún modo es la posición de Campa.

Ni siquiera es crítico en sus juicios. Es, eso sí, analista. Campa estudia, observa, razona, advierte. Y lo hace desde su propia perspectiva de científico social. No de científico de laboratorio:

de científico del pueblo, de la gente, de la masa; lo hace desde su posición de hombre que vive en permanente contacto con el drama de la calle, de psiquiatra acostumbrado a hurgar en todos las miserias que llevamos dentro.

A José Manuel González Campa le sería muy fácil escribir cien o doscientas páginas pregonando, como en el verso de Walt Whitman, alegría, alegría por doquier. Pero no ha nacido para adular. Está hecho de otra madera más fuerte. Además, él sabe que la sociedad española ha entrado ya en el festín de Belsasar. Y nadie quiere leer el fatídico *mene, mene, tekel, uparsin* escrito en las paredes del alma por la mano de Quien nos conoce mejor de lo que nos conocemos nosotros mismos. El drama de esta España de fin de siglo es que en todas las orillas la barca encalla en la concepción materialista del tiempo. El *comamos y bebamos que mañana moriremos*, se ha convertido en el becerro de oro de nuestros días.

Dos temas preocupan principalmente a José Manuel González Campa y a ellos dedica atención preferente en las páginas de este libro: el alcohol y la droga. Es decir, dos tipos diferentes de adicción. Para Campa, «el alcoholismo es una enfermedad, no un vicio; **el alcohólico no es un vicioso, es un enfermo**». No se trata de una apología amable del alcohólico ni del alcoholismo. Es el reconocimiento y la proclamación de una realidad que él conoce tan directamente como su propia respiración y tan ampliamente como pocos en España. No en balde ha dedicado la mayor parte de su vida a combatir el alcoholismo y a regenerar al alcohólico. En este campo es un especialista reconocido internacionalmente.

Cuando enfoca el problema de la droga surge el pensador cristiano. Campa es sociólogo. Basta con leerle para convencerse de ello. Pero el tema de la drogadicción lo enmarca en la rebeldía espiritual del hombre, no en un fenómeno social de raíces puramente seculares. **«Desde el punto de vista bíblico y teológico»** –escribe Campa– **«se puede considerar el problema de la drogadicción como una problemática inserta en otra más amplia y trascendente: el pecado, error, fracaso y frustración en que devienen su existencia “debajo del sol” los seres humanos (Ec. 1:12).»**

Muy recientemente se ha dicho que en relación con el grave problema que plantean el tráfico y el consumo de la droga en el mundo «ha llegado el tiempo de la acción». Conformes. Pero, ¿qué tipo de acción es el más indicado, el más sano, el más seguro, el más efectivo para luchar contra esta plaga?

El libro que estoy prologando debería ser leído en los altos estamentos políticos y sociales del país, y analizado por todas las personas responsables de establecer programas para combatir

la drogadicción. Las soluciones que presenta este afamado psiquiatra no son milagrosas; son posibles y están al alcance de la voluntad.

Un libro es la reunión de muchas hojas de papel impresas y encuadernadas. Pero puede contener en sus páginas medicinas para el alma como las farmacias las venden para el cuerpo.

A este género pertenece el libro del Dr. José Manuel González Campa. Corrigiendo en su primera línea el poema de Neruda, concluyo:

*Este libro comienza aquí.
Ha nacido
de la ira como una brasa,
como los territorios
de bosques incendiados,
y deseo que continúe
como un árbol rojo
propagando su clara quemadura.*

Juan Antonio Monroy

Justificación del autor

La motivación para escribir esta obra tendría que buscarla en el proceso de concienciación que a lo largo de mi experiencia profesional, científica y cristiana se ha devenido en la esfera de mi intimidad. Para mí, la Ciencia y la Biblia no constituyen dos realidades contradictorias o antagónicas; antes al contrario, considero que los verdaderos conocimientos y descubrimientos científicos pueden ser integrados y asumidos desde el punto de vista teológico y redundar para mayor enriquecimiento existencial del creyente. Devenir experiencias científicas y espirituales en paralelo aboca, necesariamente, a vivir una dicotomía existencial que conlleva un desequilibrio de la homeostasis psicoemocional de las personas.

En este libro se pretende dar una visión integral y totalizadora de la realidad dinámica del mundo. Considero necesario que, en la época actual, el cristiano disponga de un método fiable que le permita analizar su realidad y la de su perimundo. Los elementos fundamentales, que constituyen la infraestructura de dicho método analítico, se corresponden con los contenidos básicos y más trascendentes del Evangelio.

Me ha parecido que una problemática social, existencial y humana, que está causando sufrimiento a más de la mitad de los habitantes de nuestro planeta, debía merecer la atención de todos aquellos que vivimos en el mismo. El Evangelio contiene la fuerza necesaria para cambiar la situación de frustración en el que la mayoría de los seres humanos desarrollan su proyecto existencial. La llamada «gran comisión» (Mt. 28:16-20) que Jesucristo encomendó a su pueblo, no puede limitarse a la predicación mítica de «una salvación para las almas». La oferta que desde las páginas de la Biblia, como Revelación de Dios, se hace a los seres humanos es de carácter integral; es decir, el acto soteriológico de Cristo supone la salvación total de las personas. O dicho de otra manera, la oferta de salvación abarca al hombre y a sus circunstancias.

El psicoanálisis ha puesto de manifiesto que la realidad existencial y biográfica del hombre se deviene en la confrontación dialéctica de dos poderosas tendencias instintivas: el EROS y el TANATOS. Un gran médico francés, el fisiólogo e investigador Claudio Bernard, cuando se le invitó a que diese una definición sobre la vida, su respuesta fue la siguiente: «La vida es la

muerte.» La aseveración del insigne médico, se corresponde con las enseñanzas del mismo Jesucristo: «si el grano de trigo no cae en la tierra y muere, queda solo; pero si muere, mucho fruto lleva» (Juan 12:24). Lo erótico, en su acepción genuina, estaría al servicio de los principios realizadores que informan la vida, y correspondería a la fuerza realizadora y trascendente del amor; mientras que, por el contrario, lo tanático sirve al instinto desestructurador y alienante de la muerte. La problemática de la drogadicción, a escala universal, corresponde a la realización tanática de este último principio.

La visión que se explicita en las páginas de este libro no pretende, ni muchísimo menos, agotar las posibilidades de estudio y de interpretación que de la seria y complicadísima problemática toxicomanígena, que los seres humanos padecemos, pudiera realizarse; pero sí aspira a despertar las conciencias de aquellos que tenemos la responsabilidad ética y moral de sentirnos comprometidos con los problemas y los sufrimientos humanos.

Durante décadas, y por razones de carácter histórico y represivo que no se nos escapan, los cristianos evangélicos españoles hemos proyectado nuestro testimonio, de la dimensión social del Evangelio, hacia dentro; y quizá ha llegado el momento de realizar una extrapolación testimonial que conlleve un compromiso, serio, con los problemas del perimundo en el que vivimos inmersos.

También es necesario que desde nuestra privilegiada situación, como testigos de Jesucristo, no sólo volquemos toda nuestra capacidad en una proclamación kerigmática, que se concrete en una oferta meramente pneumatológica sino que seamos capaces, desde la ascensión de todos y cada uno de los contenidos del Evangelio, de llevar a los hombres una interpretación del mundo, y de las circunstancias que en él se devienen, que les aporte luz y esperanza en una época en la que la frustración, el desamor y el egoísmo constituyen principios fecundantes de la realidad vivida.

A) Lo Tanático en la Sociedad Actual

(Estudio sobre la realización del instinto de muerte)

Capítulo I

Ontogénesis, poder y límites de lo tanático

Es éste un tema trascendente; pero, lo que es todavía más importante, transhistórico. La Revelación divina, que trasciende el tiempo histórico y el espacio cósmico, nos presenta, al hablarnos de la realidad ontogénica del mundo, la confrontación dialéctica entre el Bien y el Mal; confrontación desde la perspectiva de aquellas cosas «... que eran en el Principio». El Bien y el Mal devienen (y explican) toda la Historia del Mundo (kosmos) y de la Humanidad (antropos). Pero el enfrentamiento dialéctico Bien-Mal trasciende la Historia (y la Prehistoria), para hundir sus raíces en la misma esencia del SER (Dios) y de sus criaturas (los ángeles y los hombres).

El Bien, lo BUENO, se identifica plenamente con Dios mismo. Así fue como lo hizo explícito, a los hombres, el Señor Jesucristo: «¿Por qué me llamas bueno? Ninguno hay bueno, sino sólo uno, Dios» (Mr. 10:18). El sentido del original griego no es tanto «bueno» sino «El Bueno». En definitiva, «El Bueno» o «El Bien» es sólo UNO: Dios. El libro de Génesis empieza diciéndonos: «En el principio creó Dios los cielos y la tierra» (Gn. 1:1). Nosotros podríamos interpretar dicho texto así... «en el principio creó EL BUENO (El Bien Personificado) los cielos y la tierra.» Es, además, interesante remarcar, desde el punto de vista teológico y exegético, que el término «creó» corresponde a un vocablo hebreo (*bara*) que significa «que Dios (Elohim) creó (*bara*) por primera

vez algo nuevo y maravilloso». Por consiguiente, el Mal tiene una génesis posterior a este momento ontogénico.

El Mal también está personificado en la Revelación divina. Los libros de Isaías (cap. 14:4-20) y de Ezequiel (cap. 28:12-19) nos presentan aspectos complementarios del momento, trascendente, en que emerge a la superficie de la experiencia personal (ángeles) y cósmica, el MAL (en términos teológicos estrictos «el PECADO»). La Revelación Bíblica, especialmente en el Antiguo Testamento pero también en el Nuevo, enseña que hay dos mundos: el visible y el invisible (He. 11:3); pero, además, la Biblia enseña que las autoridades de este mundo «que se ve» (gobernadores, reyes, príncipes, etc.) están controladas o subordinadas a otras autoridades o potestades «del mundo que no se ve» (los demonios), según encontramos en Isaías 14, Ezequiel 28, Daniel 10, Juan 8, Romanos 1 y Efesios 6. En este sentido, la Escritura enmarca el nacimiento del pecado (griego «*amartia*» =error, fracaso, frustración) como surgiendo del «corazón» de un ser, excepcional, a nivel del mundo invisible. Dice Ezequiel 28:12-13 . pasando del prototipo (el rey de Tiro) al verdadero arquetipo (un ángel o querubín llamado Lucero o Lucifer en la versión latina de la Vulgata): «Tú eras el sello de la perfección, lleno de sabiduría y acabado de hermosura. En Edén, en el huerto de Dios estuviste... los primores de tus tamboriles y flautas estuvieron preparados para ti en el día de tu creación.» (Hebreo= *bara*). Y añade en los versos 15-16: «Perfecto eras en todos tus caminos desde el día que fuiste creado (hebreo *bara*) hasta que se halló en ti maldad. A causa de la multitud de tus contrataciones fuiste lleno de iniquidad, y PECASTE; por lo que te eché del monte de Dios, y te arrojé de entre las piedras del fuego, oh querubín protector.» Por todo el pasaje de Ezequiel 28, así como de Isaías 14, entendemos las diversas motivaciones que tuvo aquel ser privilegiado, aquel UNGIDO del Señor (el término «grande» de Ezequiel 28:14 significa en hebreo «ungido») llamado Lucero, para convertirse en Satanás y Diablo, el enemigo y adversario de Dios. Su deseo más sublime era aquel que expresa Isaías 14:13-14: «Subiré al cielo; en lo alto, junto a las estrellas de Dios, levantaré mi trono... y seré SEMEJANTE AL ALTÍSIMO...

Las aspiraciones de Satanás no se vieron coronadas por el éxito, tal y como él ambicionaba, pero consiguió alterar la homeostasis (equilibrio armónico) de la creación, de forma más que significativa. Perdió PODER («¿Cómo caíste del cielo, oh Lucero, hijo de la Mañana!» Is. 14:12; «...yo le eché del Monte de Dios» Ez. 28:16) pero adquirió PODERES. Una parte de seres angélicos se sumaron a su causa y se constituyeron en demonios (Ap. 12:3-4) y agentes, con poder, realizadores del mal en toda la creación cósmica (Le. 11:15 y 18); por otro lado,

se institucionalizaron, al menos, las siguientes realidades, que constituyen armas poderosísimas en manos del Diablo: El pecado, la ciencia, las religiones, la política, las riquezas y la muerte.

Diversos nombres, del Diablo, dan a entender la trascendencia social, política, económica, moral, biológica, anímica y espiritual (pneumática) de sus poderes. La Revelación de Dios le reconoce como «príncipe de los demonios» (Mt. 13:24-27); «príncipe de la potestad (o autoridades) del aire» (Ef. 2:2); «príncipe de este mundo» (griego kosmos =SISTEMA de este mundo) (Jn. 12:31; 14:30 y 16:11) y «Dios de este siglo» (2ª Cor. 4:4). Todos estos títulos, aun reconocidos por el Hijo del hombre cuando vivió en esta tierra, le invisten de autoridad y poder hasta el extremo de convertirse en un enemigo capaz de enfrentarse al mismo Dios. Veamos, pues, cómo el Diablo dinamiza y ejerce sus importantes poderes, y cómo Dios se los desestructura y neutraliza.

EL PECADO

El pecado es la primera arma que el Diablo genera «en sí mismo» (Ez. 28:15-16). El primer «ungido» (Ez. 28:14) que Dios crea, el querubín grande, que era el sello de la perfección, se contamina por el pecado y se «llena de maldad». A partir de este momento ya no podrá servir a Dios, como agente que le canalice y proyecte en el cosmos. El Supremo Hacedor crea, entonces, a otro «ungido» (El hombre) a su imagen y semejanza (Gn. 1:26-31).

Por Santiago 3:9 entendemos que, de todos los seres, personales, que Dios había creado, incluido aquel personaje extraordinario de Ezequiel 28, el «Hombre» era la criatura «que más se parecía a Dios.» El hombre se constituyó en EL SER EN EL MUNDO que serviría como canal, a través del cual Dios pudiera proyectar su Gloria y Trascendencia a toda la creación (Sal. 8). Este nuevo «Ungido» de Dios, es el medio a través del cual Dios quiere actuar en la Historia. Durante algún tiempo, el hombre es un buen hilo conductor de la gracia y de la gloria del Señor; pero el Diablo, dispuesto a seguir intentando la desestructuración de los Planes de Dios, concibe una idea genial: colocar en el interior del hombre, en la esfera de su intimidad, UN DISPOSITIVO que, automáticamente, responda a los deseos de su propio corazón. Para conseguirlo, se acerca al hombre y le inocular el pecado (griego *amartia*: error, fracaso y frustración. Gn. 3:1-5). El pecado produce una desestructuración absoluta del hombre; desestructuración orgánica y biológica (somática), desestructuración emocional y afectiva (psíquica) y desestructuración espiritual (pneumática). El hombre, imagen de Dios, por la acción peristática del diablo (la introducción del amartia-pecado en el antropos-hombre) se «convierte» en el viejo hombre, en carne. Esta

transformación de la naturaleza humana tiene, como elemento cardinal y antropocéntrico, la creación en la esfera de la intimidad, en el corazón del hombre, de una realidad llamada INCONSCIENTE (Sal. 139:23-24; Mr. 7:20-23; Ro. 7:15-21), por la que aparecen nuevos contenidos en el campo del espíritu y se cambian otros preexistentes. El hombre va a ser gobernado desde el inconsciente, desde su corazón; y las motivaciones que desde el mismo emergen, se ajustarán a los deseos del Adán «caído», que vendrán a coincidir con las del mismo enemigo de Dios: el diablo (Jn. 8:36-44). Así pues, el Diablo ha colocado una central de repetición en el centro de la personalidad humana, y la maneja a su antojo. Consiguientemente, por inclinación natural, el hombre no obra la voluntad de Dios, sino la del diablo.

El segundo «ungido» que aparece en la Revelación de Dios «se rompe» desde dentro hacia fuera, se desestructura y se transforma en un canal, a través del cual la realidad de Dios ya no se puede proyectar en el mundo (Ro. 1:18).

Pero, aún hay más. Cuando el diablo se reveló contra Dios no consiguió la trascendencia amártica (amartia = pecado), que ocasionó la «Caída» del hombre: «Por tanto... el pecado (el error, el fracaso y la frustración) entró en el mundo (kosmos) por un hombre (antropos)...»; es decir, la desestructuración amártica del hombre supuso, también, la de toda la creación (Ro. 5:12 y Ro. 8:19-23). El poder del diablo opera en esta dimensión cósmica y para ponerle límites, y volver a «reconciliar» todas las cosas con Dios, («así las que están en los cielos como las que están en la tierra» Co. 1:20), es necesario la introducción, en el mundo, del tercer UNGIDO: El Señor Jesucristo, que con su muerte vicaria resuelve esta situación, y recobra para Dios del poder del diablo, como segundo Adán, lo que el primero había perdido (1ª Co. 15:21-22 y 45, 47).

LA CIENCIA

Las motivaciones del diablo fueron presentadas al hombre con gran sagacidad. El árbol de la ciencia del bien y del mal fue el centro de su estrategia. Era un árbol «... bueno para comer... agradable a los ojos y... codiciable para alcanzar la sabiduría...» (Gn. 3:6). Ante el hombre estaba la posibilidad de ampliar el campo y los contenidos de su conciencia. Tienen razón algunos científicos, cuando dicen que el hombre «realizó» un gran acto de libertad al comer del árbol de la ciencia; pero también hay que considerar que «este acto de libertad.. que amplió el campo y los contenidos de su conciencia, constituyó el hecho básico de su esclavitud actual.

Esclavitud biológica (envejecimiento y muerte: Gn. 3:19 y Ec. 12:1-7); esclavitud anímica y esclavitud pneumática (contenidos del inconsciente individual y colectivo: 1ª Cor. 2:14 y Ro.

7:14-21). Aquí empezó la historia del desarrollo de la teoría del conocimiento, del desarrollo tecnológico y científico al servicio de aquella motivación básica: la realización del superhombre o la de ser como Dios (Gn. 3:5).

Mediante el arma de la Ciencia, el diablo ha conseguido que el hombre sustituya a Dios por la adoración de sí mismo. Además, el desarrollo tecnológico y científico ha colocado a la humanidad al borde de su propia autodestrucción; el desastre ecológico con la contaminación del aire, el mar y la tierra (Is. 24:4-5), la esclavitud del hombre a las máquinas y la profanación de la esfera de la intimidad, por técnicas que atentan contra los derechos humanos inalienables (lavado de cerebro, hipnosis química, etc.), son otros tantos exponentes del triunfo y realización del mal.

Finalmente, y en la medida que el hombre va deificándose a sí mismo y convirtiéndose en «dios», ha ido elaborando la filosofía del superhombre y la teología de la muerte de Dios. Este camino culminará con la «encarnación» del Anticristo (como si «el diablo fuese hecho carne»), que dispondrá de todo el poder del diablo para conseguir que la Humanidad se enfrente al mismo Dios (Ap. 13:1-18; 20:1-10; 2ª Tesl. 2:1-12).

Los límites al enorme poder de Satanás vendrán establecidos por el hecho de que la humanidad está «cayendo» en su propia «trampa», y el progreso material, científico y tecnológico, creará un mundo de seres frustrados en sus demandas espirituales y existenciales más profundas (Am. 8:11-13). El paraíso del progreso científico y material (económico) se convertirá en el infierno de la desesperación existencial más significativo de la historia del hombre sobre la tierra. Además de estos límites, expresión del fracaso de la propia gestión del hombre en el mundo, la segunda venida del Señor Jesucristo impondrá, a los ángeles caídos y a los hombres, el gobierno de Dios (Zac. 14:16-21; Mal. 4:1; 2ª Tesl. 2:8; Ap. 19:11-21, 20:7-10, 21:1-27, 22:1-5).

LAS RELIGIONES

Las religiones, con sus ritos, sus ídolos y con sus contenidos esotérico-místicos, son la manifestación objetiva del culto a los demonios. La religiosidad es un ingrediente universal de los contenidos del espíritu humano. Se ha hablado del «homo faber», del «homo sapiens» y, también, del «homo religiosus». Las diversas religiones controlan las conciencias de los hombres. A través de sus sistemas, de sus cultos y rituales, las religiones ejercen un poder que les viene inferido, por seres demoníacos, desde el mundo invisible. Algunos parapsicólogos dicen tener la impresión de que no somos libres, de que «alguien» nos maneja desde el espacio infinito y... ¡tienen razón!

Los demonios, su influencia y sus actividades, se mencionan, claramente, en el Antiguo Testamento (Lv. 17:7; Dt. 32:17; 1ª Cr. 21:1; 2ª Cr. 11:15; Sal. 96:5, 106:37; Job 1 y 2, etc.). En el Nuevo Testamento aprendemos que el culto a los ídolos es, en definitiva, una adoración de los demonios (1ª Co. 10:18-22). Los descubrimientos antropológicos y arqueológicos más antiguos, ponen de relieve el culto a los demonios (mediante el análisis de fósiles religiosos encontrados). Las civilizaciones más antiguas (aria, semítica, sumeria, caldea, egipcia, etc.) tenían IDOLOS. Los pueblos del neolítico (edad de piedra) y calcolítico (edad del cobre), unos 8.000 a 3.000 años a.C. (según los eruditos), rendían culto a estatuillas de DIOSAS (figuras de mujeres, o de una mujer con un niño en brazos) primero, y de DIOSES después. La similitud de esos ídolos con los de las grandes religiones actuales (tales como el catolicismo romano) es extraordinaria. La IDOLATRÍA es un arma, poderosísima, mediante la cual el diablo se ha constituido en el «Dios de este presente siglo malo». El ocultismo, proyectándose en la experiencia vivencial) humana, a través de diversos sistemas religiosos (en especial las religiones orientales), va ganando adeptos y ocupando, en el corazón de los hombres, el lugar destinado a Dios. Todos estos sistemas demoníacos han abocado a la institucionalización del llamado culto a Satanás que, pese a ser en el siglo XX cuando ha quedado definido como una alternativa a la Iglesia de Cristo (la llamada «iglesia de Satanás»), su antigüedad es manifiesta y notoria desde el primer siglo de la era cristiana (Ap. 2:13-15).

Dios neutraliza este poder, de los demonios, mediante la predicación del Evangelio y la acción del Espíritu Santo, que aplica la Palabra a las conciencias y redime a los hombres de la idolatría (1ª Ts. 1:9-10).

LA POLÍTICA

Los sistemas políticos son otros tantos medios de opresión de los seres humanos. La Biblia nos enseña que los gobernadores, reyes y príncipes de las naciones, están sometidos al control de los «gobernadores de las tinieblas» (Ef. 6:12), que actúan desde el mundo invisible. No existe, bajo el punto de vista de la Revelación, «Un gobierno humano» que sea modélico para la realización de la voluntad de Dios.

El Evangelio tiene un contenido político de gran trascendencia. El Evangelio no es sólo el «evangelio de la gracia» sino, primordialmente, el «evangelio del Reino de Dios». El Señor Jesucristo, no sólo es el Salvador del mundo y el Redentor de los hombres sino y, primordialmente, el Rey de reyes y el Señor de señores (Ap. 19:16). Desde el punto de vista de Dios, el

mejor sistema de gobierno es la TEOCRACIA (gobierno directo de Dios: Jue. y 1º Samuel 8) que supone, bajo el punto de vista humano, una ACRACIA, es decir: un gobierno de autogestión de los pueblos, que excluye la superestructura y aparato político y los sustituye por las directrices y el directo gobierno de Dios. El Diablo es el Príncipe de este mundo y, a través de sus agentes (los demonios) ejecuta su voluntad «inspirando» y «manejando» a los líderes humanos y a los pueblos. Detrás de cada autoridad del mundo visible, hay otra en el mundo invisible (Jn. 19:9-11). Estas autoridades invisibles, estas potestades, estas huestes espirituales de maldad (Ef. 6:12), influyen sobre los soberanos de la tierra y los inducen a actuaciones totalitarias (1ª Cr. 21:1) y a la elaboración de rígidos sistemas de control, como los que describe George Orwell en su libro «1984» (Ap. 13:15-17); sistemas que pisotean los derechos inalienables de los hombres (Ro. 1:28-32); estos sistemas políticos son, directamente, responsables de todas las discriminaciones y desigualdades humanas (étnicas, raciales, económicas, políticas, sociales, etc.).

La victoria sobre los sustentadores de estos «sistemas» y los detentadores de «este poder» (los demonios), ha sido conseguida en la Cruz del Calvario. La Biblia dice que Jesús, con su muerte, «desarmó» a los principados y potestades y los exhibió, públicamente, triunfando sobre ellos en la Cruz (Col. 2:15). La aplicación histórica de este hecho, tendrá lugar en la segunda venida de Cristo, cuando se establecerá, políticamente, el Reino de Dios (Ap. 19:17-21).

LAS RIQUEZAS (El dinero)

Se ha dicho que hasta la integridad de los hombres más honestos puede zozobrar, y que «todos los seres humanos tienen un precio». Esto lo conoce, perfectamente, el diablo y, sin duda alguna, porque él debe de haber sido el primer descubridor de esta realidad. La riqueza, el dinero o el capital (en términos modernos) han jugado un gran papel en el devenir histórico y sociológico de la humanidad. Dice el apóstol Pablo que «raíz de todos los males es el amor al dinero» (1ª Ti. 6:10) y, en esto, la Revelación de Dios viene a coincidir, adelantándose en siglos, con las teorías políticas que mejor han explicado la realidad histórica y sociológica del mundo (por ejemplo: el socialismo científico, el liberalismo, etc.).

El dinero ha llegado a constituirse en elemento tan vital en la vida de los hombres y de los pueblos que, trascendiéndose a sí mismo, ha llegado a adquirir la categoría de Dios. La confrontación dialéctica entre el bien y el mal, en último término, se reduce a la confrontación entre Dios y el Dinero. El Señor Jesucristo, en el corazón de su Sermón de la Montaña, presenta esta palpitante cuestión de la manera siguiente:

«Ninguno puede servir a dos señores; porque aborrecerá al uno y amará al otro o estimará al uno y menospreciará al otro. No podéis servir a Dios y a Mamón (las riquezas)» (Mt. 6:24).

Por la Revelación bíblica y el devenir histórico-social, entendemos que el dinero (o las riquezas) formarán parte integral de toda la Historia de la humanidad. Los hombres, que han inventado el «Cambio» y el «dinero», no serán capaces de deshacerse de los principios capitalistas (capitalismo de libre mercado o capitalismo de Estado) que informan toda la infraestructura socio-económica de los pueblos. A lo largo de la Historia, las experiencias de vida comunitaria (en el sentido de tener «todas las cosas en común») han sido escasas, y no han prevalecido. La actual sociedad de consumo, responsable de tantos males (esclavitud, carrera armamentista, drogadicción de la humanidad, desigualdades sociales, desequilibrio ecológico, etc.) se consolida, hacia el futuro, con más fuerza que nunca. Las nuevas tecnologías se ponen a su servicio incondicionalmente; el comercio ocupará un lugar importante en los tiempos inmediatos al regreso del Señor Jesús a esta tierra; el monopolio del mismo estará en manos del Anticristo que someterá a los hombres a su rígida dictadura materialista. Únicamente la segunda venida de Cristo volverá a «introducir» el equilibrio a nivel biológico (Is. 11:6-9; 65:25); socio-político (Is. 11:1-5; 61:1-2); económico (Is. 11:4; 65:21-23; 2ª P. 3:13); socio-sanitario (Is. 65:20; Ap. 21:4; 22:2); moral y espiritual (Joel 2:28-32; Zac. 14:16-21; Mal. 4:1-6; Ap. 21:3; 21:22-27; 22:3-5).

Hay un futuro de esperanza para la Humanidad, pero no viene de la mano de los hombres sino de la de Dios.

LA MUERTE

La Biblia enseña que «la paga del pecado (amartia) es la muerte (tanatos)» (Ro. 6:23). La palabra griega que se emplea para *muerte*, en el texto mencionado, es el término *tanatos*, que no se refiere tanto a la muerte como un hecho físico concreto, cuanto a la misma infraestructura o conjunto de fuerzas dinámicas, que conducen a tal hecho. Los estudios psicoanalíticos de Sigmund Freud, y sus seguidores, han puesto de manifiesto que en el hombre se devienen, psicobiológicamente, dos poderosas fuerzas instintivas: el *eros* (instinto del amor y de la vida) y el *tanatos* (instinto de la muerte). Según esta escuela, científica, toda la vida del hombre se deviene en un enfrentamiento dialéctico y agónico entre ambas fuerzas instintivas.

Por otro lado, eminentes científicos del campo de la neurofisiología, como el Dr. Claudio Bernard, han definido la muerte como «el conjunto de fuerzas que se oponen a la vida». Literalmente, Bernard fue más allá y dijo: «LA VIDA ES LA MUERTE». Esta afirmación podría tener un

paralelismo en la experiencia biológica, vivencial] y existencial del apóstol Pablo cuando afirmaba: «cada día muero» (1ª Co. 15:31). La muerte se introdujo, en la experiencia existencial de los hombres, como consecuencia de la entrada del pecado en el mundo (Ro. 5:12). Pero la muerte (el tanatos) no es sólo un conjunto de fuerzas instintivas que actúan a nivel psicobiológico (2ª Co. 4:10-12), sino algo mucho más trascendente e importante. El capítulo 15 de la 1ª epístola a los Corintios, nos presenta a la MUERTE (tanatos) no sólo como una circunstancia o realidad metabiológica (He. 9:27) sino como un gran enemigo de Dios y de los hombres (muerte personificada: 1ª Co. 15:26).

Este enemigo tiene una dimensión escatológica (1ª Co. 15:26) y en el devenir psico-bio-social de la humanidad se ha constituido en un IMPERIO (He. 2:14) que mantiene esclavizados a los hombres. El detentador de este poder imperialista es el diablo.

Sería muy propio, y extenso, entrar en las consideraciones del verdadero poder de este imperio del tanatos (la muerte). Bástenos, sólo, traer a la memoria todo el «temor» (He. 2:15) que las enfermedades, epidemias, cataclismos sísmicos, hambres y guerras, han traído sobre los seres humanos. Si todas estas circunstancias condicionan y esclavizan a los hombres, es porque son facilitadoras de la realización del «tanatos» para la introducción experiencial de la muerte, a nivel universal.

La muerte es la instancia biológica o ente existencial responsable de la frustración en el mundo (véase el Libro de Eclesiastés). Dice Salomón que Dios «todo lo hizo hermoso en su tiempo; y ha puesto el deseo vehemente por la eternidad en el corazón de ellos, sin que alcance el hombre a entender la obra que ha hecho Dios desde el principio» (Ecl. 3:11). Este «deseo de eternidad», que gravita como contenido esencial en el corazón humano, está impedido, en su realización, por la realidad incontrovertible de la muerte; realidad que viene a dar al traste con todos los deseos de «eternización» que el hombre atesora (Ecl. 2:16; 8:8).

El imperio de la muerte ha sido manejado por Satanás para dar sentido y trascendencia ideológica a diversos sistemas filosóficos y religiosos, hasta llegar a producir una verdadera alienación en la conciencia de muchos seres humanos; la filosofía de la sublimación y culto a la muerte ha supuesto la infraestructura y el contenido, básico, de todos los imperialismos; en especial los de más acendrado signo fascista. Hoy, el imperio de la muerte ha trascendido lo biológico, y lo filosófico, para proyectarse en la esfera de lo socio-económico. Las multinacionales de la muerte manipulan, sin escrúpulos, los intereses de millones de seres humanos y están detrás de la promoción de lo tanático, al servicio del incremento de sus monstruosos negocios.

El hombre, bajo el punto de vista biológico y existencial, está desarmado ante la muerte; el diablo aprovecha esta realidad para esclavizarlo, inoculándole una filosofía hedonista, nihilista y materialista: «comamos y bebamos porque mañana moriremos» (Is. 22:13). Tal filosofía da al traste con cualquier planteamiento ético y supramaterialista; y, como consecuencia, los valores morales de la humanidad se resquebrajan.

Estas armas poderosas, manejadas por el diablo, encuentran su ensamblaje, su interrelación dinámica, en el devenir histórico de la Humanidad y, de forma más que manifiesta, en la experiencia socioagónica de la actual civilización. Interrelacionadas entre sí ciencia, política, dinero y religión, se constituyen en el receptáculo ideológico socio-económico, socio-político y socio-ético donde se gesta la motivación o infraestructura tanática (de muerte) que intenta realizarse en la experiencia vivencial humana. Resulta impresionante comprobar que uno de cada cuatro seres humanos necesita recurrir al consumo de drogas para seguir «viviendo.. su experiencia existencial «agónica... “VIVIR AGONIZANDO es el aspecto experiencial” más ilustrativo de la humanidad frustrada.

La Ciencia (pero fundamentalmente algunos científicos) ha contribuido con sus descubrimientos a poner al alcance de los hombres sustancias (que pretenden ser panaceas) peligrosas, con las que intentar resolver «todos» los problemas, adversos, que se les presenten en su devenir existencial. Autores como Aldous Huxley y Timothy Lear son responsables de inducir a los seres humanos a buscar «su realización» (pseudorealización) en el consumo de sustancias psicodélicas. El *Mundo Feliz*, de Huxley, es la manifestación más clara de la alienación del ser humano, producida por el consumo de sustancias alteradoras de la mente y modificadoras del estado de conciencia. La combinación de la programación genética, la alienación en el trabajo, el control de las libertades y el consumo de «soma» (droga de Aldous Huxley en su *Mundo Feliz*), constituye la vislumbra de una humanidad futura de auténtica dimensión y realización tanática. El mundo de las drogas, y la infraestructura diabólica que lo sustenta, ha rebasado, con creces, a los futurólogos y a los historiadores con mejor visión escatológica. Las Drogas están cambiando los patrones de conducta y el sistema de valores de individuos, familias, pueblos y naciones. La «Multinacional del Mal» maneja el poder político, los descubrimientos científicos, las necesidades más profundas (espirituales) de la esfera de la intimidad humana, la adoración de Mamón (griego: el dinero, las riquezas; Mt. 6:24) y las demandas instintivas tanáticas (pulsiones inconscientes del instinto de muerte), para concretizar sus ofertas en el ofrecimiento, pseudoliberador, del fascinante mundo de las drogas.

Desde el punto de vista económico, el tráfico y consumo de drogas supone un poder sin precedentes en la Historia de la Humanidad. Este poder permite constatar una realidad sociopolítica imprevisible en otros momentos de la Historia. El «dinero de la droga» sirve a intereses inconfesables y permite instaurar dictaduras, mantener actividades terroristas, armar a los pueblos en sus enfrentamientos fratricidas, dominar (comprando y sobornando) a amplios sectores de la sociedad, e invertir todo el sistema de valores positivos, contribuyendo a crear una sociedad que busca su realización en la gratificación inconsciente de su instinto de muerte. El consumo de drogas aliena a los individuos, desestructurándolos a nivel pneumático (espiritual), psíquico (ánimico) y somático (corporal); asimismo, las familias afectadas por esta problemática se descompensan, rompiéndose emocional y sociológicamente, con el consiguiente deterioro psico-somático de los individuos que las integran.

Pero los efectos deletéreos del tráfico y consumo de drogas va aún más allá del individuo y de la familia, para incidir directamente, socabando los mismos fundamentos o pilares que mantienen la homeostasia social. La consecuencia de todo este amplio espectro de acción es la generación de angustia por la confrontación dialéctica entre la vida (eros) y la muerte (tanatos) que se deviene en la experiencia histórica de las últimas décadas del siglo XX, especialmente a partir de la primera guerra mundial.

En el mundo de nuestros días no sólo la muerte es objeto de especulación (como ejemplo véase el gran negocio montado por las sociedades de Pompas Fúnebres) sino que una parte importante de las «nuevas generaciones» gratifican lo tanático, inconscientemente y de forma progresiva, deviniéndose su experiencia existencial en una vivencia de angustia y frustración, que les insta a buscar mecanismos de defensa que les permitan evadirse de la realidad vivida, encontrando un refugio, gratificador, en el paraíso artificial y tanático que supone el mundo de las drogas. La muerte reina en un mundo donde los valores de la vida y la realización positiva se consideran obsoletos; aquel que sustenta el imperio de la muerte parece realizarse plenamente (He. 2:14).

El aspecto más trascendente de la muerte de Cristo en la Cruz del Calvario es, sin duda alguna, aquel por el que dicho sacrificio supera y resuelve el tema de la muerte. La muerte es una consecuencia del pecado (Ro. 5:12; 5:23). El Señor Jesús, no sólo llevó nuestros pecados sobre el madero (Col. 3:13) sino que El mismo «Se hizo pecado» por nosotros (2ª Cor. 5:21); pero aun más: «nuestro viejo hombre fue crucificado juntamente con él, para que *el cuerpo del pecado* (griego: soma tes amartias) sea destruido» (V.H.A. = deshecho; igual término en 1ª Co. 6:13, que

significa «dejar inactivo-hacer ineficaz»). La desactivación dinámica, funcional y fisiológica (orgánica) del «cuerpo del pecado», asentó la base para trascender la muerte y sacar «a la luz, la vida y la inmortalidad por el Evangelio» (2ª Ti. 1:10). Jesucristo, muriendo, venció a la muerte de manera definitiva (1ª Co. 15). La plasmación orgánica e histórica de este hecho, tendrá lugar, en la resurrección «Cuando lo mortal sea absorbido por la vida» (1ª Co. 15:53-55 y 2ª Co. 5:4). Pero la aceptación del acto soteriológico de Cristo (griego: soterias = salvación) supone la presencia permanente (la habitabilidad) del Espíritu Santo en el corazón del hombre; por tanto, nuestro cuerpo (soma) se constituye en el templo (naos) del Espíritu (pneuma). «Y si el Espíritu de aquel que levantó de los muertos a Jesús, mora (griego: habita) en vosotros, el que levantó de los muertos a Cristo Jesús vivificará también vuestros cuerpos mortales por su Espíritu que mora en vosotros» (Ro. 8:11).

La manifestación de los hijos de Dios (la Iglesia, el cuerpo de Cristo, según Ro. 8:19) supondrá la trascendencia de lo amártico (pecado) a nivel de lo biológico y orgánico. Entonces, el cuerpo gobernado por el alma, el cuerpo que tenemos ahora, el soma psíquico de 1ª Co. 15:44, será transformado en el soma pneumático; el cuerpo de gloria, el cuerpo gobernado por el espíritu de 1ª Co. 15:44; y el creyente se convertirá en un ser completo y perfecto (1ª Ts. 5:23; 1ª Jn. 3:1,2). Este momento salvífico, supondrá la aplicación integral de la salvación a toda la estructura psicobiológica de la persona: lo pneumático habrá trascendido e impregnado de inmortalidad a la materia. Pero esta realidad de trascendencia de lo biológico y orgánico no quedará ubicada en el hombre, sino que se irradiará a toda la creación, rescatando a la misma «de la esclavitud de corrupción, a la libertad gloriosa de los hijos de Dios» (Ro. 8:21). Como consecuencia, se establecerá un orden nuevo en el que los hombres serán más solidarios; el equilibrio ecológico será un hecho fehaciente; los valores éticos constituirán un marco de referencia para la vida; las diferencias raciales, sociales y económicas serán superadas; el conocimiento de Dios estará al alcance de cada hombre y la paz y la felicidad serán posibles (Is. 2:1-4; 1º S. 9:6-7; Is. 11 :1-10).

En este momento se habrá devenido toda la Historia humana; el Reino de Dios habrá sido establecido sobre la Tierra; el diablo será «apartado e inactivado» para siempre (Ap. 20:1) y el Rey de reyes y Señor de señores, Jesús de Nazaret, vivirá y se realizará en el corazón de todo lo creado.

B) La Drogadicción en su dimensión Humana Social y Cósmica

Capítulo II

Aspectos sociopolíticos y psicodinámicos de las drogas en la sociedad actual

En el presente trabajo pretendemos realizar un análisis pluridimensional de la profunda problemática toxicomanígena que tiene planteada la humanidad y, concretamente, la sociedad actual. Es necesario, antes de pasar a tratar aspectos de carácter socio-dinámico, presentar algunos datos estadísticos que, por sí mismos, suponen toda una revelación al respecto.

Los datos se refieren a los primeros años de la década de los 70 y creemos que siguen teniendo vigencia en la actualidad, máxime cuando los problemas toxicomanígenos del mundo se han incrementado, de manera más que significativa, a nivel mundial.

Existen en el mundo, aproximadamente, el siguiente número de toxicómanos, especificados por drogas de las que dependen de forma preferente:

300.000.000	de masticadores de nueces de cola, de coca, de Qat y Betel.
300.000.000	de fumadores de Cannabis Sativa.
40-50.000.000	de alcohólicos
400.000.000	de toxicómanos dependientes de opiáceos (Morfina, Heroína, Metadona, etc., etc.)

Además, es necesario considerar las llamadas toxicomanías menores (café, tabaco, etc.) que cuentan con un número incalculable de millones de consumidores. Tendríamos, asimismo, que

tomar en cuenta las toxicomanías yatrogénicas y farmacológicas (tranquilizantes, euforizantes, antidepresivos, etc.)

Teniendo en cuenta que el mundo cuenta con una población aproximada de unos 5.000 millones de habitantes, y a la luz de lo anteriormente expuesto, podemos afirmar que **«Uno de cada cuatro seres humanos tiene problemas con las drogas y recurre al consumo de las mismas»** por diversas motivaciones.

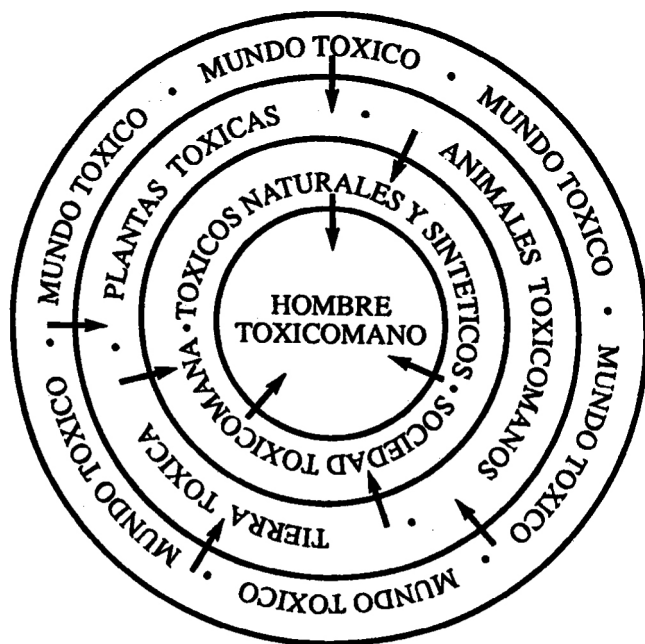
Ahora bien, si esto es así, es necesario preguntarse: *«¿Qué les ocurre, o qué ocurre con los seres humanos, para que se den estas circunstancias? ¿Pueden los condicionamientos peristáticos de tipo social, económico o político, por mucha capacidad motivacional que tengan, ser agentes suficientemente poderosos como para, a partir de su influencia, poder ofrecernos una explicación satisfactoria del fenómeno toxicomanígeno?»* Creemos que no; pensamos que es necesario, para comprender la problemática toxicomanígena, recurrir a los estudios que nos desvelan las realidades intrapsíquicas de las personas y, sobre todo, los contenidos inconscientes que informan la conducta humana. Pero, antes de entrar más profundamente en el análisis que pretendemos realizar, y llegados a este punto, es necesario abordar el tema desde una perspectiva más amplia que la que supone «la masa toxicomanígena humana». Efectivamente, el problema toxicomanígeno nos parece que, en su esencia ontológica, trasciende a la propia humanidad, para profundizarse e irradiarse con dimensiones cósmicas. Me explicaré:

Estudiando la realidad de las sustancias o drogas que pueden llegar a generar adicción o toxicomanía, nos encontramos con que las PLANTAS, RAÍCES, HOJAS o ÁRBOLES que las producen, están diseminados por cientos y cientos por toda LA TIERRA. Si nos preguntásemos por qué existen estas plantas, que de alguna manera ofertan una alternativa toxicomanígena al mundo, la verdadera respuesta seguramente trascendería las posibilidades del ámbito científico-natural, para emerger de disciplinas de carácter más filosófico o metafísico. Abundando más en nuestro estudio y recorriendo la escala filogenética, en sentido inverso o descendente, desde el *homo sapiens* a los animales unicelulares nos encontramos con el problema toxicomanígeno, a distintos niveles en dicha escala.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, hemos de concluir de la siguiente manera: LA PROBLEMÁTICA TOXICOMANIGENA TIENE UNA DIMENSIÓN CÓSMICA EN LA ESCALA FILOGENÉTICA.

Ahora bien si consideramos nuestro universo (la Tierra) formado por círculos concéntricos (sólo tratamos de plantear un esquema didáctico), nos encontraríamos con esta realidad:

- A) Un MUNDO tóxico (en este sentido es necesario tener en cuenta los trastornos ecológicos de la era actual: contaminación de la tierra, del mar y del aire).
- B) PLANTAS tóxicas
- C) ANIMALES toxicómanos
- D) SOCIEDAD toxicomanígena
- E) HOMBRE toxicómano.



Este esquema podría tener una explicación ontogenética, que desborda las posibilidades de la Ciencia y que podría ser entendida a la luz de los siguientes textos bíblicos: Gn. 2:9, 16 y 17; 3:2-11; 3:17,18; Ro. 5:12; 8:19-21 y 22-23.

La problemática toxicomanígena es UNIVERSAL (los términos «cósmico» y «universal» son referidos a la experiencia devenida en «la tierra») y se puede, por consiguiente, hablar de UN UNIVERSO TÓXICO:

a) FAMILIAS DE PLANTAS TÓXICAS:

Abundancia de afrodisíacos y anafrodisíacos en la naturaleza. Centenares de sustancias, innumerables árboles, raíces, hojas, tallos, cortezas, etc. Incluso algunas sustancias que consideramos ATÓXICAS no lo son:

1. *Solarum Tuberosum*. Vulgarmente la conocida «patata», de la cual solamente los tubérculos son comestibles. Las partes verdes: hojas, tallos y los gérmenes, contienen un *Glucoalcaloide* poderoso que, afortunadamente, el calor destruye.
2. El Domingo de Pascua de 1967, en Nueva York, diez mil jóvenes, mozas y muchachos, organizaban en Central Park un «acontecimiento monstruo sobre el tema “Amor, fraternidad, buena voluntad”... Después de mucho gritar «queremos a los policías» y «policías con nosotros» y escribir con yeso en los vehículos policíacos las palabras «Amor y Amistad», se esparcen por el césped, hacen asar plátanos y «¡se fuman la piel!» Parece que el plátano secado produce un agente, maravilloso, de «embriaguez mística» que puede sustituir al LSD y a la MARIHUANA.
3. Los «galos» heredaron de los «celtas» el conocimiento de las drogas vegetales, que usaban tanto por sus virtudes medicinales como por sus propiedades «alucinógenas»: *helena*, *belladona*, *cáñamo*, *adormidera* y hojas secadas de *lactuca sativa*, que no es otra cosa sino la «lechuga». Ésta se usaba como ingrediente en algunos filtros mágicos, entre ellos el de ASTERIX EL GALO. Los modos de ingerirla se diferenciaban según las regiones: infusión-fumigación y uso de la pipa. Existen museos que aún conservan estas pipas.

Tendríamos que hacer referencia a un hecho anecdótico, pero real, y es el que, en múltiples ocasiones se da con «el alcohólico abstinente».

La observación clínica cotidiana, en la rehabilitación de alcohólicos crónicos, nos pone de manifiesto el que el alcohólico recurre, cuando no ingiere alcohol, a sustituir su droga predilecta por otras sustancias que vienen a producirle, al ingerirla, efectos similares a los que le producía el alcohol; pero que su ingestión no le desencadena sentimientos de culpa y es socialmente considerada como inocua (psicoestimulantes del tipo del café, coca-cola, pepsi-cola, etc.).

Hemos podido observar que muchos enfermos alcohólicos, que durante su vida toxicománígena recurrían a comer lechuga de una forma esporádica y accidental, tras abandonar la bebida etílica, ingieren varias veces al día y de forma cotidiana, grandes cantidades de lechuga con abundante cantidad de vinagre.

b) ANIMALES TOXICÓMANOS:

Existen abundantes especies de animales toxicómanos en la naturaleza; casi podríamos hablar aquí de «toxicomanías naturales»:

1. El *Escarabajo Ciervo Volante* se embriaga de la savia fermentada del roble.
2. Las *Larvas del Gorgojo* abusan del jugo de las hojas del sauce.
3. De las 6.000 especies contadas de *Hormigas*, unas 400 se embriagan con jugos de secreciones de pulgones parásitos. «Son ellos la única tara; el único, aunque gran vicio, de la virtuosa, casta, sobria, austera y laboriosa republicana, y se asienta a veces como una verdadera plaga social; tan mortífera, tan fatal para la raza como el *Alcoholismo* lo es para los seres humanos» (Maeterlink). Tenemos que hacer una crítica a los que dicen que el alcoholismo no se daría en una sociedad socialista. Si por sociedad socialista se entiende un modelo de sociedad perfecto y equilibrado, entonces, efectivamente, no se daría en la misma ningún problema toxicománígeno y, por lo tanto, tampoco el del alcoholismo; pero la realidad, devenida históricamente, desde la «Revolución Bolchevique» a primeros de este siglo, es muy distinta. Y para ilustrar lo que queremos decir, vamos a dar algunas cifras de la realidad, de la Unión Soviética, en cuanto al problema del alcoholismo se refiere.

Durante las primeras décadas del gobierno comunista, en la URSS disminuyó, o se encubrió (debido a las fuertes medidas prohibitivas del gobierno) el problema del alcoholismo; pero, a partir de los años sesenta, lo que estadísticamente se reflejaba como un problema ausente o superado de la sociedad soviética, se manifestaba como una problemática seria y real.

En el año 1965, Rusia admite confrontar un problema de consideración con el alcoholismo entre la clase trabajadora y manifiesta que se están haciendo notables esfuerzos, en el país, encaminados a remediar la situación. Sin embargo, no hay señales de que el número de alcohólicos disminuya. Hombres y mujeres, en Rusia, son amantes del vodka y sus hijos, adolescentes, les imitan. La ebriedad (intoxicación etílica aguda) constituye un problema de envergadura en Moscú

y en otras importantes ciudades soviéticas, y la proporción de jóvenes involucrados en este problema es bastante elevada. Se calculaba, en el año antes mencionado, que existían 10.000.000 de alcohólicos en la Unión Soviética, lo que venía a suponer un índice de alcoholización del 5% de toda la población.

En 1972, las revistas de todo el mundo, especializadas y de divulgación, denuncian la realidad del alcoholismo en la URSS; y los observadores extranjeros consideran que las motivaciones que informan la conducta toxicománígena-alcohólica de los rusos son, entre otras: el aburrimiento, la escasez de viviendas, las frustraciones, la falta de actividades recreativas, así como los largos y fríos meses invernales. Los expertos no le ven final al problema del alcoholismo en Rusia, mientras la vida no se haga más alegre y otros placeres reemplacen a la bebida.

4. Se observan las costumbres «toxicománígenas» hasta en los seres infinitamente pequeños, como los *Protozoarios* (el ejemplo de la Ameba de agua dulce).

Ameba de agua dulce:

«Muere si se la sumerge, bruscamente, en un acuario que contenga agua salada al 2%; pero si se le añade, cotidianamente, 1 0/00 de sal, al acuario, la Ameba soportará concentraciones superiores al 2% y no podrá vivir en el agua dulce sin sufrir una verdadera cura de desintoxicación.»

5. Los caballos, los búfalos y los carneros, que viven en México, Dakota, Texas y Colorado, una vez que prueban las plantas llamadas *Astrágalos*, dejan los demás piensos y dan señales de un posible «Síndrome de abstinencia» (están excitados, dan saltos para salvar el menor obstáculo, son presa de espanto al ver una hoja agitada por el viento y, a veces, se ponen a dar vueltas, sobre sí mismos, durante horas).
6. Las *Swainsonias*, que se hallan en Australia, vuelven «locos» a los équidos, bobinos y ovinos que las comen.
7. Los animales pueden adquirir las toxicomanías, del hombre (opio, cocaína, etc.). Los efectos que las drogas producen en los insectos son los mismos, en todos sus puntos, que los que corresponden a los síntomas clínicos y psicológicos de las toxicomanías humanas:
 - Estado de necesidad
 - Propensión a aumentar la dosis (tolerancia)
 - Dependencia de orden psíquico
 - Dependencia de orden somático.

A la vista de lo anteriormente expuesto, el abordaje del estudio de las motivaciones que inducen al hombre a la ingestión y posterior dependencia de drogas, se complica: tendríamos que preguntarnos desde cuándo el hombre es toxicómano y por qué. El asunto es de una trascendencia tal, que pretender dogmatizar en cuestión tan importante sería utópico e ilusorio por nuestra parte. No obstante, el estudio de la drogadicción en la humanidad nos lleva, de la mano, al estudio del no menos apasionante tema de las motivaciones, que informan la conducta humana. Hace ya miles de años, el profeta Job y el mismo rey David se preguntaban:

«¿Qué es el hombre?» (Job 7:17 y Salmo 8:4). La traducción más literal de este texto (versión *Moderna de la Biblia*), dice:

«¿Qué es el débil hombre?», lo cual añade a la cuestión ontológica un ingrediente estructural y antropológico importante. La debilidad del hombre haría referencia, aquí, a aspectos que afectan a su integridad psicósomática o psicobiológica. Los estudios de la naturaleza humana, y de la conducta de los seres humanos, a la luz de los descubrimientos psicoanalíticos, tienen mucho que enseñarnos en este sentido.

Haciendo una síntesis de las teorías que se ocupan del estudio de la conducta del hombre, podríamos reducirlas a tres como las más importantes:

- 1) Teorías PSICOGENÉTICAS
- 2) Teorías SOMATOGENÉTICAS
- 3) Teorías SOCIOGENÉTICAS

Las primeras consideran que la conducta del hombre se motiva por estímulos e impulsos que proceden, exclusivamente, de la esfera de la intimidad, y que se generan a nivel inconsciente. En este sentido, iría la llamada teoría de la *Frustración*, que intenta explicar la ingestión de drogas y la dependencia a las mismas, partiendo de sentimientos de frustración emergentes de la intimidad intrapsíquica. Impulsos de naturaleza psico-sexual, normalmente reprimidos (incesto, homosexualidad, lesbianismo, exhibicionismo, desnudismo, sadismo y bestialidad) emergerían, desde el inconsciente invadiendo el campo de la conciencia por la acción desinhibidora y catártica (anulación de la conciencia moral o censura) debida a la actuación de las drogas (de sus principios activos), inhibiendo la corteza cerebral y favoreciendo la liberación de estructuras encefálicas más profundas (cerebro medio, región hipotalámica, cerebro emocional, etc.).

Las *Teorías somatogenéticas* presuponen situaciones endógenas y constitucionales, es decir, ingredientes disbiológicos congénitos, o adquiridos, que impulsan al hombre «irremediable-

mente» a abocar a una toxicomanía (personalidades pretoxicomanígenas, prealcohólicas, alcoholofilicas, etc.).

Otros explican la ingestión de drogas y las toxicomanías derivadas de las mismas, por la influencia sobre el individuo de factores peristáticos; es la *Teoría de los condicionamientos socio-genéticos*. Respecto de las drogas, que se encuentran en la perístasis del hombre, decía Ludwig Lewin: «con la sola excepción de los alimentos, no existen en la tierra sustancias que estén tan íntimamente asociadas a la vida de los pueblos, en todos los países y en todos los tiempos, como las drogas».

El famoso psicólogo americano, profesor de la Universidad de Harvard, B.F. Skinner, dijo: «El hombre mismo puede ejercer control sobre el ambiente, pero se trata de un ambiente que, en su casi totalidad, ha sido fabricado por él. El ambiente social, resulta obvio, es creación del hombre; ese ambiente genera el lenguaje, las costumbres y la conducta que exhibe con relación a las instituciones éticas, religiosas, gubernamentales, económicas, educativas y psicoterapéuticas que lo controlan a él. » Este autor es ambientalista, en cuanto a la conducta del hombre, y manifiesta como ya observó Craul Briston, que lo que se necesita es «un PROGRAMA para cambiar las cosas y no para convertir a las personas». En ese sentido decía Gilbert Seldes: «EL AMBIENTE PRODUCE EL CARÁCTER y ese ambiente queda bajo control humano».

El sistema *sociopolítico* de un país genera una superestructura la cual, a su vez, determina e impone un específico MODELO de sociedad. Reduciendo y sintetizando, al máximo, los diversos sistemas sociopolíticos imperantes en el mundo, podríamos reducirlos a dos: el Sistema CAPITALISTA (que viene a corresponder a la filosofía de la llamada sociedad de consumo) y el Sistema SOCIALISTA. En ambos se dan las toxicomanías en mayor o menor grado; y esta comprobación, clínica y sociológica, debería servirnos como base útil para realizar una reflexión equilibrada.

En cuanto a la influencia en la génesis de las toxicomanías, de la perístasis sobre el hombre, tenemos que tener en cuenta el análisis dinámico que se desprende del esquema explicativo que reflejamos anteriormente, así como de los diversos aspectos que matizamos a continuación:

1. LA PAREJA PREMÓRBIDA: NOVIAZGO. (Personalidad de la mujer, personalidad del marido, aceptación tácita del alcoholismo *solapado* de uno de los cónyuges; casarse con la esperanza de *reformularle*; gratificación del deseo inconsciente del *dominio del otro* y la gratificación, narcisista, de actitudes masoquistas y sádicas).

2. LA PAREJA UNIDA: SEXUALMENTE. (Influencia del alcohol sobre los cromosomas; influencia del alcohol en el «acto de la concepción»; influencia del alcohol, a través de la placenta, sobre el embrión-feto, e influencia del alcohol en la lactancia).
3. LA PAREJA MÓRBIDA: LA FAMILIA ENFERMA. (Neurotización de la pareja; aceptación mítica del alcohol; desarrollo de la personalidad, según la concepción de la teoría psicoanalítica).
4. CONDICIONANTES SOCIOGENÉTICOS DEL ALCOHOLISMO Y DE LAS DROGAS. El hombre deviene su experiencia existencial, en grupos que influyen condicionando su conducta. Los grupos más importantes son: La *Familia* (antes de la concepción, en la concepción, en el claustro materno, en la lactancia, en la primera y segunda infancia, y en la adolescencia); la *pandilla-grupo escolar*, el grupo del *Servicio Militar*, el grupo *laboral* los grupos *sociales* y la misma *Sociedad*.

Nuestro modelo de sociedad, el español, corresponde al de la SOCIEDAD CAPITALISTA con todos sus ingredientes socio culturales y condicionamientos socioeconómicos y psicosociales.

Por otro lado, **es evidente que la humanidad vivencia el sentimiento de frustración de forma universalizada**. Básicamente, para su realización el ser humano demanda, desde la esfera de la intimidad, la satisfacción y gratificación de unos deseos que el medio en que vive (el modelo de sociedad en que está inmerso) no puede satisfacer. Sentimientos tan importantes como el de «trascenderse», el de libertad, el de felicidad, no pueden realizarse en el seno de una sociedad que se materializa de forma progresiva. La frustración pone en marcha unos mecanismos de compensación psicopatológicos, entre los que se encuentra «la huida de la realidad», mediante la ingestión de drogas; buscando, quizá atávicamente, «el paraíso perdido» mediante la vivenciación de experiencias devenidas en los «paraísos artificiales».

Yo considero que **existe una circunstancia COMÚN a todas las drogas: la capacidad que tienen para modificar el estado de CONCIENCIA**. Se podría decir que el toxicómano siente la necesidad, imperiosa, de recurrir a las drogas para obtener una MODIFICACION DE LA PERSONALIDAD VIVIDA. El toxicómano se vivencia a sí mismo; vivencia su frustración, su timidez, su impotencia, su angustia existencial. Bajo la ingestión de drogas, intenta cambiar su personalidad y la percepción de la realidad que le envuelve; no lo consigue, y lo único que logra es ABRIR LAS PUERTAS de compartimentos que, normalmente, están cerradas por la «represión»; de esta forma se desinhibe y, al modificarse el estado de conciencia, desequilibra su actitud y no controla sus actuaciones.

Como la ingestión de drogas modifica el estado de conciencia, se alteran las capacidades perceptivas del hombre bajo sus efectos y una realidad que en estado de conciencia «normal» nos resultaba frustrante y rechazable, se transforma ahora en otra realidad más gratificadora.

Dentro de los condicionantes socio genéticos de la drogadicción y de las toxicomanías, se dan en la sociedad actual y, concretamente, en nuestro país, una serie de circunstancias que favorecen la realidad toxicomanígena que nos toca vivir. Destacamos, en el marco sociopolítico de nuestro contexto social, las siguientes circunstancias:

1) La existencia de DROGAS INSTITUCIONALIZADAS.

La sociedad española, incrustada e inmersa en los principios de la sociedad de consumo occidental, mantiene, y sus superestructuras políticas estimulan, cuando no patrocinan, dicha institucionalización; *es una realidad viva la alcoholización progresiva, de la sociedad española*, así como los gravísimos problemas que crea el consumo masificado de tabaco; en nuestro país se dan múltiples circunstancias favorecedoras de la drogadicción en los distintos estamentos cívicos. Existe una gran facilidad para disponer de barbitúricos y para consumirlos, especialmente; hasta tiempos muy recientes, el uso colectivo de los mismos constituye otro gran problema facilitado por la falta de un control adecuado de su distribución. Por otra parte *España es el primer productor de anfetaminas del mundo*; y, en este sentido, no nos conformamos sólo con esto sino que, además de los cientos de kilos de millones que producimos de comprimidos psicoestimulantes, importamos gran parte de las que producen los italianos, para establecer después un ilícito comercio de exportación a los países nórdicos, anglosajones y centroeuropeos. En cuanto a la droga ALCOHOL se refiere (datos pertenecientes al año 1981), alcanzamos una producción anual de más de 2.705.500.000 de litros de vinos y 794.500.000 de litros de licores y cervezas; es decir, que sólo para el consumo interior de los 35 millones de españoles, se producían en nuestro país 3.500.000.000 de litros de bebidas alcohólicas y se exportaban en licores (coñac, anís dulce, anís seco y aguardiente) sólo 7.500.000 de litros. Ante esta realidad aplastante, hemos de preguntarnos: ¿está justificada la producción, tan elevada, para el consumo interior y consiguiente alcoholización de la sociedad española, en función de los beneficios económicos que pueda reportar la exportación de los ya mencionados 7.500.000 de litros de bebidas alcohólicas?

2) La llamada DROGADICCIÓN YATROGÉNICA. En el contexto de esta sociedad de consumo y al igual que se estimula la consumición de múltiples productos innecesarios, en ese mismo marco se incide, consciente o inconscientemente, para que los españoles consumamos al año millones de kilos de sustancias farmacológicas. Gran parte de las mismas pueden y de hecho crean, una situación de dependencia, favoreciendo la drogadicción y contribuyendo a aumentar el número de toxicómanos en nuestro país. Vivimos en una época en la que la terapéutica médica es, fundamentalmente, sintomática, y participa del mito de la píldora-científica que tiene capacidad omnipotente; o sea, que tiene capacidad para curarlo todo. Este tipo de medicina, invita a toda la población española a conseguir fármacos para resolver cualquier problema que a una persona se le presente. Es decir, que vivimos en la época de la *Pildoromanía*; y esta realidad está universalizada en todo el ámbito de la llamada sociedad civilizada occidental. Las personas han llegado a estar tan condicionadas por la toma de drogas para poder dar solución a sus conflictos y problemas que, algunas, viven inmersas en un círculo vicioso toxicomanígeno; usan, indistintamente, estimulantes y sedantes (barbitúricos); los primeros para «empezar a funcionar» por las mañanas y los segundos para «relajarse» por las noches. En definitiva, se toman píldoras para: espabilarse, dormirse, descansar, subir de peso, adelgazar, fomentar la concepción, evitar la concepción ... Resumiendo: *Existe una píldora para cada problema; de esta manera se establece una «cortina química entre el hombre y la Realidad»*. Cada vez es mayor el número de personas que está dependiendo de las drogas para esconderse (escapismo) de las realidades de la vida, o experimentar sensaciones emocionantes. De esta forma nos vamos convirtiendo en una cultura supeditada a las drogas.

(Adjuntamos, con este trabajo, unos estudios donde se recoge el trasfondo de intereses económicos que subyacen el consumo de drogas).

En este sentido, y a título de ejemplo, destacamos:

a) *En abril de 1972*, en las consultas de la Seguridad Social, se expendieron sobre la base de dos fármacos ansiolíticos menores, 110.812 recetas que supusieron un importe de 15.895.471.- Pts.; en el mes de octubre del año 1973, y con relación a los dos fármacos aludidos, se hicieron 133.677 prescripciones por un valor de 20.634.064.- Pts. Por otro lado, el consumo de psicótipos

por beneficiarios de la Seguridad Social (excluidos los dos que venimos mencionando) fue, en el mes de octubre de 1973, de 109.255.551,- Pts. Sumando esta última cantidad, a la gastada en el mismo mes de octubre del 73 en los dos psicótipos citados, llegamos a la conclusión de que en octubre de 1973 se gastaron, solamente en psicótipos prescritos en los ambulatorios de la Seguridad Social: 130 millones de Pts.

Asimismo, es revelador echar una mirada al cuadro que adjuntamos en cuanto a medicamentos que contienen estupefacientes consumidos por beneficiarios de la Seguridad Social y prescritos en sus consultas ambulatorias, durante abril de 1972, octubre de 1972 y abril de 1974, con este total de envases: 3.834, 3.933 y 3.079, respectivamente.

Por otro lado, también resulta clarificador comprobar la situación de nuestro país, en lo referente a su alcoholización, en el contexto mundial. En este momento consideramos que únicamente dos países; Méjico con el 20% de alcoholización y Chile, con el 16%, se encuentran con una problemática más grave que nosotros en cuanto a la alcoholización de la población en general se refiere.

En *abril de 1980*, se publicaban los resultados de un estudio realizado por el Centro de Investigación y Documentación Urbana, entre 1.600 jóvenes españoles –de ambos sexos– con este resultado: un 34,6% manifestaba haber consumido droga alguna vez. El porcentaje detectado, aplicado al total de la población juvenil, significaría que unos dos millones y medio de jóvenes españoles habrían probado droga alguna vez.

La encuesta establece tres tipos de drogadictos:

experimentales: aquellos que la toman «para experimentar algo nuevo»;

ocasionales: que la consumen únicamente en determinadas circunstancias, y

periódicos: con una dependencia continua y elevada de la droga.

Por lo que respecta a la clase social de los drogadictos, un 24% pertenece a la clase baja; un 40% a la clase media y un 36% a la clase alta.

Del mismo modo, el consumo de drogas entre los universitarios españoles, en los últimos dos años, se ha triplicado; el 9% de todos los alumnos de medicina toman drogas de forma habitual, mientras que el 22 % lo hacen esporádicamente.

(Los anteriores datos han sido recopilados de una encuesta realizada entre la práctica totalidad de los estudiantes de medicina de Barcelona, proporcionando los resultados el Dr. Josep Laporte, catedrático de Farmacología de la Universidad Autónoma de Barcelona).

En un muestreo hecho entre universitarios gaditanos, dos tercios tomaban anfetaminas en los períodos de exámenes y el 6% lo hacían diariamente. Anfetaminas más alcohol lo consumía un 10%; anfetaminas unidas al café, un 60%; y anfetaminas junto con tranquilizantes y barbitúricos, un 35%.

En un estudio llevado a cabo, a través de un muestreo, en la población de Zaragoza (Leva Díaz), se descubrió que el 10% del total de la población utilizaba estimulantes y tranquilizantes.



VIVIR AGONIZANDO

<i>Producción de vino</i>	1.850.000.000
<i>Exportación</i>	76.500.000
<i>Destilación de alcohol</i>	68.000.000
	144.500.000
Consumo interior	2.705.500.000

En cuanto a la *producción de licores y cervezas*, comprendida la exportación y consumo interior, asciende a:

	<i>Producción</i>	<i>Exportaciones</i>	<i>Cons. interior</i>
Coñac	126.000.000	1.000.000	120.300.000
Anís dulce	24.000.000	1.000.000	23.000.000
Anís seco	17.000.000	600.000	16.400.000
Aguardiente	5.000.000	200.000	4.800.000
Ginebra	22.000.000	—	22.000.000
Ron	6.000.000	—	6.000.000
Whisky	2.000.000	—	2.000.000
Cerveza	600.000.000	—	600.000.000
Totales	802.200.000	7.500.000	794.500.000

Todas estas cifras, expresadas en «Litros», son aproximadas, pero no se alejan mucho de la realidad; en cualquier caso, son algo más bajas que las reales.

El *consumo interior de vinos, licores y cervezas en España*, queda establecido en:

Vinos	2.705.500.000 L
Licores y cervezas	794.500.000 L
Consumo interior	3.500.000.000 L anuales

**CONSUMO DE PSICOTROPOS
POR BENEFICIARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (INP)**

ORDEN	ESPECIALIDADES	PVP (Pts.)	ABRIL 1972		OCTUBRE 1973		Laboratorio	
			Nº de Envases	Importe (Pts.)	Nº de Envases	Importe (Pts.)		
1	11	Dogmatil "50", 30 cáps.	405,37	47.923	19.426.547	69.607	28.216.590	Delagran.
2	2	Aneuril, 50 gg.	128,10	44.454	5.694.557	60.742	7.781.050	Lacer
3	19	Plenumil, 20 gg.	280,00	12.883	3.607.240	6.344	1.776.320	Igoda
4	6	Plenumil, sus. 125 cc.	320,00	10.860	3.475.200	15.236	4.875.520	Igoda
5	10	Bromia, gotas, 5 cc.	537,50	5.813	3.124.488	5.563	2.990.113	Made
6	5	Tepavil, 20 compr.	211,30	14.481	3.059.835	24.503	5.177.484	Prodes
7	3	Conductasa, 20 cáps.	279,40	9.694	2.708.504	23.403	6.539.357	Made
8	9	Dogmatil Re. 12 comp.	566,35	4.380	2.408.657	5.500	3.114.980	Delagran.
9	4	Conductasa, s. 150 cc.	416,80	5.713	2.381.178	15.342	6.394.546	Made
10	7	Nobitrol, 100 cáps.	365,00	6.049	2.207.885	10.352	3.778.480	Roche
11	12	Tranxilium-5, 30 cáps.	100,50	18.440	1.853.220	28.300	2.844.150	Quím-Uni.
12	18	Nobitrol, 30 cáps.	134,00	13.016	1.754.484	13.334	1.786.756	Roche
13	32	Glutamiel, sol. 150 cc.	377,70	4.059	1.533.084	3.008	1.136.121	Made
14	16	Vincosedan UTP, 40 cc.	150,70	9.832	1.481.682	12.898	1.943.728	Reig-Jofre.
15	15	Dogmatil, sol.be. 200 cc.	285,45	4.942	1.410.595	7.049	2.011.996	Delagran.
16	21	Anafril, 20 gg.	100,00	12.324	1.232.400	15.483	1.548.300	Padró
17	29	Meleril «50», 50 gg.	175,80	6.477	1.138.657	6.913	1.215.305	Sandoz
18	25	Aneuril, 20 gg.	64,20	17.432	1.119.134	19.671	1.262.878	Lacer
19	26	Trepargal, 30 cáps.	90,40	12.277	1.109.841	13.710	1.240.197	Lafarquim
20	28	Tefranil, 50 gg.	106,90	10.205	1.090.915	11.436	1.222.508	Padró
21	39	Mielegen, sol. 150 cc.	414,70	2.510	1.040.897	2.115	877.090	Made
22	35	Dogmatil inye. 12 amp.	356,74	2.856	1.018.849	2.985	1.064.863	Delagran.
23	34	Dinestiel B ₁₂ , 15 inye.	142,10	6.935	985.464	7.884	1.120.316	Far-Leperi
24	38	Nobrium, 100 cáps.	260,00	3.781	983.060	3.746	973.960	Roche
25	41	Nisidana, 30 gg.	81,40	11.365	925.111	10.228	832.559	Padró
26	40	Calmaven, 50 compr.	137,00	6.522	893.514	6.313	865.566	Alter
27	24	Tranxilium-10, 30 cáps.	146,20	6.012	878.954	9.596	1.402.935	Quím-Uni.
28	44	Sadalium, 30 compr.	213,30	3.570	761.481	3.636	775.558	Dr.Esteve
29	33	Conductasa iny. 5 amp.	274,30	2.744	752.679	4.103	1.125.452	Made
30	46	Nobitrol F, 30 cáps.	193,00	3.628	699.239	3.904	753.472	Roche
31	49	Vituglamina, 20 compr.	233,60	2.950	689.120	2.724	636.326	PEVYA
32	30	Nobitrol F, 100 cáps.	538,00	1.213	652.594	2.185	1.176.068	Roche
33	43	Complutene, 24 gg.	45,00	14.404	648.180	27.601	792.045	Framtesta
34	--	Nobrium 5, 25 cáps.	77,00	8.294	638.638	---	---	Roche
35	48	Adumbran, 25 compr.	70,60	8.723	615.844	9.042	638.365	C.H. Boeh.
36	37	Meleril 200 Re. 60 com.	794,50	765	599.848	1.238	983.591	Sandoz
37	55	Nobrium 10, 100 cáps.	318,60	1.839	584.802	1.739	553.002	Roche
39	--	Cefalocativin f. 20 com.	170,55	3.134	534.504	---	---	Lovente
40	--	Deprelio, 30 cáps.	94,70	5.590	529.373	6.697	634.205	Estrada
41	--	Actebral adultos, 30 gg.	325,00	1.463	475.475	---	---	B.Boizot
42	52	Dapaz, 50 compr.	117,50	4.026	473.055	5.043	592.552	Alter
43	53	Diazepam-Proies, 100 c.	80,20	5.688	456.173	7.321	587.144	Prodes
44	51	Tefranil 50 mg., 30 gg.	169,50	2.585	438.158	3.513	596.301	Padró
45	--	Megasedan 10, 50 cáps.	102,00	4.186	426.972	---	---	Dr.Andreu
46	--	Meleril 200, Re. 12 com.	195,00	2.172	423.540	---	---	Sandoz
47	--	Megasedan 5, 50 cáps.	93,00	4.428	411.840	---	---	Dr.Andreu
48	--	Tofranil 10 mg., 6 gg.	76,30	5.231	399.125	---	---	Padró
49	--	Nobrium 10, 25 cáps.	96,00	4.127	396.192	---	---	Roche
50	8	Plenumil, 40 gg.	462,00	833	384.846	7.743	3.577.266	Igoda
51	--	Meleril 10, 100 gg.	150,70	2.538	382.477	---	---	Sandoz
52	47	Lucidril, 8 viales	441,30	7891	348.182	1.669	736.529	Uquifa
53	54	Meleril 50, 200 gg.	637,30	535	340.956	896	571.200	Sandoz
		Totales	Envases: 892.587	82.247.500	109.255.551			

FUENTE: Subdirección General de Servicios y Asistencia de la Seguridad Social.

MEDICAMENTOS QUE CONTIENEN ESTUPEFACIENTES CONSUMIDOS POR BENEFICIARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (INP) - DISPENSACIONES HECHAS POR LAS OFICINAS DE FARMACIA QUE PROCEDEN DE PRESCRIPCIONES EFECTUADAS EN RECETA OFICIAL DE LA S.S. NO SE COMPRENDEN LAS ADQUISICIONES DIRECTAS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS-

ANALGÉSICOS	ABRIL 1972		OCTUBRE 1973		ABRIL 1974		
	ENVASES	IMPORTES	ENVASES	IMPORTES	ENVASES	IMPORTES	
227.001	Atropaver 10xl cc.	473	15.041,40	1.247	69.607	1.340	8.236,20
598.002	Brom Hioscin, 3xl, 1 c.c.	27	383,40	14	198,80	---	---
598.001	Brom Hioscin, 12xl, 1 cc.	111	2.142,30	69	3.153,30	---	---
35.030	OL Mórfeico B Martín 10x0,01	3	107,40	1	35,80	4	143,20
35.031	OL Mórfeico B Martín 10x0,02	1	42,80	3	128,40	---	---
416.028	OL Mórfeico Navarro 10x0,01	2	52,40	30	786,00	---	---
416.027	OL Mórfeico Navarro 10x0,02	134	3.899,40	52	1.513,20	---	---
578.015	Dolanquifa 12x2 cc.	64	3.865,60	103	6.221,20	70	4.228,00
43.039	Dolantina 5x2 cc.	1.290	43.860,00	1.247	43.398,00	1.034	35.156,00
43.040	Dolantina 100 mg. 5 supositorios	31	1.085,00	15	525,00	---	---
43.039	Dolantina 25 mg. 20 comprimidos	11	264,00	8	192,00	---	---
2.073	Eucosán 0,5 ctgr. 20 tabletas	106	3.016,60	7	200,20	---	---
2.072	Eucosán 2 ctgr. 5xl cc.	2	67,60	---	---	---	---
288.065	Fontanest Vial	---	---	13	527,80	6	243,60
492.008	Hepianal 6xl cc.	2	50,60	3	75,90	---	---
140.045	Metasedin 3xl cc.	56	739,20	20	264,00	40	528,00
140.046	Metasedin 12xl cc.	760	30.096,00	921	36.471,60	840	33.264,00
140.047	Metasedin 25xl cc.	273	18.837,00	347	23.943,00	326	22.494,00
140.050	Metasedin 20 compr.	59	1.256,70	93	1.980,90	73	1.554,90
140.048	Metasedin 2 supositorios	5	45,50	2	18,20	5	45,50
140.049	Metasedin 8 supositorios	131	3.720,40	76	2.158,40	81	2.300,40
267.037	Morfalen 5xl cc.	---	---	2	48,60	---	---
288.080	Palfium 10 mg. 10 ampollas	31	1.007,50	129	4.192,50	98	2.185,00
288.081	Palfium 5 mg. 20 compr.	152	3.936,80	211	5.464,90	193	4.998,70
13.001	Pavotrophia 10xl cc.	76	2.044,40	67	1.082,30	24	645,60
400.190	Petisedol 10x2 cc.	18	711,00	21	829,50	23	908,50
2.157	Tebaicín 12xl cc.	1	53,50	1	53,50	---	---
288.117	Thalemonal vial 10 cc.	15	913,50	24	1.461,60	2	121,80
186.093	Vilan 3xl cc.	---	---	1	21,30	1	21,30
186.095	Vilan comprimidos	---	---	1	16,50	---	---
186.094	Vilan 6 supositorios	---	---	4	11,60	---	---
Totales		3.894	136.353,64	3.938	149.044,40	3.079	118.074,70

FUENTE: Subdirección General de Servicios y Asistencia de la Seguridad Social.

CONSUMO DE PSICOTROPOS: RELAJANTES MUSCULARES

ESPECIALIDADES	ABRIL 1972			OCTUBRE 1973		
	PVP (PTS)	Nº DE ENVASES	IMPORTE (PTS)	Nº DE ENVASES	IMPORTE (PTS)	LABORATORIO
Valium 5, 100 compr.	278,10	26.809	7.463,626	40.111	11.166.902	Roche
Valium 10, 25 compr.	121,80	26.934	3.280,561	32.302	3.934,384	Roche
Valium 5, 25 compr.	82,70	38.028	3.144,916	41.339	3.423.697	Roche
Librium 10, 100 gg.	234,60	5.325	1.249.245	5.644	1.324.082	Roche
Librium 5, 25 gg.	55,20	13.716	757.123	14.221	784.999	Roche
Totales		110.812	15.895.471	133.677	20.634.064	

FUENTE: Subdirección Gral. de Servicios y Asistencia de la Seguridad Social.

Diferencia de consumo del año 1973 al 1972: 4.738.593
Octubre (73 = 73) = 130 millones en un mes

Población	Estado	Toxicómanos Alcohólicos
180-90 millones	10% EE.UU	Sept. 1973- 8-9 millones
210 "	5% URS	Sept. 1965 20 "
50 "	10% Francia	Sept. 1972 4-5 "
60 "	1% A.Occid.	Sept. 1972 600.000 (*)
52 "	1% Inglaterra	Sept. 1972 500.000
35 "	10% España	Sept. 1972 2,5-3,5 mill.
20 "	1% Canadá	Sept. 1972 300.000
15 "	2% Sudáfrica	Sept. 1972 400.000 (+)
50 "	20% México	Sept. 1972 9-10 millones
8 "	16% Chile	Sept. 1972 1,3 "

(*) Uno de cada tres es mujer

(+) Cinco veces más que el cáncer

RESUMEN Y SÍNTESIS DE LA SITUACIÓN TOXICOMANÍGENA ACTUAL

DROGAS LEGALIZADAS

En España se consumen, a diario, determinadas drogas legales, siendo las de mayor uso:

- *Tabaco*: 48,9% de la población total lo usa a diario.
- *Alcohol*: 28,7% de la población total lo usa a diario.
- *Analgésicos*: 33,8% de la población total lo usa a diario.

Tabaco- En España lo consumen diariamente el 48,9% de la población, en edades comprendidas entre 15 y 65 años. Con mayor incidencia del consumo, entre los 18 y 34 años.

En el año 1964 se realizó, en los Estados Unidos, el primer informe que establecía la negativa relación entre la salud y el tabaco y, como consecuencia del impacto social de dicho informe, se produjo un descenso en el número de fumadores norteamericanos. Descendió el número de fumadores varones en un 21% y el de mujeres en un 6%.

En la actualidad, el porcentaje de mujeres fumadoras en ese país (26%) se acerca peligrosamente al de los varones que todavía fuman (31%). Existe, asimismo, otro hecho significativo de la creciente incorporación de la mujer al hábito tabáquico: *Las mujeres jóvenes que fuman, superan a los varones fumadores de la misma edad.*

En España, se va dando el mismo tipo de correlaciones. En la mujer, el fumar duplica el riesgo de infarto de miocardio, incluso en las fumadoras de tan sólo un cigarrillo al día; si la mujer es fumadora importante, este riesgo llega a multiplicarse por once. Si al fumar se asocian otras enfermedades tales como la hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad o diabetes, el riesgo de infarto de miocardio puede incrementarse hasta en veinte veces. Aparte de los conocidos efectos comunes, en ambos sexos, que el tabaco produce, se asiste en la mujer a un incremento de las patologías propias del tabaco, como el cáncer de pulmón y las enfermedades pulmonares crónicas tales como el enfisema y la bronquitis. Por otra parte, el tabaco determina un aumento de los cánceres de cuello uterino y, por su efecto antiestrogénico, adelanta en uno o dos años la menopausia.

El consumo de tabaco, en la mujer, reduce su fertilidad; aumenta el número de abortos espontáneos; tiene un efecto depresor en el desarrollo y peso fetal en el momento del nacimiento, e incrementa el número de complicaciones en el último trimestre de la gestación. Más inquietantes, si cabe, son las crecientes evidencias de los efectos, a largo plazo, en los niños de mujeres

que fuman durante la gestación. Los estudios de seguimiento de estos niños ponen de manifiesto trastornos del desarrollo somático, psíquico e intelectual, así como alteraciones del comportamiento o de la conducta.

En la *Primera Conferencia Europea sobre Políticas del Tabaco* celebrada en España (7 al 11 de noviembre de 1988), organizada por la OMS y la CEE y el Gobierno español, la contrastación de datos estadísticos de los distintos países europeos, ha dejado constancia de que *en Europa se producen 500.000 muertes al año causadas por el consumo del tabaco y, de esas muertes, 40.000 le corresponden a España.*

En la *Conferencia* se puso, también, de manifiesto, que el 90% de los cánceres de pulmón se deben al consumo de tabaco y que, en nuestro país, la iniciación a su consumo se da cada vez en edades más tempranas; actualmente, corresponde a los 13-14 años. Una de las cuestiones que más preocupan en el seno de la OMS, es el hecho de que, mientras en Europa ya se han empezado a tomar medidas para hacer frente al tabaquismo, *se observa un aumento espectacular del consumo en los países en vías de desarrollo*, especialmente los del continente africano. Esto se debe a que los productores, ante la posibilidad de perder mercado en Europa, se han lanzado a conseguirlo en otros continentes «que se están occidentalizando».

La conclusión es que el consumo de tabaco constituye el principal factor del riesgo para la salud de los europeos y, naturalmente, de los españoles. A mayor nivel cultural, mayor frecuencia de consumo diario de tabaco. Por otra parte, las personas que buscan su primer empleo o bien están en el paro, suponen un alto porcentaje de población que consume tabaco de forma diaria (64,5%-74,1% de la población consumidora). El consumo, en España, sigue siendo más frecuente en hombres, si bien con una tendencia creciente a igualarse con el de las mujeres.

ALCOHOL- El 10% de la población española está alcoholizada. En la última encuesta realizada en España por el Ministerio de Sanidad en distintos muestreos de la población española. (dicha encuesta ha sido tabulada por *lesa Gallup* e incluye un total de 1.500 entrevistas correspondientes a 719 hombres y 781 mujeres), se llega a la siguiente conclusión, respecto a *Frecuencia de consumo de Bebidas Alcohólicas*:

Consumidores «habituales» diarios.....	51,7%
Consumidores semanales	18,1%
Consumidores ocasionales.....	4,7%
No consumidores	24,5%

En otra parte del mencionado estudio se sacan las siguientes constataciones:

- Los hombres beben cuatro veces más que las mujeres.
- El consumo de alcohol aumenta en las clases acomodadas.
- Se bebe más en los fines de semana.
- En los pueblos pequeños, cuya población oscila entre los 200 y 2.000 habitantes, la gente bebe mucho más que en las grandes ciudades.
- Existe una relación entre el consumo alcohol-tabaco. (La encuesta que citamos fue realizada recientemente).

Por otro lado, *se constata el incremento de la cirrosis hepática alcohólica.* La cirrosis hepática es un indicador que se usa, con frecuencia, para medir la magnitud de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. En los últimos 30 años: la tasa de mortalidad, debida a la cirrosis hepática, aumento de forma progresiva, pasando del 0,93% de todas las causas de muerte en 1960, al 2,85% en 1979. Mientras que la mortalidad por cada 100.000 habitantes era de 10 personas en 1950, en el año 1979 era de 22,35 personas.

En España, el consumo per cápita en litros de alcohol puro es de 19,6, ocupando el segundo lugar del mundo, después de Francia.

Únicamente en el País Vasco (Euskadi) y La Rioja existen más bares que en todos los países de la Comunidad Económica Europea (exceptuando España y Portugal).

Desde el punto de vista de la epidemiología mundial, en lo referente al problema del ALCOHOLISMO, España ocupa el cuarto lugar entre los países alcoholizados:

México	20%	población	alcohólica
Chile	15%	“	“
Francia*	10%	“	“
España	10%	“	“

(*) Este país ostenta el mayor porcentaje de consumo per cápita.

En cuanto a países productores de vino, a España le corresponde, también, el cuarto lugar, detrás de Italia (1º), Francia (2º) y URSS (3º), con la salvedad de que España es el que más miles de hectáreas dedica al cultivo de la vid.

En lo que se refiere a la evolución epidemiológica interior (española), se reflejan los siguientes datos.

Año 1965 ... El problema era, fundamentalmente, de **alcoholismo masculino** (1 mujer alcohólica por cada 8 hombres con esta problemática).

Año 1975 ... El problema ya es de **alcoholismo masculino y femenino**.

Año 1978 ... Existe ya **alcoholismo masculino, femenino y juvenil**.

Año 1980 ... Se da ya el **alcoholismo masculino, femenino, juvenil e infantil**.

Año 1982 ... Existe una problemática manifiesta a nivel de **alcoholismo masculino, femenino, juvenil, infantil y fetal**.

Año 1988 ... Se verifica la igualdad en la ingestión de bebidas alcohólicas, en la juventud, a nivel de los dos sexos.

Como ejemplo, paradigmático y significativo, del crecimiento de la alcoholización en los países occidentales, destacamos este fenómeno sociológico en la Unión Soviética:

«Se considera que, según los planes del Gobierno de la URSS, para 1990 este país ocupará el primer lugar del mundo en cuanto a la producción de VINO se refiere. El alcoholismo en la URSS creció, desde 1940, de manera significativa. Entre 1955 y 1981, se pasó de 7 a 15 litros de consumo de alcohol, puro, por persona y año. El 50% del consumo corresponde a licores fuertes (Vodka-Coñac) que se ingieren durante las comidas. En la actualidad, una familia rusa de clase media, gasta el 10% de su presupuesto en el consumo de bebidas alcohólicas.»

En definitiva, en España, y en relación con el consumo de bebidas alcohólicas, se dan las siguientes realidades:

- De 3,5 a 4 millones de enfermos alcohólicos.
- Del 35 al 45% de todos los ingresos que se registran en Instituciones Psiquiátricas son debidos a trastornos mentales de etiología alcohólica.
- El 50% de todas las muertes por accidentes de tráfico están relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas.
- De 12 a 14.000 personas, por año, mueren de cirrosis alcohólica.

- 4 personas sufren por causa de un enfermo/a alcohólico: lo que supone que unos 16.000.000 de españoles sufren como consecuencia de esta problemática humana, sanitaria, económica y social.

ANALGÉSICOS -

La frecuencia del consumo de analgésicos aumenta con la edad. A mayor responsabilidad laboral y esfuerzo intelectual, corresponde un mayor consumo de analgésicos. **El 33,8% de la población total consume analgésicos a diario**. El consumo es más frecuente en las mujeres.

TRANQUILIZANTES -

El 13,6% de la población total los consume. Aumenta el consumo a medida que aumentan los niveles educacionales. El consumo es más frecuente en las mujeres.

BARBITÚRICOS -

Un 5,3% de la población, en España, consume barbitúricos. A mayor nivel educacional, mayor es el consumo. El consumo más alto se da en las profesiones liberales.

DROGAS ILEGALES-

El consumo de drogas ilegales en España, actualmente, se establece de la siguiente manera:
Hachís - Un 20,1% de la población total ha probado el Hachís. Un 41,5% de jóvenes, entre 15 y 20 años han consumido droga en alguna ocasión. El 5% de la población total son consumidores frecuentes y habituales.

LSD - Un 2,6% de la población usa LSD.

Anfetaminas - El 6,5% de la población total consume anfetaminas. Entre los 15 y 17 años se da el mayor porcentaje de consumidores, descendiendo el consumo a partir de los 35 años. El mayor consumo se da en los hombres.

Opiáceos - El 2% de la población total usa opiáceos. De ellos, el 0,2% son consumidores habituales y diarios de los opiáceos (drogodependientes). Mayor consumo se da en varones (2,7% contra el 1,2% de hembras). Uso frecuente por encima de los 21 años.

Cocaína - Un 3,5% de la población usa cocaína. Consumo más frecuente en los estatus educacionales y profesionales más altos. El consumo de esta droga está en permanente alza.

Edad de comienzo de uso de DROGAS ILEGALES en España:

Menores de 12 años	2,1%
De 12 a 15 años	27,9%
De 16 a 20 años	57,0%
Servicio Militar	5,7%
De 22 a 24 años	7,4%

El 75% de los consumidores de droga, empiezan con derivados de la *Cannabis Sativa* (de 15 a 17 años el 31%; de 18 a 20 años, el 38%).

El 35% de la población entre 12 y 14 años ha probado «la droga».

El 90% de los estudiantes consumen alguna droga (93,7% consume alcohol y el 74,6% tabaco; un 27,6% consume derivados de la *Cannabis*; y, entre un 9 y un 22%, derivados anfetamínicos y sedantes). Estos datos se desprenden de los estudios realizados por el Comisionado de la droga en la Comunidad Valenciana entre estudiantes de bachillerato de Valencia.

El 90% de los deportistas españoles, alguna vez en su vida ha utilizado el *doping*.

Un 30% de los profesores de EGB son fumadores habituales de «porros». Un 4% de los mismos consume cocaína y un 2% alucinógenos. Por otro lado, un 40% de profesores piensan que fumar un «porro» ayuda a animar una reunión, un 30% está a favor de la legalización de la marihuana, en tanto que un 18% considera que el consumo de *porros* proporciona algún beneficio. El 15% consume anfetaminas «en alguna ocasión».

En España, según datos del Plan Nacional sobre la Droga relativos a 1986, hay entre 60 y 80.000 cocainómanos; de 80 a 125.000 heroinómanos; casi medio millón de adictos a las anfetaminas; unos 20.000 adictos a los inhalantes y más de un millón y medio de adictos al cannabis.

Según el Sistema Estatal de Información (SEIT), alrededor de unas 10.000 personas iniciaron su tratamiento de desintoxicación a las drogas (opiáceos), en alguno de los 224 centros repartidos por las 17 Autonomías, durante 1987. Las primeras conclusiones sitúan al período 1978-80 como la época que concentra el mayor número de inicios al hábito toxicomanígeno. A lo largo de 1987 fueron notificados un total de 10.000 casos (inicios) de tratamiento por opiáceos y cocaína en todo el territorio español y a nivel de los diversos dispositivos públicos de las Comunidades Autónomas.

Andalucía es la que presentó un mayor número de casos (1.604), seguida de Cataluña (1.573) y de Madrid (1.529). El 80,6% de los inicios de tratamiento corresponde a varones y el 19,4% a mujeres; diferencia que se mantiene, tanto en el caso de la cocaína como en el de la heroína. La edad media de los casos que inician el tratamiento por consumo de opiáceos y cocaína es de 24,8 años, siendo los grupos de edad con mayor número de casos los comprendidos entre 20 y 24 años (42,3% de la totalidad de casos). La edad media más baja corresponde a los que inician el tratamiento por dependencia a la heroína (24,7%) y la más alta a los que lo hacen por consumo de metadona (27,1 %).

El tiempo medio transcurrido entre el primer consumo de la droga primaria y el inicio del tratamiento es de 5,1 años. El SEIT considera que actualmente, en España hay 40.000 cocainómanos y 54.000 heroinómanos.

Por otro lado, en la Inauguración de los cursos destinados a postgraduados, del Instituto Complutense de Drogodependencias, en un acto celebrado en el Paraninfo de la Universidad madrileña, el director general de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD), aseguró que el consumo de estupefacientes es la mayor y más importante amenaza que se cierne sobre la sociedad española actual. En la lección inaugural se afirmó que más de 4 millones de españoles están involucrados en el consumo de drogas; de ellos, 100.000 son heroinómanos.

MEDICAMENTOS PARA LA FELICIDAD

Recientemente, ha aparecido en Francia el manual titulado *300 médicaments pour se surpasser physiquement et intellectuellement* (Trescientos medicamentos para superarse física e intelectualmente). Este libro ha sido retirado en el vecino país, por decisión de un Juez, a instancias del Ministerio galo de Sanidad. Un portavoz del Ministerio de Sanidad francés lo calificó de «Un peligro para la salud pública». El editor sufre un proceso penal por «presentar productos estupefacientes bajo una imagen favorable e infringir la legislación sobre publicidad de medicamentos».

El libro ha desencadenado una gran polémica social. Algunos sectores sociales y políticos entienden que el *Manual* está dirigido exclusivamente a una sociedad materialista ansiosa de triunfar a toda costa. Los autores del libro pretenden informar a la sociedad sobre las posibilidades de ciertos fármacos, *panaceas* para lograr el éxito en la competición vital. Ciertamente, la dinámica actual exige ser siempre el más fuerte, el más rápido, el más inteligente, para triunfar y mantenerse; pero el individuo no se encuentra invariablemente en estado óptimo para mantener

el ritmo que la competitividad social exige. En cierta manera, esta forma de vida establece un paralelismo con el mundo del deporte, por lo que cada día el concepto de doping se extiende más al entorno social. En el libro *Trescientos medicamentos para superarse física e intelectualmente*, se analizan diversas sustancias que se reúnen en los cuatro grupos siguientes:

Dopantes cerebrales, de los que se dice que entre sus hipotéticas cualidades, tienen las de aumentar la resistencia del organismo frente a la fatiga física e intelectual; estimular la circulación cerebral, mejorar el humor, la atención y la memoria; prevenir la fatiga cerebral y las pérdidas de memoria y estimular la voluntad y la confianza en uno mismo. Los nombres de los productos incluidos en este apartado son los siguientes: *Biomax, Captagón vitaminado, Iskedil, Nootropil, Pervincamina, Pondinil, Sernión y Tenuatina*. Entre los efectos secundarios de estos fármacos, hay que destacar la somnolencia, sequedad de boca, náuseas, mareos, insomnio, agitación psicomotriz, hipertensión, fatiga y en algunos casos, farmacodependencia.

Estabilizadores emocionales

De éstos, se manifiesta que tienen capacidad para *reforzar* la estabilidad emocional y la concentración intelectual y suprimir el nerviosismo. Entre dichos productos se destacan los siguientes: *Corgard, Sectral 400 y Tenormín*. Como efectos secundarios pueden producir vértigo, ansiedad, trastornos gastrointestinales, hipotensión, fatiga muscular, astenia y depresión.

Dopantes sexuales

Se manifiesta de todos ellos que estimulan las funciones sexuales, combaten la impotencia masculina, aumentan la libido de las mujeres y ayudan a superar las impotencias psicógenas. Las sustancias recomendadas son: *Parlodel, Sernión y Tenuatina*. Los efectos secundarios que pueden presentar son náuseas, vómitos, hipotensión, fatiga, vértigos y somnolencia.

Dopantes psíquicos y musculares: tonificantes

Se dice que desarrollan el crecimiento muscular, estimulan la voluntad y la agresividad y ayudan a combatir la fatiga. Se recomiendan las siguientes sustancias: *Duraholín, Efortil y Periacetine*. Pueden producir, como efectos secundarios, palpitaciones, temblor de manos, somnolencia y, alguno de ellos, virilización.

Todas estas sustancias, llamadas. «Medicamentos para la felicidad», han recibido en España la más amplia divulgación a través de las revistas, semanarios, periódicos y otros medios de di-

vulgación social. Propaganda nefasta que viene a incidir socioyatrogénicamente sobre una sociedad que tiende cada día más a la realización hedonística y que vive inmersa en una situación de farmacodependencia tanática.

POLÍTICA INSTITUCIONAL

Aprehensiones realizadas por la guardia civil en 1983

(Dirección general de la Guardia Civil)

El tráfico de hachís marroquí que experimentó una aceleración progresiva en el último decenio, parece haberse estabilizado, e incluso haber sufrido cierta regresión si se considera además que el personal y los medios empleados en la persecución del tráfico de drogas son cada vez más eficaces.

En 1982 se aprehendieron 11,7 toneladas de esta droga, mientras que en los 11 primeros meses de 1983 se han aprehendido 8,6 toneladas; es decir, casi un 20% menos que en el mismo periodo del año anterior.

El volumen de las aprehensiones de aceite de hachís en 1983 (78,5 kg.) permanece sensiblemente igual al de 1982, mientras que el de la marihuana o griffa (566,5 kg.) es manifiestamente inferior.

Sólo muy excepcionalmente se ha aprehendido marihuana o hachís procedente de otros países productores Líbano, Laos, etc.).

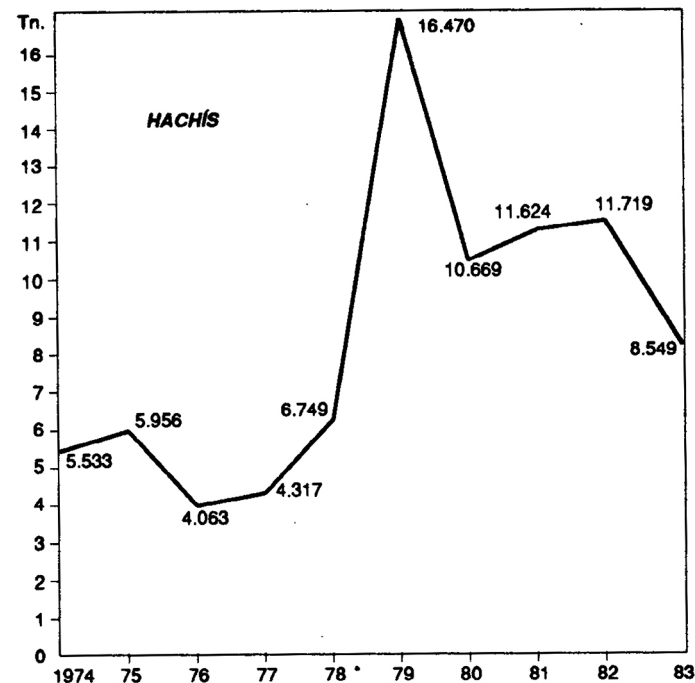
En cocaína el incremento de aprehensiones ha sido espectacular pasando de 27,960 kg. en 1981 a 91,173 kg. en 1982. Se estimó en principio que esta cifra podría estar influida por circunstancias coyunturales, tales como la celebración de los Campeonatos Mundiales de Fútbol, pero los datos correspondientes a los 11 primeros meses de 1983 confirman esta tendencia (127,220 kg. aprehendidos).

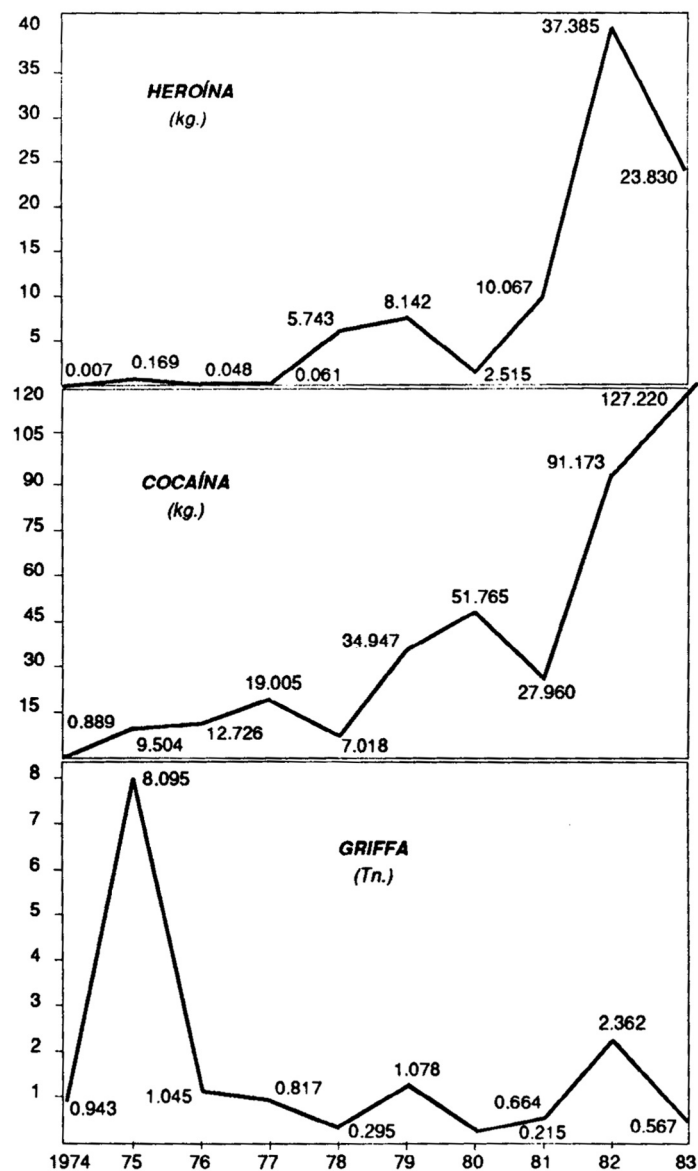
Géneros aprehendidos	Peso en gramos	
	1982	1983
Hachís	11.719.322	9.905.654
Aceite de Hachís	81.321	78.732
Griffa	2.362.408	1.975.747
Cocaína	91.173	153.179
Heroína	37.385	
Dosis de L.S.D.		10.427

Por último y con referencia al tráfico de heroína, hasta 1978 apenas si entraba por la frontera francesa la cantidad precisa para el nivel del consumo interno en ese momento. Posiblemente como consecuencia de la desarticulación de la red «French Conexion» y la desaparición de laboratorios en Francia (principalmente en Marsella) e Italia, se han establecido otros laboratorios en los países productores, en los limítrofes, como parece confirmarse por la nacionalidad de los portadores de droga detenidos en España: sirios, iraníes, pakistaníes, etc. A partir de 1978 se produce un incremento sorprendente (1977 = 0,061 kg.; 1979 = 8,142 kg.), para dar el salto definitivo en 1982, con 37,387 kg. aprehendidos. La tendencia, al menos al mantenimiento de esta cifra, parece confirmarse a partir de los datos relativos a los 11 primeros meses de 1983.

En conclusión, atendiendo a las variaciones habidas en el volumen de aprehensiones, único factor objetivo que nos permite presumir las producidas en el tráfico, y a las circunstancias más comúnmente concurrentes en los servicios, puede deducirse que:

El tráfico, y lógicamente el consumo de cocaína y heroína aumentan notablemente, mientras permanece estable o disminuye ligeramente el de los derivados del cannabis.





La concordancia delincuencia común-drogadicción se intensifica en la misma proporción que se desplaza el consumo de «droga blanda» al de «droga dura».

ESTADÍSTICAS

Datos sobre personas detenidas y aprehensiones de droga

(Los datos recogidos corresponden al 1º trimestre de 1984 y han sido proporcionados por el Ministerio del Interior)

PERSONAS DETENIDAS		MUERTES RELACIONADAS CON DROGAS	
Cuerpo Superior Policía	1.548	Total	41
Guardia Civil	455	Causas:	
Aduanas	874	Sobredosis	28
Total	2.877	Ajustes de Cuentas	7
<i>Nacionales</i>	2.398	Suicidios	3
<i>Extranjeros</i>	479	Otros	3
ROBOS Y FALSIFICACIÓN DE RECETAS		EADES	
Total Casos	23	15 años	1
Total Recetas	1.228	17 años	2
-Seguridad Social	1.211	18 años	1
(pensionistas = 240)		19 años	1
-Particulares	11	20 años	4
Estupefacientes	6	21 años	2
Sin determinar	Varias	22 años	3
		23 años	4
		24 años	5
		25 años	4
		26 años	4
<i>Modus:</i>		31 años	2
Robadas en Ambulatorios, Farmacias, despachos de médicos, vehículos.		49 años	1
		Desconocidos	7

DROGAS DECOMISADAS	C.S.P.	G.C.	Aduana	Total
Opiáceos	263	40	10	313
Cocaínicos	92	28	10	130
Cannábicos	382	183	721	1.285
Alucinógenos	12	6	1	19
Psicotrópicos	50	15	—	65
Totales	799	272	742	1.813

DETENIDOS	1º Trim. 1983	1º Trim. 1984	Difer. %
<i>Por fuerza actuante</i>			
C.S.P.	1.850	1.548	- 16 %
G.C.	638	455	- 29 %
G.C. en Aduanas	275	874	+ 218 %
<i>Por nacionalidad</i>			
Espanoles	2.394	2.398	--
Extranjeros	369	479	+ 30 %
Totales	2.763	2.877	+ 4 %

DECOMISOS	1º Trim. 1983	1º Trim. 1984	Difer. %
De opiáceos	280	313	+ 12 %
De cocaínicos	54	130	+ 141 %
De cannábicos	1.095	1.286	+ 17 %
De alucinógenos	32	19	- 9 %
De psicotrópicos	92	65	- 29 %
Totales	1.533	1.813	+ 18 %

DROGAS DECOMISADAS	1º Trimestre 1983	1º Trimestre 1984
Heroína	13,669 kg.	58,035 kg.
Cocaína	34,124 kg.	58,526 kg.
Plantas de cáñamo	1,005 kg.	90 gr.
Griffa/Kiffi	334,086 kg.	147,758 kg.
Hachís	4.248,062 kg.	6.966,964 kg.
Aceite	16,397 kg.	23,082 kg.
L.S.D.	639 dosis	258 dosis
Fármacos psicotrópicos	3.114 pastillas	11.918 pastillas

FÁRMACOS DECOMISADOS MÁS SIGNIFICATIVOS	1º Trimestre 1983	1º Trimestre 1984
Arsénico	100 gr.	—
Bustaid	70 cajas	—
Clorhidrato Cocaína	32 cajas-27 gr.	4 gr.
Cocaína	617 gr.	246 gr.
Dexedrina	92 cajas	10 cajas
Dolantina	113 cajas	108 cajas
	121 ampollas	88 ampollas
	20 pastillas	—
Maxibamato	54 cajas	—
Metasedín	405 cajas	474 cajas
	73 ampollas	163 ampollas
	6 supositorios	—
Morfina	4 cajas	3 cajas
	26 gr.	3 gr.
	1 ampolla	7 ampollas
Morfina 1%	74 cajas	65 cajas
	181 ampollas	83 ampollas
Morfina 2%	59 cajas	74 cajas
	69 ampollas	133 ampollas
Optalidón	100 cajas	—
Palfium	16 cajas	3 cajas
	10 ampollas	—
Rohipnol	457 cajas	220 cajas
	—	250 ampollas
Sinogan	212 cajas	—
Tilitrate	55 cajas	97 cajas
	—	10 ampollas
Valium 5	407 cajas	183 cajas
	—	25 ampollas
Valium 10	386 cajas	136 cajas
	—	25 ampollas

ROBOS A FARMACIAS	1º Trimestre 1983	1º Trimestre 1984
En Madrid	23	19
En Provincias	66	65
ATRACOS		
En Madrid	89	105
En Provincias	24	67
Totales	202	256

Como conclusión de todo lo que venimos exponiendo en este trabajo, hemos de llegar a la convicción de que las motivaciones que inducen a la ingestión de drogas son complejas y guardan, entre todas, una interrelación dinámica.

Por un lado, tenemos las motivaciones intrapsíquicas, conscientes e inconscientes, que impulsan al ser humano a realizarse conforme al principio del placer, para eludir el principio de la realidad. Consideramos que, especialmente, las motivaciones a nivel inconsciente tienen una enorme importancia, sobre todo cuando el individuo deviene su experiencia en un medio y con un entorno que le induce a la ingestión de drogas de una manera constante y reiterativa. En este sentido, las superestructuras de los niveles sociopolíticos del país, consideramos que tienen una enorme responsabilidad en el hecho toxicománigeno que se da en el mismo.

A pesar de que las toxicomanías presentan una fenomenología psicológica, psicopatológica, y, en algunos casos, neurológica y orgánica, la problemática que nos revelan no es, a nuestro entender, en su esencia prístina y en la realidad social del «aquí y ahora» de un país, un problema psicológico, ni médico, ni psicopatológico *per se*, sino, en definitiva, un PROBLEMA ECONÓMICO, POLÍTICO y EXISTENCIAL....

Por lo tanto, LA SOLUCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA TOXICOMANÍGENA, de nuestro país, no está en la creación de centros especiales para la rehabilitación de toxicómanos, ni en medidas preventivas bajo el punto de vista médico, psicológico o cultural, sino en establecer UN MODELO de sociedad distinto que ofrezca a los problemas de frustración que sufren los ciudadanos, una alternativa con contenidos gratificadores no alienantes, y unas vías de realización de la personalidad integradoras.

Este modelo de sociedad conllevaría, inevitablemente, una EDUCACIÓN (en lo que a las drogas y sus efectos se refiere) de LAS MASAS, a largo plazo, y a sus distintos niveles: infantil, adolescente y adulto, que permitiera el que se fuese formando una verdadera concienciación de la problemática toxicománigena. También serían necesarias actuaciones concretas y radicales, a nivel de legislación en materia de drogas (fabricación, tenencia, tráfico y consumo), así como en lo que afecta a las medidas represivas por parte de los agentes del Estado, pero de manera preferente, supondría una oferta espiritual integradora y liberadora a las demandas del corazón del hombre que procediendo de los estratos más profundos de su ser, invaden el campo de su conciencia, requiriendo su realización.(Eclesiastés 3:11 y 2ª Timoteo 1:9-10).

Capítulo III

Psicosis, mitología y drogas

Desde el punto de vista de las motivaciones intrapsíquicas más profundas, que dimanan de la esfera de la intimidad de los seres humanos, las drogas se contemplan como un conjunto de sustancias que pretenden ser una respuesta alternativa a los deseos de realización contenidos en dichas motivaciones. La realización del hombre se deviene a distintos niveles, dependiendo de los contenidos de la infraestructura que la informa.

En múltiples ocasiones, la pretendida «realización toxicomanígena» no pasa de ser más que una evasión de la realidad o la mera gratificación hedonística, como expresión viva de la más acendrada filosofía materialista. En algunos casos, el consumo de sustancias alteradoras de la mente responde a la necesidad, inconsciente, de gratificaciones de naturaleza tanática (instinto y pulsiones de muerte); pero en otras circunstancias, la ingesta de drogas está al servicio de conseguir una realización de carácter trascendente, es decir, una realización que se deviene en la esfera de las vivencias místico-religiosas (realización existencial o pneumática).

La realización de las personas se enmarca en el contexto del desarrollo de las personalidad de los individuos.

En este desarrollo, intervienen tres instituciones básicas, a saber:

- a) La FAMILIA-Satisfacción de demandas afectivas
- b) La ESCUELA-Satisfacción de demandas culturales
- e) La IGLESIA-Satisfacción de demandas espirituales o pneumáticas.

Estas instituciones han sido «instrumentalizadas» por el ESTADO en el sentido de que, las mismas, son ideologizadas para que formen a sus miembros de tal manera, que el funcionamiento de estos sirva a los intereses de las superestructuras sociopolíticas dominantes. Como consecuencia, la acción de las denominadas «instituciones básicas» ha servido para favorecer la ALIENACIÓN de los individuos. *Al fallar, de manera tan significativa, instituciones tan primordiales*

en el proceso de personificación y pneumatización del hombre (de forma más notable en la sociedad occidental), éste ha optado por conseguir su realización antropológica e incluso metafísica, mediante alteración, de su percepción de la realidad entornante, y de sí mismo, a través de la ingesta de sustancias psicoactivas, con las cuales consigue una modificación de su conciencia (conciencia del yo). De esta manera «Se vivencia» a sí mismo, y a la realidad en la que se encuentra inmerso, de forma más gratificante que la que le ofrece la vida real; se crean así los denominados «paraísos artificiales» donde el ser humano encontrará «la caída» que le conducirá a una auto-destrucción progresiva.

Volviendo a lo que decíamos anteriormente, las DROGAS han venido a sustituir (*satisfacer*) las demandas (*afectivas, culturales y espirituales*) de los jóvenes, por el fracaso de la oferta de las instituciones mencionadas. Desde esta perspectiva encontramos tres tipos fundamentales de drogas:

- Drogas AFECTIVAS, que son todas aquellas que vienen a sustituir las demandas afectivas de carácter familiar (hachís, marihuana).
- Drogas PSICODÉLICAS, las que vienen a llenar vacíos de carácter cultural. Sustituyen el vacío de la escuela intrascendente (simpatinas, centraminas, mescalina, etc.).
- Drogas MÍSTICAS, que corresponden a aquellas sustancias con las que se pretende conseguir una realización de naturaleza místico-religiosa, intentando llenar el vacío que genera la pobreza espiritual del mundo actual (LSD).

Alguna droga, como el ALCOHOL, puede cubrir esos pretendidos tres niveles (dimensiones) de realización (psicodélicos, psicoafectivos y místicos).

En el presente trabajo vamos a centrarnos en las experiencias devenidas en el campo de la drogadicción psicodélica (drogas místicas). Es evidente que muchos millones de seres humanos consumen sustancias psicodélicas con la finalidad de conseguir una realización de carácter místico-religioso. No hay que olvidar que el hombre no sólo es un «*homo erectus*», un «*homo faber*» y un «*homo sapiens*», sino también un «*HOMUS RELIGIOSUS*» y que desde la esfera de su intimidad surgen demandas de gratificaciones trascendentes; gratificaciones que, difícilmente, pueden ser satisfechas con las ofertas que le llegan de una sociedad consumista y materializada. Por consiguiente, ante la angustia que generan las demandas no satisfechas, recurre a la ingestión de sustancias psicodélicas para llenar el vacío interior que le amenaza. Esta angustia es de naturaleza existencial y tiene que ver con la vivenciación de los sentimientos de finitud y de muerte;

es decir, la experiencia de la muerte como realidad existencial y ontológica, viene a frustrar los deseos de inmortalidad (vivenciación del tiempo indefinido) que emergen desde las esferas psíquicas (inconscientes) más profundas.

El consumo de sustancias psicodélicas, especialmente las denominadas «ácidos», y de manera más concreta la dietilamida del ácido lisérgico (LSD), conlleva evidentes riesgos de desequilibrio de la salud mental. Las experiencias «vivas» durante el tiempo en que la sustancia ingerida actúa sobre las estructuras encefálicas (mentales), se concretan en la subjetivización psicopatológica de los contenidos psíquicos que se producen en el decurso de los denominados «Viajes psicodélicos». La experiencia vivenciada en tales viajes (realización místico-religiosa, cósmica, gozosa, inefable) se corresponde con «una ampliación del campo de la conciencia». Dicha ampliación (expansión) se produce cuando contenidos procedentes de los estratos psíquicos más profundos (contenidos del inconsciente individual y colectivo) emergen e invaden las instancias psíquicas más superficiales y conscientes; es decir, la acción del LSD sobre la corteza cerebral, favorece la apertura de la puerta del inconsciente, permitiendo que diversos contenidos del mismo, que en condiciones normales permanecen reprimidos, invadan el campo de la conciencia produciendo en el sujeto una vivenciación psicótica de su realidad peristática e intrapsíquica.

Estas alteraciones psicopatológicas (PSICOSIS) pueden ser transitorias (y durar entre siete y diez o doce horas) o permanentes (con una duración de días, meses o años).

Las psicosis por LSD nos revelan un conocimiento más profundo del funcionamiento de la mente humana, y sus contenidos psicopatológicos (nosológicos) nos ponen de manifiesto la relación existente entre psicosis, mitología y drogas. Con ocasión de una psicosis por LSD intentaremos dejar plasmado, en este trabajo, dicha relación; pero antes de adentrarnos en la descripción fenomenológica y en la interpretación psicodinámica de dicha psicosis, analizaremos algunos conceptos psicológicos previos, que resultan imprescindibles para la comprensión e interpretación posterior del caso:

NORMAL Y ANORMAL

La teoría que considera a la *adaptación* como criterio de la salud mental, se muestra indefendible con respecto a la distinción formulada por E. Fromm entre *adaptación sana* y el *conformismo sado-masquista*. F. Nietzsche ya se había preguntado si no existiría una Neurosis de la Salud Mental y Reider ha discutido, brillantemente, esta forma de compulsión neurótica que

consiste en «querer parecer normal». En el caso de la PSICOSIS por LSD (que se está exponiendo) «la adaptación a la realidad» sólo fue posible después de pasar la psicosis, la cual se generó recurriendo a mecanismos de defensa reprimidos (los mitos) por la cultura imperante en el medio de la paciente.

INCONSCIENTE

El inconsciente está compuesto de dos elementos:

- 1) Lo que nunca ha sido consciente.
- 2) Lo que primero ha sido consciente, pero que luego ha sido reprimido:
 - a) Inconsciente Étnico.
 - b) Inconsciente Idiosincrásico.

No debe confundirse el inconsciente Étnico con el inconsciente RACIAL de C. G. Jung.

Inconsciente Étnico- Designa el inconsciente CULTURAL y no el racial; es aquella parte de su *inconsciente total* que poseen en común con los miembros (mayoría de) de su cultura. Lo compone todo lo que, conforme con las exigencias fundamentales de su cultura, cada generación aprende por sí misma a reprimir y luego, a su vez, obliga a reprimir a la generación siguiente.

Inconsciente Idiosincrásico- Se compone de los elementos que el individuo se ha visto obligado a reprimir por la acción de los *stress* únicos y específicos que ha sufrido (Inconsciente «privado»).

EL TRAUMATISMO Y LA DISPONIBILIDAD DE DEFENSAS

Entre los materiales culturales están, por ejemplo, los MITOS (En el caso de la psicosis por LSD, ¿no se plantea el problema de que también *los mitos* pueden formar parte no sólo del inconsciente étnico-cultural sino del racial?) que también constituyen *medios de defensa* (¿no se utilizó el mito de Prometeo como un medio de defensa en el caso que nos ocupa?. Como más adelante veremos al describir estas psicosis por LSD, parece evidente), pues proporcionan una especie de «cámara fría» impersonal, en la que los *fantasmas* individuales, suscitados por los conflictos interiores, pueden ser «depositados». Estos fantasmas están demasiado cargados de afecto para ser reprimidos, pero son demasiado ego-históricos para ser reconocidos como subjetivos, o sea, como pertenecientes a sí mismos. El hecho de relegar estos fantasmas a la «Cámara fría» cultural,

permite no sólo darles una expresión abstracta y general, al insertarlos en el *corpus* impersonal de la cultura, sino también retirarlos de la circulación «privada» (luego idiosincrásica).

Este mecanismo de defensa está ejemplificado en el caso del CHAMÁN, cuyos fantasmas «culturalizados» emergen bajo la forma de experiencias semi-subjetivas y semi-personales en las que mitos y fantasmas subjetivos, actos obsesivos, rituales o idiosincrásicos, se encuentran inextricablemente mezclados.

LOS DESÓRDENES SAGRADOS (CHAMÁNICOS)

Numerosas tribus señalan el carácter doloroso de las experiencias psíquicas que significa la eclosión de los poderes chamánicos.

Los *Mohave* creen que todo Chamán que rechaza la llamada sobrenatural se vuelve loco. (En la Biblia encontramos, en el libro del profeta Daniel, el caso del rey Nabucodonosor; y en los Evangelios, los casos de los endemoniados; los drogadictos psicodélicos, que sufren una psicosis, también rechazan la cultura establecida).

El chamanismo, con frecuencia, es distónico, con respecto a la propia cultura. El chamán es, a menudo, un elemento social perturbador (los *mohave* dicen que el chamán está loco y es co-barde. San Francisco de Asís chocó con una resuelta oposición; y el hecho de haber salvado a Francia no impidió que Juana de Arco fuese quemada. El rey David, en estado de éxtasis, sufrió el rechazo de mucha gente de su pueblo, e incluso, de su propia esposa, según se relata en el segundo libro de Samuel).

En una palabra: el chamán es infinitamente menos realista que las gentes NORMALES, y Kroeber dice, con razón, que todo desarrollo cultural tiende hacia un REALISMO CRECIENTE (el psicoanálisis clásico señala la importancia de la aceptación de la realidad).

Algunas consideraciones científicas sobre las características farmacológicas, farmacocinéticas, farmacodinámicas del LSD y sus correspondientes alteraciones psicológicas, psicopatológicas y somáticas:

Los investigadores piensan que el LSD motiva una Psicosis que difiere de la ESQUIZOFRENIA. La experiencia del consumo de LSD se traduce en el argot toxicomanígeno en la vivenciación lúcida «del viaje psicodélico». Cuando la experiencia psicodélica resulta positiva, gratificadora y realizadora del yo, se habla de un Buen Viaje; por el contrario, cuando la experiencia produce

angustia y desestructuración de la personalidad, se habla de un Mal Viaje. En este caso, el sujeto experimenta una sintomatología parecida a la gente que padece una PSICOSIS PERSISTENTE. Se trata de un mal viaje que puede continuar más allá de las 12 o 18 horas de la ingestión de la sustancia psicodélica y que incluso puede prolongarse durante MESES. La sintomatología psicopatológica tiene los siguientes contenidos clínicos:

Ilusiones en las distintas esferas sensoriales, pero más marcadas a nivel visual y auditivo.
Alucinaciones, especialmente visuales y de tipo cromático, y vivenciación angustiosa.
Actitud paranoide, acompañada de *ideas delirantes* de idénticas características.
Depresión, ansiedad y pánico: «miedo a perder el dominio de sí mismo, bajo los efectos del LSD». *Intentos de Suicidio. Confusión mental* (no saben a dónde van, o quiénes son).
Remisión. Algunos malos viajes remiten en unas horas; otros duran meses y años; y otros no remiten. *Es impredecible quién sufrirá una mala experiencia*. Es posible tener recurrencias (o regresiones) de los síntomas originales hasta tres años después de tomar LSD, sin haber probado o utilizado la droga otra vez.

EFFECTOS SECUNDARIOS EN LOS USUARIOS DE LSD

- *Desorganización* de la personalidad.
- *Regresiones o recurrencias* (Flash Back).
- *Cambios a largo término*. Pueden darse estos cambios sin haber llegado al consumo crónico de las sustancias o, incluso, después de haberlas utilizado una o dos veces. Consisten en:
 - cambios en el sistema de valores
 - abandono de los estudios
 - abandono de las profesiones habituales para refugiarse en la contemplación y el misticismo (según Timothy Lear: «encenderse, ponerse en honda, abandonar»).
- *Estado psicodélico* que da a los usuarios la impresión de que «bajo la experiencia psicodélica» han solucionado algunos de sus problemas».
- *Psicosis por largos años*.
- *Anormalidades cromosómicas* en los glóbulos blancos (no se sabe si los cambios cromosómicos son permanentes o transitorios).
- *¿Trastornos congénitos?*
- *Muertes*

Los RIESGOS del CONSUMO de LSD se pueden resumir en:

a) *Riesgos Psicopatológicos:*

1. Inmediatos-no psicodélicos: ansiedad, estados depresivos e intento de suicidio.
2. Reacción Megalomaniaca: reacción expansiva del YO.
3. Reacción paranoide: agresividad, delirio de persecución.
4. Reacción Esquizofreniforme: alteraciones persistentes del comportamiento, autismo y persistencia de las alteraciones perceptivas (alucinaciones).
5. Modificación de la conciencia: por varias semanas (fenómeno de «tolerancia» a las cuatro o cinco dosis; la tolerancia puede ser «cruzada» con Mescalina y Psilocibina, por ejemplo).

b) *Riesgos Somatológicos o Riesgos Teratogénicos:*

1. FOCOMELIA (el término focomelia es una palabra transliterada del griego que se puede descomponer en dos: foke =foca y Melos =miembro, que significa, literalmente, «miembros de foca»). Dicha alteración congénita se produjo en Alemania, en hijos de mujeres que durante el período de gestación habían consumido la *talido dioxipiperidina* (TALIDOMIDA). La focomelia consiste, pues, en una ausencia o aplasia de los segmentos proximales de un miembro; de tal manera que las extremidades del mismo o sus partes acras se insertan directamente en el tronco. Estos trastornos pueden transmitirse de forma hereditaria.

EXPERIENCIA Y CONCIENCIA PSICODÉLICA

Psicodélico significa: «revelador de lo psíquico»

1. Debe tenerse presente que, ante la ingestión de sustancias psicodélicas, EL PLANO SENSORIAL es la primera experiencia, que el sujeto vivencia respecto a la nueva *conciencia psicodélica*. Sus categorías del mundo real caen ante «una nueva forma de percepción y de concepto». Así, el plano sensorial debe producir el «desacondicionamiento» del sujeto y una desinhibición que permita la emergencia de ciertos PROCESOS y CONTENIDOS de la MENTE.

En este sentido es de destacar la confrontación dialéctico-filosófica entre Jean Paul Sartre y Timothy Lear, en lo referente a la realidad de la experiencia inefable de Dios.

Afirmaba Sartre: «Dios ha muerto» y respondía Lear: «Dios no ha muerto; para encontrarle sólo es necesario ingerir una pastilla (sello) de LSD».

Por otra parte, Havelock Ellis describió la experiencia psicodélica como «una saturnal de las sensaciones específicas y una orgía de la visión».

Estamos completamente convencidos de que en la conciencia se produce una sublimación del sentido de la percepción. Dudamos que el ojo vea más (dilatación de la pupila) o que la nariz olfatee más. Lo más probable es que sea la CONCIENCIA la que vea y huela más («el sujeto cree que sus percepciones son más agudas»).

2. Imágenes EIDÉTICAS. Se trata de un fenómeno impresionante para el sujeto y muy bien recordado por el mismo. *Las imágenes eidéticas son imágenes previamente grabadas en el cerebro, en parte componentes de la herencia filogenética, que emergen a la conciencia durante la sesión de LSD.* Se ven con los ojos cerrados, o también pueden verse contemplando un cristal o una superficie muy pulimentada. Son imágenes vivamente coloreadas. En cuanto a su contenido perceptivo son imágenes de: Personas, animales, arquitectura y paisajes, *criaturas y seres extraños de Leyendas, folklores y mitos.* Las referidas imágenes se perciben como una película en tinte. Frecuentemente no se representan rostros, escenas o cosas familiares (del pasado y vida del sujeto), sino CREACIONES SINTÉTICAS de elementos combinados de distintas imágenes grabadas en el cerebro: Acto inconsciente de una NUEVA CREACIÓN. Las percepciones distorsionadas nos introducirían en el ámbito de la PSICOSIS.

3. Plano ANALÍTICO-RECOLECTIVO. Cuando el sujeto que ha ingerido LSD prosigue «SU viaje psicodélico» y, una vez que ha superado las vivencias de los estadios anteriores, deja de ocuparse de las percepciones del plano sensorial (los extraños fenómenos psíquicos como la «disociación» ya no se presentan) y las *imágenes eidéticas* no son ya sólo estéticas sino que se hallan provistas de un propósito y *sirven para ilustrar o iluminar la exploración del YO, se pone en marcha el VIAJE INTERIOR ...*; y, si tiene éxito, el sujeto cruzará su plano actual para llegar al simbólico y, finalmente, al PLANO INTEGRAL: *el destino del viaje psicodélico.*

En el plano analítico-recolectivo se van derribando las barreras entre la conciencia y el subconsciente; los recuerdos olvidados, reprimidos, de la infancia, adolescencia, etc., se tornan accesibles y significativos en el contexto de la preocupación particular del sujeto. Esta regresión en edad, similar a la de la hipnosis, puede presentarse cuando el sujeto re-

trocede en el tiempo para REVIVIR los sucesos reprimidos u olvidados desde largo tiempo aunque, no obstante, el sujeto sigue manteniendo su relación con el presente. También puede producirse una REVIVIFICACIÓN, experimentando el sujeto los acontecimientos de su pasado hasta perder todo contacto con el presente. Se produce una liberación activa de materiales inconscientes. Algún sujeto ha intentado describir dicha experiencia de esta manera: «Las escamas van cayendo de mis ojos y al fin me veo a mí mismo y al mundo sin falsas ilusiones ni engaños». (Aquí se puede temer la irrupción en la conciencia de materiales inconscientes que arrollen la personalidad del sujeto). Hasta aquí llegaría el psicoanálisis y la hipnoterapia, pero se puede descender a planos más profundos y, como dicen algunos autores, ir más allá de Freud. Por este método psicoterapéutico con drogas, que permiten una EXPANSIÓN o AMPLIACIÓN del CAMPO de la CONCIENCIA, se ha podido eliminar una NEUROSIS en una o dos sesiones; neurosis que se había resistido meses, o años, a la psicoterapia sin drogas. Como poco, se logra «borrar» los síntomas, que casi nunca vuelven a aparecer o son sustituidos por otros («Análisis instantáneo o Psicoterapia instantánea»).

En este plano ES EL PACIENTE O SUJETO QUIEN LOGRA SU PROPIA CURACIÓN. La mayoría de los pacientes hablan de la experiencia de «haber muerto y volver a nacer»: nuevo nacimiento o experiencia de morir en el experimento psicológico.

4. PLANO SIMBÓLICO. El mundo psicodélico del MITO y el RITO, que también es un mundo legendario de fábulas, cuentos y *arquetipos*, es de un orden significativo y más profundo que el de las secuencias históricas y evolutivas. En este mundo aparecen los habitantes de las ANTIPODAS de la MENTE.

Las secuencias «históricas y evolutivas» vividas no son individuales; pueden referirse a «caminar por el Pireo con Sócrates, presenciar una batalla de la Guerra de los Treinta Años, ayudar a la construcción de la pirámide de Khufu o penetrar en la Corte de Luis XIV». *Las vivencias y los relatos son de tal naturaleza y minuciosidad que no puede el sujeto haber captado en sus supuestas lecturas «tanto detalle».* (¿Activación inconsciente de la herencia filogenética?).

Se ha dicho que muchos de los problemas del hombre moderno se derivan del hecho de que posee pocos RITOS eficaces, por medio de los cuales le sea posible experimentar la CATARSIS y el NACER DE NUEVO. (Consideramos que para haber llegado a esta situación

psico-sociológica han contribuido diversas circunstancias: la represión y desviación realizada desde el Renacimiento, la deificación de la Razón, de la Ilustración, y la Teología de la Muerte de Dios).

Las tramas míticas que se presentan con más frecuencia en las sesiones psicodélicas son:

- Mitos del Héroe-Niño.
- Mitos de la Creación.
- Mitos del Regreso Eterno (ciclos de la Naturaleza).
- Mitos del Paraíso y la Caída.
- Héroes Míticos.
- Diosas Míticas.
- Mitos de Incesto y Parricidio (Edipo, Electra).
- Mitos de la Androginia (síntesis macho-hembra).
- Mitos de la Investigación Sobrenatural.
- Mitos de PROMETEO y Fausto.

A través de la vivencia de estos mitos, el sujeto resuelve o intenta resolver sus problemas inconscientes.

5. PLANO INTEGRAL. Se llegaría a la realización de la «experiencia mística y religiosa».

EL MITO DE PROMETEO

Dadas las características y el contenido de la psicosis por LSD presentado en este trabajo, considero necesario recordar los contenidos esenciales de este mito. Prometeo es, según la versión más conocida, hijo del titán Jápeton y de la oceánide Clímene. En otras, sin embargo, se le atribuye como madre a Asia y a veces su padre es el gigante Eurimedonte. No faltan algunas en las que se hace de Clímene no la madre, sino la esposa de Prometeo, con quien engendra a Helén y a Deucalión. En ocasiones, no obstante, este último es considerado, al igual que Lico y Kimereo, como hijo de Prometeo y Celeno. Por último, en alguna variante de la leyenda, aparece Hesíone como esposa de Prometeo.

Él es el benefactor de la humanidad por excelencia. Según una tradición, Prometeo es quien crea a los hombres, modelándolos con arcilla; más tarde les enseña a quedarse con la mejor parte de las víctimas que se sacrifican a los dioses; él es quien roba el fuego del Olimpo para en-

tregárselo a los mortales y, por último, él enseña a su hijo Deucalión a construir una enorme arca con la que pueda salvar al género humano del diluvio enviado por Zeus. Éste, que ya había castigado a los hombres enviándoles a Pandora, dirigió sus iras contra Prometeo y lo hizo encadenar en el monte Cáucaso, donde todas las mañanas un águila le roía el hígado, que volvía a crecer durante la noche. Pero Prometeo soportaba con dignidad y altivez el suplicio, conocedor de un secreto que podía costar a Zeus su reino. Por fin, Heracles mata con sus flechas al águila y libera a Prometeo. Éste, a cambio, revela el secreto a Zeus, indicándole que no se case con Tetis porque ésta engendrará hijos más poderosos que su esposo.

El último episodio de su leyenda concierne a su inmortalidad: el centauro Kirón, herido accidentalmente por una flecha de Heracles y no pudiendo ser curado, renuncia a su inmortalidad en favor de Prometeo, quien la acepta.

El mito de Prometeo se sitúa en la historia de una «creación EVOLUTIVA»; marca el advenimiento de la CONCIENCIA, la aparición del hombre; «el complejo de Prometeo es el complejo de Edipo de la vida intelectual».

Según Gastón Bachelard: «proponemos colocar bajo el nombre de COMPLEJO de PROMETEO, todas las tendencias, a saber tanto como nuestros padres, más que nuestros padres, tanto como nuestros maestros, más que nuestros maestros». Prometeo significa: «el pensamiento previsor»; descendiente de los titanes llevará en sí una tendencia a la revuelta, no de los sentidos sino de la mente. LA MENTE QUE QUIERE IGUALARSE A LA INTELIGENCIA DIVINA, o al menos, arrebatarse algunos destellos de luz. Carlos Marx declaró tener a Prometeo por héroe máximo y digno de la mayor admiración.

FENOMENOLOGÍA Y PSICODINÁMICA DE UNA PSICOSIS POR LSD

Se trata de una paciente de veinte años, estudiante de Magisterio, que acudió a la consulta de Urgencias, de un Hospital de Día, a causa de los trastornos psicopatológicos que padecía.

Datos recogidos al Ingreso:

La paciente se presenta acompañada de su madre. Entra en el despacho observando las paredes. Se ríe de forma inadecuada. Musita. La entrevistadora le recuerda a una compañera de estudios; quiere marchar. Pasa con gran rapidez y facilidad de un estado de ánimo a otro; «Se entristece y se ríe»; «piensa que hay un nido en la habitación que trata de localizar, mirando a su alrededor». Investigando psicopatológicamente se descubre que «le hablan»; «... están con-

migo, están vivos...». Trata de escuchar qué le dicen las voces que oye. Mira atenta la habitación; está muy extrañada. Manifiesta que «tiene que encontrarse a sí misma». Está como ausente.

La impresión diagnóstica, en el momento del ingreso es:

- 1) Psicosis de tipo esquizofreniforme. ¿Por drogas?
- 2) ¿Colgada en un VIAJE por tomar ácidos?
- 3) ¿Psicosis cannábica?
- 4) Descartar Esquizofrenia Paranoide.

Antecedentes personales:

Nació fruto de una gestación normal. Nació a término de parto no distócico. Presentación cefálica. Anduvo y habló en fecha normal. No sufrió trastornos del desarrollo psicomotor. No fue intervenida quirúrgicamente, ni sufrió traumatismos craneales.

Personalidad premórbida:

A LOS 10 AÑOS. Era madura, serena, confiada; «infancia guapa»; responsable, estudiosa, alegre, comunicativa, imaginativa y creativa. Le gustaba pintar «flores» y «jarrones» y «hacer teatro» con una amiga. *Por entonces creía de verdad en Dios; no era por fingir. Dios era un amigo.*

A LOS 15 AÑOS. Había roto con la Religión a los 14 años.

«... Tenía una amiga con hermanos mayores... y nos llegaban ideas nuevas a través de ellos... y empezamos a pensar que la fuerza que nos podía dar Dios estaba dentro de nosotros. Luego resultó que no fue así...» Por esa época empezó a tener muchos «ligues». Daba menos importancia a los estudios y más a las relaciones interpersonales y al mundo exterior. Caprichosa y muy confiada. «Lo veía todo de color de rosa». Tenía el «amor muy idealizado»

A LOS 18-20 AÑOS. Empezó la carrera a los 17 años. Por esa época había tenido diversos engaños amorosos y se encontraba sola, como en una encrucijada. Entonces *volvió a considerar que «Dios era necesario»* «... Lo necesitaba yo, para sentirme fuerte y experimentar que había algo, por encima, que podía ayudarme...» Después volvió a quitársele la idea de Dios. «...Sólo me acordaba cuando me sentía mal.» «El trastorno que sufría lo vivenciaba como una especie de purgatorio, no como un castigo, sino como un aviso para hacerme mirar atrás y recordarme las cosas que hice, que no todas estuvieron bien...» (Posiblemente se refiriera a ciertas experiencias homosexuales).

Historia toxicomanígena:

Comenzó la ingesta de derivados de la cannabis saliva (porros) a los 14 años: «Fumaba en grupo». Estuvo fumando durante un período de unos dos años, llegando a consumir hasta siete/porros/día. Por este período comenzó a beber bebidas alcohólicas (mistela, cerveza, etc.). El último año se aficionó a consumir ginebra con tónica. Siempre «bebía en compañía de un amigo toxicómano». Llegó a beber hasta cinco Gin-Tonic por día. Hace año y medio tomó un TRIP (ácido) y experimentó lo siguiente: «... era como si todo el mundo estuviese feliz y su presencia fuera necesaria para mantener el equilibrio». Volvió a repetir la ingesta al mes y «no experimentó nada».

Episodio que motivó el ingreso y la consulta:

La madre de la paciente nos relata que un mes antes se encontraba psíquicamente normal. Posteriormente, cuando venía de clase, se acostaba todos los días, cosas que antes jamás había hecho. Empezó a pedir comidas a base de zanahorias, ajo puerro, purés, etc., y a adelgazar de manera ostensible. Durante la última época permanecía mucho tiempo en cama y, de forma especial, el fin de semana anterior al estallido del episodio psicótico. Se pasaba muchísimo tiempo leyendo. Empezó a dormir mal e incluso, a pasar noches enteras *en blanco*. El sábado y domingo anteriores a ponerse más enferma manifestó que no había dormido nada. «... estuve pensando». Salió el lunes para ir a clase y no volvió a casa en cuatro días. La trajo un amigo y llegó en condiciones lamentables: «sucia, desaliñada, y sin lavarse». Llamó un amigo para decir a su madre: «está como pérdida de memoria». (No se acordaba de nada, no sabía dónde estaba, se hallaba desorientada y temblaba de miedo; se miraba y frotaba las manos... estaba en el limbo). Llamaron al médico, que pensó se podía encontrar bajo el efecto de somníferos. Andaba por la casa y «miraba las paredes, los techos... hablaba poco, se reía de forma inadecuada; andaba buscando cosas y revolvía todos los cajones. Tenía insomnio pertinaz y se levantaba de la cama por la noche para revolverlo todo.»

DIARIO DE LOS SEIS DÍAS ANTERIORES AL INGRESO DE LA PACIENTE

Domingo, 15 de diciembre:

«Después de no haber dormido nada la noche del sábado, pienso que a veces es mejor descubrir el nuevo día con la lucidez que me alumbraba en aquellos momentos. No me sentía cansada y me dediqué a buscar en libros y viejos poemas las respuestas a muchos interrogantes que

la noche me había abierto. Me enfraqué, sobre todo, en la lectura de la “Historia Interminable”, pero lo leía de forma anárquica o intuitiva; lo abría por el final y si la primera frase con la que daban mis ojos me gustaba, seguía leyendo por ahí. *Me impresionó el capítulo que hablaba de la mina de las imágenes y me acordé de mi padre con el que nunca pude hablar mucho; me di cuenta que su silencio era la gran sabiduría, y que el poder apreciar yo cosas bellas se lo debía a sus callados desvelos.* También abrí un libro de poemas que me había regalado Jorge. Me acordé de él porque ahora está en la cárcel de Cádiz por asuntos de *chocolate*. Pensé que era horrible que él, que me había enseñado a amar la naturaleza y la libertad, estuviera ahora así. Sentí que había sido injusta con él por no haber apreciado todo su amor en toda su densidad y el libro de poemas que no le devolví todavía era la prueba, más clara, de una falta de ética para con él. El libro se llama “Cuando la Mar se retira” y además de poemas, está ilustrado con preciosas fotos en color. Al mirarlas, me acordé de *Roberto, que me había enseñado a mirar la profunda verdad de una imagen, sin palabras*. Deseé encontrarlo en la calle y por la tarde, hacia las ocho, salí convencida de que iba a encontrarle. Me sentía segura de mí misma. Pero a quien encontré fue a Bernardo, mi otro amor del alma. Le encontré en una esquina del Peor Imposible; nada más verle fui hacia él, le dí un beso en la frente y le dije: “¿sabes qué día es hoy? hoy es el día de nuestra boda”. Y con esa frase empezó todo un diálogo lleno de símbolos y palabras inconexas y totales. Estaba tan contenta que no me importó echar unas caladas del porro que se estaba fumando, porque pensé que no me alteraría. Me acuerdo que le pregunté por el pelo, si se lo iba a cortar, porque quería hacerse una trenza. *Su trenza iba a ser el hilo de oro que equilibraría el triángulo que se formó cuando en aquel viaje que hicimos juntos a... apareció Roberto.* Me invitó Bernardo aquel domingo a ir a la fiesta de Santa Lucía. Me pareció precioso, pero di la vuelta para llegar a tiempo a mi casa. Esa noche no pude dormir nada y *me asaltaron tantas dudas e interrogantes, que sería difícil expresar.*»

Lunes, 16 de diciembre:

«Tampoco el domingo conseguí dormir. Me pasé la mañana del lunes leyendo y con la idea de no ir a clase por la tarde porque me encontraba agotada. Me apuré mi madre para que me levantara y comiera, para ir a clase. Marché a... con prisas y con la idea de quedarme a hablar con Patricia de todo lo que me preocupaba. Me encontré en el Campillín (un jardín público) con Lourinho y dos amigos suyos: Jorge y Antón. Ya me marchaba para casa, pero al encontrarme así cambié de planes. Fuimos a un bar y pidieron vino y unos pinchos. *Yo estaba un poco ausente,*

pero a gusto, entre ellos. Luego fuimos en autobús hasta... Estuvimos primero en un mesón antiguo y luego en el Terminal. *En los dos sitios yo lloraba porque me acordaba de Roberto.* Me parece que bebí alguna cerveza, pero no me acuerdo con exactitud. Luego llegó Miguel y cuando se fueron Louriño y los demás, yo me quedé con él. Estuvimos en el Terminal hasta que cerraron; yo ya no quería volver a casa. Miguel me llevó hasta casa de un amigo, en donde dormimos. *La habitación era pequeña con un papel geométrico y azul en las paredes.* Dormimos los dos vestidos en un catre pequeño. *Me acordaba del libro "Las Puertas de la percepción", de Huxley, pensaba que aquella habitación se rompería y daría lugar a otra más grande y espaciosa. Casi me vuelvo loca, no podía dormir, la oscuridad se me hacía densa hasta asfixiarme; llegaba a olvidar que Miguel estaba conmigo, tenía miedo de despertar y encontrarme a mi familia. No sé si dormí algo; lo que recuerdo es que cuando amaneció y se filtraba la luz por las rendijas de la ventana, me entró un miedo horrible y no quería levantarme de allí.* Miguel por fin me animó y conseguí levantarme y abandonar aquella casa.»

Martes, 17 de diciembre:

«Fuimos caminando hasta... Allí le acompañé a la farmacia donde sacó metadona, la guardó y en ningún momento le vi tomársela. Estuvimos casi toda la mañana en el parque con otros colegas de él. *.. yo me pasaba tiempo sin hablar, mirando a la gente que pasaba, como si fueran espectros. Creía estar en otro mundo, empezaba a fallarme el poder de comunicación, la palabra.* Me dejaba llevar y guiar por Miguel, que parecía saber siempre lo que hacer. Por la tarde bajamos a... Miguel fue a su casa y me trajo un bocadillo... En aquel lugar estuvimos hasta que yo tuve frío. Luego fuimos al Pinos (pub). Por la noche dormí en casa de Eloy. Dormí de maravilla, en un saco azul sobre el sofá que estaba, justo, enfrente de la chimenea.»

Miércoles, 18 de diciembre:

«La mañana me la pasé flipando con la casa de Eloy y con su familia. *No me moví del sofá, a no ser para mirar y curiosear el salón.* Me invitaron a comer, pero no quise. Por la tarde vino Miguel a buscarme. Fuimos a... luego estuvimos en "La Calle" y dormí en casa de Isoba.»

Jueves, 19 de diciembre:

«*Nos pasamos el día deambulando por la calle.* Fuimos hasta... y volvimos. Fuimos a casa de Miguel a por un saco para dormir. Fuimos hasta la casa de su hermano Jesús, para ver si podía

dormir allí, pero no lo vieron razonable y me aconsejaron llamar a casa. Yo no quería, ni podía. Volví a dormir en casa de Isoba.»

Viernes, 20 de diciembre:

«Viene Miguel a despedirme e Isoba llama a mi casa. Vuelvo a casa sin yo quererlo.»

EVOLUCIÓN PSICOPATOLÓGICA DE LA PSICOSIS, SEGÚN LAS NOTAS RECOGIDAS EN EL CURSO CLÍNICO

26-12-85

Acude a la consulta manteniendo la misma sensación de extrañeza en cuanto a la percepción de su entorno. Duerme bien. Sigue sonriéndose de forma inadecuada a los estímulos peristáticos que la llegan. Musita. Manifiesta alteraciones senso-perceptivas a nivel auditivo: «Dice oír voces.» No responde de forma adecuada a los estímulos recibidos y toca, con sus manos, las cosas que hay encima de la mesa, al mismo tiempo que manifiesta: «Me gustaría organizarme poco a poco, pero... soy muy lenta.» Piensa que la está pasando algo... que todo se sabe... que puede ser una farsa o no... cuando dos personas están representando algo... ¿Te encuentras dueña de ti misma? Sí. «Habla con ella misma, se encuentra feliz, vive dentro de sí misma como un despertar; un despertar de los sentidos.»

«El mundo, las cosas y las personas le parecen UNA UNIDAD.»

«Todo está relacionado y tiene sentido.»

30-12-85

La paciente dice estar bien, aunque mantiene, todavía, actitudes inadecuadas. Duerme toda la noche, pero sufre pesadillas. *Soñó que su padre mataba una serpiente muy grande con una guadaña.* Alucinaciones psíquicas. Habla de que le mandó a Roberto un libro titulado «Las puertas de la percepción» de Aldus Huxley... y que empezó a pensar «que si me concentraba podía llegar a hablar con él; no llegué a hablar, pero sí a sentirlo cerca de mí», Cree que le adivinan los pensamientos, aseveración que más tarde negará. Manifiesta tener algún conocimiento sobre la Mescalina. En alguna ocasión ha tomado TRIPT SECANTE. No considera que tenga importancia la ingestión de estas sustancias si se consumen «estando equilibrada»; actualmente considera que su salud mental no es muy buena; «tengo lentitud de ideas y cansancio». Empezó a consumir «porros» a los 14 años. Posteriormente pasó al consumo de bebidas alcohólicas y más adelante

ácidos. En una ocasión llegó a probar la heroína esnifada. Presenta alteraciones del curso del pensamiento (disgregación).

7-1-86

Se encuentra psicoafectivamente más adecuada, estableciendo un mejor rapport. Está afectada por cierta intranquilidad que se traduce psicomotrizmente. Manifiesta que el trato con sus familiares la resulta «como muy subrealista... como si no existiera»,

24-1-86

Musita. Actitud vigilante, encontrándose muy atenta a la percepción de cualquier estímulo auditivo. Oye voces: «Alguien me querrá decir algo.» ¿Quién? Dios. Lloro y aseguro que DIOS «la está diciendo que tiene que cambiar». «Cualquier persona que sufre es un ejemplo de lo que Dios sufrió.» ¿Tú quién eres? «Ana Rosa... puede ser todo, por eso me llamo Ana Rosa y puede ser nada. Si fuese TODO sería la confianza en los SÍMBOLOS». Se angustia y eleva la capacidad de percepción de los estímulos peristáticos que la llegan: «Si fuese TODO significaría que TODO es PERFECTO.» Las cosas son así porque tienen que ser... el BIEN y el MAL. .. (¿referencia a la confrontación dialéctica *DIOS-DIABLO?*). ¿Qué buscas? Lloro, ...el EQUILIBRIO (sonrisas en medio de las lágrimas). Define el equilibrio «como el saber vivir sin desequilibrio». Musita. Mira fijamente la pared, se levanta y se acerca a un cuadro, en silencio, y permanece frente a él largo tiempo. Coge el cuadro con las manos y luego lo suelta suavemente; y en silencio vuelve a su asiento, para volverse a mirarlo. Posteriormente fija su vista en un punto fijo de la pared. Al final se ríe y da la impresión de estar viviendo «en otro mundo», quedando ensimismada. ¿Con quién hablas? «Conmigo».

29-1-86

Más pensativa que en días anteriores... silencio... ¿por qué tienes miedo a volverte loca? «Será que me remuerde la CONCIENCIA o que me estoy encontrando con ELLA». «Lo que antes me parecía bien, ahora empieza a darme vueltas por la cabeza». Sonrisas inadecuadas. «¡Es muy difícil explicar lo que me pasa!» «Creo que adivino el pensamiento, o que me creía BRUJA.» Actitud de perplejidad. «Está aflorando todo lo NEGATIVO... antes lo veía todo POSITIVO.» «Me confunden las palabras, desconfío... nada, no me está pasando nada, estoy bien.» «se me mezcla todo, me da la sensación de que estoy pasando por una PRUEBA y tengo la ESPERANZA de que

cuando salga de esto VOY A ESTAR MUCHO MEJOR y, mientras tanto, desconfío de todo, hasta de lo que pienso. Como si no hiciera falta hablar y todo se supiera... me parece que todo se sabe.»

5-2-86

La madre manifiesta que la encuentra muy mejorada; en los días que han transcurrido desde el inicio del tratamiento, ha ido haciendo una serie de cuadros (pinturas) en los que intenta reflejar su experiencia psicodélica y la transformación psicopatológica experimentada en su proceso psicótico.

12-2-86

En una sesión de psicoterapia de grupo estuvo muy activa. Y contó que en el mes de julio de 1985 había tomado un ácido (1/4 o 250 mg. de LSD) y que no experimentó ni *subida* ni *bajada*; comenta que desde esa fecha hasta el estallido psicótico se encontró perfectamente y se mantuvo sin volver a tomar ácido alguno. También manifestó que una semana anterior al inicio de los trastornos psicopatológicos agudos había leído «Las Puertas de la percepción», de Aldus Huxley, y también dos o tres días antes del inicio de su trastorno mental, «La Historia Interminable», de Michael Ende. Manifiesta que *antes se planteaba problemas metafísicos y que a través del proceso psicótico se fue encontrando a sí misma*. Ahora, manifiesta encontrarse bien; ha dejado de oír voces e interpreta el contenido de sus alucinaciones auditivas como que «*era mi propia conciencia*». No tiene ya visiones. Antes se encontraba, a sí misma, como muy grande, Y el mundo muy pequeño. «*Me pesaba la cabeza, como si tuviera una cabeza enorme y me pesaba la tira. No le sabían los sabores igual, mezclaba los colores y los sabores con los olores, estaba más perceptiva y creía que era una cuestión de MAGIA NEGRA y BRUJERÍA.*» Pensaba que si se moría, Miguel (el colega-novio que le suministraba las drogas) tendría alguna culpa y vivenciaba su proceso psicopatológico como la posibilidad de que se tratase de un ENCANTAMIENTO... Tenía como algún poder de adivinar el pensamiento o hacer que la gente cambiase. Tuvo la sensación «*de que profundizaba dentro de sí misma y descubría todo lo negativo*», (malos pensamientos, acciones que había realizado que no estaban bien, etc.). Durante su proceso psicótico vivenció el MITO DE PROMETEO (en una ocasión había leído un libro titulado «Prometeo mal encadenado»): «*Prometeo estaba encadenado a un águila y era un símbolo de todo lo que me podía estar pasando a mí*». Manifiesta que *el águila la estaba devorando y que la impedía SER YO. Luego dice*

que ERA YO TAMBIÉN. Hace una interpretación de la vivenciación mítica y afirma que el mito de Prometeo expresaba lo que la estaba pasando. El águila significa la conciencia. Prometeo, primero, convivía con el águila; luego ésta empezó a devorarle los riñones o el hígado y Prometeo mató al águila e hizo un banquete con sus amigos. Yo tenía que matar al águila, porque si no ella me devoraría a mí. Recuerda que cuando conoció a Miguel, le pareció que tenía aspecto como de AGUILUCHO. Yo creo que maté al águila; ya sé diferenciar lo que me hace daño o no; sé apartarme cuando me vienen malos pensamientos, que me pueden hacer daño, tales como el ver maldad en la gente y en mí misma. Afirma: *“la maté durmiendo... conseguí la calma”* (tenía muchos sueños, a través de los cuales resolvía situaciones).

Luego añade, respecto a su relación con Miguel: *“En toda relación humana, de pareja, siempre hay algo que encadena al otro; tuve que darle la espalda para poder encontrarme a mí misma”*. Manifiesta que ayer encontró, en una cafetería, a Miguel y estaba hecho polvo, y no había podido permanecer en la Granja para rehabilitarse. Finalmente, *añade que ella no hizo el banquete... que aún el problema está sin resolver*. Por otra parte manifiesta que jamás había leído las versiones originales sobre el mito de Prometeo.

19-2-86

Dice ir muy bien y tener la mente muy clara y despejada. Cree que se trastornó y que esto ocurrió en relación con el consumo de las drogas. En cuanto a su futuro, en lo que a drogas se refiere, piensa mantenerse en una actitud de mero espectador.

A tres años vista, la evolución del caso referido ha abocado a una remisión clínica total y puede considerarse a esa paciente definitivamente curada. El relato ilustra, de manera clara, la relación existente entre mitos, drogas y psicosis. En este caso concreto, la vivenciación del mito de Prometeo constituyó el elemento fundamental mediante el cual la paciente resolvió profundos conflictos, reprimidos y vivenciados, a nivel inconsciente. La interpretación psicodinámica es necesario realizarla en base a los conocimientos que poseemos sobre el inconsciente colectivo. La experiencia psicótica devenida sirvió para proceder a una mejor reestructuración e integración de la personalidad de la paciente.

El caso es ilustrativo de la gran importancia y trascendencia de los problemas espirituales en el enfermo humano. Sólo cuando se satisfacen las necesidades espirituales más profundas, surge el equilibrio emocional que trae, por haber alcanzado la paz con Dios, la paz a la propia conciencia.

C) Problemática del Alcoholismo desde el punto de vista de la Ciencia y de la Biblia

Capítulo IV

Alcoholismo: problemática social y humana

Las Iglesias Evangélicas de nuestro país han permanecido, lamentablemente, durante los últimos cuarenta años, ajenas al entorno socio-cultural en que han vivido inmersas. La razón de esta realidad hay que buscarla, sin duda alguna, en la influencia que los Órganos represivos de este Estado han tenido sobre la mayoría de las Congregaciones Evangélicas. Influencia que supuso el establecimiento de un tupido velo sobre la conciencia de los creyentes evangélicos españoles, a fin de impedirles captar su realidad peristática.

No obstante, consideramos a todo el pueblo evangélico español responsable de haber caído en esta tendenciosa trampa, patrocinada por los especuladores capitalistas que han manejado los destinos de los españoles en los últimos tiempos.

Uno de los problemas primordiales bajo el punto de vista sanitario, sociológico y moral, lo constituye la problemática toxicomanígena y alcohólica que está desestructurando los hogares de millones de españoles; rompe las bases fundamentales sobre las que se establecen las relaciones familiares, y da al traste con la salud física, mental y espiritual de los individuos, sumiéndoles en una situación de total y absoluta alienación.

Tengo que confesar aquí que, últimamente, he sentido una profunda gratitud al Señor por algunos hermanos españoles y por su interés en el problema del alcoholismo y otros similares, hasta el punto de organizar, de forma seria y consciente, conferencias bíblico-científicas sobre estos temas, llevándolas a buen término, con la finalidad de concienciar a los creyentes evangélicos sobre esta seria problemática que hoy azota a nuestro país, no quedando las congregaciones evangélicas al margen de sus consecuencias deletéreas.

Muchos líderes cristianos han permanecido y permanecen en una situación de grave ignorancia respecto de los problemas actuales y reales en que tienen que devenir su vida los millones de sus compatriotas, a los que pretenden llevar el testimonio del Evangelio. Pienso que toda predicación evangélica elaborada al margen de una conciencia clara de la realidad histórico-social en la que el hombre vive, está de antemano abocada al fracaso. La corroboración bíblica de esta aseveración está más que clara en las páginas del Antiguo y del Nuevo Testamento. Los profetas *mayores y menores* realizan en medio del pueblo de Dios su ministerio, siendo guiados e inspirados por Dios mismo y bajo el control directo del Espíritu Santo, pero nunca su palabra fue ajena a las realidades económicas, políticas, sociológicas, morales y espirituales de los hombres, a quienes tenían que servir, y de su peculiar «aquí y ahora» momento histórico; del mismo modo, en el Nuevo Testamento, los escritos inspirados nos muestran cómo el ministerio de Jesús de Nazaret responde enfáticamente a las realidades de los hombres de su generación y aplica el *Evangelio del Reino* al corazón y a la conciencia de estos hombres y mujeres, sin dicotomizarlos ni desvincularlos de su contexto existencial. Lo mismo podríamos decir sobre el ministerio, eficaz y fecundo, de todos los discípulos y Apóstoles.

Con el tiempo, las comunidades cristianas fueron progresivamente *abstrayendo* y *espiritualizando* aquellas facetas del testimonio evangélico que siempre habían sido concretas, objetivas e, incluso, materiales. Por ejemplo: «Cuando una multitud hambrienta, biológicamente, acudía al Señor Jesucristo, Él decía a sus discípulos: “Dadles vosotros de comer”.» Ya sé que este relato bíblico ha sido utilizado en tantas y tantas ocasiones, *espiritualizándolo* para predicar el Evangelio; y por una transformación mítica y mágica, el predicador ha convertido *ipso facto* las necesidades biológicas reales (el hambre es una sensación registrada en la víscera gástrica y desencadenada desde el sistema nervioso central) en necesidades espirituales, confundiendo, claramente, el sentido profundo y trascendente que el Señor Jesucristo quiso dar a su ministerio entre los hombres. Cuando Él dice: «trabajad, no por la comida que perece, sino por la comida que a vida eterna permanece...», no estaba negando a los hombres el legítimo derecho de satisfacer su hambre material, sino que estaba manifestándoles que la sola satisfacción de sus necesidades metabólicas no redundará en una realización plena e inefable de su personalidad profunda o espiritual. ¡Ya es hora de que los predicadores evangélicos se enteren de esta verdad!, porque resulta lamentable ver cómo todavía se insta a los hombres a que nieguen y renieguen de la satisfacción de unos instintos vitales que Dios ha implantado en su naturaleza, para que al realizarlos legítima y equilibradamente redunden en su gloria, al mismo tiempo que se les estimula

a que acepten al Señor Jesucristo como aquel Dios que parece estar de acuerdo con que estos seres humanos, indefensos ante las estructuras de poder, se conformen con permanecer adinámicos y arreivindicativos en su situación de penuria económica, de esclavitud laboral y de represión de los presupuestos inalienables de su conciencia.

Para tener y mantener un ministerio de tal carácter es necesario imitar a aquél autor evangélico del siglo XVI, que calificaba, en una época de privilegios de clases, de dueños y esclavos, y de todo tipo de discriminación y social, a la epístola del apóstol Santiago como *Epístola de paja*. Es decir, un libro, el primero que cronológicamente forma el canon novotestamentario, como digno de terminar siendo el compañero de aquellos creyentes que por defender su fe fielmente, fueron pasto de las llamas. No es extraño que tales aseveraciones provengan de hombres que consideran «SU superioridad y sus privilegios como legítimos» y vayan en contra de epístolas como la de Santiago, donde se nos enseña que la misión primordial y principal de los creyentes (es decir, de la Iglesia en cualquier momento histórico), es «la predicación del evangelio a toda criatura», también se hace énfasis en que el creyente evangélico no debe hacer «acepción de personas» ni debe contaminar su conciencia con aquellos que, poseyendo las riquezas y los medios de trabajo, explotan a los más humildes y pobres (Stg., 2:1-1 y 5:1-6).

Considero que este largo prólogo es imprescindible para poder introducirnos en el tema que nos ocupa, con un fondo histórico y sociológico que nos permita abordarlo con cierta objetividad.

Frente al problema del alcoholismo en los ambientes cristiano-evangélicos, se discurre pasando desde la más absoluta ignorancia o indiferencia, hasta el más acerbado dogmatismo. En el primer sentido ya hemos apuntado antes la triste desconexión de los problemas sociológicos que mantiene el pueblo de Dios en este país. En aquellos casos en que las Iglesias Evangélicas o algunos de sus miembros se han acercado a este problema, lo han hecho de una forma *moralizante* que, en la mayoría de las ocasiones, ha resultado completamente ineficaz y estéril. Lo de que «la Biblia o la revelación de Dios tiene la solución a todos los problemas de los hombres», es una verdad incontrovertible, pero para que dicha verdad actúe beneficiando a los seres humanos, es necesario aplicarla tal y como el Espíritu Santo nos enseña y no guiados por criterios mojigatos, extrabíblicos, ajenos a la revelación cristiana y prendidos en «nuestras tradiciones humanas». El problema del alcoholismo no puede solucionarse, sin más, predicando el Evangelio a los alcohólicos «para que abandonen su vicio». Sencillamente, porque el alcoholismo es una enfermedad y NO un vicio. Cuando se adoptan estas actitudes, que han servido para desprestigiar

el Evangelio y su poder de transformación de las vidas humanas en el mundo, se está olvidando algo fundamental que encontramos en la palabra de Dios: «Los sanos no tienen necesidad de médico, sino los enfermos.»

En muchos libros y revistas evangélicos estoy cansado de leer artículos sobre drogadictos y toxicómanos proponiendo, como panacea universal para su rehabilitación, los escarceos más o menos elucubrativos lanzados en forma de *diatriba* desde un púlpito. Considero que desde el punto de vista cristiano, esto resulta intolerable. En los mencionados artículos, en escasísimas ocasiones he encontrado alguna referencia bíblica al problema. Y me pregunto: *¿Es que la Sagrada Escritura permanece al margen de una problemática que afecta a más de trescientos sesenta millones de personas con auténticos problemas toxicomanígenos?* En absoluto. Por el contrario, en las páginas de las Sagradas Escrituras encontramos una abundante y fecundísima información sobre esta seria problemática. Se nos enseña allí la dimensión del problema, la naturaleza del mismo, la esencia de sus mecanismos psicopatológicos y fisiológicos más finos y, por descontado, las diversas complicaciones que acarrea, así como los métodos terapéuticos a seguir.

Veamos: En la Biblia, el término «vino» se menciona al menos 198 veces; de ellas, 163 en el Antiguo Testamento y 36, en el Nuevo Testamento; 19 veces se habla de la sidra (término hebreo *sekar*, que significa «licor fermentado o bebida fuerte» y que tiene el sentido de lo que hoy denominaríamos una bebida alcohólica de muy alta graduación); 19 veces se menciona el mosto (que en muchas ocasiones se trata de «vino», es decir, una bebida alcohólica) y una vez se habla de «licor». En definitiva, todas estas cifras se encuentran repartidas entre 42 de los 66 libros inspirados. Pienso que estos datos, de estadística bíblica, hablan por sí solos de la gran importancia que las Sagradas Escrituras confieren al problema de las bebidas alcohólicas.

La Biblia nos habla también de la etiopatogénia del alcoholismo; es decir, de todos aquellos factores *sociofamiliares, sociolaborales, socioculturales, sociopolíticos e individuales*, que confluyen e interactúan dinámicamente para producir enfermos alcohólicos.

Bajo el punto de vista *sociofamiliar* es importante tener en cuenta que el ser humano deviene su experiencia existencial y vivencia! en grupos, a lo largo de toda su vida. Como consecuencia de la influencia de estos grupos, actuando sobre el individuo, se produce el fenómeno del aprendizaje mediante el cual el sujeto se identifica con determinadas pautas de conducta. La sugestión, la imitación, la identificación, etc., son otros tantos factores que dimanantes del grupo en sí, o como influencia de algunas de sus figuras más representativas, actúan sobre el psiquismo del

individuo influyendo su orientación y su conducta. (En este sentido es importante la concienciación de las familias, acerca de la realidad de las características y efectos nefastos que sobre el organismo producen las bebidas alcohólicas). El alcohol es un terrible enemigo de los hombres; pensemos que es utilizado por el mismo diablo, a través de los sistemas de estructura capitalista, para romper los vínculos que Dios estableció como pilares básicos de la integración familiar.

Bajo el punto de vista *sociocultural* es importante que el creyente conozca la profunda trascendencia que el alcohol juega a este respecto. Por ejemplo: Muchas familias de creyentes piensan –y las que no lo son también– que el alcohol es un «alimento», a pesar de que la palabra de Dios insiste, en múltiples ocasiones, en que se trata de una bebida peligrosa, embriagadora y espiritualmente alienante. Es interesantísimo el análisis que la Escritura realiza acerca de los factores inconscientes que motivan la ingestión de bebidas alcohólicas en un gran número de seres humanos.

No es éste el momento propicio para entrar en la exégesis de dichos factores, así como en sus características genéticas, pero sí tenemos que decir que una parte del gran bagaje de componentes inconscientes del espíritu del hombre son la consecuencia de la desestructuración de la personalidad humana, producida por la entrada del pecado en el mundo (Gn. 3:1-10 y Ro. 5:12-21).

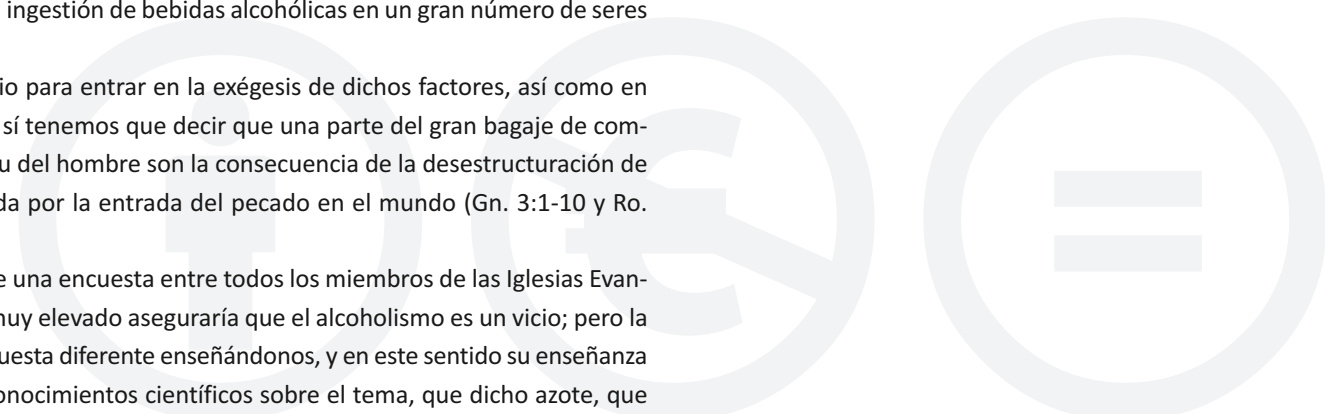
Es muy posible que si se hiciese una encuesta entre todos los miembros de las Iglesias Evangélicas de España, un porcentaje muy elevado aseguraría que el alcoholismo es un vicio; pero la palabra de Dios mantiene una respuesta diferente enseñándonos, y en este sentido su enseñanza coincide con los más avanzados conocimientos científicos sobre el tema, que dicho azote, que afecta a más de 4 millones de españoles, es una enfermedad auténtica.

Ante esta problemática tan seria y tan evidentemente denunciada en la palabra de Dios, deberíamos tomar conciencia, como Iglesia de Cristo, de nuestra actitud ante la misma y especialmente de nuestras posibilidades para ayudar a paliar el sufrimiento de tantos seres humanos, contribuyendo primero a que reciban la ayuda médica y social necesaria; e íntimamente vinculada a esta ayuda, la presentación gratuita del único Evangelio que verdaderamente salva: *El Evangelio de la Cruz del Calvario*.

Resulta paradójico que personas ajenas al conocimiento de la revelación bíblica, lejanas de la comunión con Dios y apartadas de los caminos del Evangelio, sean las que hayan emprendido, en infinidad de frentes, la lucha frente al alcoholismo; mientras que aquellos que hemos tenido el gran privilegio de conocer por la misma palabra de Dios la profunda realidad de este azote so-

cial, permanezcamos impasibles ante la agonía cotidiana de millones de nuestros compatriotas, al mismo tiempo que decimos que queremos llevarles el mensaje del Evangelio, porque «les amamos». En este último supuesto se trataría siempre de un Evangelio mutilado.

Se nos abre, pues, un campo enorme, para llevar a miles, o quizás a millones, de seres humanos que viven sin Dios, sin esperanza, víctimas de los estragos devastadores del pecado, el amor y la consolación que se desprenden del acto soteriológico de Cristo en la Cruz del Calvario. El amor, la paz, y la redención de Aquel que, según el profeta Isaías, «llevó NUESTRAS ENFERMEDADES y sufrió nuestros dolores».



Capítulo V

Sociología del alcoholismo

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Se considera que el alcohol, como sustancia resultante del proceso de fermentación natural de los frutos, aparece a finales del mesolítico e inicios del neolítico, coincidiendo con el desarrollo de la artesanía cerámica, que dotó al hombre de utensilios capaces de almacenar líquidos azucarados.

Sabemos que en épocas muy remotas, el alcohol estuvo vinculado a las ceremonias religiosas.

La Biblia (libro sagrado de los israelitas y de los cristianos) contiene las narraciones más antiguas y más importantes acerca del alcohol, del alcoholismo, y de sus consecuencias en el género humano.

En España, actualmente, el alcoholismo constituye uno de los problemas primordiales bajo el punto de vista sanitario, sociológico y moral. La problemática toxicomanígena alcohólica está desestructurando los hogares de millones de españoles; rompe las bases fundamentales sobre las que se establecen las relaciones familiares y da al traste con la salud física, mental y espiritual de los individuos, sumiéndoles en una situación de total y absoluta alienación.

Teniendo en cuenta la realidad sociológica reseñada, vamos a realizar un buceo en la historia, para destacar aquellos momentos y circunstancias, del pasado, que puedan arrojar más luz para entender la realidad presente.

(*)En *la Biblia*, el término «vino» se menciona al menos 198 veces; de ellas, 163, en el Antiguo Testamento y 36, en el Nuevo Testamento; 19 veces se habla de la sidra (término hebreo *selcar*, que significa «licor fermentado o bebida fuerte» y que tiene el sentido de lo que hoy denominaríamos una bebida alcohólica de muy alta graduación); 19 veces se menciona el mosto (que en muchos ocasiones se trata de «vino», es decir, una bebida alcohólica) y una vez se habla de

«licor». En definitiva, todas estas cifras se encuentran repartidas entre 42 de los 66 libros inspirados. Pienso que estos datos, de estadística bíblica, hablan por sí solos de la gran importancia que las *Sagradas Escrituras* confieren al problema de las bebidas alcohólicas.

La Biblia nos habla también de la etiopatogenia del alcoholismo; es decir, de todos aquellos factores *sociofamiliares, sociolaborales, socioculturales, sociopolíticos e individuales*, que confluyen e interactúan dinámicamente para producir enfermos alcohólicos.

Bajo el punto de vista *sociofamiliar* es importante tener en cuenta que el ser humano deviene su experiencia existencial y vivencial en grupos, a lo largo de toda su vida. Como consecuencia de la influencia de estos grupos, actuando sobre el individuo, se produce el fenómeno del aprendizaje mediante el cual el sujeto se identifica con determinadas pautas de conducta.

El alcohol es un terrible enemigo de los hombres, pensamos que utilizado por el «sistema», a través de las estructuras socioeconómicas y sociopolíticas, con la finalidad de controlar a los individuos y, en tantas ocasiones, como medio para desestructurar los pilares básicos de la integración familiar.

La Biblia enseña que el alcohol es una bebida, peligrosa, embriagadora y espiritualmente alienante; asimismo la Sagrada Escritura exhorta a huir de la idolatría (1^a Co. Cap. 10).

«Ni seáis idólatras, como alguno de ellos, según está escrito: Se sentó el pueblo a comer y a BEBER (bebidas alcohólicas) y se levantó a jugar (desinhibiciones sexuales, incontroladas, bajo los efectos de las bebidas alcohólicas)», y unos párrafos más adelante se añade: «y estas cosas les acontecieron como ejemplo, y están escritas para amonestarnos a nosotros...» Pues bien, en este sentido, tenemos que recordar aquí la famosa frase de aquel insigne filósofo español. Ortega y Gasset, que dijo: «Antes, mucho antes, de que fuese el VINO un problema administrativo, fue el vino UN DIOS.»

Resulta bastante triste contemplar cómo, en tantos hogares (cristianos y no cristianos) se rinde culto a este DIOS que necesita, para satisfacer sus deseos implacables, la inmolación de millones de seres humanos. Quizá tenga algún interés recordar aquí que en lenguaje sumerio la vid y el racimo son llamados GES-TIN, palabra que significa «árbol de vida» y que, además, según la tradición judía, el «árbol de vida» del Paraíso sería la vid, lo cual no es cierto; pero la conversión mítica es aleccionadora.

(*) Por razones de coherencia, analítica y expositiva, repetimos este párrafo, ya expuesto en el capítulo anterior, «Alcoholismo: Problemática social y humana».

En cuanto a los *factores conscientes*, que empujan a la ingestión de bebidas etílicas, tenemos que manifestar que todos ellos apuntan a la necesidad consciente que el hombre tiene de «modificar su campo vivencial, es decir, la realidad vivida» para refugiarse en uno de tantos *paraísos artificiales* que, paradójicamente, abocan *al infierno*. Se trata de combatir la frustración existencial por medio de sustancias que, modificando el estado y los contenidos de la conciencia, dejen inmerso al ser humano en una experiencia, momentáneamente gratificadora, pero siempre desconectada de la realidad de su perimundo y, por tanto, no válida para conseguir una auténtica realización. Las necesidades de la esfera de la intimidad, del espíritu del hombre, en definitiva metafísicas, no se pueden satisfacer ingiriendo drogas.

En este sentido, la *Biblia* tiene también algo que enseñar; hay un libro en el Antiguo Testamento, el *Eclesiastés*, en el cual se da un tratamiento profundo al problema de la frustración humana. En sus primeros capítulos se nos muestra, entre otras cosas, cómo el hombre intenta superar su sentimiento de frustración y de vacío existencial, recurriendo a las bebidas alcohólicas: «... y como había de echar mano de la insensatez hasta ver en lo que sería bueno que los hijos de los hombres se ocupasen...» (versión Moderna). «... y entregarse al desvarío hasta ver en qué consistía la felicidad de los humanos...» (Biblia de Jerusalén). Estas traducciones que recogemos, corresponden a Eclesiastés 2:3, cuyo texto comienza así:

«Propuse en mi corazón agasajar mi carne con vino.». Es evidente que esta experiencia llevó al autor del libro, objeto de su propia experimentación, a exclamar algunos párrafos más adelante: «Miré yo luego todas las obras que habían hecho mis manos... y he aquí todo era vanidad y aflicción de espíritu, y sin provecho debajo del sol.»

Es interesantísimo el análisis que *La Escritura* realiza acerca de los *factores inconscientes* que motivan la ingestión de bebidas alcohólicas en un gran número de seres humanos. La Escuela Psicoanalítica, con sus descubrimientos, mediante el método de las asociaciones libres, ha permitido que lleguemos a un mejor conocimiento del instinto sexual. Parece ser que existen componentes sexuales fundamentales que se refieren al instinto heterosexual, y otros, que completan la sexualidad a nivel inconsciente, llamados «instintos sexuales componentes»; estos últimos, normalmente, se encuentran reprimidos (almacenados fuera del campo de la conciencia) pero pueden «soltarse» y emerger a niveles conscientes, para su realización, bajo los efectos de las bebidas alcohólicas, que disminuyen la función de censura efectuada por la propia conciencia.

Entre estos instintos (sexuales componentes) queremos destacar los siguientes, que se encuentran tratados singularmente en *Las Sagradas Escrituras*: EXHIBICIONISMO (caso de Noé, en

Gn. 9:20-27), INCESTO (caso de Lot y sus hijas, en Gn. 19:29-39), realización del INSTINTO TANÁTICO o INSTINTO DE MUERTE («...comamos y BEBAMOS porque mañana moriremos» (Is. 22:2 y 13); el deseo de DEIFICACIÓN (Gn. 3:5; Dn. 5:1-31; Is. 5:11-12). Podríamos seguir hablando de otros *factores sexuales inconscientes* que empujan a la ingesta de bebidas alcohólicas, tales como homosexualidad, bestialidad, sadismo, etc., pero renunciamos a hacerlo por no extender demasiado el comentario, y pasamos a tratar un problema central, considerado desde el campo de la psicopatología y de la sociología:

El alcoholismo, desde el punto de vista bíblico, ¿es un vicio o una enfermedad?

La respuesta de la Biblia es clara: el alcoholismo es una enfermedad, como ya se ha indicado. El pasaje que, básicamente, nos va a servir para poner de manifiesto la realidad de la enfermedad alcohólica se encuentra en Proverbios 23:29-35. La interpretación que generalmente se da a este pasaje es la de que, en el mismo, se encuentra la mejor descripción fenomenológica de la embriaguez (borrachera) que tenemos en el Antiguo Testamento y en toda la Biblia; pero esto no es así.

¡Fijémonos sólo en el último texto! ¿El que se embriaga, a la mañana siguiente busca de nuevo la bebida? NO, SALVO QUE SE TRATE DE UN ENFERMO ALCOHÓLICO. En este pasaje de Proverbios, versículo 30, leemos lo siguiente: «... Los que se *detienen* mucho en el vino...» el término *detenerse* es de lo más interesante, puesto que expresa nada menos que el fenómeno central de la enfermedad alcohólica, o aquello que confiere al alcoholismo la categoría de enfermedad. El correspondiente término hebreo empleado para *detenerse*, en la traducción griega de los setenta (septuaginta), se traduce por retardarse, durar, inveterarse, echar raíces y ETERNIZARSE. Todas estas traducciones, y especialmente la última, suponen el hecho de que en el acontecer íntimo de la bioquímica humana se establece un proceso irreversible, mediante el cual una persona que ha abusado de la ingesta de bebidas alcohólicas (entiéndase como abuso el consumo de un litro de vino diario) se convierte, irreversiblemente, en un enfermo o enferma alcohólicos; y es por eso que en el versículo 35 encontramos: «Cuando despertaré, AÚN LO VOLVERÉ A BUSCAR.» Esta vuelta a la ingesta etílica, a la mañana siguiente, no es voluntaria; está condicionada, más allá de las capacidades volitivas de la persona, por esa dependencia bioquímica expresada en el versículo 30 por el término *detenerse*.

En este mismo pasaje (Pr. 23:29-35) se encuentran descritas algunas de las complicaciones más importantes del alcoholismo, como trastornos físicos (Pr. 23:29 y 36) y mentales (Pr. 23:33 y 34). En cuanto a estos últimos hay que manifestar que es *la Biblia el primer libro, en la historia de la humanidad y de los documentos escritos, que pone de manifiesto los trastornos psicóticos*

agudos de los enfermos alcohólicos. Dice el verso 33: «Tus ojos mirarán cosas extrañas (en la versión de los setenta, para traducir el término hebreo empleado para *cosas extrañas* se emplea el vocablo ALLOTRIAN, que significa ajeno, extranjero, extraño y hostil, y que tiene el claro sentido de expresar una situación de enajenación mental), y tu corazón hablará perversidades» (referencia clara a los contenidos delirantes del pensamiento).

En lo referente a otras complicaciones del alcoholismo, también tenemos enseñanza directa en la Biblia. En Proverbios 20:1, por ejemplo, se nos habla de la ruptura de la homeostasis ciudadana; en Proverbios 31:4-5, de las injusticias sociales y de los problemas sociopolíticos derivados de las mismas; en Eclesiastés 2:2 de la búsqueda de la realización humana (felicidad) al margen de Dios. En Isaías 28:1 y 7, Efesios 4:18 y 19 y Hechos de los Apóstoles 2:6 al 13, de la posible utilización del alcohol y de los efectos derivados de su consumo, para conducir a los seres humanos y, especialmente a los creyentes, a situaciones de éxtasis, glossolalia, etc. Del mismo modo es interesantísimo ver cómo la Revelación Bíblica en Isaías 24:7-11, se adelanta en milenios para profetizar la alcoholización de una gran parte de la humanidad en el decurso de los últimos tiempos (época que corresponde a la realidad histórica actual).

De la civilización Mesopotámica se obtuvo el siguiente consejo: «Si un hombre ha bebido vino fuerte, su cabeza se halla afectada; él olvida sus palabras y su lenguaje se vuelve confuso y farfullante; su mente deambula y sus ojos tienen una expresión fija; para curarlo désele orzuz, habas, adelfa y vinos, antes de la aproximación de la diosa gula, de que alguien lo haya besado, désele a beber lo dicho y se recuperará.»

Los Egipcios fueron comerciantes en vinos y a ellos se les atribuye el primer tratado de abstinencia. Aunque las pruebas históricas de la existencia de cervecerías en la civilización egipcia y las culturas mesopotámicas pueden, cronológicamente, situarse en edades comprendidas entre 3.700-2.300 a.C., es ya conocido que cuando un fenómeno o un hecho técnico se transforma en dato histórico, es decir, cuando puede probarse su existencia documentalmente, ha existido un proceso previo que le ha precedido inevitablemente. En el caso que tratamos, conociendo el hombre mesolítico y neolítico las vasijas, la agricultura, y los granos y frutos, el «secreto» de la producción de bebidas alcohólicas procedentes de jugos vegetales, era ya presumiblemente un hecho, con anterioridad a las fechas apuntadas. En algunas pinturas de la época, los eruditos han interpretado la representación de los efectos agradables y, a la vez, tóxicos, de las bebidas alcohólicas. Precisamente por ellos y por su traducción (mitos, magia, sacramento, etc.) es posible el hallazgo posterior de los documentos que prueban su realidad.

Las tradiciones místico-religiosas son fuentes que avalan las suposiciones anteriores; no en vano en toda civilización, y en todos los continentes, las bebidas alcohólicas han sido atribuidas en sus orígenes primigenios a los dioses, a la magia o a lo sobrenatural.

Los Griegos deificaron dichas bebidas, primero como uno de los aspectos generales de la vida vegetal, y después, como un aspecto específico y concreto de la manifestación de la vida, mediante la sacralización del vino.

Dionisio, dios del vino, fue progresivamente considerado el dios de los efectos del vino y de la embriaguez divina. De lo dionisiaco se pasó a lo báquico, a la bacanal, al culto destinado al dios romano *Baco*. Al mismo tiempo que la cerveza era conocida en Egipto y Mesopotamia, también lo era en el continente Americano, desde los tiempos de las civilizaciones precolombinas más antiguas.

Hipócrates, 460 años a.C., habló de la «*locura alcohólica*».

Asclepiades llegó a comentar la relación entre *la cirrosis hepática y el abuso del vino*.

El proceso de destilación fue descubierto 800 años a.C. en Arabia. La palabra alcohol proviene del vocablo árabe *alkuhl*, que significa esencia. Durante siglos, el alcohol ha sido utilizado en medicina sin que se sepa, exactamente, dónde se inició dicha práctica.

El permanente influjo de la tradición grecorromana, en cuanto al vino se refiere, fue extendiéndose por el mundo, en la medida en que Roma iba estableciendo su imperio y sojuzgaba y dominaba a pueblos y naciones, absorbiendo sus culturas e implantando la suya propia. Generalmente, se considera que dicha influencia formó parte de la infraestructura del acerbo cultural del judeocristianismo que, al parecer de muchos, convertiría al vino en una sustancia objeto de comunión y alimento sagrado como expresión sincretista del antiguo culto dionisiaco-báquico. Un estudio riguroso de los contenidos doctrinales e ideológicos del judaísmo descarta, de manera absoluta, la antedicha hipótesis. A manera de ejemplo paradigmático diremos que el problema del alcoholismo, como fenómeno socio-sanitario, jamás constituyó una realidad fenomenológica, ni clínica, en el devenir histórico del pueblo de Israel; antes al contrario, este pueblo constituye uno de los ejemplos más claros de uso inteligente y preventivo de las bebidas alcohólicas, constituyendo, en la actualidad, uno de los pocos ejemplos de nación no alcoholizada. Por otra parte, el dicho que llegó a encarnar casi una filosofía existencial entre los romanos: «¡comamos y bebamos que mañana moriremos!» es claramente criticado y cuestionado por los Profetas del pueblo de Israel, donde, además, se encuentra una clara denuncia del uso indebido y el abuso de las bebidas alcohólicas (Véase Is. 5:11-12,

20:22, 22:13, 24:1-11, 28:1 y 7; Jer. 23:9, 25:15-16, 51:7; Dn. 5:1-31; Os. 7:5; Joel 1:5; Am. 2:8; 6:6, etc.).

La obtención del alcohol procedente de la fermentación de frutos o cereales, es una larga aventura que finaliza en 1857 con *Pasteur*, que descubre la intimidad del proceso de la fermentación y describe el ser unicelular, un hongo, cuya capacidad química es asombrosa. Fue *Ramón Llull*, conocido como Lulio (1233-1315) el que explicó claramente la técnica de la destilación y *Arnau de Vilanova* (1238-1311?) el primero que, con toda seguridad, intentó practicarla.

En el siglo XVII el alcohol se había convertido en una droga de uso y abuso a gran escala. La producción anual de licores destilados, principalmente ginebra, resultaba enorme.

La noción de alcohol y enfermedad, comienza con los escritos de *Benjamín Rush* y del médico inglés *Thomas Trotter*. Este último escribió, en 1804: «en el lenguaje médico, considero que la ebriedad es una enfermedad en sentido estricto, producida por una causa remota y que da lugar a acciones y movimientos en el organismo, que perturban las funciones de la salud».

Trece años más tarde, *Salvattori* (1817), un médico italiano que trabajaba en Moscú, publicó un trabajo sobre *la ebriedad continua, remitente e intermitente*, englobando los tres tipos bajo el concepto de OINOMANÍA, término que procede del griego *oinos*, que significa vino.

En el año 1819, *Bruhl-Cramer*, médico alemán que ejercía en Moscú, publica su obra clásica *Uberdie Truuksucht* (Sobre la manía de beber). En el prólogo de esta obra, *Hufe Land* llama a esta afección *dipsomanía*.

Samuel Woodward y *Eli Tood*, en 1830, proponen en la ciudad de Connecticut, la creación de «Instituciones para beodos». La primera fue abierta en Boston, en 1841.

En 1838, *Esquirol* llama a la dipsomanía *monomanía de embriaguez*.

Magnus Huss (1849) publica, en Estocolmo, su obra *Alcoholismo crónico, o la enfermedad alcohólica crónica*. Anteriormente, había ya denunciado el alcoholismo como factor de degeneración.

Farias señala que *Wernike*, en 1881, individualizó la *alucinosis alcohólica* de la encefalopatía que lleva su nombre.

A comienzos de este siglo, *Kraepelin* emplea el término *adicción alcohólica* para denominar una «alteración de la voluntad» que impide al alcohólico renunciar al tóxico, pese a los estragos que éste produce. En esta misma época, se inscribe la siguiente afirmación del doctor *Córdoba* y *Quezada*: «A principios de siglo, en Cuba no existe problema de alcoholismo, bien porque nuestro clima, extremadamente cálido, hace poco deseable la ingestión de bebidas alcohólicas, bien

porque el cubano tenga por idiosincrasia la tendencia a la abstinencia; o quizás porque faltan los dos factores que dominan su etiología: el individual y el profesional.»

En el año 1943, ocurre un hecho de trascendencia: *Jellinek* categoriza nosológicamente al alcoholismo y él mismo, en 1946, propone el concepto de *incapacidad de detenerse* (que corresponde a lo que hoy denominamos «falta de la capacidad de control»), una de las herramientas operativas esenciales para definir el alcoholismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1955, conceptualiza el síntoma *incapacidad de abstenerse*.

En 1960, *Jellinek*, el investigador más destacado en la problemática del alcoholismo, propone: «*El alcoholismo* es cualquier ingestión de alcohol que produce daño al individuo, a la sociedad, o a ambos.»

Con *Jellinek* entendemos que se cierra un capítulo importantísimo de la investigación y la sociohistoriografía del alcoholismo, para dar paso a los acontecimientos socioclinicos más importantes de los últimos tiempos.

Desde el punto de vista socioepidemiológico España ocupa, en lo que a alcoholización de la población global se refiere, el tercer lugar, inmediatamente después de México y Chile, con un 10% de su población alcohólica. (En la actualidad existen en España, con toda seguridad, de 3,5 a 4 millones de enfermos alcohólicos, lo que supone admitir la realidad socioepidemiológica de que uno de cada diez españoles sufre la enfermedad alcohólica, con la consiguiente trascendencia a nivel individual, familiar y social).

FACTORES DE INFLUENCIA EN LA ALCOHOLIZACIÓN DE LOS ESPAÑOLES

Entre los factores que consideramos han influido más en la alcoholización del pueblo español, destacamos éstos:

- 1) *La pertenencia a la cultura greco-latina* o latino-mediterránea (influencia de los contenidos ideológico-míticos de Grecia y Roma, extrapolados en el devenir histórico al resto de las naciones de la cultura occidental y, más especialmente, a aquellas que se encuentran ubicadas en el área mediterránea; el culto a Dionisio, primero, y a Baco, después, confirman aquel famoso dicho de nuestro insigne filósofo Ortega y Gasset: «Antes, mucho antes de que fuese el vino un problema administrativo, fue el vino un Dios.»

- 2) *La influencia religiosa* constituye otro importante ingrediente que forma parte de la infraestructura socioepidemiológica y sociodinámica del problema del alcoholismo y del consumo de bebidas alcohólicas en España. La evolución histórica de los contenidos teológicos esenciales del cristianismo abocó a la consagración y a la divinización del vino, hasta extremos inconcebibles, trascendiendo a la conciencia popular mediante condicionamientos religiosos y culturales, claramente institucionalizados y controlados desde las superestructuras del poder, donde subyacen deseos de dominio económico, político y moral. Frases como «Con pan y vino se anda el camino», «Marcelino Pan y Vino», «El vino es la sangre de Cristo», «El vino es un don de Dios», «Beber es cosa de hombres», constituyen claros exponentes de la penetración, en el tejido y en la conciencia social del pueblo español, de nefastas influencias, que ofrecen a la realización de las personas un paraíso artificial, que termina constituyéndose en factor de alienación de enorme trascendencia comunitaria.
- 3) *La Guerra Civil Española* constituyó un gran caldo de cultivo para incrementar el porcentaje de incidencia y de prevalencia de la problemática toxicomanígena de la nación española. Muchos españoles (varones) se alcoholizaron durante la contienda civil, dado que tanto en un bando como en el otro, pero más claramente en el sector mal llamado *nacionalista*, se utilizaban los famosos *saltaparapetos* (ingestión brutal de bebidas alcohólicas de muy alta graduación, con unas consecuencias nefastas para la salud biológica y psíquica, que se consumía antes de entrar en el combate, con la finalidad de producir una modificación del estado de la conciencia, y despertar sentimientos de deificación yoica en el individuo, a fin de yugular o amortiguar el miedo a la muerte, o los sentimientos de culpa por la acción fratricida a realizar). Cuando finalizó la *Guerra*, el panorama de desolación, frustración, miseria y represión vivido por más de la mitad de los españoles, creó las condiciones psicológicas y sociológicas idóneas, bien para mantener el hábito alcohólico adquirido durante la contienda o bien para generarlo. En miles de pueblos de España la pobreza y la falta de libertades convirtió al bar, la taberna o el chigre, en el lugar donde se reunían o encontraban los miembros de la clase trabajadora. Estas circunstancias contribuyeron a reforzar y profundizar en la conciencia popular los aspectos míticos del alcohol; fue así como se popularizaron, de manera universalizada, conceptos que daban a entender que las bebidas alcohólicas tenían propiedades prodigiosas que favorecían la virilidad, la

sexualidad, el crecimiento, el desarrollo y, en definitiva, la salud; asimismo se fue instaurando una filosofía machista por la que el ámbito de consumo e ingestión de bebidas alcohólicas quedaba ubicado en el marco de los varones, considerándose que las mujeres no debían participar de dichos hábitos. Sin embargo, el tabú de la ingestión de bebidas alcohólicas aplicado a las mujeres y a los niños podía ser transgredido en algunas circunstancias o períodos especiales del devenir vital. Por ejemplo: las mujeres podían, y debían, consumir bebidas alcohólicas en el período inmediatamente consecutivo al parto, durante el puerperio y la lactancia; del mismo modo, a los niños era aconsejable administrarles «vinos generosos» durante la primera y segunda infancia, para favorecer su desarrollo somático y psicológico. Es de destacar, especialmente en lo referente a las bebidas consumidas por las mujeres y los niños, el hecho de que las mismas fuesen fabricadas en destilerías pertenecientes a órdenes religiosas o que los envases que contenían dichos vinos viniesen ilustrados con representaciones gráficas de figuras del santoral católicorromano, tales como *Santa Catalina*, *San Asensio*, etc.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas por parte de los varones, dadas las circunstancias de penuria en los años inmediatos a la postguerra, y ante la carencia de los alimentos básicos, los mismos fueron sustituidos por el vino, que se consumía como fuente de energía para poder desarrollar el trabajo, especialmente en las minas, en el campo, y en la construcción. Se fueron creando, así, las condiciones socio-laborales y atrogénicas del alcoholismo en relación con el trabajo. Por otro lado, la penuria económica convirtió a millones de hogares españoles en centros de conflicto socio-familiar y de disestar, por lo que muchos hombres, angustiados por las condiciones insalubres y de explotación en el trabajo, así como por falta de recursos económicos en la familia, se evadían de sus hogares acudiendo a la taberna, donde podían consolarse de sus miserias, al tiempo que, mediante la ingestión de bebidas alcohólicas, intentaban ahogar los sentimientos de frustración por la contienda civil pasada. Fue así como el bar, la tasca, la taberna y el chigre se convirtieron en el argot de aquellos que lo frecuentaban, en «la botica», «la escuela» y «la capilla». Queda fehacientemente plasmado, desde el punto de vista sociológico, de qué forma tres instituciones importantes para generar salud, cultura y realización espiritual, quedaban sustituidas por el consumo de una droga legalizada e institucionalizada. El resultado, en términos so-

cioepidemiológicos, fue un incremento importantísimo del alcoholismo masculino y un inicio de gestación del femenino, que durante varias décadas pertenecería al ámbito de «las toxicomanías ocultas».

- 4) Los *avances científicos* en materia farmacológica, y psicofarmacológica, mal asumidos e interpretados, en primer lugar por la comunidad científica y, posteriormente, por la sociedad en general, dieron lugar a una filosofía de contenidos pseudocientíficos que podríamos denominar *cientifismo*. Como consecuencia del mismo, se dio a luz en el período inmediatamente posterior a la segunda guerra mundial, a lo que podríamos llamar *una comunidad sociodrogalizada*. Se recurrió al consumo de fármacos, de manera indiscriminada, para dar solución a cualquier problema somático o psíquico que las personas pudiesen presentar. En este contexto el consumo de bebidas alcohólicas adquirió una enorme incidencia y, coincidiendo con la puesta en marcha de los presupuestos socioeconómicos de la *Sociedad de Consumo*, al amparo del progreso socioeconómico acontecido en los países capitalistas occidentales (en cuyo marco se encuentra España), se verificaron algunos campos sociológicos importantes. Muchos cientos de miles de hogares que, en las dos décadas posteriores a la Guerra Civil española, se encontraban en una penuria económica y en la miseria social, sufrieron una transformación sustancial. La sociedad de consumo se introdujo en los hogares y se ubicaron en los mismos algunos dispositivos hedonísticos y pseudorealizadores que antes pertenecían a los contenidos de alineación individual y social devenidos en los establecimientos dedicados al consumo de bebidas alcohólicas. Fue así como dentro de los «pisos modernos» se dedicó un espacio a la famosa «salita de estar» en la cual había, presidiendo la estancia, el no menos importante *Mueble Bar*. Se había producido una inversión de un rol social de enorme trascendencia: el «Bar, tasca, taberna, chigre» acababa de ser integrado en la estructura sociodinámica de la familia y, consecuentemente, el consumo de bebidas alcohólicas dejaba de pertenecer al mundo exterior, sociofamiliar, para integrarse plenamente en la intimidad de los propios hogares. Es decir, la alcoholización se universalizaba en las diversas instituciones básicas de la sociedad española.
- 5) Finalmente, *la eclosión acaecida a partir de los años 70 del fenómeno de la drogadicción*, vino a sumarse, como un serio factor condicionante, para incrementar la problemática del alcoholismo en nuestro país. La alcoholización de los españoles, que en

los años 60 pertenecía, fundamentalmente, al ámbito de los varones (los estudios realizados sobre 1965 en los Dispensarios antialcohólicos arrojaban una relación de 8 varones alcohólicos por una hembra), se fue modificando de forma sustancial, de tal manera que en la década de los 70 no sólo se hablaba de *alcoholismo masculino y femenino*, sino también de *alcoholismo juvenil* se empezaban a perfilar los primeros datos, inquietantes desde el punto de vista epidemiológico, del *alcoholismo infantil* y, posteriormente, del trágico y nefasto *alcoholismo fetal*.

El fenómeno de la drogadicción de los últimos 14 años ha afectado, en su versión sociológica actualizada, y de manera preponderante, a la juventud española; y contrariamente a lo creído por la sociedad, el alcohol ha jugado un papel importantísimo en el devenir sociodinámico de dicho fenómeno. La drogadicción como fenómeno alienante y vehículo de expresión de grandes sectores de la población, ubicados en la marginación social, no sólo consiste en el consumo de estupefacientes, psicoestimulantes y psicodislépticos, sino que también el consumo de bebidas alcohólicas ha sido un ingrediente fundamental que ha contribuido, de manera importantísima, a la institucionalización del problema toxicománigeno. Los jóvenes fuman «porros», consumen «anfetas», ingieren «sellos o pastillas» de «ácidos», se «pican» con el «caballo» y «esnifan» cocaína; y, además, en el recorrido ascendente de su carrera toxicománigena, ingieren bebidas alcohólicas, especialmente *cerveza* y *ginebra*. Como consecuencia de dicho consumo, *un significativo porcentaje de politoxicómanos presentan un problema de alcoholismo crónico*, que se encuentra solapado y diluido por la espectacularidad y la dramatización que proyecta sobre la sociedad el fenómeno del consumo de las denominadas drogas ilegales.

Consideramos que la problemática del alcoholismo (ocasionada por el consumo de una droga legal en España) *constituye la infraestructura sociodinámica más importante que ha contribuido a favorecer la gestación del posterior fenómeno de la polidrogadicción*. En este sentido, cuando se realiza un estudio clínico, psicológico y sociológico del toxicómano y de su familia, es fácil comprobar cómo la politoxicomanía del joven es una expresión más de una familia toxicománigena. Un altísimo porcentaje de enfermos toxicómanos tienen padres alcohólicos, fumadores inveterados, o consumidores farmacodependientes de tranquilizantes, analgésicos y psicoestimulantes (diazepán, nolotil, optalidón, etc.).

PLASTICIDAD EVOLUTIVA DE LA FENOMENOLOGÍA DEL ALCOHOLISMO

Teniendo en cuenta la evolución sociológica, clínica y psicopatológica del alcoholismo en España, podemos, a partir del año 1950 y hasta la actualidad, dividir la evolución toxicomanígena de dicha sociopatía en tres períodos:

1º **Años 1950-60.** En aquellos años la problemática alcohólica «era considerada como un vicio» por los distintos estamentos sociales, incluido el socio-sanitario. Durante este período, el alcoholismo se manifestaba como una MONOTOXICOMANÍA. En consecuencia, los pacientes alcohólicos sólo consumían bebidas alcohólicas (vino, caña, sidra, coñac, etc.), siendo frecuente que las personas llegasen a «alcoholizarse» consumiendo de manera consuetudinaria una sola bebida alcohólica (sidra, vino) a lo largo de toda su carrera etílica. En relación con este hecho, se presentaban en los pacientes alteraciones psico y neuropatológicas, cuasi patonogmónicas, derivadas de la acción tóxica que sobre su cerebro ejercían, no sólo el alcohol etílico sino las demás sustancias aditivas que las bebidas alcohólicas consumidas llevaban. Es el caso de las deteriorantes *encefalopatías alcohólicas* (de curso tórpido y evolución demenciante) en los bebedores de sidra, que fueron estudiadas y descritas de manera más pormenorizada por la Escuela Neuropatológica alemana y que, en España, podían observarse en algunas regiones del norte (Asturias). En este estadio fenomenológico del alcoholismo no sólo se daba la realidad *monotoxicomanígena* sino la *monotoxicomanía monoetílica*. La edad media de los pacientes que visitaban los Servicios Públicos de Asistencia Psiquiátrica, correspondía a los 45 años, y el *alcoholismo era*, fundamentalmente y mayoritariamente, *masculino*.

2º **Años 1965-75.** En esta fase evolutiva de la problemática toxicomanígena sigue manifestándose, la misma, como una MONOTOXICOMANÍA, pero sus características, en cuanto a la ingestión de bebidas alcohólicas se refiere es la de *polietílica*. Es decir, los pacientes alcohólicos no se circunscriben a beber un solo tipo de bebida, sino que consumen «de todo». Este período coincide con el progreso socioeconómico de la década de los 60 y los patrones de aprendizaje social vienen condicionados por modelos de importación americanos, dándose en una población que experimenta un desarrollo económico importante, al mismo tiempo que desde el punto de vista cultural se en-

cuentra en una situación muy deficitaria y a nivel de países tercermundistas. En este período histórico, tanto clínica como sociológicamente, el alcoholismo se manifiesta como *alcoholismo masculino, femenino y juvenil* (adolescentes de ambos sexos). El alcoholismo crónico es considerado como enfermedad por los estamentos sociales y sanitarios, y el mismo concepto empieza a impregnar la conciencia social de los españoles; es la época en que florecen los Dispensarios Antialcohólicos por todo el país y diversos profesionales de la Psiquiatría, la Psicología y los Servicios Sociales emprenden una lucha sistematizada e importantísima contra el alcoholismo en España. Se crean auténticas Escuelas de Formación científico-teórica y práctica, donde se van formando distintas generaciones de profesionales, consiguiéndose que en algunas regiones de España tales como Asturias, Cataluña, Valencia y el País Vasco, la lucha antialcohólica no sólo sea modélica, sino que llegue a alcanzar una gran dimensión social y humana. Es una gran experiencia positiva que, a partir de 1975, empezará a ser reprimida y terminará siendo abortada desde diversos niveles de la Administración del Estado o desde los órganos correspondientes de los distintos Entes autonómicos, cuando bajo la bandera de querer realizar una asistencia a la Salud Mental integrada e integral, terminarán dando al traste con el quehacer socio-sanitario de los mejores profesionales en materia de lucha antialcohólica y contra las toxicomanías con que ha contado España a lo largo de toda su historia. La persecución sistemática, llevada a cabo por «el rodillo gubernamental» contra dichos equipos profesionales y, de manera más específica, contra las figuras más egregias y distinguidas, en el campo científico y social, de los dirigentes de dichos equipos, conllevó la progresiva desaparición de los servicios socio-sanitarios y sociopsiquiátricos que los mismos dirigían. La caza de brujas terminó convergiendo en un gran auto de fe realizado durante los últimos cuatro años. Las nefastas consecuencias de esta actuación inquisitorial, tendrán una valoración, en términos negativos, incalculable, y que sólo podrá ser cuantificada cuando hayan pasado algunos años. Como ejemplo de la nefasta evolución de la lucha antialcohólica en España, traemos a colación la experiencia vivida y devenida, en la región asturiana, desde los comienzos de su lucha antialcohólica hasta la actualidad, si bien realizamos esta reseña, de manera esquemática, por no alargar demasiado el presente capítulo.

a) **Año 1965.** El Dr. Félix Letamendia (experto en valoración de experiencias psiquiátricas) que trabajaba en Inglaterra, viene como científico invitado al Hospital

Psiquiátrico provincial de Oviedo (que por aquel entonces había comenzado la extraordinaria tarea de llevar a cabo la primera experiencia seria de transformación de la asistencia psiquiátrica en España); y en las conclusiones de su valoración socio-psiquiátrica y asistencial, manifiesta que el verdadero problema de Salud Mental en la región asturiana a corto, medio y largo plazo, es el del ALCOHOLISMO. En ese momento, el mayor porcentaje de ingresos regionales era el que arrojaban los enfermos esquizofrénicos, mientras que los enfermos alcohólicos apenas llegaban a un 7-8% de los ingresos totales. Posteriormente, la cifra de enfermos alcohólicos ingresados se iría incrementando, para llegar, en los años 80, a más del 40% de todos los ingresos.

Como consecuencia de esta realidad social y epidemiológica se crea en el Hospital Psiquiátrico Provincial, el Servicio de Alcoholismo. Dicho servicio funciona de forma centralizada para toda la región asturiana, y en él trabaja un equipo especializado en alcoholismo y toxicomanías, de carácter multidisciplinario, que no solamente atiende a los pacientes y a su familia, a nivel hospitalario, sino que empieza a proyectarse, con funciones psicopedagógicas y sociopreventivas, en la comunidad extrahospitalaria.

- b) **Año 1970.** Se produce la primera Sectorización Psiquiátrica de la Región, dándose lugar a la salida de los equipos asistenciales al ámbito comunitario (sector territorial de asistencia psiquiátrica concreta), estableciéndose diversos Dispensarios Antialcohólicos en lugares estratégicos, tanto por el número de habitantes como por la incidencia epidemiológica de la toxicomanía alcohólica. Así nacieron dispensarios antialcohólicos, atendidos por equipos especializados, en Langreo, Avilés, Mieres, Laviana, Oviedo, Gijón, Sotrondio, Llanes, etc.
- c) **Año 1974.** Se produce la segunda Sectorización, pasando la Región, de tres sectores de Asistencia Psiquiátrica, a cinco, con cabeceras de sector ubicadas en sus principales centros urbanos (Oviedo, Gijón, Langreo, Avilés y Mieres). Por esta época, la asistencia al alcoholismo en Asturias alcanza altos niveles, tanto en lo que se refiere a su calidad científica como a su trascendencia social. El Dr. Joaquín Santodomingo Carrasco (pionero en la lucha antialcohólica en España y uno de los grandes maestros que, en esta materia, han enseñado a posteriores generaciones casi todo lo que saben), visita la Región, y en unas declaraciones que realiza al pe-

riódico *La Nueva España*, manifiesta que en Asturias se encuentra «la mejor asistencia a alcohólicos que existe en España». Por esas mismas fechas, el llamado «Sector progresista», constituido por un conjunto de psiquiatras españoles, que en su mayor parte procedía del Hospital Psiquiátrico de Oviedo, pero que por razones que ahora no viene al caso analizar, habían dejado de pertenecer a dicha institución, consideraba que la asistencia sociopsiquiátrica en Asturias (incluyendo en ella la atención a enfermos alcohólicos) se encontraba en una verdadera fase regresiva. Este conjunto de psiquiatras, supuestamente *progresistas*, se había aliado por aquella época en el denominado «movimiento antipsiquiátrico»; movimiento que, entre otras cosas, postulaba la teoría de que era preferible hacer un alcoholismo crónico que convertirse en un enfermo esquizofrénico.

- d) **Año 1983.** Se pone en marcha en Asturias la denominada «reforma psiquiátrica». Se da la coincidencia histórica de que algunas de las personas que dirigirán desde puestos políticos dicha reforma, fueron líderes destacados del anteriormente denominado «movimiento progresista antipsiquiátrico». En función de su falta de experiencia, en el ámbito del alcoholismo y de las toxicomanías, impondrán unas líneas de actuación, en el campo toxicomanígeno, con resultados absolutamente desastrosos, cuajando su gestión sociosanitaria en una «liquidación total» de toda la fructífera labor que en el terreno de la lucha antialcohólica en Asturias se había venido realizando a lo largo de 18 años. Al amparo de la realización de una suelta práctica de Psiquiatría Comunitaria de carácter integral, los nuevos dispositivos asistenciales, atrevidamente llamados «Centros de Salud Mental», absorben la labor y las funciones de los Dispensarios Antialcohólicos; pero no lo hacen para seguir profundizando y mejorando la atención a este tipo de pacientes, sino para diluirla y convertirla, por desfasada, en obsoleta. Es así como el panorama de la lucha antialcohólica en la Región Asturiana, al comienzo de 1989, se contempla como decepcionante y desoladora. La nueva filosofía imperante en la mayoría de los profesionales que integran los Equipos Asistenciales no concuerda con un módulo de actuación que mantenga una infraestructura científica rigurosa, socialmente comprometida, y humanamente motivada.

Cuando en **1983**, comienza la verdadera regresión de la asistencia psiquiátrica al alcoholismo en la Región Asturiana, la situación epidemiológica era la siguiente:

ALCOHOLISMO: En Asturias, el alcoholismo constituye, quizás, el primer problema sociosanitario de la región; sobre todo, teniendo en cuenta las complicaciones somáticas del mismo.

El alcoholismo supone:

- El 40% de todos los ingresos que se realizan en el Hospital-Psiquiátrico Regional (único en Asturias).
- El 10% de toda la población (más de 100.000 enfermos alcohólicos).
- Para establecer una comparación relativa, diremos que la ESQUIZOFRENIA supone el 13,5-14% de todos los ingresos en el Hospital Psiquiátrico Regional, y las DEPRESIONES el 3,4%, así como las NEUROSIS.
- En las instituciones intermedias, tipo Hospital de Día, los enfermos alcohólicos suponen el 11,1 %.
- En los Dispensarios de Asistencia Psiquiátrica, distribuidos por toda la Provincia, las *Consultas ambulatorias*, en cuanto a enfermos alcohólicos se refiere, suponen el 45-50%.
- Referente a la relación *alcoholismo-trabajo*, el 44% de todos los pacientes alcohólicos que acuden a las consultas de los Centros de Salud Mental (dispensarios) o al Hospital de Día, *no tienen trabajo*.
- Los jóvenes de edad comprendida entre los 15 y los 22 años, que de forma habitual consumen bebidas alcohólicas, con márgenes de peligrosidad y en situación de riesgo importante, suponen un porcentaje del 49%.

3º **Años 1975-88.** En este período de tiempo la problemática toxicomanígena alcohólica adquiere una presentación fenomenológica y una dimensión social bastante peculiar, especialmente en lo que a la ingestión de bebidas alcohólicas y alcoholización de la juventud se refiere. *La toxicomanía alcohólica sigue siendo polietílica, pero, además, pasa a ser múltiple; es decir, entramos en la época de la POLITOXICOMANÍA.* En esta fase, histórico-social de la evolución de la drogodependencia, los toxicómanos, especialmente los jóvenes, no suelen padecer una monotoxicomanía, sino una POLI o PLURITOXICOMANÍA. En otras palabras, su dependencia tanto psíquica como física (bioquímica), se establece a varias sustancias (tales como los derivados de la Cannabis Sativa, los psicoestimulantes, los opiáceos y las bebidas alcohólicas). Desde el punto de vista clínico, el diagnóstico de «Alcoholismo Cró-

nico» empieza a pasar desapercibido, fundamentalmente en razón de dos circunstancias capitales:

- a) *A la hora de relatar sus hábitos toxicomanígenos, el toxicómano minimiza la ingestión de bebidas alcohólicas y oculta su dependencia etílica, enmascarándola, en la multiforme y abigarrada exhibición narcisística, de su consumo estupefaciente y multitóxico. Habla del consumo etílico como de «algo secundario» en su pauta de conducta mórbida y, en el mejor de los casos, como una sustancia que utiliza con la finalidad de «reforzar» los efectos «toxicomanígenos» de otras drogas con las que «Se coloca»; su énfasis se centra en el consumo de productos opiáceos, a los que considera como «drogas mayores o duras» y dignas de ser ingeridas por un «verdadero Yonki».*
- b) *La falta de pericia técnica por parte del entrevistador que, a la hora de elaborar una historia clínica orientadora hacia un diagnóstico toxicomanígeno, no tiene en cuenta los cambios semánticos introducidos en la psicopatología por el nuevo argot de los «nuevos toxicómanos».*

A las circunstancias anteriormente expuestas, se suma la influencia de la realidad social entomante. La *drogadicción de la juventud* se manifiesta en España, de manera más significativa, a partir de 1975; y además lo hace en relación al consumo de las «drogas ilegales», creándose una gran conmoción social ante este fenómeno toxicofílico. La angustia que se desencadena, se expresa en forma de protesta ciudadana, clara, que demanda medidas que sean capaces de yugular el fenómeno; como consecuencia, la sociedad española «encubre» su gran toxicomanía (el alcoholismo) quizá inconscientemente, para defenderse de los sentimientos de culpa que pudiera tener, por haber establecido la infraestructura toxicomanígena que terminó abocando a la gran problemática de la drogadicción actual. Consumir «porros», «anfetaminas», «ácidos o heroína», era MALO, pero el consumo de «tabaco» y de «bebidas alcohólicas» se *consideraba* NORMAL. El concepto tradicional, es decir, «la norma», impedía ver la realidad socio-toxicomanígena de la sociedad española. En esta época la inmensa mayoría de los ciudadanos «sólo veían problemas» en el consumo de sustancias ilegales y estupefacientes, *considerando que el consumo de sustancias legales tales como el tabaco, el alcohol y el café, no suponía problema alguno* o, al menos, no un problema cuyas consecuencias se pudieran comparar a las del consumo de las denominadas, peyorativamente, «drogas».

Por otro lado, los apologistas del consumo de estupefacientes, en especial los partidarios de las llamadas «drogas blandas», arremetían contra la hipocresía de la sociedad normativa,

acusándola de estar institucionalizada, a nivel toxicomanígeno, con las «drogas legales» que, por descontado, resultaban, en su apreciación, ser más peligrosas. En muchos de los ámbitos clínico-asistenciales el problema de la drogadicción, en la última década, está siendo contemplado como un «problema de aprendizaje» y, por consiguiente, no se considera al toxicómano como a un enfermo, sino más bien como a alguien que sufre una desviación de la conducta normativa; esta concepción contiene uno de los elementos esenciales que justifican el fracaso de tantos pretendidos programas de rehabilitación y de inserción social.

ALCOHOLIZACIÓN DE LA JUVENTUD

En una encuesta nacional de salud realizada en abril del año 1986, figuraban el tabaco y el alcohol a la cabeza de los «malos» hábitos. Concretamente, en el capítulo referido a los hábitos alcohólicos, la encuesta revelaba que, en las dos últimas semanas, el 46% de la población global había bebido de manera habitual; no había bebido, en esos días, el 12%; el 38% lo había hecho en ocasiones excepcionales, y, sólo el 3% no bebía nunca. En relación con el último año, y para los bebedores habituales, el 5% consideraba que había aumentado la ingestión de bebidas alcohólicas; el 15%, que la había disminuido; y el 74%, que permanecían igual. El 85% consideraba que el alcohol solamente daña a la salud si se toma de manera excesiva.

Una reciente encuesta realizada sobre 12.856 niños (Dra. Alicia Rodríguez Martos, *Tribuna Médica*, 13-19 enero 1989), en edades comprendidas entre los 4 y los 14 años, pertenecientes a escuelas públicas o privadas, tanto a nivel urbano como rural, arrojó el siguiente resultado: *el 94,9% de la población infantil estudiada declaró consumir alcohol. Un tercio de los niños bebedores confesaba haberse embriagado en alguna ocasión, y el 8,4% de todos los encuestados afirmaba sufrir más de dos borracheras al año. La actitud de la familia explorada, ante el espectáculo de un niño embriagado, es de risas y bromas en un 30% de los padres y otros miembros del entorno familiar.*

Parece bastante evidente que la generación actual tiene una gran propensión por el consumo de bebidas alcohólicas y no es aventurado predecir que, en un futuro no muy lejano, una buena parte de nuestros jóvenes acabarán siendo alcohólicos.

En España existe una gran permisibilidad en cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, de tal manera que una persona puede, en nuestro país, consumir bebidas alcohólicas a cualquier edad. En los Estados Unidos se cierran los establecimientos en los que se despachen bebidas alcohólicas a menores; en Inglaterra se retiran las licencias para expender bebidas alcohólicas por

el mismo motivo. En Suecia, el propietario de un establecimiento que sirviera bebidas alcohólicas a un menor, iría a la cárcel por tal circunstancia; pero, *en España no ocurre nunca nada*. Las discotecas, pubs, cafeterías, hamburgueserías, etc., son el escenario habitual de las libaciones de nuestra juventud. En infinidad de ocasiones, en tales ingestiones étlicas participan abundancia de jóvenes menores de 16 años a los que, por descontado, no se les pide el carnet de identidad cuando solicitan una bebida de este tipo. Es frecuentísimo que a niñas de 12 a 13 años se les permitía la entrada en discotecas, como reclamo para conseguir la afluencia de los muchachos.

La Legislación Española es clara, al respecto, pero no se cumple. Sobre el alcohol, el Código Penal, en su artículo 584, señala:

«Serán castigados con la pena de arresto menor o con la multa de 1.500 a 15.000 pts., o con la represión privada, al arbitrio del Tribunal, los que emplearen menores de 16 años como recadistas o botones u oficios análogos, en locales destinados al despacho y consumo de bebidas alcohólicas.»

En el mismo artículo, *en su punto séptimo*, castiga con iguales penas:

«a los que en establecimientos públicos vendieren o sirvieran bebidas alcohólicas o permitieren la permanencia en dichos lugares, a menores de 16 años».

Y *en el punto octavo*, castiga con las penas mencionadas a:

«quien en los mismos lugares ocasionase maliciosamente su embriaguez; «Y a los padres, tutores, o encargados de la guarda de un menor de 16 años, cuya embriaguez fuese imputable a su estado de descuido o abandono».

El *Reglamento de Espectáculos Públicos, Artículo 60. 2*, dice:

«A los menores de dieciséis años que accedan a los establecimientos, espectáculos o recreos, no se les podrá despachar ni se les permitirá consumir ningún tipo de bebida alcohólica.

En el mismo *Reglamento de Espectáculos Públicos* se indica:

Artículo 60.1:

«Queda prohibida la entrada y permanencia de menores de dieciséis años en las salas de fiesta, discotecas, salas de baile, en los espectáculos o recreos públicos clasificados, genérica o específicamente por el Ministerio de Cultura, para mayores de die-

...ciséis años, y, en general, en cualesquiera lugares o establecimientos públicos en los que pueda padecer su salud o su moralidad, sin perjuicio de otras limitaciones de edad que establezcan normas especiales.»

Artículo 60. 3:

«Los dueños, encargados o responsables de los establecimientos, espectáculos o recreos a que se refiere el párrafo 1, por sí, o por medio de sus porteros o empleados, deberán impedir la entrada en los mismos a los menores de dieciséis años y proceder a su expulsión cuando se hubieran introducido en ellos, requiriendo, en caso necesario, la intervención de los Agentes de la Autoridad.»

Artículo 60.4:

«Las personas señaladas en el párrafo anterior, que tuviesen duda sobre la edad de los menores que pretenden acceder, o hayan tenido acceso a los referidos establecimientos, deberán exigirles la presentación del Documento Nacional de Identidad, como medio de acreditar aquélla.»

Artículo 61.5:

«Salvo en los casos de fiestas, verbenas o atracciones populares, queda terminantemente prohibido el acceso a todo establecimiento público o local de espectáculos o recreo público, durante las horas nocturnas, a menores de dieciséis años que no vayan acompañados de personas mayores, aunque el espectáculo o actividad fuese apto para ellos.»

En España, la edad de «alcoholización» está descendiendo de manera muy notable. En el año 1965, la edad media en que una persona con una problemática de «alcoholismo crónico» acudía a un servicio de la red pública o a un centro privado, en función de las alteraciones psicopatológicas que padeciera, era de unos 45 años. En la actualidad, puede estar por debajo de los 30.

En una Encuesta realizada por la revista CIUDADANO, sobre un colectivo de jóvenes entre 13 y 15 años, todos ellos manifestaron que llevaban entrando en las discotecas desde los 12 años y que jamás les pidieron el carnet de identidad. Preguntados por el tipo de bebidas que consumían, manifestaron que la entrada les daba derecho a una consumición y que, normalmente, bebían unos buenos *pelotazos* (los denominados *pelotazos* son combinados de vodka con piña, cubatas de ron o ginebra, en ocasiones «cosas más fuertes», como menta con cerveza o ron y vodka mezclados). Asimismo, el cuestionario llevado a cabo mostró que durante la semana consumen las llamadas «litronas» (suelen comprar 2-3 litros para bebérselo entre 8 ó 10).

En una **Encuesta**, realizada en 1986, por la Cruz Roja, **en la provincia de Cádiz, entre adolescentes**, se obtuvieron los siguientes resultados:

- 20,3% de los jóvenes entre los 10 y los 17 años beben todos los días alguna bebida alcohólica.
- 73,5% toma alcohol de vez en cuando.
- 16,5% ha pasado una embriaguez leve.
- 2,7% ha sufrido intoxicación etílica aguda grave.
- *Al llegar a los 17 años, hay 5 bebedores habituales por cada diez individuos.*
- 6 de cada 10 niños, y 5 de cada 10 niñas, tomarán su primera bebida alcohólica antes de los 10 años.
- UNO de cada CUATRO varones, BEBE TODOS LOS DÍAS, frente a UNA de cada SIETE mujeres.
- De los 10 a los 13 años, tomaron su primera bebida en bares, con la siguiente proporción de consumo: 8,3% vino; 20,4% cerveza; 6,9% aperitivos y combinados; 5,9% licores y un 2,2% whisky, coñac, ginebra, etc.

En 1986, se realizó una **Encuesta en el País Vasco, entre alumnos de EGB**, con este resultado:

- 74% ya habían probado el alcohol.
- 31,12% eran consumidores habituales de bebidas alcohólicas.
- 35% manifestaron haber ingerido alcohol antes de los 12 años.
- 90% señalaron que conseguir el alcohol les resultaba muy fácil.
- Solían beber bebidas combinadas y las consumiciones las realizaban, principalmente, en bares y discotecas.

En una **muestra** realizada **en las provincias de Madrid y Jaén, con muchachos entre 13 y 17 años**, se sacaron las siguientes conclusiones:

- 62,01% de los encuestados asociaba el consumo de bebidas alcohólicas con vivencias de tipo eufórico (bailar, reír, etc.); e, incluso, desinhibitorio («hacer cosas que no soy capaz de hacer sin haber bebido»; «ir al chico que me gusta y decirle algo»).
- 97,9% había probado ya algún tipo de bebida alcohólica.
- 79,06% son consumidores habituales durante el fin de semana.

- 37,98% bebe durante los días laborables (en estas ocasiones suelen cuantificar lo que beben por litros, ya que compran bebidas, generalmente cerveza, vino, ginebra, ron, etc., por botellas, para consumirlas en la calle o en un parque).
- 52% han abusado del alcohol antes de los 15 años.
- 12% han tenido su primera borrachera durante la infancia.

Es, además, muy frecuente, el consumir alcohol y fumar. Sirvan, como muestras, los siguiente datos:

- 39,3% de los niños/as entre los 6 y los 16 años afirman haber probado el tabaco; de ellos un 55% son hombres y un 35% mujeres.
- La edad del primer cigarro está entre los 4 y los 14 años.
- 49,9% suelen fumar tabaco negro.
- 50,1% fuman tabaco rubio.

Las razones aducidas para el consumo del tabaco son:

- 14,5% por presumir.
- 63% porque les gusta.
- 13,7% porque les hace sentirse mayores.
- 77% fuman en fiestas o cuando están con amigos.

En relación con el consumo de tabaco, es de señalar que la *Legislación Española vigente, en su Real Decreto 709/1982, A rt. 3*, señala: «QUEDA PROHIBIDA LA VENTA DE TABACO A LOS MENORES DE DIECISÉIS AÑOS... Al igual que sucede con la Legislación de Bebidas Alcohólicas, consideramos que se hace caso omiso de este Decreto, mientras que las cifras de consumo de tabaco siguen ascendiendo.

En España comenzó a experimentarse, a partir de los años setenta, un aumento considerable del consumo del alcohol y otro tipo de drogas, entre la juventud, e incluso, entre la población infantil y escolarizada, a nivel de EGB. Pero ya desde tiempos muy remotos hay claros antecedentes de esta problemática: la ingestión de alcohol en menores. Junto con los demás países mediterráneos y, en general, todos los productores de vino, en España hay costumbres arraigadas de proporcionar vino a niños muy pequeños. Estos consejos, en ocasiones, provenían de médicos, influenciando a muchos padres que creían a pies juntillas que «el vino hace sangre», que ciertos vinos quinados «abren el apetito» y, lo que es peor aún, en algunas zonas todavía se moja el

chupete en anís, lo que forma parte del viejo hábito español cuando se mutaba el destete materno por el «pan mojado en vino» y que fue conocido popularmente como *sopas de vino*.

Según un estudio realizado por el Dr. Bogani Miquel, mediante una muestra con 1.073 niños de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 4 y los 10 años:

Un 50% beben todos los días, preferentemente vino con gaseosa, cerveza, vino solo y vinos quinados.

ALCOHOLISMO Y FAMILIA

Generalmente, cuando se aborda este tema, se piensa en los problemas que el alcoholismo origina en el seno de la familia o, más concretamente, en una de las complicaciones del alcoholismo: las alteraciones de la dinámica familiar.

Esta concepción del alcoholismo como una entidad nosológica clínica, corresponde a criterios puramente fenomenológicos o sintomáticos. Pero la realidad psicopatológica puede ser muy distinta, si partimos de un estudio estructuralista y psicodinámico; en este sentido podemos afirmar que *la familia del alcohólico está enferma*. El paciente (individuo) es un síntoma de la enfermedad del grupo (familia); el viejo aforismo médico «no existen enfermedades, sino enfermos» seguiría siendo cierto, pero aquí el enfermo no sería sólo un individuo sino un grupo de personas interrelacionadas por vínculos consanguíneos. En este sentido, no se debe hablar, nunca, de una familia sana en la que uno de sus miembros está enfermo, sino de una FAMILIA ENFERMA, uno de cuyos síntomas se proyecta sobre alguno de sus miembros fenomenológicamente, como una problemática de alcoholismo, pero que sobre los demás se expresa de formas psicopatológicas diversas, produciéndose un fenómeno de *neurotización o psicotización de la familia*.

En el proceso del análisis de una familia enferma, en relación con la toxicomanía alcohólica, es necesario detenerse en diversos momentos del devenir psicofamiliar. Pero antes de seguir adelante con el estudio y matizaciones de esas distintas etapas, conviene elaborar una definición del concepto básico de familia. Existen multiplicidad de definiciones, según las diversas filosofías o doctrinas político-filosóficas acerca del sentido, la génesis y la trascendencia del fenómeno familiar. Los diversos contenidos conceptuales intentan ofrecernos una explicación coherente de lo que podríamos denominar «la fenomenología de la familia».

Entre todas estas doctrinas, escogemos la definición cristiana bíblica de la familia por parecernos la más adecuada en relación con nuestro tema. La primera definición que, desde el punto

de vista bíblico cristiano nos encontramos, es la que se encuentra en el capítulo 2 del libro del Génesis y que viene enmarcada por las siguientes afirmaciones:

- a) La mujer es concebida como la «ayuda idónea del varón» (Gn. 2:18). El término hebreo que es traducido por los vocablos «ayuda-idónea», es una palabra cuya traducción literal expresaría el concepto de que la mujer es *el otro (enfrente) con el que se establece la comunicación y el diálogo*.
- b) El varón y la hembra, cuando deciden «abandonar» a su padre y a su madre (familiares) para constituir *su propia familia*, se unen formando UNA SOLA CARNE. La palabra hebrea que traduce la frase «Una sola carne» es el término *basar*, que expresa el YO en su forma corporal, y que se podría traducir por el vocablo PERSONA. Por consiguiente, *el concepto de familia quedará definido*, en su sentido esencial, básico y primigenio, *como el de UNA PERSONA COLECTIVA* (constituida por dos individuos, varón y hembra), *en el seno de la cual se produce una interrelación, dinámica, del uno con el otro (enfrente), que permite la COMUNICACIÓN Y EL DIÁLOGO*.

Muchas familias, en su constitución, no parten de estos conceptos de integración coherente sino que, más bien, se establecen sobre bases de escisión o de alienación. En psiquiatría se define el grado de salud mental según los niveles de integración yoica. Una persona enferma o alienada es aquella que tiene un yo, resquebrajado o escindido; es decir, una persona alienada (enferma) es una persona rota. Por consiguiente, una familia rota es una familia enferma.

El alcoholismo, que se deviene o realiza en el seno de las familias, contribuye, o es expresión, de la desestructuración de las mismas. Para poder considerar la acción morbígena, y psicopatológica, del alcohol y del alcoholismo sobre la integridad psicopsicosocial, es necesario el estudio de la familia y de cada uno de sus miembros básicos (varón-hembra) en relación con el alcohol y con el alcoholismo, en diversas fases de su evolución como individuo y como persona colectiva.

1) FASE PREMATRIMONIAL

Esta fase corresponde al estudio de la situación de cada uno de los miembros de la pareja antes del matrimonio, o sea, al estudio de *la Pareja Premorbida*. En este sentido es necesario hacer una investigación psicopsicosociológica y psicopsicosociopatológica en el ámbito de las relaciones dinámico familiares de cada uno de los futuros cónyuges. Para poder clarificar, de manera más didáctica, estos aspectos, hablaremos en el contexto de este estudio de aquellos casos

en los que la pareja mórbida futura estará constituida por un enfermo alcohólico y una esposa que no lo es, a partir del momento del establecimiento de los vínculos conyugales.

En este sentido es necesario estudiar la personalidad de la mujer y la del futuro marido alcohólico. Es muy frecuente que durante el noviazgo se establezca una interrelación dinámica, en la que se produce por parte de la novia una aceptación «tácita» del alcoholismo del novio y, por otro lado, una «disimulación» por parte del novio de su problemática toxicománigena. Es frecuente que el conocimiento inconsciente del problema sea racionalizado a nivel consciente y la mujer se plantea el futuro casamiento con la esperanza de «reformular o redimir» al futuro marido, por los vínculos psicoafectivos que se establezcan en el futuro, de su dependencia toxicománigena (alcoholifílica). Asimismo, es necesario plantearse los siguientes interrogantes: ¿Puede considerarse casual o incidental este tipo de uniones? ¿Qué tipo de personalidad, para compartir su vida, escoge cada uno de los cónyuges, y por qué lo hace de esa manera? La experiencia de la investigación psicopatológica y psicodinámica nos ha llevado a elaborar, con plena convicción, algunas respuestas:

- a) *La aceptación, tácita, del alcoholismo solapado, por parte de los novios.*
- b) *El deseo de redención de un cónyuge hacia el otro.*
- c) *El deseo inconsciente del dominio del otro (por parte del cónyuge no alcohólico).*
- d) *La gratificación, narcisista, de actitudes masoquistas y sádicas, por parte de ambos cónyuges, en su interrelación personal.*
- e) *La proyección de un complejo edipiano, no resuelto, del cónyuge sano (esposa) sobre el cónyuge enfermo (marido alcohólico).*

Cada uno de los apartados anteriores necesita una explicación psicológica para poder entender los aspectos psicodinámicos del funcionamiento de la pareja. Sorprende, estadísticamente, el elevado porcentaje de mujeres que son hijas, a su vez, de un padre alcohólico, con el que establecieron en su infancia una relación edipiana (complejo de Edipo según los conceptos freudianos), que no han podido superar en el devenir de la segunda infancia y de la adolescencia; por consiguiente, dichas mujeres mantienen la imagen paterna como la depositaria del objeto de su amor, lo que conlleva la aceptación, a nivel inconsciente, de una imagen masculina alcohólica. Cuando llega la pubertad, y debido a los cambios psicobiológicos que en la misma se devienen, al producirse los deseos de realización de los impulsos sexuales, estas mujeres buscarán, inconscientemente, una relación con un varón que reproduzca características psicoafectivas y

psicopatológicas de la figura de su propio padre; inconscientemente buscarán una persona «que se parezca» a su progenitor, y establecerán con ella una relación interpersonal y psicosexual anómala, en función de su complejo de Edipo no superado. Consecuentemente, en la relación de la pareja surgirán disarmonías y disfuncionalidades, que sólo podrán ser explicables teniendo en cuenta la relación edipiana antes apuntada. Por la relación inconsciente establecida en la infancia, se producen sentimientos de culpa, también inconscientes, que impiden la relación incestuosa entre padre e hija; como este tipo de relación se proyecta sobre el marido, al que se convierte en «padre», a nivel de las relaciones sexuales entre marido y mujer se pueden producir trastornos del tipo del vaginismo, frigidez sexual, etc.

Por otro lado, la sexualidad humana está constituida por los instintos sexuales de tipo *heterosexual* y por los llamados *instintos sexuales componentes* (instinto homosexual, exhibicionismo, sadismo, masoquismo, etc.), que en condiciones de estado de conciencia «normal» se encuentran, reprimidos. La ingestión de bebidas alcohólicas, al actuar el alcohol deprimiendo las estructuras de la corteza cerebral, permiten que se liberen otras estructuras cerebrales más profundas a nivel del cerebro medio o cerebro emocional (hipotálamo) y que, como consecuencia, contenidos instintivos que se encontraban reprimidos, a nivel inconsciente, pueden emerger al campo de la conciencia, buscando su gratificación libidinal. Así se explica la frecuente relación de tipo sadomasoquista cruzado que se produce entre los miembros de una pareja mediatizada por el problema de alcoholismo de uno de los dos cónyuges: el sadismo de uno compensa el masoquismo del otro, y viceversa.

En muchas mujeres existe un deseo atávico que, a veces, se deviene de manera inconsciente, *de querer ser el hombre* (deseo que podría explicarse por los distintos avatares psicológicos, histórico-biográficos, socioculturales y sociopolíticos de la historia humana) y que puede llegar a una gratificación «por el dominio del otro»; por lo que, para conseguir la finalidad gratificadora, se podría estar haciendo una concesión al alcoholismo del marido y suplantando su rol en el funcionamiento sociodinámico de la familia. Es evidente que un individuo, del sexo masculino, que sufra un proceso de alcoholismo crónico, va realizando una dejación progresiva de sus responsabilidades que pasan a ser asumidas por su mujer, que funciona, en el futuro, como «padre y madre».

2) FASE MATRIMONIAL

Esta segunda fase corresponde al funcionamiento de la pareja dentro de la situación institucional del matrimonio, y podríamos denominarla como la fase de LA FAMILIA ENFERMA. Los dos

individuos que han llegado a constituir la pareja, aportan a la integración conyugal su peculiar psicopatología. Se trata del establecimiento de la pareja mórbida que conlleva la realización de una familia enferma desde el punto de vista psicopatológico y ético. *Este hogar alcohólico va a tener un funcionamiento anormal o psicopatológico*, se va a producir un fallo de los sistemas de valores (éticos, morales, religiosos, etc.). La familia enferma se va a expresar hacia dentro y a proyectar, peristálticamente, de forma psicopatológica y alienante. Cada uno de los miembros de dicha familia, expresará la enfermedad colectiva con un cuadro psicopatológico distinto (por ejemplo: alcoholismo del marido; neurosis o psicosis de la mujer; neurosis de los hijos, etc.).

En el marco de esta familia enferma se dará la aceptación MÍTICA del alcohol, considerando a éste como un elemento alimentario, generador de fuerza física, estimulador de la inteligencia, inspirador de la imaginación y de los sentimientos estéticos y potenciador de la sexualidad, amén de favorecedor de determinados aspectos de la fisiología humana, tales como la circulación coronaria, el buen funcionamiento del estómago, etc. El alcohol pasa a jugar un papel central en la dinámica familiar, aun en aquellos casos en que el miembro alcohólico no ingiera la droga etílica a nivel doméstico; existirá siempre un cuidado, en ocasiones exquisito, para mantener las bebidas alcohólicas en lugar preferente del hogar, como reserva «necesaria» para gratificar a los amigos o a aquellas personas que establecen relaciones sociales con la familia en cuestión. En definitiva, *el alcohol pasará a presidir la vida de esta familia, y gran parte de sus relaciones internas girarán alrededor, en función de esta droga socializada, interiorizada e internalizada en los niveles conscientes e inconscientes de esta personalidad colectiva que constituye este grupo primario familiar.*

Como consecuencia de la alcoholización del varón (padre de familia), se produce un fallo del principio de autoridad del padre y, como consecuencia del mismo, se va gestando un cambio de *roles* a nivel intrafamiliar; y la mujer (esposa o madre de familia) va asumiendo (en la mayoría de casos no tiene otra alternativa que hacerlo) las funciones que en nuestro medio sociocultural son propias del marido (asume la dirección del hogar en sus diversos aspectos: administración de la casa, educación de los hijos, representatividad de la familia, etc.). En función de estas alteraciones rólicas intrafamiliares se va produciendo, desde un punto de vista psicológico (cuando no orgánico, en el caso del cónyuge alcohólico), un proceso de *feminización del hombre* y de *virilización de la mujer*, que traerá consecuencias nefastas para la evolución psicosocial de la familia.

El ser humano deviene su experiencia existencial, a lo largo de toda su vida, en grupos. La familia constituye el GRUPO PRIMARIO *donde el hombre deviene sus experiencias vivenciales y*

existenciales mas importantes. De las relaciones que el ser humano establece con este grupo primario en los primeros estadios de su vida (primera y segunda infancia) dependerá, en parte, su personalidad futura y sobre todo sus actitudes y patrones de conducta, así como su identificación psicosexual.

El alcoholismo de los padres (de uno, o de ambos) juega un papel importante sobre el desarrollo de la personalidad de los hijos. Para que *el niño y la niña* de hoy sean *un hombre y una mujer*, que al llegar a la adolescencia tengan definido el sentido de su identidad sexual en relación con su sexo anatómico y fisiológico, es necesario que se produzca en ellos de manera inconsciente, entre los 3 y los 5 años de edad, *una buena identificación con el ser del mismo sexo* (internalización de la imagen paterna o materna). El padre es la primera persona por la que se orienta el hijo. Todas las experiencias, tanto positivas como negativas, éste -el hijo-las traslada (o las proyecta) a las demás personas de su entorno que, de un modo u otro, ejercen una función de autoridad: profesores, policías, funcionarios del Estado, la sociedad.

Cuando el progenitor, con el que el hijo necesita identificarse, sufre un problema de alcoholismo, se produce una situación traumática para que se pueda verificar una buena identificación con la imagen del padre (o de la madre) correspondiente. Ante esta situación de un padre (o madre) alcohólico el hijo tiene, en principio, tres opciones: A) rechazar dicha imagen paterna y buscar otro modelo de identificación, entre las personas de su medio sociofamiliar, que sean de su mismo sexo y tengan una significación paternalística positiva (abuelos, tíos, o hermanos mayores); B) asumir la imagen paterna correspondiente, identificándose plenamente con ella, y C) proceder a la identificación con el progenitor del sexo opuesto al suyo.

Según el tipo de identificación que se verifique, las posibilidades biopsicológicas del hijo (o hija) al llegar a la adolescencia, y a partir de la misma pueden ser las siguientes:

- 1) En el caso de la identificación tipo A), el muchacho se convertirá en una persona abstemia y con un gran rechazo a todo lo que sea el consumo de bebidas alcohólicas y a las personas que las consuman (proyección del rechazo del padre sobre su entorno psicosocial).
- 2) Si se produce una identificación con la imagen del padre (madre) alcohólico -tipo B)- la consecuencia de tal proceso será el desarrollar todas las posibilidades de convertirse en un enfermo alcohólico en el futuro.
- 3) Cuando el proceso de identificación sea del tipo C), las consecuencias psicológicas que se tengan pueden ser de enorme trascendencia, dado que el hijo/a se identifica con una persona (padre o madre) de sexo distinto al suyo y por consiguiente, se crea toda la in-

fraestructura psicodinámica para desarrollar una homosexualidad. Toda esta serie de posibilidades explican muchos fenómenos psicopatológicos, comprobables, en la sociedad actual, desde el punto de vista epidemiológico y estadístico: tales como el aumento del alcoholismo infantil y juvenil y el incremento de la homosexualidad de ambos sexos.

El alcohol (o el alcoholismo de uno de los cónyuges) juega un papel importante sobre la relación sexual (íntima) de la pareja. Se producen frustraciones en la realización del acto sexual en sí mismo (coito); y si el alcoholismo corresponde al varón, se pueden dar las siguientes alteraciones:

- a) En el cónyuge masculino alcoholizado: impotencia sexual por afectación tóxica de las glándulas sexuales masculinas (testículos), desplazamiento de los sentimientos de culpa y elaboración posterior de un delirio de celos (celotipia alcohólica).
- b) En el cónyuge femenino no alcohólico pueden producirse las siguientes alteraciones: apatía sexual, insatisfacción sexual, frigidez sexual, rechazo sexual y, finalmente, ruptura sexual (incomunicación).

Los problemas del alcoholismo en el seno de una familia repercuten sobre la salud mental de todos sus miembros y, de manera muy significativa, sobre los niños. En éstos se pueden manifestar los siguientes trastornos psiconeuróticos y psicopatológicos: enuresis nocturna y/o diurna, encoyprisis, onicofagia, nerviosismo y ataques histéricos, terror nocturno, inquietud psicomotora («niños difíciles»), fugas, trastornos del carácter y de la conducta, retrasos escolares (el niño vivencia en clase el conflicto familiar desencadenado por el alcoholismo de uno de sus padres y esta interferencia psicoafectiva menoscaba y disminuye su rendimiento intelectual), autismo infantil, depresiones e intentos de suicidio, delincuencia, y toxicomanía («niños bebedores»).

En definitiva, en la familia alcohólica enferma se producen una serie de alteraciones psicopatológicas que dan al traste con la salud mental de cada uno de sus miembros, dándose una neurotización de la misma y creándose las condiciones psicopatológicas adecuadas para que se produzca la dicotomización del complejo sociofamiliar y la incomunicación y ruptura psicoafectiva, bien entre todos, o entre algunos de sus miembros.

El alcohol puede jugar un papel muy importante en el devenir psicobiológico de una persona, en diferentes momentos ontológicos y psicobiológicos:

1. *En el momento de la concepción:*

Las relaciones sexuales efectuadas bajo los efectos del alcohol étílico (personas alcoholizadas que practican relaciones sexuales bajo la ingesta etílica, o personas no alcohólicas

que tienen relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol) pueden traer consecuencias nefastas, en el caso de que se produzca un embarazo, para el nuevo ser que va a nacer, dado que el alcohol tiene una acción sobre las células germinales masculinas y femeninas. Las alteraciones que el alcohol produzca sobre estas células pueden traducirse en trastornos genéticos irreversibles que afecten al desarrollo de la personalidad de los hijos y, de manera especial, a sus capacidades intelectuales. Si las relaciones sexuales se producen entre personas «alcoholizadas» (él o ella) los hijos que nazcan como resultado de dichas relaciones pueden estar afectados de los siguientes trastornos: debilidad mental, labio leporino, espina bífida, malformación del paladar, síndrome FETAL ALCOHÓLICO, ataques epilépticos y trastornos caracteriales. Todas estas alteraciones son de naturaleza genética y se originan al actuar el alcohol a nivel cromosómico, produciéndose alteraciones del código genético, que se transmiten siguiendo los mecanismos de la herencia.

2. *Durante la vida y permanencia del embrión-feto en el claustro materno:*

El alcohol etílico atraviesa el filtro placentario llegando, a través de la corriente sanguínea, a todas las estructuras biológicas del fruto de la concepción. Como consecuencia de esta impregnación alcohólico fetal, se pueden producir alteraciones en la intimidad bioquímica y genética que aboquen en los siguientes trastornos: alcoholización del feto, síndrome de abstinencia en el momento del nacimiento, y los trastornos enumerados en el apartado anterior.

3. *Durante la lactancia:*

En el caso que el niño sea amamantado por una madre alcohólica activa o por una madre no alcohólica que consuma alcohol etílico, recibirá, a través de la leche materna, una parte del alcohol ingerido por la madre, con el consiguiente daño sobre su integridad psicofísica.

4. *El alcohol en la infancia:*

En el grupo familiar se puede condicionar tóxicamente al niño haciéndole ingerir bebidas alcohólicas, con la finalidad de alimentarle mejor, de que tenga más apetito, de favorecer su crecimiento y desarrollo y para tonificar todas sus funciones vitales. Dentro de este grupo se produce, entre otros, el fenómeno del aprendizaje, que constituye una buena estructura para que el niño comience a escalar los primeros peldaños de su «Carrera alcohólica».

5. *El alcohol en la adolescencia y en la edad adulta:*

Los fenómenos que condicionan el alcoholismo juvenil y de los adultos han sido ya descritos en este trabajo.

Como consecuencia de todo lo expuesto, hasta aquí, en relación con la formación y desarrollo de la personalidad de un individuo, *podemos afirmar que el alcoholismo de alguno de los progenitores, o de ambos, influye de manera importante en dicho desarrollo.*

Desde el punto de vista psicoanalítico, las diversas etapas o fases del desarrollo de la personalidad serían las siguientes: Oral, anal, genital (en esta etapa juegan un papel muy importante las figuras o imágenes ideales del YO, que permiten la identificación psicosexual del individuo; estas imágenes o figuras ideales del YO, en el grupo primario familiar, la constituyen el padre y la madre), edipiana, fase de latencia, adolescencia y adulted. Hemos ido viendo cómo el alcoholismo actúa sobre el individuo en relación con cada una de estas fases, y volviendo al problema de la *neurosis infantil, de niños hijos de padres alcohólicos*, nos parece interesante traer a colación la opinión del *gran psicólogo C. G. Jung*, que, respecto de las neurosis infantiles, manifestaba lo siguiente: «Toda vez que un pequeño manifiesta síntomas de una neurosis, convendrá no detenerse demasiado en la exploración de su inconsciente sino iniciar la exploración en otro punto: ante todo en la madre, pues casi siempre los padres son los causantes directos de la neurosis infantil o, por lo menos, sus más importantes factores determinantes». En el caso de un hogar alcohólico, la esposa y madre está neurotizada y lanza su ansiedad sobre los hijos, que a su vez enferman, y no tienen sobre quién descargar su angustia.

De manera similar, los hogares alcohólicos gestan niños moralmente defectuosos o delincuentes, los cuales surgen cuando «padecen una carencia casi orgánica de algo que para todo niño es una necesidad vital: la atención de los padres, en especial de la madre, su verdadero nutrimento psíquico; ello explica que tantas neurosis infantiles sean, más que una genuina enfermedad del niño mismo, síntomas de las condiciones mentales de los padres» (el niño solo, en parte, posee una mentalidad propia y en esencia se halla en dependencia psicológica paterna). Existe una gran influencia del inconsciente de la madre sobre los hijos, como consecuencia de la cual, éstos imitan inconscientemente los contenidos inconscientes de su madre.

3) FASE POSTMATRIMONIAL

Se trata de una fase final que se da, en el devenir morbígeno de la familia alcohólica, como consecuencia de la ruptura de la comunicación entre los cónyuges; es decir, se produce una descompensación de cada uno de los cónyuges con el otro, *con el enfrente con el que se establecía*

la comunicación y el diálogo. La comunicación «normal» está suplantada por la «incomunicación o comunicación patológica» (la enfermedad como medio de expresión):

a) *En la mujer neurótica (neurotizada):*

- Depresión
- Histeria
- Hipocondría
- Ansiedad-Angustia
- Psicosis-Delirio de celos
- Infidelidad-Adulterio
- Alcoholismo

b) *En el hombre alcohólico:*

- Trastornos de carácter
- Trastornos de conducta
- Delirio de celos (celotipia alcohólica)
- Fallos laborales
- Enfermedades somáticas
- Psicosis

e) *En los hijos psicotraumatizados:*

- Trastornos de carácter
- Trastornos de conducta
- Fallos escolares
- Trastornos psiconeuróticos (tics, enuresis, encopresis, ataques histéricos, insomnio, terrores nocturnos, onicofagia, fobias, etc.)
- Debilidad mental condicionada por el medio sociofamiliar patógeno
- Delincuencia infantil y juvenil
- Iniciación al etilismo crónico.

ALCOHOLISMO EN LA MUJER

La problemática de la alcoholización de la mujer en España, y en el mundo, se ha producido en función de contenidos ideológicos y culturales similares, pero que han tenido una aplicación cronológica en diferentes momentos de la historia, en los diferentes países, en relación a su desarrollo socioeconómico y a su evolución sociopolítica.

Antes de 1908, el alcohol no estaba asociado con la vida social de las mujeres, como lo estaba con la de los hombres.

Y en relación con este hecho, alguna Escuela Psicoanalítica afirmaba lo siguiente: «Los hombres se aficianan al alcohol porque él les proporciona un exaltado sentimiento de hombría, y haga su complejo de masculinidad. La naturaleza de su constitución psicosexual impone a la mujer, en un grado mucho menor, la ingestión de alcohol. Su instinto sexual es menos activo y su resistencia contra sus impulsos mayor.»

Según el eminente psicoanalista Karl Abraham, los hombres usan más (sociológica y socialmente considerado) el alcohol que las mujeres; pero la evolución social va cambiando la relación hombre/mujer/ingestión etílica. Según este autor, las demandas inconscientes de la mujer han estado más reprimidas y «los cambios sociales» han contribuido a modificar actitudes de su super-yo (conciencia social introyectada); y ahora la mujer bebe más que en épocas anteriores, y así gratifica demandas sexuales inconscientes y de otra naturaleza, que también habían permanecido reprimidas.

La incidencia del alcoholismo femenino se ha hecho más manifiesta, a partir de la década de los setenta. Al final de la década de los cincuenta la relación hombre/mujer alcohólicos era de 10 a 1; posteriormente, sobre 1965, pasó a ser de 8 a 1. A partir del año 1970, en algunos países de cultura latina y de tradición vitivinícola, entre ellos España, la relación se hizo de 4 a 1; y después de 1980, en algunos países del continente europeo y americano, la relación es de 2 hombres alcohólicos por una mujer, con el mismo trastorno.

Este incremento de la «alcoholización» de la mujer a nivel mundial y, en especial en los países de estructura capitalista, y aquellos donde ha tenido una gran influencia la versión puritana del cristianismo, se debe sobre todo al trasfondo o estructura psicosocial y socioeconómica que lo sustenta:

1) *Trasfondo emocional:*

La evolución de las concepciones éticas ha dado al traste con determinados sistemas de valores, que durante siglos y milenios han sido considerados como reglas éticas, de referencia, de carácter supremo. Las actitudes sexuales han sido de las más afectadas, al respecto. Se ha ido produciendo una «represión» en sentido inverso al descrito por Freud, y las escuelas psicoanalíticas: todas aquellas personas que no han sufrido una desinhibición erótica han llegado

a considerarse «anormales». La norma de la nueva cultura y de la nueva moral hace que una muchacha que al llegar a determinada edad no se haya acostado con un hombre, sea considerada, y se considere a sí misma, sexualmente, patológica.

Como consecuencia de estos cambios sociológicos se le han impuesto al YO determinadas pautas de conducta para las que no estaba preparado y que no le era posible asumir en un período tan corto de tiempo. Han surgido, de esta manera, sentimientos de culpa en relación a la conducta sexual de las mujeres; sentimientos que han contribuido a buscar mecanismos de compensación: entre ellos el «escapismo de la realidad»; y la disolución de tales sentimientos por medio de la modificación del estado de la conciencia, alterando la misma por la ingestión de bebidas alcohólicas. Ejemplos de este tipo los encontramos en la psicogénesis del alcoholismo de muchas mujeres, que han llegado a la toxicomanía etílica partiendo de estados psicoemocionales psicotraumáticos, tales como: embarazos indeseados, adulterios, abortos, etc. En todos estos casos los mecanismos de defensa, como son la racionalización y el desplazamiento del punto de gravedad, han fracasado.

2) *Trasfondo psicosocial:*

En este aspecto es necesario destacar la descompensación que supone la llamada emancipación de la mujer. Esta pretendida liberación, consideramos que no es tal. En realidad, se está produciendo una pseudoliberación. La mujer está cayendo en la trampa de convertirse en una mera imitadora de las pautas de conducta del hombre. Se trata de desarrollar sociológicamente una conducta imitativa, que conlleva las siguientes transformaciones:

VIRILIZACIÓN de la mujer. Virilización que no sólo se produce como consecuencia de la actividad del alcohol sobre el sistema nervioso central y sobre las cápsulas suprarrenales, sino, y de manera muy especial, a nivel de la transformación de sus contenidos psíquicos. *En este sentido la mujer, en su afán de reivindicar sus legítimos derechos históricos, cae en la trampa de confundir igualdad con mismidad.* Esta identificación con «lo masculino» resulta, en una sociedad donde el hombre bajo el punto de vista existencial es un ser frustrado (y en un gran porcentaje de casos tóxico-dependientes), muy negativa. *Hacerse igual al hombre viene, en la práctica a hacerse lo mismo que el hombre;* lo que implica *participar activamente de sus hábitos toxicomanígenos.* La mujer no ha tenido en cuenta que «igualdad» no es lo mismo que «mismidad». Las consecuencias son obvias; en la medida que se va produciendo una «psico-socio-virilización» de la mujer, ésta se va identifi-

cando con los hábitos toxicomanígenos más característicos de la denominada sociedad «machista», sociedad que, por otra parte, la mujer pretende combatir, con sus pretendidos movimientos de liberación.

EROTIZACIÓN de la mujer. La dimensión de la aceptación de pautas de conducta propias de «Varón» en el contexto de nuestra civilización occidental, ha llevado a la «mujer» a cierta desinhibición en la esfera de lo sexual, que la ha perjudicado de manera notable en el curso existencial de la misma y, sobre todo, en la profundización y el progreso de su lucha liberadora. Todo ello ha contribuido para que, una vez más, haya caído en la trampa que le ha tendido una sociedad consumista y explotadora de los más débiles y dependientes, desde el punto de vista socioeconómico.

DISOCIALIZACIÓN de la familia. La mujer ha participado, de manera muy activa, en este proceso de rompimiento, distorsión y disociación de la familia. El rechazo de la «estructura familiar tradicional», al no ser sustituidos sus valores por otras alternativas válidas y no alienantes, está creando un gran vacío social-existencial y de soportes psicoafectivos, que son otros tantos condicionantes de «frustración» y que devienen a la mujer hacia la búsqueda de «paraísos artificiales» que den sentido. trascendente a su «vacío» interior.

ALCOHOLISMO EN LA SOCIEDAD DE LA LONGEVIDAD

El ser humano deviene su vida (existencia) en grupos. El grupo tiene un gran poder condicionante sobre el individuo. En el proceso de «alcoholización de un individuo» la acción de los grupos, influyendo sobre su psiquismo, ocupa un importante lugar a la hora de considerar las diversas causas que influyen sobre las personas para que éstas busquen el alcohol como un medio «para realizarse».

En el anciano se dan una serie de circunstancias psicosociales que favorecen su alcoholización. Cambios socio-laborales (patología del trabajo, del desempleo y de la JUBILACIÓN). Está demostrada, desde hace mucho tiempo, la relación existente entre trabajo, neurosis y alcohol. Las apreciaciones clínicas no dejan lugar a dudas. Muchas personas que pasan la semana laboral en un aceptable estado de compensación psicoemocional, se descompensan, al llegar el «fin de semana», ante el hecho fehaciente del «vacío ocupacional y motivacional» que les deja la ausencia del trabajo. La actividad laboral suple, en su vida, otros contenidos del espíritu; y el ejercicio de

su profesión resulta tan alienante que, fuera de la misma, la «angustia» aflora con tal fuerza que dichas personas necesitan poner en marcha mecanismos de compensación que la yugulen. En muchas ocasiones dichos mecanismos son de naturaleza neurótica (Neurosis de los Domingos) y en otras, de carácter toxicomanígeno. La jubilación, por el contexto psicosocial y sociofamiliar en que se desenvuelve, constituye una situación propicia para desarrollar hábitos alcohólicos o, en cualquier caso, profundizar y dinamizar los previamente adquiridos durante el período laboral activo. Los ancianos, en nuestro entorno social se encuentran en una seria situación de abandono afectivo y humano por parte de una sociedad tecnificada, que los margina y abandona a su propia suerte. En el mejor de los casos, les construye, con el fin de aparcarlos de la participación vital activa, los denominados «Hogares del Pensionista» que, en la práctica, se convierten en «vulgares bares» donde se fuma, se bebe alcohol, se realiza una vida sedentaria de tipo paternalista, y se va «esperando» lentamente, la muerte.

En el anciano se dan, además de los significativos cambios sociolaborales ya apuntados, otros de naturaleza socioeconómica y psicosocioafectiva. Todos estos cambios crean en el anciano una situación existencial muy particular que, en la mayoría de los casos, se convierte en una fuente manadora de angustia. Para resolver, o al menos disolver, esa situación angustiosa, la sociedad de consumo ofrece, como respuesta, acciones institucionales a través de diferentes instituciones: *Hogares de Jubilados, Hogares de Pensionistas, Asilos y Residencias de Ancianos*.

Es absurdo que la sociedad del bienestar material en los pueblos de occidente ofrezca a los ancianos unos recursos tan inadecuados a sus necesidades existenciales. La sociedad científica y tecnológica es, parcialmente, responsable del alargamiento de la vida; pero, por otro lado, no arbitra dispositivos adecuados a las necesidades de aquellos que viven durante más tiempo. Por otra parte, es esta misma sociedad la que ha contribuido, con su sentido utilitarista de la vida, a la desintegración de la familia y a desarrollar de manera alarmante el sentido de la insolidaridad humana. En los diversos «depósitos» donde van a parar tantos y tantos ancianos, se intenta paliar los problemas de sus frustraciones y angustias permitiéndoles el consumo de las llamadas drogas legales (alcohol y tabaco) y prescribiéndoles los maravillosos «fármacos» que el Estado les dispensa de forma generosa y gratuita (tranquilizantes, hipnótico-antidepresivos, etc.). *Con esta filosofía de la existencia la realización tanática del anciano está asegurada. La tolerancia, cuando no la recomendación de consumo de drogas por los ancianos, es una forma encubierta de eutanasia social.*

Como consecuencia de todo lo expuesto hasta aquí, es necesario llegar a la triste y frustrante conclusión de que el Alcoholismo y sus consecuencias físicas, psicopatológicas, económicas, familiares, éticas y espirituales, constituyen, quizá, el primer problema psico-socio-sanitario de nuestro Estado Español. No existe, actualmente, estrato de la sociedad española que no se vea afectado por esta problemática; asimismo no se da nivel de población que no sufra sus consecuencias. Para ilustrar esta realidad añadiremos, a los datos ya apuntados, los siguientes, por su significación:

- Según un estudio que recoge datos, *entre 1976 y 1985, un 20, 11 por 1.000 de los nacidos vivos presenta malformaciones*. De estas malformaciones, *el 0,01 corresponde al Síndrome Alcohólico Fetal* (pero el registro para este Síndrome sólo se realizó desde 1984). El estudio ha sido realizado por el *Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas (ECEMC)*, y publicado por el Boletín Epidemiológico Semanal del Ministerio de Sanidad y consumo.
- En un estudio reciente realizado en una región del Norte de España, se registraban los siguientes datos:
 - *Un 20% de la población juvenil, entre los 15 y los 30 años, afirman que consumen periódicamente cannabis, anfetaminas, cocaína, opiáceos, inhalantes, tranquilizantes o alucinógenos*. Son datos recogidos en la ciudad de Gijón (Asturias) que deben ser tomados con la necesaria prudencia, pero que, sin ninguna duda, ofrecen una realidad social de la forma en que vive enmarcada la juventud de determinadas ciudades del territorio español. *Para el año 1985, este mismo estudio señalaba que un 56% de los jóvenes encuestados son fumadores diarios (con una media de trece cigarrillos) y un 66% beben alcohol, de forma habitual y consuetudinaria, en cantidades excesivas y que pueden abocarles a una problemática de alcoholismo crónico en un futuro próximo.*
 - Según datos publicados en *Tribuna Médica* (13-19 de enero de 1989) *los españoles gastan en bebidas alcohólicas el doble que en lectura.*

En definitiva, en España existe, desde el punto de vista psicosocial, una *panalcoholización de la población* que debería requerir la atención, urgente, de todos los organismos y entidades sociosanitarias y psicosociales de nuestro País. El futuro se perfila muy pesimista, dado que la infraestructura de que se dispone para abordar esta seria problemática resulta insuficiente a todas luces.

Con una cifra entre tres millones y medio a cuatro de personas alcohólicas, y teniendo en cuenta (según la OMS) que alrededor de un ser alcoholizado existen unas cuatro personas que sufren, no consideramos exagerado realizar la afirmación de que EN ESPAÑA UNOS 12-14 MILLONES DE PERSONAS PADECEN ALTERACIONES PSICOLÓGICAS, PSICOPATOLÓGICAS, ECONÓMICAS, FAMILIARES Y ÉTICAS, COMO CONSECUENCIA DE ESTA SOCIOPATÍA.

Si queremos una sociedad mejor, más justa, más libre y más equilibrada, es necesario abordar el problema de su creciente realización tanática. Esperemos que la posibilidad de conseguirlo no se quede sólo en una utopía.

Para ello no existe más alternativa que reconstruir un sistema de valores que esté al servicio de la vida y de la salud y que dé al traste con alguna de las filosofías elaboradas en este siglo de tanto adelanto científico y tecnológico, y de tanta agonía existencial de las personas.

La lucha contra la tiranía de la razón y la nueva religión de la tecnología no debe llevarse a cabo consumiendo alucinógenos, anfetaminas o bebidas alcohólicas.

Esta confrontación dialéctica no es otra que la que se deviene a través de la historia humana entre los valores de la inmanencia y de la trascendencia. La resolución de la contradicción que la confrontación comporta no está en la drogadicción de la humanidad sino en la realización integral del hombre satisfaciendo las demandas que emergen desde la esfera de su intimidad, de manera pneumática y no toxicomanígena. En definitiva, siguiendo una política y una estrategia que promocióne el *eros* (la vida) y que combata el *tanatos* (la muerte).

Capítulo VI

La relación de las drogas (alcohol -heroína) en la intimidad bioquímica del ser

La realidad toxicomanígena, a nivel mundial, viene a poner de manifiesto, estadísticamente, que uno de cada cuatro seres humanos depende de las drogas. Si esto es así, queda claro que el problema de la drogadicción tiene características universales.

La realidad de la práctica clínica, cotidiana, viene a enriquecer las posibilidades del conocimiento del acontecer bioquímico que se deviene en la intimidad neurofisiológica de los seres humanos, y nos permite intentar establecer una posible interrelación entre los descubrimientos del funcionamiento bioquímico y neurológico del sistema nervioso central, y las apreciaciones que se desprenden del estudio semántico de las verbalizaciones que los pacientes toxicómanos utilizan para dar respuesta a las preguntas del investigador clínico.

Desde hace muchos años, y en función de nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes toxicómanos alcohólicos, hemos venido pensando que LAS PALABRAS DEL ARGOT que este tipo de pacientes utilizaba para expresar su experiencia toxicomanígena, constituía una expresión verbal que traducía semánticamente hechos y realidades del acontecer bioquímico; en una palabra: pensábamos, y hoy estamos más convencidos que nunca, que vocablos tales como *calentar la boca, calentar el paladar, embalsarse, colocarse*, etc.... eran (o son) la traducción semántica de los acontecimientos bioquímicos más importantes que ocurrían (o que ocurren) en la intimidad neurofisiológica de un enfermo toxicómano, por lo que se ponía de manifiesto la pérdida de la llamada capacidad de control. Por otra parte, diversos estudios y descubrimientos científicos venían a poner de relieve que las concepciones acerca de la con-

ducta humana, en cuanto a problema toxicomanígeno se refiere, podían ser distintas de los planteamientos clásicos vigentes.

Así, el profesor Juan Rof Carballo, en su libro *Biología y Psicoanálisis*, en el capítulo dedicado a la «Maduración cerebral y sistemas de autovigilancia», en la página 168, dice lo siguiente:

«De sus estudios en el cerebro del octópodo J. Z. Young saca dos conclusiones importantes. Todo organismo, como es sabido, sobrevive porque se adapta al medio. Esta adaptación se realizaría, según Young, porque en sus núcleos centrales, es decir, en el sistema nervioso, existe un sistema de control que, en cierto modo, REPRESENTA AL MEDIO. Fijémonos bien; no es que el medio se internalice (Engels) o que las primeras experiencias promuevan cambios neuronales que adaptan al ser vivo a su medio. No. La selección natural ha ido, a lo largo de los milenios, eliminando aquellas combinaciones de genes que no reproducen, en cierta manera, en el sistema nervioso del animal, el medio circundante. Por tanto, si subsisten las especies actuales es porque, genéticamente, en ellas se han desarrollado pautas de centros nerviosos que son reflejos, más o menos en bosquejo o boceto, del mundo en que han de vivir.

»La información que después del nacimiento fluye en ese homeostato, en ese dispositivo cibernético complejo que es el sistema nervioso central, sirve para aumentar la correspondencia entre el organismo y el medio ambiente que, ya genéticamente, estaba dentro de él representado. Es como un escultor que sólo tuviese abocetada su obra y que luego, a partir del nacimiento, empieza a afinarla y perfeccionarla.»

De los estudios realizados por J. Z. Young y de la interpretación que de los mismos realiza el profesor Rof Carballo, llegamos a la conclusión de que si bien la *perístasis* o el medio ambiente circundante en el que un ser vivo desarrolla su existencia ACTÚA sobre el mismo, y esto condiciona o modela su estructura caracteriológica y su comportamiento, no resultaría menos cierto que se dan, desde la esfera de la intimidad genética y bioquímica de los seres vivos, (incluido el hombre de manera preferente) unas demandas de un MEDIO peristático determinado. Es decir, se trataría de la necesidad endógena, condicionada genéticamente, de un medio ambiente concreto; dicho de otro modo, que el mundo circundante estaría estructurado, tal y como lo conocemos, en función de las necesidades endógenas bioquímicas y más profundas (quizás también las necesidades inconscientes) de la esfera de la intimidad de los seres humanos. La constatación científica de estos presupuestos no puede, a la luz de los conocimientos actuales, afianzarse de

manera definitiva, pero la posibilidad de conseguirlo se encuentra, probablemente, en un futuro no muy lejano.

...Por otro lado, fuera del campo de la investigación científica, sólo existe una disciplina que apunta a esta misma realidad. Se trata de lo que la Teología cristiana nos aporta sobre esta cuestión. Daré únicamente una cita de la 1ª Epístola de Juan, donde en el capítulo dos y versículo 16 dice lo siguiente: «...porque todo lo que hay en el mundo (medio circundante), los deseos de la carne (esto implica todas las tendencias instintivas e inconscientes del hombre), de los ojos y la vanagloria de la vida, no proviene del PADRE, sino del mundo (medio circundante)».

En consecuencia, la teología viene a confirmar lo que, por otra parte, la investigación científica más reciente ha puesto de manifiesto: que las necesidades internas del hombre se corresponden con las realidades peristáticas del medio en el que éste vive. (Véanse: Mr. 7:20-23; Mt. 15:18-20; Jn. 8:39-47; 1ª Jn. 2:16).

Volviendo a centrarnos en el tema del alcoholismo y en la realidad bioquímica que subyace a las expresiones semánticas que se ponen de manifiesto en el argot de los pacientes alcohólicos, quisiéramos empalmar esta experiencia con la que se desprende del estudio clínico de los toxicómanos actuales (politoxicómanos) y especialmente de los heroínomanos que también consumen alcohol.

La metodología con la que se realice una investigación clínica, es muy importante para poder establecer un diagnóstico correcto del paciente.

Las toxicomanías actuales (politoxicomanías) están oscureciendo o encubriendo una realidad social importante, o, dicho de otra manera, una sociopatía de primer orden: el alcoholismo. La ansiosa preocupación por los toxicómanos en la última década, está haciéndonos olvidar que la verdadera toxicomanía en España, y la más importante, sigue siendo el alcoholismo. Que esto ocurre así a nivel social, es evidente; pero lo que resulta más preocupante, desde el punto de vista científico es que el mismo fenómeno pueda darse a nivel clínico. Hoy en día la constatación de una dependencia alcohólica pasa desapercibida para la mayor parte de los médicos y de los psiquiatras, en función de que la metodología exploratoria que clínicamente se instrumentaliza, no resulta apropiada para revelar el diagnóstico del alcoholismo crónico en pacientes politoxicómanos y, especialmente, en los heroínomanos que beben o han bebido. Cuando se realiza la exploración amnésica de un paciente politoxicómano, en el que se quiere verificar la posible dependencia de alcohol, no podemos realizar las preguntas

con los contenidos... típicos que estamos acostumbrados a interrogar a los pacientes alcohólicos. Un paciente politoxicómano difícilmente sabrá contestarnos, de forma afirmativa, a las clásicas preguntas de si «se le calienta la boca», si «Se le caliente el paladar», si «se embala», u otras por el estilo; este acerbo de tópicos no constituye parte integrante de los contenidos semánticos de su argot. Si queremos verificar la pérdida de la capacidad de control, frente a la droga-alcohol tendremos que preguntarles por otros contenidos diferentes. Por ejemplo, le podemos interrogar acerca de si el alcohol «le colocaba» o si con la ingestión reiterativa de bebidas alcohólicas llegó a tener conciencia de que estaba «enganchado» a las mismas.

A lo largo de nuestra experiencia clínica en el tratamiento de pacientes politoxicómanos, que son heroínomanos, y que también han ingerido bebidas alcohólicas, hemos encontrado los siguientes casos:

- a) Casos de politoxicomanía con hábito etílico (sin alcoholismo crónico) y abandono de los opiáceos (semisintéticos: heroína; sintéticos: metadona) y posterior ALCOHOLIZACIÓN.
- b) Casos de politoxicomanía (cannabis, anfetaminas, ácidos) sin heroínomanía y clara ALCOHOLIZACIÓN.

En consecuencia, hemos constatado que cuando un paciente POLITOXICÓMANO consume alcohol y se alcoholiza, no suele utilizar los opiáceos (heroína) y si los utiliza abandona la ingestión de bebidas alcohólicas; y, por el contrario, cuando deja de «picarse» vuelve a los hábitos alcohólicos aprendidos.

Todo esto nos lleva a sugerir la posibilidad de que la infraestructura del acontecer bioquímico cerebral, que subyace a la dependencia a una droga pudiera ser, en el caso del alcoholismo, la misma que la de los opiáceos.

En un trabajo que presentamos a una *Mesa Redonda* organizada en Oviedo en 1973 sobre «Alcoholismo y Delirium Tremens», respecto a los diversos aspectos de la «Etiopatología del Delirium Tremens», en la página 38 de dicho estudio monográfico decíamos lo siguiente:

“Teoría de la metabolización y transformación del alcohol en ALCALOIDES:

»Los trabajos y estudios del profesor COHEN, de la Universidad de Columbia, y del bioquímico del Instituto Psiquiátrico de New York, COLLINS, han señalado que uno de los metabolitos del alcohol etílico, el acetaldehído, puede reaccionar con las catecolaminas y dar en la sustancia cerebral (encefálica) compuestos de tipo... ALCALOIDEO,

con carácter alucinógeno (estodaría lugar a manifestaciones alucinatorias, ansiedad, hiperexcitabilidad, desorientación, temblor, etc.)

»Estas reacciones se han descrito con otras sustancias y alcaloides, sobre todo con los alucinógenos.

»El LSD-25 es un poderoso inhibidor de la SEROTONINA, sustancia segregada por el «paleo-cortex» y que parece, entre otras cosas, encargada de poner en marcha los mecanismos de la memoria a través de la síntesis proteica.

»En cuanto al ALCOHOL, el Dr. J. NASQUELIR ha demostrado recientemente en unas Jornadas de Nutrición y Dietética, que podría muy bien entrañar... la formación de ¡ALCALOIDES DE OPIO! En efecto, captando al término de su formación una hormona, más exactamente una CATECOLAMINA, segregada por los núcleos grises centrales del cerebro, la DOPAMINA, el alcohol detiene su destrucción o catabolismo, lo cual termina en la formación de ALCALOIDES DE OPIOSIN OPIO: la TETRAHIDROPAPAVEROLINA o THP, que obtenida de este modo es una síntesis de la MORFINA, a partir del OPIO.

»En definitiva, el alcohol, tras sufrir diversos procesos metabólicos, podría convertirse a nivel cerebral en MORFINA, lo que crea su vez una habitudad y dependencia bioquímica (este hecho ha sido demostrado, experimentalmente, en ratas y ratones). Así es como pueden expresarse los trastornos de comportamiento que produce el alcohol en las personas y el síndrome de abstinencia, agudo, en sus últimas consecuencias; es decir, en estos conceptos estaría implícita una posible explicación y aclaración etiopatogénica del Delirium Tremens.»

Por otra parte, BUENO J. A. y GASTO C., en un trabajo denominado «Bases bioquímicas y neurofisiológicas de la adicción», respecto de los alcaloides endógenos, exponen lo siguiente:

»Una de las hipótesis bioquímicas más atractivas sobre la dependencia al etanol, es la que sugiere la existencia de derivados morfínomiméticos en el cerebro de individuos consumidores crónicos de etanol (Davis y Walsh, 1970). Se han postulado dos vías bioquímicas para aplicar la formación de estos compuestos endotóxicos.

»La primera es a través de la inhibición de las aldehydeshidrogenasas. Esta enzima cataliza la conversión de los derivados aldehídicos de las aminas biógenas (por ejemplo, la 3, 4 Dihidroxifenilacetaldehído), a productos de excreción... por ejemplo ácido

homovanílico. Cuando se forman grandes cantidades de acetaldehído en el hígado, como ocurre en sujetos consumidores crónicos, éste es capaz de inhibir de forma competitiva la aldehydeshidrogenasa cerebral. En este caso, los productos intermedios de las aminas biógenas pueden, por condensación, unirse a éstas, formando compuestos endotóxicos de estructura similar a la MORFINA. La Dopamina puede unirse a metabolitos intermediarios, como el 3, 4 Dihidroxifenilacetaldehído, dando lugar a la formación de tetrahidropapaverolina, compuesto de estructura muy parecida a la morfina. Estos hallazgos han excitado la especulación de las bases comunes de la adicción narcótica y etílica.

»La tetrahidropapaverolina se ha detectado en la orina de los pacientes con enfermedad de Parkinson, que reciben L-Dopa y alcohol; sin embargo, este compuesto no se ha podido localizar en el cerebro de animales o humanos antes o después del consumo, sólo, de alcohol.

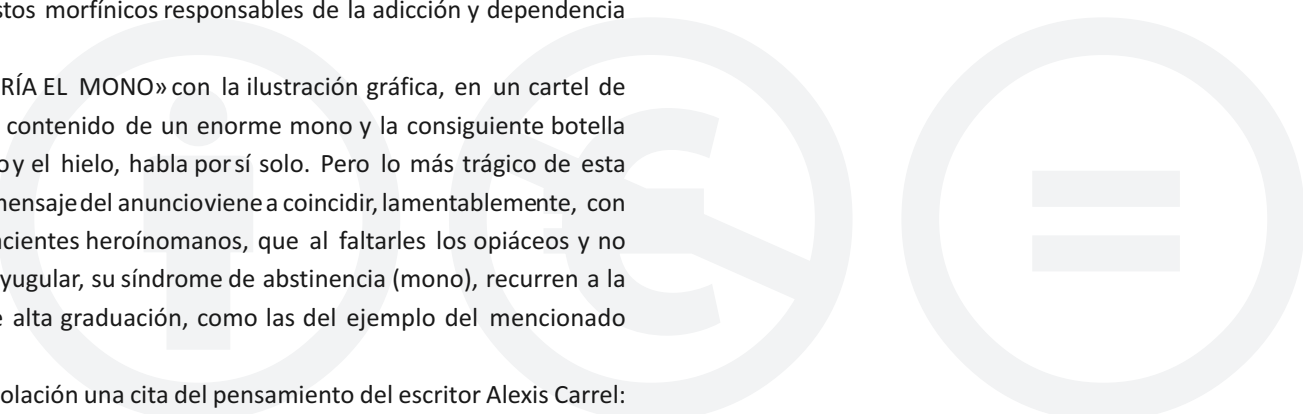
»La segunda vía bioquímica que daría lugar a la formación de compuestos endotóxicos es por medio de la condensación del acetaldehído con las propias aminas biógenas. Mediante un proceso químico denominado Pictet-Spengler-Condensation, el acetaldehído es capaz de unirse a la Dopamina, Noradrenalina y Serotonina, dando lugar a las TETRAHIDROISOQUINOLINAS (THIQ). Estos compuestos también presentan radicales semejantes a los alcaloides opiáceos altamente adictivos, morfina y heroína. De las THIQ es el SALSOLINOL, el metabolito que ha recibido mayor atención. El Salsolinol es el producto de la condensación de la Dopamina y del Acetaldehído y también se ha localizado en la orina de los individuos que padecen Parkinson y reciben L-Dopa y alcohol, así como en el cerebro de animales después de la administración de Etanol, bloqueantes de las aminas biógenas y bloqueantes del acetaldehído simultáneamente.»

La investigación de las dos últimas décadas ha puesto de manifiesto el descubrimiento de los receptores endógenos, de los péptidos endógenos OPIOMIMÉTICOS (opiáceos endógenos) y de los productos finales de la metabolización del alcohol (hidropapaverolina o THP y TETRAHIDROISOQUINOLINAS o THIQ), así como de la posible relación endógena bioquímica de la dependencia alcohólica y morfínica. Todas estas realidades expuestas son las que han llevado a autores como Jean Louis Bram a decir en su libro *Historia de las drogas* que «EL ALCOHOL ES EL OPIO DE OCCIDENTE...

Volviendo al momento inicial de nuestro estudio, y retomando las consideraciones semánticas planteadas, insistimos en plantear la posibilidad de que la dependencia al alcohol etílico y a los opiáceos (naturales, semisintéticos o sintéticos) tenga la misma infraestructura bioquímica y que esta dependencia se exprese a través de los contenidos semánticos que se verbalizan en el argot de alcohólicos y toxicómanos. Algunos de los anuncios publicitarios que se encuentran en cualquier vía de comunicación (por carretera) principal de España apuntan la posibilidad de enviar un mensaje subliminal al inconsciente de los ciudadanos, especialmente a los denominados «drogadictos»; y da la impresión de que los mismos autores del anuncio conocen o intuyen (y manejan premeditadamente) la realidad de su posible identidad bioquímica entre productos finales de metabolización del alcohol etílico, los opiáceos endógenos y los compuestos morfínicos responsables de la adicción y dependencia física al alcohol y a los opiáceos.

Pongamos un ejemplo: el «ENFRÍA EL MONO» con la ilustración gráfica, en un cartel de dimensiones macroscópicas, con el contenido de un enorme mono y la consiguiente botella de anís (de la misma marca), el vaso y el hielo, habla por sí solo. Pero lo más trágico de esta realidad propagandística es que el mensaje del anuncio viene a coincidir, lamentablemente, con la experiencia devenida por los pacientes heroínomanos, que al faltarles los opiáceos y no poder con los mismos neutralizar, o yugular, su síndrome de abstinencia (mono), recurren a la ingestión de bebidas alcohólicas de alta graduación, como las del ejemplo del mencionado «spot publicitario».

Para finalizar, queremos traer a colación una cita del pensamiento del escritor Alexis Carrel: «EL HOMBRE ES UNA INCOGNITA». Asumiendo también, por nuestra parte, esta aseveración, no podemos por menos que reflexionar sobre la instrumentalización nefasta que sobre determinados contenidos psicológicos (inconscientes) o bioquímicos conocidos, realiza la publicidad de bebidas alcohólicas en nuestro país. La respuesta a este incógnita está en la misma esencia de la naturaleza humana. Hoy por hoy, la Ciencia es insuficiente para desvelarnos este misterio y, quizás, tenemos que volvernos a la teología en sus postulados más profundos.



Capítulo VII

Los efectos del alcohol: persona/familia

El presente tema pretendemos abordarlo desde una perspectiva científica y teológica. La problemática de la drogadicción etílica trasciende lo meramente personal para concretizarse en una seria cuestión sociofamiliar y alcanzar su verdadera dimensión en el entorno psicosocial en que devienen su experiencia existencial los seres humanos. El alcoholismo, desde el punto de vista bíblico, se encuentra denunciado, en la revelación de Dios, desde los primeros estadios de la historia humana (Gn. 9:18-29; 19:31-36). La Biblia nos habla, en múltiples ocasiones, del alcohol, de las propiedades de esta sustancia toxicomanígena, así como de sus efectos deletéreos sobre el individuo, la familia y la sociedad. (Pr. 23:20-21 y 29-35; 31:4-7; Gn. 9:18-29; 19:31-36; Is. 24:7, 9 y 11).

En todas las citas anteriormente apuntadas, se nos suministra información suficiente para tener un conocimiento de los efectos que el alcohol etílico (etanol) produce actuando, bioquímicamente, sobre las superestructuras (a nivel biológico) que mantienen el desarrollo psicosomático y el control de la personalidad de los individuos. Se nos enseña que el alcohol es un euforizante, un desinhibidor y una sustancia que, al actuar sobre las células nerviosas de la corteza cerebral, permite que los contenidos reprimidos en las instancias inconscientes de la personalidad, afloren a la conciencia de los individuos, realizándose y gratificándose en hechos concretos que constituyen los diversos ingredientes de una conducta psicopatológica; tal es el caso del exhibicionismo de Noé, de la realización incestuosa de las hijas de Lot y de los trastornos psicopatológicos descritos en el capítulo 23 del libro de Proverbios.

Desde el punto de vista científico, el alcohol etílico se considera una sustancia tóxica, y un veneno que actúa lesionando, preferentemente, aquellas estructuras más importantes para el funcionamiento vital de los individuos. Su área de predilección es el sistema nervioso central y

periférico (encéfalo y cordones nerviosos de las extremidades inferiores) así como el tejido hepático, la piel, el músculo cardíaco, etc. Realmente, la acción del alcohol sobre el individuo tiene un alcance panuniversalizado; es decir, desde la piel a las estructuras cerebrales más profundas no existe célula ni tejido que pueda permanecer salvaguardado de la acción tóxica del alcohol etílico.

De entre todas las drogas conocidas, ninguna es capaz de tener un espectro de actuación tan amplio y generalizado. Además, el alcohol es una sustancia que produce dependencia. Esta dependencia se realiza en dos dimensiones: por una parte produce una dependencia psicológica, la que conlleva a que la persona recurra a la ingestión de bebidas alcohólicas, como recurso, para *resolver* su problemática existencial. En este sentido, el libro de Eclesiastés constituye el primer tratado que pone delante de nosotros la utilización de alcohol etílico

«Como droga» al servicio de los esfuerzos que el ser humano intenta realizar para superar su sentimiento de frustración. El libro de Eclesiastés constituye el mejor estudio que jamás se haya escrito sobre el tiempo y la temporalidad, o sea, sobre la manera cómo el hombre «vivenicia» su experiencia existencial debajo del sol. En el capítulo 2, versículo 3, se nos dice:

«Propuse en mi corazón agasajar mi carne con vino, y que anduviese mi corazón en sabiduría, con retención de la necedad, hasta ver cuál fuese el bien de los hijos de los hombres, en el cual se ocuparan, debajo del cielo, todos los días de su vida.» Es evidente la contradicción que se encierra en los términos antagónicos sabiduría-necedad y los estériles esfuerzos para resolver esta contradicción, recurriendo al consumo de bebidas alcohólicas. El alcohol no favorece la superación de la angustia sino una dispersión, efímera, de la misma, que volverá a retornar con más fuerza al día siguiente.

La otra dimensión de la dependencia alcohólica es la somática, es decir, la dependencia física, biológica y bioquímica, que condiciona indefectiblemente, a quien llega a padecerla, convirtiéndolo en un esclavo de la droga llamada alcohol.

En principio, el hombre podría encontrarse con cierta capacidad para que, recurriendo a la mal llamada *fuerza de voluntad* (en griego el término que se utiliza para voluntad expresa sencillamente *el deseo de* superar una situación concreta, pero nunca la fuerza mágica o supranatural para dominarla), pudiera intentar controlar su dependencia psicológica al alcohol etílico, pero jamás podría dominar, de esta manera, su dependencia somática o bioquímica. Esta última aseveración es la razón, fundamental, por la que a la hora de proceder a la rehabilitación de un enfermo alcohólico se le recomiende que para *curarse* debe abstenerse de manera definitiva, absoluta y permanente, de las bebidas alcohólicas, para el resto de su vida.

El alcoholismo es una enfermedad, no un vicio; por consiguiente, el alcohólico no es un vicioso sino un enfermo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la SALUD como «el bienestar físico, psíquico y social». Cualquier noxa (agente patológico endógeno o exógeno) que origine una alteración de la homeostasis bio-psico-social, de un ser humano, da al traste con su salud integral y origina una situación o estado patológico, es decir, una enfermedad. El alcohol es capaz de convertir a un ser, biológica y psicológicamente sano, en un enfermo.

De las múltiples definiciones que se han elaborado con la intencionalidad de definir qué es un alcohólico, la que parece más cerca de la realidad científica, moral y social, es aquella que lo define como aquel SER que DEPENDE del ALCOHOL. En la Biblia no se emplea el término «alcohólico/a», pero sí se exponen y desarrollan los conceptos que el mismo implica. La esencia de dichos conceptos la constituye la PÉRDIDA de las llamadas CAPACIDAD DE ABSTINENCIA y CAPACIDAD DE CONTROL; es decir, la vivencia intrapsíquica de la «necesidad imperiosa» de ingerir bebidas alcohólicas con la finalidad de evadir la realidad, superar situaciones de frustración y, en definitiva, conseguir una transformación del estado de conciencia que permita una vivencia de la realidad más gratificante. *La pérdida de la capacidad de abstinencia* (capacidad que cualquier ser humano, en condiciones normales, mantiene, para abstenerse «voluntariamente» de bebidas alcohólicas) y *la pérdida de la capacidad de control* (capacidad que cualquier ser humano, en condiciones normales, mantiene, para poder detener en un punto concreto, y a partir de determinado momento, la ingestión de bebidas alcohólicas), son la expresión más profunda de la enfermedad alcohólica y suponen una alteración irreversible (hoy por hoy) que acontece en la INTIMIDAD BIOQUÍMICA de un ser humano, que durante un período de 3-5 años haya consumido más de 70-80 gramos de alcohol diarios. Esta alteración bioquímica que constituye la infraestructura de la dependencia somática, se encuentra, claramente, explicada en distintos libros de la Revelación Divina (Pr. 23:35; Is. 5:11; Jer. 23:9).

La Biblia se ocupa, pues, de lo que científicamente se conoce como ALCOHOLISMO CRÓNICO, y también de lo que bajo el punto de vista clínico se denomina ALCOHOLISMO AGUDO o INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA; en este sentido, la Sagrada Escritura emplea los términos de «borracho, ebrio y embriagado» (Dt. 21:20; Job 12:25; Joel 1:5; 1^a Co. 5:11, 6:10; 1^o S. 25:36; Sal. 107:27; Is. 24:20, 28:1, 29:9, 34:5 y 63:6; Hech. 2:15; Ap. 17:6; Gn. 9:21; 2^a S. 11:13; Hab. 2:15; 1^a Co. 11:21; 1^a Ts. 5:7; Jer. 13:13; Ez. 23:33; Le. 21:34; 1^a P. 4:3).

El fenómeno de la drogadicción alcohólica ocupa, dentro del campo de las toxicomanías, un espacio más que importante, sobre todo teniendo en cuenta que su marcha, epidemiológicamente hablando, es claramente ascendente. Para dar una visión aproximada, bajo el punto de vista estadístico, apuntamos las siguientes consideraciones con referencia al territorio español y a la población de nuestro país.

En el año 1965 se hablaba en España, a nivel de expertos, de alcoholismo de adultos, fundamentalmente del alcoholismo masculino (en esa década se consideraba que a los Dispensarios Antialcohólicos públicos acudían 8 pacientes varones por una mujer). Posteriormente, *sobre 1975*, la relación de pacientes varones/hembras era de 4 a 1. En la actualidad, en algunos Centros de Atención Comunitaria a pacientes alcohólicos, la relación ha llegado a ser de 2/1. Evidentemente, en las últimas décadas, con los mal llamados «movimientos de liberación de la mujer», se está produciendo un proceso de «alcoholización» de la misma.

Hoy en día, constituye una seria problemática toxicomanígena no sólo el alcoholismo de los adultos sino el alcoholismo juvenil (adolescentes masculinos y femeninos por un igual); y lo que es más preocupante: el alcoholismo infantil y fetal. La sociedad española tiene entre un 10 y un 15% de su población alcoholizada, lo que quiere decir que ES UNA SOCIEDAD ALCOHÓLICA.

La interpretación del fenómeno del alcoholismo se puede hacer desde diversas disciplinas científicas; en este sentido destacaremos las tres interpretaciones que más han influido en el ánimo de los investigadores:

TEORÍA SOMATOGENÉTICA

Esta teoría presupone que los pacientes alcohólicos nacen con un condicionamiento genético que, a su vez, estructurará una biotipología o constitución biológica que abocará al paciente, indefectiblemente, a la ingestión de bebidas alcohólicas. Se trataría de individuos con determinada constitución biofísica correspondiente a las denominadas *personalidades alcohólicas* o *pre-alcohólicas*. Esta interpretación, determinista, excluye cualquier motivación intrapsíquica o cualquier influencia peristática (sociológica) que pudiera condicionar al individuo a la ingestión de bebidas alcohólicas. No es científicamente asumible, salvo, quizás, en aquellos casos del denominado *alcoholismo periódico* o DIPSOMANÍA, en el que los pacientes tienen una constitución semejante a determinados pacientes comiciales (personalidades enequéticas de los enfermos epilépticos). Pero, incluso en este último supuesto, los factores psicológicos y sociológicos juegan un papel importante.

TEORÍA PSICOGENÉTICA

Desde el punto de vista psicogenético y psicodinámico se estudian las motivaciones, tanto conscientes como inconscientes, que abocan al individuo a la ingesta de bebidas alcohólicas. Entre las primeras se encuentran las frustraciones, la evasión de la realidad, el deseo de establecerse en los llamados «paraísos artificiales», etc., que en la Biblia vienen reflejados de forma explícita en los libros de Eclesiastés (2:3) y en el Cantar de los Cantares (1:2-4). A nivel inconsciente también se devienen motivaciones para la ingesta de bebidas alcohólicas, que guardan relación con determinadas tendencias instintivas, correspondientes a los llamados instintos sexuales componentes: *exhibicionismo, homosexualidad, incesto*.

También la Biblia corrobora los descubrimientos realizados en el campo de la investigación psicoanalítica del alcoholismo, y confirma los mismos (Gn. 9:18-21, 22, 23, 27 y 19:30-35). Estas tendencias instintivas suponen otros tantos contenidos del inconsciente individual y, normalmente, se encuentran reprimidas, es decir, fuera del campo de la conciencia. El alcohol etílico actúa sobre las estructuras encefálicas de la persona y, de forma más concreta, sobre su corteza cerebral. La actuación del alcohol sobre la corteza, produce una sedación del sistema nervioso central (SNC), con lo que la vigilancia y el control que las neuronas corticales ejercen sobre el llamado cerebro medio o cerebro emocional (zona hipotalámica) queda menoscabada de manera sensible. El cerebro emocional adquiere una autonomía por el fenómeno de la «liberación neurológica». La corteza cerebral guarda una relación estrecha con la conciencia del individuo (YO consciente) y el cerebro medio o emocional la mantiene con el inconsciente. La liberación hipotalámica «abre la puerta» del inconsciente, al desaparecer la «censura» yoica ejercida por los niveles corticales superiores, con lo que los contenidos sexuales reprimidos (exhibicionismo, incesto, homosexualidad) invaden el campo de la conciencia y se realizan en hechos concretos.

La teoría psicogenética supone una seria aportación a la investigación y a la interpretación de la problemática alcohólica, y es necesario tenerla en cuenta a la hora de contemplar esta realidad toxicomanígena. También en este punto la Revelación Bíblica aporta serios conocimientos, enseñándonos aspectos interesantísimos de la realidad inconsciente del psiquismo humano (Sal. 139:23-24; Jer. 17:9; Mr. 7:20-23; Ef. 5:1 8; Ro. 7:15-23).

TEORÍA SOCIOGENÉTICA

Se ha dicho que el hombre «es un ser en relación», y también que es «él y sus circunstancias». La perístasis o el entorno de un individuo, que constituye el medio sociológico en el que

va desarrollando su personalidad y deviniéndose existencialmente, ejerce una influencia importantísima sobre sus motivaciones y sobre su conducta. El concepto de el libre albedrío que le presupone a la persona una capacidad nítida para decidir su conducta, es básica e intrínsecamente falso. Ningún ser humano es «absolutamente libre»; todas las personas actuamos condicionadas por y en virtud de múltiples y complicadas circunstancias. La biología nos enseña que una parte muy importante de la conducta de los seres humanos «les viene dada ya» en los contenidos bioquímicos de su código genético; de tal manera, que si fuésemos capaces de poder «leer» o «traducir» dicho código, podríamos conocer, de antemano, muchas características y vicisitudes de la vida de una persona, tales como su talla, su forma de andar, las determinadas enfermedades que va a sufrir, aspectos concretos de su carácter y de su temperamento, y hasta el número exacto de años que podría vivir, si su existencia no se viese interrumpida por algún siniestro accidente.

Por otro lado, los conocimientos psicológicos del alma humana, habiendo sido capaces de penetrar hasta algunos estratos profundos de la misma, han puesto de manifiesto la existencia de la esfera subconsciente o inconsciente, como aquella parcela del espíritu del hombre que condiciona en más de un 75% su conducta y sus actuaciones.

El hombre no es libre, porque biológica y psicológicamente se encuentra «dirigido». Pero, además, el entorno psicosocial, el medioambiente peristático en el que vive y se desenvuelve, actúan sobre él modelando su personalidad y su carácter, e informando su praxis cotidiana. El hombre constituye un elemento que integra la unidad básica de la sociedad: la familia. Desde el momento en que un nuevo ser viene a la vida, va deviniendo su existencia a través de diferentes grupos sociales que van a actuar orientando su vida, su vocación y su conducta.

El hombre, en una sociedad toxicomanígena y alcohólica como la nuestra, empieza, en gran número de ocasiones, teniendo su primer contacto con el alcohol a nivel embrionario. Durante el período de tiempo que un ser humano permanece en el claustro materno, mantiene una relación bioquímica íntima con su madre, a través de la circulación placentaria: el llamado «filtro placentario», por su fina trama histo-vascular. Así que el embrión, primero, y el feto, más tarde, pueden ya recibir el alcohol en su delicadas estructuras somáticas y bioquímicas; de este modo dan comienzo los primeros estadios de la alcoholización de un ser humano, que puede llegar a nacer, bien con un síndrome de abstinencia, que le puede costar la vida, bien con un alcoholismo fetal, que se traduce en el alumbramiento de un ser deforme, mentalmente deficiente y de escasos días de vida.

Una vez que la persona ha nacido, puede seguir teniendo contacto con el alcohol, si es amantada por su madre y ésta consume bebidas alcohólicas, dado que el alcohol etílico se elimina con la leche de los pechos maternos. Esta circunstancia produce en los niños así «criados» una situación de somnolencia prolongada por los efectos anestésicos del alcohol sobre el cerebro de la criatura.

Es obvio, pues, que cualquier mujer en situación de gestante, o durante el período de lactancia, debe abstenerse del consumo de cualquier cantidad de bebida alcohólica.

Los diversos grupos que pueden influir y condicionar a un ser humano al consumo de bebidas alcohólicas son la familia, la pandilla, el Servicio Militar, el grupo laboral, etc.

En cualquier grupo humano que funcione, bajo el punto de vista sociológico, de manera dinámica, se producen los siguientes fenómenos: Identificación, imitación, transferencia, sublimación, etc.

El fenómeno de la identificación es verdaderamente trascendental en el desarrollo de la personalidad de los seres humanos durante el período infantil. Entre los 3 y los 5 años, cualquier niño/a tiene la necesidad de identificarse (hacerse uno) con el progenitor de su mismo sexo. En el caso de que dicho progenitor sea alcohólico, el niño puede resolver esta situación, psicopatológica y traumática para su psiquismo infantil, de varias maneras.

Primero, identificándose con el progenitor alcohólico, con lo cual adquiere todas las posibilidades de convertirse en un enfermo de esa naturaleza, especialmente después de pasada la pubertad. *Segundo*, rechazando al progenitor con el que debiera de identificarse, haciéndolo con otro miembro de su mismo sexo, cercano a la familia, pero que no tenga el problema de alcoholismo, con lo que se abrirá un abismo psicoafectivo entre el niño y el progenitor, con los traumas emocionales consiguientes. Y *en tercer lugar*, el niño puede rechazar la identificación con el progenitor alcohólico de su mismo sexo y hacer esta identificación con el progenitor no alcohólico, pero de sexo contrario, con lo que este proceso está sembrando la semilla, que crecerá a raíz de la pubertad, de una problemática de homosexualidad latente o real.

La mitología del alcohol, vigente todavía, en un país tan atrasado cultural y científicamente como el nuestro, sigue manteniendo (y se hace pública en todos los medios de comunicación social de masas: prensa, radio y televisión) que el alcohol es un alimento que favorece el desarrollo biológico de los individuos, que da fuerza en el trabajo, que favorece las relaciones sociales, que es un estimulante para la realización del acto sexual, que inspira el espíritu y la inteligencia de los individuos y que, además, es bueno para prevenir o curar algunas enferme-

dades tales como el infarto de miocardio, o sanar enfermos post-gastrectomizados, etc. También dentro de esa concepción mitológica, y más concretamente en el ámbito del cristianismo, se considera que el vino (alcohol) es un don de Dios.

La realidad es bien distinta: el alcohol no es un alimento; su uso puede conducir hasta un estado caquético, y sufrir enfermedades carenciales importantes de tipo pelagroso; el alcohol no produce fuerza, pero sí origina los cuadros de adinamia y astenia más importantes que se conocen, y juega un importantísimo papel en los accidentes de trabajo y en la siniestralidad laboral; el alcohol no favorece las relaciones sociales, antes al contrario, las perturba y distorsiona, siendo el responsable de sevicias (malos tratos), agresiones, violaciones, homicidios, asesinatos, robos, accidentes de tráfico (una de cada dos personas que mueren en la carretera lo hacen por causa del alcohol) etc.; el alcohol no favorece las relaciones sexuales, pero sí aboca a la impotencia sexual masculina y a la frigidez femenina; el alcohol no es una panacea como recurso poético para la inspiración del hombre, pero sí que, actuando de manera reiterativa y crónica, ha destruido o deteriorado más cerebros que todas las guerras que ha sufrido la humanidad juntas; el alcohol no solamente no previene el infarto de miocardio y la úlcera gástrica, sino que los condiciona y los produce; y, por descontado, si el alcohol fuese un don, no lo sería jamás de Dios sino del diablo.

Los diferentes grupos en los que el hombre deviene su experiencia existencial, pueden influir por sus mitos, prejuicios, costumbres y prácticas sociales, sobre el individuo, familiarizándolo con el alcohol y condicionándolo a su ingesta.

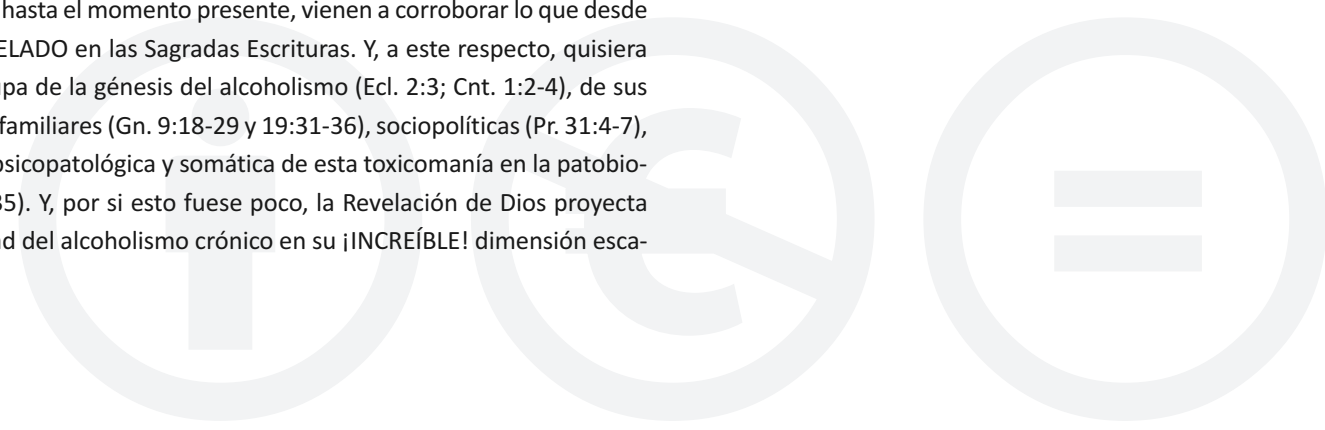
Por otra parte, dichos grupos están inmersos dentro de un contexto más amplio, que conocemos como sociedad. La sociedad en la que vivimos es de corte ideológico y de estructura socioeconómica de tipo capitalista; por consiguiente, el sistema político y socioeconómico que nos gobierna, controla y orienta, es un sistema inductor de la filosofía del consumismo. En este sentido, las grandes multinacionales del alcohol que tienen su perfecta réplica en España, trabajan con todos sus medios y por todos los medios, para inducir al pueblo español al consumo de bebidas alcohólicas. Los mensajes inductores no sólo se realizan a nivel consciente, sino a nivel subconsciente o subliminal (es el caso de mensajes televisivos e ilustraciones de determinadas revistas, escritas o radiofónicas).

Al margen de la responsabilidad que un individuo adulto tenga sobre su propio proceso de alcoholización, hay que estudiar la influencia que la familia haya podido tener en el mismo, así como la culpa que el sistema socioeconómico y sociopolítico tienen en la manipulación que, por el interés del poder y del dinero, realizan sobre los individuos que gobiernan.

En definitiva, el alcoholismo constituye una de las toxicomanías más importantes que hoy afectan a la humanidad. Es un problema individual, familiar y social.

La tendencia, en los últimos decenios, no es dada a considerar al individuo alcohólico como un sujeto enfermo que deviene su patología en el seno de una familia sana, sino más bien creemos que, en la inmensa mayoría de los casos, se trata de familias patológicas (enfermas en el sentido psicológico y social) donde cada uno de sus miembros EXPRESA la enfermedad COMÚN a través de unas manifestaciones psicopatológicas distintas. Por ejemplo: un miembro es alcohólico, otro psicótico, otro neurótico, otro sufre trastornos del carácter y de la conducta, etc..., etc..

Finalmente, sólo resta añadir que los estudios sociológicos, psicológicos, psicopatológicos, bioquímicos y genéticos realizados hasta el momento presente, vienen a corroborar lo que desde hace miles de años teníamos REVELADO en las Sagradas Escrituras. Y, a este respecto, quisiera añadir que la Biblia no sólo se ocupa de la génesis del alcoholismo (Ecl. 2:3; Cnt. 1:2-4), de sus consecuencias individuales y sociofamiliares (Gn. 9:18-29 y 19:31-36), sociopolíticas (Pr. 31:4-7), sino también de la trascendencia psicopatológica y somática de esta toxicomanía en la patobiografía de un individuo (Pr. 23:20-35). Y, por si esto fuese poco, la Revelación de Dios proyecta hacia el futuro, histórico, la realidad del alcoholismo crónico en su ¡INCREÍBLE! dimensión escatológica (Is. 24 y Ap. 9:21 y 18:23).



D) Aspectos comunitarios de las Toxicomanías

Capítulo VIII Abordaje comunitario de las toxicomanías

Como se pone de manifiesto en otros trabajos de este estudio monográfico, el problema de la drogadicción tiene dimensiones a escala mundial. Desde el punto de vista sociológico, socio-sanitario, epidemiológico y clínico, la problemática toxicomanígena es universal.

El presente trabajo lo desarrollaremos teniendo en cuenta tres aspectos, importantes, de la problemática toxicomanígena humana, cuando consideramos ésta desde el punto de vista comunitario; es decir, como una problemática socio-sanitaria y psicosocial que afecta a toda la humanidad. En este sentido, lo abordaremos bajo los siguientes apartados:

- 1º Causas generadoras de las drogodependencias
- 2º Constatación clínica y socio-sanitaria de las toxicomanías
- 3º Abordaje terapéutico de las drogodependencias

1º CAUSAS GENERADORAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Siendo conscientes de la complejidad del problema etiopatogénico que supone el análisis de la génesis de las toxicomanías, pretendemos en este estudio apuntar aquellas causas o circunstancias que nos parecen más relevantes en la gestación de esta problemática. Es indudable que existen diversos factores que favorecen el que los seres humanos consuman drogas y, como consecuencia, den al traste con su salud física y mental. Entre las diversas causas o fac-

tores que producen o favorecen la génesis de una tóxicodependencia, apuntamos los siguientes:

A) *El hombre vive inmerso en un Mundo o Universo Tóxico.*

En el capítulo II (Aspectos sociopolíticos y psicodinámicos de las drogas en la sociedad española actual) hemos desarrollado, ampliamente, la realidad de la problemática cósmica de las toxicomanías, y su influencia psicosociobiológica en el enfermar toxicomanígeno humano.

B) *El estudio de la tectónica (estructura) de la personalidad pone de manifiesto que el consumo de sustancias que alteran o modifican el estado de la conciencia se motiva por demandas procedentes de la esfera de la intimidad.*

En consecuencia, el problema toxicomanígeno constituye una importante problemática antropológica con dimensiones pneumáticas y somáticas profundas. Para ilustrar o clarificar la aseveración que postulamos en este apartado, remitimos al lector a lo que en el trabajo señalado en el apartado «a)» decimos acerca de la teoría de la frustración.

Sintéticamente podemos reducir toda esta demanda «interna» a las necesidades que surgen de estos dos estratos de la personalidad: 1) Intimidad anímica (pneumática) y 2) Intimidad bioquímica-cerebral. En cuanto a las necesidades anímico-pneumáticas destacamos aquellas que se nos aparecen en el devenir existencial como más trascendentes; al instinto tanático que emerge del corazón (esfera de la intimidad psíquica) del hombre se le contrapone «el deseo de eternidad» que surge de la misma esfera. Este deseo de eternizarse tiene como infraestructura sentimientos atávicos que intentan «realizarse» mediante la vivencia «paradisíaca artificial» que se pretende conseguir con la ingestión de drogas. Por lo que respecta a la intimidad bioquímica hemos de tener en consideración los interrogantes que suscita la realidad de los denominados «opiáceos endógenos» (endorfinas y encefalinas). En este sentido recordamos un párrafo del profesor Rof Carballo, en su libro *Biología y Psicoanálisis* en el que asevera que: *No hace el medio al cerebro sino que, la estructura de éste, demanda determinado medio.*

C) *Condicionamientos peristáticos.*

Entre éstos debemos destacar los siguientes:

- *Condicionamientos socioculturales*
- *Condicionamientos socioeconómicos*
- *Condicionamientos sociopolíticos*

Condicionamientos socioculturales:

Suponen una infraestructura de intereses antropocéntricos y que tiene relación con la realización de deseos de trascendencia de naturaleza místico religiosa. El consumo de sustancias alteradoras de la mente y de la conciencia permite una peculiar percepción de uno mismo, y una interpretación de la realidad entornante. Dentro del ámbito de estos condicionamientos entra la consideración mítica del consumo de determinadas sustancias en distintos países de la Tierra (mitología de las drogas).

Condicionamientos socioeconómicos:

Que el consumo de drogas y, por consiguiente, el problema de la drogadicción en el mundo está mediatizado por intereses económicos, resulta obvio. En este sentido tendríamos que recordar las circunstancias sociopolíticas y socioeconómicas de la denominada *Guerra del opio*: «La Cámara de los Comunes, en Inglaterra, respondiendo a una petición del emperador Lin Tso-Siu para que el Imperio Británico no siguiera inundando a la China de opio, por medio de la actividad político-comercial de la Real Compañía de las Indias, contestó: “Es inoportuno abandonar una fuente de ingresos tan importante como el monopolio de la Compañía de las Indias en materia de opio.” Año 1839».

En la actualidad, los beneficios económicos derivados del tráfico de drogas están considerados como «el mayor negocio del mundo». El narcotráfico es, hoy por hoy, una de las más fuertes multinacionales. No se dispone de datos estadísticos fiables de la cantidad de familias que viven del negocio de la droga; pero son millones los asiáticos, africanos y americanos, que dependen del cultivo de la amapola, la coca o el cannabis, para su supervivencia. Asimismo, son cientos de miles lo que están colgados en las redes de su distribución, o afectados por la irrigación de dinero procedente de la droga. Posiblemente existen regiones del mundo que se desplomarían si, de la noche a la mañana, desapareciese el negocio de los narcóticos. Se trata de una actividad de más de 300.000 millones de dólares anuales, que no sólo permea la política, sino que está involucrada en muchos otros campos; desde la construcción y el arte, hasta el deporte, pasando por la banca internacional. De hecho, quienes más se benefician con el dinero del narcotráfico no son los países productores sino los consumidores.

En un estudio realizado en 1985 por el *Instituto para Estudios Latinoamericanos de la Universidad de St. Gallen* (Suiza), se calculaba que el país productor de drogas recibía entre el 10 y el 20% del beneficio total de la venta de estupefacientes; un 10% iba a parar al sistema de tráfico,

a manera de reinversión para laboratorios, vehículos, armas, etc. El resto, se distribuye entre los países consumidores y va a parar a los paraísos fiscales del sistema bancario mundial. En España, la droga mueve cada año cientos de miles de millones de pesetas. Giuseppe Digennaro, director del *Fondo de las Naciones Unidas para la Fiscalización del uso indebido de las drogas*, ha dicho recientemente: «La influencia de los traficantes de drogas en todos los países, tanto en la esfera económica como en la política, está aumentando continuamente. Ningún país está a salvo y, sin embargo, la cuenta atrás no ha hecho más que empezar, y si continuamos sin hacer nada, seremos testigos de consecuencias desastrosas.»

El consumo de drogas se ha extendido de tal manera en el mundo, que ya no funciona el esquema, clásico, de país pobre-productor y de país rico-consumidor. Ahora hay naciones que producen parte de su consumo, como es el caso de los Estados Unidos, con el 18% de la marihuana que fuma (en 1984 el cultivo doméstico de este país era del 12% y hace unos 10 años alcanzaba cifras insignificantes). Hoy existen países productores que empiezan a tener importantes niveles de drogadicción; pero el papel significativo de países pobres sigue siendo la oferta, no la demanda. Se estima que 20.000 familias de la región de *Ketame* (Marruecos) subsisten gracias al tráfico de hachís y que el *Barrio del Príncipe*, en Ceuta, es la meca de los camellos. Se trata de un barrio donde el 90% de los jóvenes, en edad laboral, está desempleado. Un analista de la problemática de la drogadicción en Pakistán declaraba a un diario inglés: «Todos, de arriba abajo, están corrompidos, porque todos están mal pagados y no tienen otra manera de sobrevivir»; esta apreciación es válida y aplicable a los sectores marginales de los países consumidores.

En lo que a nuestro país se refiere, España se ha constituido como cabeza de puente para distribución de la droga en Europa. Las grandes mafias internacionales han elegido la Península Ibérica como puente natural de acceso al Viejo Continente. Los grandes narcotraficantes, aquí en España, disfrutaban de la amistad de destacadas personalidades de la sociedad española, entre los que se cuentan toreros, abogados y empresarios, que mantienen una relación amistosa con los grandes «capos» del tráfico mundial de la cocaína (*Los amigos españoles de los narcotraficantes. -Cambio 16*, de fecha 22-8-88). Como reflejo de esta realidad, exponemos en el siguiente cuadro sinóptico, las APREHENSIONES DE DROGAS (en kg.) realizadas en el período 1980-1986:

Droga	Años							% 86/80
	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	
Heroína	6,1	34,0	67,5	109,3	203,1	252,6	407,1	6.543
Cocaína	58,1	47,0	113,0	275,1	277,0	302,5	669,0	1.051
Cannabis	11.391	20.901	27.626	20.843	37.206	64.248	48.047	321,7

Hay que resaltar que la subida tan espectacular de las cifras de cannabis en 1985 fue debida a la captura de un barco que transportaba más de 25 toneladas de marihuana. (Cifras dadas por la policía y Guardia Civil).

En relación con los condicionamientos socioeconómicos en España, es necesario tener en cuenta la producción global del alcohol y el movimiento económico, relacionado con los gastos derivados del consumo de los medicamentos psicotrópicos (psicofármacos).

Condicionamientos sociopolíticos:

Estos condicionamientos constituyen una realidad que se deviene en el marco de los intereses de la lucha por el poder. El problema de la drogadicción ha sido calificado como LA PESTE DEL SIGLO XX. Cada vez son más evidentes y extendidos los nexos entre el narcotráfico y la política en todo el mundo: gobiernos capitalistas y gobiernos socialistas, democracias y guerrillas se han ido *contaminando* con el sucio negocio de la droga, hasta permitir que el poder de los traficantes se convierta en una «narcocracia». El mapamundi de la droga se ha convertido en una verdadera telaraña de narcóticos que circula en distintos sentidos y desde lejanas procedencias; y en dinero «caliente» que busca cobijo legal. La lista de países conectados con el comercio de droga por medio de algún cordón político, podría llegar a ser tan larga como la de los países que consumen o producen estupefacientes; y, si a ellos, se agregan las naciones cuya legislación ofrece amparo al «dinero negro», el número de países involucrados resulta alarmante. En este listado entrarían Singapur, Suiza, Liechtenstein, Islas Caimán, Panamá, Bahamas, Hong-Kong, Australia, Dubai, y muchos más que amparan el dinero procedente del narcotráfico.

La verdad es que la droga no sólo toca a los países que la producen y exportan, sino también a los que la consumen y a los que se benefician con su dinero o con el poder que el dinero otorga.

El negocio se ha universalizado. Los nexos entre la política y el comercio de estupefacientes aparecen en muchos lugares; pero es Hispanoamérica, con el Caribe incluido, la región del mundo que exhibe un catálogo más triste en esta materia (Colombia, Perú, Bolivia, Bahamas, México, Venezuela, Caicos, Belice, y otros). «El tráfico conjunto de armas y droga se protege y utiliza por los países totalitarios, así como por ciertos regímenes y grandes organizaciones multinacionales con el fin de desestabilizar, aparte de los países del Tercer Mundo, los países democráticos.» (*Declaración conjunta de los delegados de Alemania Federal, Países Bajos, Italia y Reino Unido. Comisión de Investigación sobre el Problema de las Drogas del Parlamento Europeo*).

Si muchos políticos se han convertido en narcotraficantes no hay que extrañarse por el hecho de que algunos narcotraficantes hayan intentado volverse políticos. El resultado del matrimonio entre política y droga, que muchas veces se produce por conveniencia y otras por temor, constituye en algunos países una de las mayores amenazas contra su estabilidad interna. Y no solamente en el Tercer Mundo, donde hay naciones, como Colombia, que han sido llevadas al borde mismo del colapso institucional, sino también en Europa. El hecho es que la droga se presenta como un mal de tal fuerza y tan novedosas características, que la clase dirigente no sabe cómo enfrentarlo y resolverlo. Pensamos que Europa ignora la fuerza desestabilizadora que este fenómeno podría producir en su seno, dentro de algún tiempo. Cuando el *Partido Comunista Italiano* mencionó, hace cuatro años, que la droga encierra «Un grave peligro para la estabilidad democrática europea» seguramente estaba haciendo el papel de profeta social.

La repercusión de esta situación, en España, resulta más que evidente. *En los años 1986 y 1987, murió, cada dos días, una persona, en episodios conectados con la droga.* Desde hace algunos años, gran parte de los delitos contra la propiedad y la integridad física que se cometen en España tienen que ver con la droga. En 1983, de las 11.905 detenciones registradas en Madrid, por diversos delitos, 9.907 estaban relacionadas con estupefacientes. Esta proporción del 83% es muy similar a la de Nueva York, del 85%. Se estima que entre el 80 y el 90% de los crímenes cometidos en las grandes ciudades del mundo occidental, guardan vinculación con el consumo de drogas. Desde 1973, en que se produjo la primera incautación significativa de heroína en España (76 gramos), hasta 1987, años en el que se decomisaron 397 kilos, el problema de la droga ha pasado a convertirse en uno de los que más tiempo, dinero y esfuerzo demanda a las autoridades.

En 1988 se destinaron más de 9.500 millones de pesetas a luchar contra la droga y sus nefastos efectos: un negocio que mueve cerca de unos 250.000 millones de pesetas anuales; 35.000 de ellos en Madrid, según declaraciones del alcalde de la capital de España.

Un cuadro comparativo de los últimos 10 años, en España, pone de manifiesto la dimensión del problema de la drogadicción en nuestro país.

<i>En 1978 fueron decomisados:</i>	<i>En 1988 fueron decomisados:</i>
7.241 gramos de heroína	397.467 gramos de heroína
14.950 gramos de cocaína	1.090.020 gramos de cocaína
6,5 kilogramos de cannabis	58.082 kilogramos de hachís
4.332 dosis de LSD.	21.837 dosis de LSD

Las detenciones, que en 1978 habían sumado un total de 8.858, alcanzaron la cifra de 21.824 diez años después.

Las muertes relacionadas de manera directa con la droga pasaron de 17, en 1978, a 189, en 1988. El único índice que parece haber decrecido es el de robos y asaltos a las farmacias, que en 1978 fue de 814 y en 1988 de 349. Ahora bien, este descenso no parece que pueda atribuirse a una disminución del índice de criminalidad, inducido por la droga, sino a ciertos factores, tales como la aplicación de medidas de seguridad en los establecimientos farmacéuticos, el aumento de la falsificación y robos de recetas para conseguir drogas legales (psicotrópicas) que se incrementó en un 330%, y la puesta en marcha, por parte de los Servicios Públicos del Estado, de los centros para la dispensación gratuita de metadona (institucionalización de las drogodependencias a opiáceos sintéticos).

«No hay duda de que el consumo de droga es preocupante en España», afirmaba no hace mucho tiempo el fiscal para la *Represión del Tráfico Ilegal de Droga*. «Como país desarrollado que es, España está también inmerso en los mismos problemas que sus vecinos y tiene un mercado de droga propio» (Subdirectora del *Plan Nacional sobre Drogas*).

Como indicativo de la situación de la drogadicción en España, pasamos a dar los siguientes datos:

LA REPRESIÓN, EN 1987

	Ene-Dic. 87	Ene-Dic. 86	%
A) <i>Personas detenidas</i>	21.834	19.203	+ 13,64
B) <i>Decomisos</i>			
Opiáceos	4.869	3.516	
Cocaínicos	1.751	1.256	
Cannábicos	9.252	7.491	
Alucinógenos	89	171	
Psicotrópicos	1.562	650	
Totales	17.513	13.084	
C) <i>Sustancias decomisadas</i>			
Heroína (grs.)	386.247	407.052	-5,38
Cocaína (grs.)	1.086.530	668.919	+ 62,43
Cannabis (kg)	58.122	48.047	+ 20,96
LSD (dosis)	21.837	67.436	- 209,00
D) <i>Robos y atracos a farmacias</i>			
Robos totales	234	351	
Atracos totales	175	246	
E) <i>Muertes e intoxicaciones</i>			
Muertos totales	189	189	
Intoxicaciones totales	25	4	

FUENTE: Ministerio de Sanidad y Consumo.

CONSUMIDORES DE DROGA EN ESPAÑA

Cocaína	60.000	a	80.000	personas
Heroína	80.000	a	125.000	personas
Anfetaminas	350.000	a	500.000	personas
Inhalantes	18.000	a	21.000	personas
Cannabis	1.200.000	a	1.800.000	personas

FUENTE: Informe del Gobierno Español, ante la Comunidad Europea, en 1986.

Aunque las cifras de drogadictos en Europa Occidental no son muy rigurosas, en 1988 se calculaba que había 1.500.000 heroinómanos en los países del Mercado Común.

El Parlamento Europeo calificaba en 1986 la problemática de la drogadicción como *Una epidemia de enormes proporciones*, señalando que *El reciente consumo ilegal de drogas en los países de la Comunidad Europea va creando un conjunto muy complejo de problemas*. España constituye uno de los países europeos más afectados por la circulación y comercio de drogas.

Se dice que Marbella es el lugar de Europa donde más cocaína se esnifa, y San Sebastián la ciudad del mundo con mayor número de toxicómanos, en relación con el número de sus habitantes. Desde hace años España fue escogida por su posición geográfica y sus nexos históricos, con países árabes e hispanoamericanos, como puente del comercio de narcóticos hacia Europa. Por la Península Ibérica circula buena parte del hachís que pasa desde África hacia los países de la Comunidad Europea, y la mayor parte de la cocaína que, procedente del Nuevo Mundo, llega al Viejo Continente.

Asimismo, pasa por nuestro territorio una cantidad preocupante de heroína procedente de países asiáticos. El intenso movimiento mercantil, en relación con el narcotráfico, que se produce en España, ha atraído a nuestra nación a grandes traficantes de muy distintos orígenes. A mediados de los años 70 se instaló en las Islas Canarias una mafia alemana; en la costa Brava se ha asentado la «cosa nostra» siciliana; en España, hasta que fueron extraditados a sus países de origen, estuvieron establecidos los varones de la cocaína sudamericana, especialmente de la colombiana; en el norte de la península (Gijón) fue capturada una banda, en 1984, con conexiones libanesas; se cree que en España, hay una organización iraní que controla el tráfico de heroína. El italiano Gaetano Badalamenti, acusado de ser el jefe de la llamada «Pizza Connection», que

enviaba heroína a Estados Unidos, tuvo su sede en Benidorm, entre 1976 y 1984; y Francois Scá-pulo, que fue detenido en Suiza por sus presuntas relaciones con la «French Connection», vivía en Ibiza.

Pero no sólo trafican los extranjeros, sino que también existen muchos españoles que tienen una gran actividad en el narcotráfico internacional. En 1985 había 13 españoles presos en Tailandia, 5 de los cuales estaban acusados de traficar con estupefacientes. En Italia han sido condenados varios camellos españoles, entre ellos uno que llevaba bolsas de cocaína en el estómago. En Bulgaria fueron detenidos diversos camiones españoles con hachís, y algunos narcotraficantes de nuestro país han llegado a tener una posición de relieve en la mafia internacional; del mismo modo, la corrupción ha afectado en España a miembros de la policía y de la guardia civil, así como a políticos destacados. En este último caso, Ramón Espasa, diputado de Izquierda Unida, piensa que puede haber implicaciones personales con el narcotráfico en las más altas esferas políticas y judiciales. José Luis Torner, exdiputado por el PSOE en la Comunidad de Madrid, condenado por tráfico de droga, manifestó: «¿Quién no ha consumido cocaína en este país? Pero si yo he conocido la cocaína en la política. Yo he consumido cocaína porque quería saber lo que era. Muy raro es el político que no tiene algo que lo estimule. Yo he sido testigo de esnifes de cocaína en el PSOE.»

Tampoco los países socialistas, que hasta hace poco tiempo se vanagloriaban de ser invulnerables al problema de la drogadicción, han podido mantenerse incontaminados. A mediados de 1986 la Directora del Departamento de *Prevención Sanitaria* del Ministerio de Salud de la Unión Soviética, aceptó públicamente, como una realidad, el problema de la drogadicción. Pero esta problemática subyacía con varios años de anterioridad en la sociedad moscovita. Las primeras muertes en relación con la droga se reconocieron en la Unión Soviética en 1985; un año más tarde se daba la cifra de 46.000 toxicómanos fichados.

A diferencia de las naciones de Europa Occidental, que importan la mayoría de su droga, la URSS produce casi toda la que consume. La república de Kirguisia exporta *koknar* (opio), *anashi* (marihuana) y hachís a otras regiones de la URSS. La *Agencia Soviética Antidroga* ha procedido a arrasar cultivos de cannabis, en el valle de Chuskaia, y de amapola, en Turkmenistán. En el año 1986 fueron detenidos 300 traficantes y 4.000 distribuidores al pormenor. En algunas regiones y zonas como Stravpol, patria del líder soviético Mijail Gorbachov, y Odesa, existen problemas muy preocupantes de drogadicción. En Odesa, concretamente, la mitad de los drogadictos son adolescentes.

En cuanto a otros países del Este, como Polonia, uno de cada cuatro jóvenes ha probado, ocasionalmente, las drogas. En este país hay entre 300.000 y 600.000 consumidores de la llamada «droga dura», principalmente heroína. Para algún líder social polaco las toxicomanías constituyen, en Polonia, «un problema más grave, entre los jóvenes, que el del alcoholismo». Se calcula que en Hungría existen unos 30.000 consumidores de drogas. Yugoslavia constituye una nación en la que se da un importante tráfico de drogas, con alijos procedentes de Oriente Medio y Lejano, donde se empiezan a manifestar problemas de toxicodependencias a opiáceos (heroína) y derivados cannábicos (hachís).

Alexander Vlasov, ministro del Interior de la Unión Soviética afirmó, en 1988: «La lucha contra la drogadicción y los crímenes ligados a ella se ha convertido en una de las principales tareas de este gobierno.»

D) Condicionamientos sociofamiliares.

Es evidente que en un alto porcentaje de casos, el drogadicto, toxicómano o tóxicodependiente, emerge del seno de familias enfermas desde el punto de vista psicoemocional y psicopatológico. Cuando afirmamos que el problema de la drogadicción tiene una dimensión comunitaria, estamos diciendo que esta problemática se deviene en el seno de una sociedad toxicomanígena, en la cual existen naciones toxicofílicas, pueblos con hábitos toxicomanígenos socialmente significativos y familias enfermas, desde el punto de vista toxicológico y toxicomanígeno. Es significativo el alto índice de padres alcohólicos que se da, en relación con jóvenes con problemas de drogadicción a sustancias estupefacientes. Por otra parte, llama la atención constatar que el mayor índice de tóxicodependencia no alcohólica se dé entre adolescentes y gente joven; quizá una posible explicación de la temprana iniciación de los jóvenes en el hábito del consumo de drogas se encuentre en las siguientes circunstancias psicopatológicas:

- *Entre el 0,9 y el 2,1% de los escolares españoles sufren algún tipo de depresión.* (La depresión infantil es una patología psíquica que afecta a una proporción considerable de niños en la etapa escolar. En nuestro país se han encontrado tasas de prevalencia que oscilan para los cuadros de depresiones más importantes entre el 0,9 y el 2,1 %; y para los trastornos distímicos, entre el 4,8 y el 7,6%. La depresión del prepúber y del púber constituye un riesgo para el desarrollo homeostático de la personalidad del niño y del adolescente, e influye de manera definitiva en su futura salud psíquica).

- *El suicidio constituye la segunda causa de mortalidad juvenil en España.* (Más de 400 jóvenes adolescentes mueren cada año, por suicidio, en España. Constituye el suicidio infanto-juvenil la segunda causa de mortalidad, después de los siniestros ocurridos por accidentes, yendo inmediatamente seguida de las originadas por drogas y neoplasias malignas. De los suicidios consumados, las dos terceras partes corresponden a varones, suponiendo un grupo de alto riesgo los muchachos que realizan el Servicio Militar. Una constante en los niños suicidas, es el medio familiar perturbado por la ausencia de uno de los padres. Un 4% de los niños que se intentan suicidar tienen menos de 10 años; un 10% tienen entre 10 y 15 años; y el 67% de los intentos de suicidio se da entre los 15 y 18 años. La tendencia actual es a un descenso de la edad, en la que se manifiestan las primeras tentativas de suicidio.

Según Deshaies, el suicidio infantil puede ser clasificado en cuatro tipos:

- *Suicidio simulado*, que se ejecuta con fines utilitarios.
- *Suicidio pasional*, idéntico al del adulto, a menudo provocado por un estado de envidia, bis a bis por los hermanos o por otras personas.
- *Suicidio imaginativo*, que supone una reproducción de escenas, ya vividas, a las que el niño otorga otra significación.
- *Suicidio emotivo o impulsivo*, provocado por la acumulación de fenómenos emocionales.

Consideramos que las pulsiones de muerte en el período infantojuvenil y la angustia por ella desencadenada, pueden constituir factores que induzcan a la ingesta de sustancias modificadoras de la conciencia, que alterando la vivencia yoica y de la realidad, supongan una vía de escape a tales pulsiones tanáticas.

E) Condicionamientos ideológicos.

Es evidente, también, que la historia de la humanidad guarda una estrecha relación con las diversas ideologías sociopolíticas y socioreligiosas devenidas en el tiempo. Desde el punto de vista científico, filosófico y religioso, se han ido produciendo cambios muy importantes a partir del siglo XVI, y hasta nuestros días. A continuación esquematizamos la evolución ideológica devenida:

-Siglo XVI...

Nacimiento de la ciencia-Galileo Galilei. Filosofía científico-religiosa dominante y expresada en la siguiente frase, que se inscribía en la pieza fundamental de trabajo de los hombres de ciencia de este siglo: *Oratorio para orare y Laboratorio para laborare*.

- Siglo XVII...

Racionalistas-racionalismo: omnipotencia de la razón, que desplaza a los contenidos y aseveraciones de la fe. Empieza el proceso de la deificación del hombre.

-Siglo XVIII...

La ilustración (Diderot, D'Ambert, Voltaire, Rousseau, Montesquieu, Turgot, etc.). Revolución francesa (Igualdad-Libertad-Fraternidad).

-Siglo XIX...

La filosofía del Superhombre y de la Muerte de Dios (Federico Nietzsche).

-Siglo XX...

El desarrollo de la filosofía del Superhombre. Los profetas de la genética. Un mundo feliz (A. Huxley). La Emortalidad.

Toda esta evolución ideológica que se puede sintetizar y concretizar en la idea de la muerte de Dios y de la realización del superhombre, subyace como infraestructura motivacional, psicodinámica y psicogénica, en la conducta toxicomanígena de la generación actual.

F) *La crisis de los ideotípos o modelos sociales*.

En toda sociedad se dan una serie de ideotípos sociales con los que se produce una identificación o rechazo público por parte de los ciudadanos de un país concreto. Corresponde a los personajes públicos la encarnación de estos modelos. Generalmente los ideotípos más destacables son aquellos que representan a las figuras con contenidos de autoridad; en este sentido, los primeros modelos, objeto de identificación o rechazo, corresponden a la figura de los padres en el ámbito de la familia. Por otra parte, los determinados personajes de la vida pública cumplen también con la función de ser ideotípos paradigmáticos; entre estos últimos es de destacar las primeras figuras políticas, educativas, sanitarias, y del ámbito cultural en general. Cuando todas estas figuras propuestas como modelos de identificación aparecen públicamente relacionadas o identificadas con pautas toxicomanígenas, la influencia que pueden prestar en el seno de toda la sociedad desencadenará consecuencias muy negativas, favoreciendo o influyendo en la psicociogénesis de las toxicomanías. La identificación de todos los ideotípos sociales con el consumo

de drogas «legales» tales como el alcohol, el tabaco y determinadas sustancias psicoestimulantes, constituye un factor toxicogénico y psicodinámico muy importante en el problema de la gestación de las politoxicomanías en España y en otros países que mantienen niveles de drogadicción similares al nuestro. Es conocido, desde hace mucho tiempo, que en los factores que dinamizan el funcionamiento de los grupos sociales están incluidos los fenómenos de imitación, identificación y aprendizaje; y que o bien el individuo toma como modelo «al grupo en sí» o «a los líderes» del mismo; por eso resulta un claro fenómeno de yatrogenia social, en el sentido toxicomanígeno, el hecho de que los padres, los maestros, los médicos, los políticos, los filósofos, los literatos, los líderes religiosos, etc., aparezcan en público ingiriendo bebidas alcohólicas, fumando cigarrillos, puros habanos, o haciendo apología del consumo de determinadas drogas consideradas como «blandas». Resulta contradictorio pretender que los educadores (maestros, profesores, catedráticos) pueden llevar adelante en el ámbito de su ejercicio profesional campañas de prevención eficaces y eficientes, en tanto que aparecen delante de sus alumnos con hábitos toxicomanígenos evidentes. Por regla general, los niños del nivel de EGB, y de manera especial los adolescentes a nivel de Bachillerato, consideran que *la salud es una cosa de los mayores, y éstos beben y fuman*.

Por otra parte, la prevención del consumo de drogas en el área escolar no puede devenir con éxito por sí misma si se realiza de manera aislada del contexto social, a nivel de departamentos estancos. Consideramos que para que la prevención tenga posibilidades de éxito es necesario realizarla de manera integral e integrada; según esto, la prevención debe producirse a nivel sociofamiliar, sociocultural, sociosanitario y sociopolítico, teniendo en cuenta que el factor más importante como motivación básica, de cara a la infancia y a la juventud, no es tanto el que se realiza a nivel cultural, intelectual o sanitario, como el que ofrezca a los ojos de la población a quien va dirigida la campaña «Un verdadero modelo de vida». Dicho de otra forma, para que la prevención tenga éxito «se debe vivir lo que se enseña», En este sentido llama la atención un estudio presentado en la *Conferencia Europea sobre Política del Tabaco*, en el que se reseña que el 50% de los médicos españoles son fumadores habituales, mientras que sus colegas estadounidenses y británicos, por ejemplo, no superan el 10%.

2ª CONSTATACIÓN CLÍNICA Y SOCIOSANITARIA DE LAS TOXICOMANÍAS

La constatación clínica y sociosanitaria del fenómeno de la drogadicción, o de las politoxicomanías, ha quedado más que reflejado en distintos trabajos de esta monografía; no obstante, apuntaremos algunos datos que nos aparecen paradigmáticos:

- *El 15% de las muertes que se producen en Europa se deben al tabaco.* De acuerdo con datos de la OMS, uno de cada cuatro fumadores fallece debido al tabaco. Entre 400.000 y 500.000 europeos, de ellos 40.000 españoles, mueren cada año por causas directas o indirectas relacionadas con el tabaco.
- *Según la OMS, en el mundo ya hay entre cinco y diez millones de personas infectadas por el virus del SIDA.* El 1º de diciembre del año 1988 se celebró el «Día Mundial del Sida», patrocinado por la Organización Mundial de la Salud, y según su director general, el japonés Hiroshi Nakajima, «el problema ha adquirido caracteres de peligrosidad para la salud en todo el mundo, estimándose en más de 120.000 el número de personas afectadas por el Sida y entre cinco y diez millones, el número de personas infectadas». En España, los datos de los últimos meses de 1988 arrojaban un número de unos 2.000 casos de personas que padecían el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- *Las cárceles de Madrid tienen el mayor porcentaje mundial de reclusos con Sida,* según los ponentes de la Cuarta Conferencia Internacional que, sobre el Sida, se celebró en Estocolmo a mediados de 1988. En las cárceles madrileñas, el número de presos seropositivos alcanza el 44%, cifra que contrasta con las de las cárceles de Nueva York (17,44%), Sao Paulo (18,3%), Argentina (17%), Venecia (12,9%), Fresnes (12,5%), Maryland (6,6%), Bruselas (- del 7%) e Israel (- del 6%).
- *El 2,6% de todos los casos de Sida lo padecen, en España, niños.* Esta tasa resulta muy elevada, si la comparamos con el 1% correspondiente a EE.UU.
- *En los primeros meses de 1988, según la OMS, el Sida afectaba a más de 130 países, constituyendo los toxicómanos uno de los elementos más importantes en la transmisión y contagio de dicha enfermedad.*
- *El problema de la drogadicción, a escala universal, se puso de manifiesto a finales del año 1988, con los problemas desencadenados por el Doping de diversos atletas, en la última Olimpiada.*
- *2,5 millones de personas mueren al año en el mundo, a causa del tabaco,* según la última «Conferencia Europea sobre Tabaco», que se celebró en Madrid.
- En los últimos tiempos, más del 40% de los médicos han atendido en sus consultas, a pacientes aquejados de múltiples toxicomanías derivadas del consumo de drogas.

- *La Revista de Aeronáutica y Astronáutica,* en su número de noviembre de 1984, publicaba un Dossier referido a la problemática de la droga en el ámbito de las Fuerzas Armadas. El *Dossier* consta de varios artículos, que abordan el problema general de las drogas, sus efectos, su tratamiento, y las bases para la elaboración de un programa preventivo y *el análisis de una encuesta realizada entre mil reclutas y soldados del Ejército del Aire en edades comprendidas entre los 16 y 22 años.*

Las respuestas obtenidas del estudio reflejan la siguiente realidad, correspondiente al período 1983-86:

- 3 de cada 5 sujetos encuestados han probado droga.
- 3 de cada 40 encuestados consumen habitual o sistemáticamente, droga.
- La cuarta parte de los individuos encuestados reconocen ser consumidores actuales (consumo esporádico más habitual).
- El cannabis y derivados representa el 100% de la droga consumida de manera habitual o sistemática.
- La mitad del consumo esporádico u ocasional pertenecen al cannabis.
- 2 de cada 3 sujetos encuestados, consumen habitualmente bebidas alcohólicas.
- La mitad del alcohol consumido de forma habitual, corresponde a la cerveza.
- En la mitad de los casos, el consumo habitual cannábico se asoció al de alcohol (consumo mixto).

Los datos apuntados en este apartado, y otros datos que se reseñan en distintos trabajos de esta obra, revelan la realidad socio-sanitaria del problema de la drogadicción, que afecta de manera universalizada a la población, en todas las edades: *niños, jóvenes y adultos.* La problemática toxicomanígena se proyecta sobre diversas esferas de la realidad social: esfera escolar, medio militar, ambiente sociolaboral, etc.

La constatación de la realidad clínica del problema toxicomanígeno, desde el comienzo de los años 60 hasta la actualidad, resulta obvio. Por el año 1965 ya se perfilaba, de acuerdo con los datos epidemiológicos manejados, que a nivel de las instituciones nosocomiales se produciría en muy poco tiempo una inversión de determinados índices de prevalencia, en relación con las enfermedades mentales más importantes. Fue el caso de la relación *esquizofrenia-alcoholismo.* Las psicosis esquizofrénicas eran, con mucho, el cuadro más frecuente en la patología mental que se veía en los Hospitales Psiquiátricos de toda España, siendo el alcoholismo crónico, en el

primer quinquenio de los años 60, un cuadro que representaba una incidencia del 5 al 10% de todos los ingresos efectuados en dichos centros. Unos diez años después, los ingresos de enfermos alcohólicos, por sus diversas patologías, llegaron a representar hasta el 40-45% del total, descendiendo notablemente el porcentaje de los pacientes esquizofrénicos que eran hospitalizados. Se había producido una disminución de las psicosis esquizofrénicas, a favor de un aumento de las toxicomanías alcohólicas. A partir de 1975, los centros asistenciales hospitalarios, y ambulatorios dedicados a la atención de pacientes con problemas psíquicos o alteraciones de su salud mental, comenzaron a ser frecuentados por pacientes jóvenes, portadores de una nueva patología producida por la ingestión de sustancias toxicomanígenas (drogas). Fue a partir del año 1980, que la enorme incidencia de trastornos mentales producidos o desencadenados por el consumo de sustancias psicotrópicas o estupefacientes, obligó a la toma de conciencia, por parte de las autoridades políticas y sanitarias, de la necesidad de elaborar programas de actuación de carácter preventivo y asistencial, y de ir estableciendo dispositivos terapéuticos concretos, para abordar la patología generada por este fenómeno «Sociológicamente nuevo» y que, al irrumpir bruscamente en la sociedad española, descompensaba sus esquemas asistenciales habituales.

Existen datos estadísticos y epidemiológicos que abundan en la constatación clínica y socio-sanitaria de las toxicomanías. Entre los mismos, destacamos su incidencia a nivel de los servicios de la Seguridad Social. Ya en el año 1982, diferentes estudios realizados en las consultas de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social Española, arrojaban los siguientes datos estadístico-epidemiológicos, en cuanto a la distribución diagnóstica de los diversos motivos de consulta:

Cefaleas.....	46%
Mareos.....	29%
Insomnio	5%
Decaimiento.....	5%
Ansiedad-irritabilidad	5%
Algas-parestesias	3%
Hipocondriasis	3%
Ataques.....	2%
Déficit del desarrollo y trastornos del aprendizaje.....	2%
Alcoholismo-Toxicomanías	1,8%

Éstos eran los porcentajes estadísticos correspondientes al *item* «Motivo de la consulta», Dichos porcentajes se dieron sobre un estudio efectuado en 600 pacientes. El diagnóstico posterior al que se llegó después de estudiar a los pacientes, fue el siguiente:

Ansiedad	29%
Depresiones.....	23%
Trastornos infantiles	16%
Trastornos involutivos.....	10%
Problemas neurológicos	7%
Valoración laboral	6%
Casos no neuropsiquiátricos.....	6%
Alcoholismo-Toxicomanías	4%
Psicosis.....	2%
Cefaleas.....	46%

Por otro lado, a nivel de Dispensarios-Ambulatorios (o Centros de Salud Mental) el porcentaje de alcoholismo y toxicomanías era el que sigue:

<i>Pacientes toxicómanos alcohólicos.....</i>	<i>28,03%</i>
<i>Pacientes toxicómanos no alcohólicos.....</i>	<i>6,81%</i>
<i>Pacientes psíquicos en general</i>	<i>65,15%</i>

La investigación socio-laboral de todos estos pacientes arrojaba los siguientes resultados:

ALCOHÓLICOS:	
No tenían trabajo.....	60,8%
Sí estaban trabajando	20,2%
Sin datos	18,9%

TOXICÓMANOS:	
No tenían trabajo.....	83,3%
Sí estaban trabajando	16,6%

PSÍQUICOS:

No trabajaban (falta de trabajo, jubilación anticipada, enfermedad mental, etc.).....	82,5%
Sí estaban trabajando	9,3%
Sin datos	8,1%

(Datos pertenecientes a estudios realizados en los Servicios de Salud Mental, del Principado de Asturias, en el año 1982).

Por otro lado, a nivel de Instituciones intermedias (Hospital de Día), el porcentaje de pacientes ingresados y tratados en estas instituciones, arrojaba los siguientes índices:

<i>Pacientes toxicómanos</i>	24,6%
<i>Pacientes alcohólicos</i>	11,1%
<i>Pacientes psíquicos</i>	64,1%

(Datos epidemiológicos correspondientes a 1982. Hospital de Día «Dr. González Campa». Consejería de Sanidad del Gobierno Autonómico de Asturias).

Idénticos estudios realizados en 1983, en el mismo Centro, arrojan estos porcentajes:

<i>Ingresos pacientes alcohólicos</i>	14%
<i>Ingresos pacientes toxicómanos</i>	32%
<i>Ingresos pacientes psíquicos</i>	54%

Los pacientes toxicómanos (tanto alcohólicos como no alcohólicos, teniendo en cuenta la naturaleza de las sustancias consumidas, se distribuían en los siguientes porcentajes:

Consumidores de <i>Hachís</i>	100%
Consumidores de <i>Alcohol</i>	80,9%
Consumidores de <i>Anfetaminas</i>	57,1%
Consumidores de <i>Ácidos</i>	52,3%
Consumidores de opiáceos: <i>Heroína</i>	52,3%
Consumidores de <i>Cocaína</i>	14,2%

Consumidores de <i>Barbitúricos</i>	9,5%
De todos los consumidores de opiáceos, lo eran de <i>Metadona</i>	32,9%

(Datos correspondientes a mayo de 1983. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias).

El mismo tipo de estudios realizado en febrero de 1985, en la institución mencionada (Hospital de Día «Dr. González Campa», de Pando-Langreo) del Gobierno Autónomo Asturiano, daba los siguientes porcentajes, respecto a la problemática toxicomanígena del número total de toxicómanos ingresados en el Hospital de Día:

Consumidores de <i>Hachís</i>	100%
Consumidores de <i>Anfetaminas</i>	82%
Consumidores de <i>Alcohol</i>	77%
Consumidores de opiáceos: <i>Heroína</i>	73%
Consumidores de ácidos	69%
Consumidores de <i>Cocaína</i>	16%
Consumidores de <i>Barbitúricos</i>	2,5%

3º ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Constituye, este apartado, uno de los aspectos más problemáticos del abordaje de las toxicomanías. Existe un fundamento histórico-terapéutico que debiera servir de guía teórico-científica, pero que, lamentablemente, en el devenir psicoterapéutico de nuestro país no ha sido tenido en cuenta por parte de los organismos oficiales (Estatales, Autonómicos y, en muchas ocasiones, Municipales) a la hora de organizar y planificar los programas para la prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los pacientes tóxicodependientes.

Me estoy refiriendo, obviamente, a la experiencia devenida en la lucha antialcohólica en España, desde principios de los años sesenta hasta nuestros días. La Administración no ha sabido, o no ha querido, aprovechar todo el contenido científico y experiencial acumulado en el acervo socioterapéutico de la lucha contra el alcoholismo en España, hasta tal punto que el tan cacareado *Plan Nacional sobre las Drogas*, en sus primeras ediciones, obviaba de manera absoluta la problemática toxicomanígena del alcoholismo que ha constituido, constituye, y seguirá constituyendo en el futuro, el primer problema tóxico-fílico y socio-sanitario del Estado Español. Una mala concepción o una concepción inadecuada, por falta de experiencia socioterapéutica vivida,

así como la falta de los conocimientos científicos imprescindibles en el terreno del alcoholismo y las toxicomanías, hicieron posible que durante los últimos cinco años en España, se vengan malgastando grandes recursos económicos y de capital humano de manera intrascendente y estéril en el difícil campo del abordaje de la drogadicción. El discurso demagógico de los «supuestos redentores» de la Reforma Psiquiátrica en España desde un punto de vista meramente teórico y, por tanto, desconectado de la realidad clínica y de la praxis psicoterapéutica, lanzó el mensaje de que era necesario llevar adelante una atención, en el campo de la salud mental, integral e integrada.

Como paradigma para la realización de dicha filosofía asistencial se presentaba una institución *quasi mágica*, que pretendía tener capacidad para realizar funciones preventivas, curativas y rehabilitadoras de cualquier tipo de pacientes, dentro del ámbito del abigarrado contenido nosológico de los trastornos mentales. Esta institución recibió el nombre de «Centro de Salud Mental». En dichos centros trabajaría un equipo multidisciplinario encargado de abordar cualquier problemática psicopatológica que demandase la comunidad entornante; como es lógico, la filosofía asistencial que inspiraba este tipo de concepciones pan-psiquiátricas presuponía que la atención especializada, y por especialistas, a los enfermos alcohólicos y toxicómanos en general, era inadecuada, innecesaria y, además, suponía un despilfarro de medios económicos y humanos que era necesario racionalizar. Los equipos de los Centros de Salud Mental recibieron instrucciones por vía piramidal de cuáles debieran ser sus criterios de actuación en el campo de las drogodependencias. Naturalmente, dichas instrucciones venían dadas desde departamentos de naturaleza sociopolítica, y los criterios que los informaban estaban más en función de contenidos político-ideológicos que científico-sanitarios. La Administración no tuvo la delicadeza, ni la humildad, de consultar con aquellos profesionales o instituciones que, teniendo una experiencia valiosa en el campo de las toxicomanías, podían haberla aportado en beneficio de toda la comunidad española.

Como consecuencia de toda esta distorsionante gestión, la eficacia y la eficiencia del plan nacional sobre las drogas, se ha convertido en una experiencia desoladora de fracaso y frustración social. Los centros de Salud Mental no tienen respuesta adecuada a las demandas de población toxicomanígena, y sus actuaciones alcanzan un porcentaje elevadísimo de fracasos reiterativos. Quizá se dio la circunstancia de que personas sin el acervo social científico y sanitario suficiente, elaboraron un plan de actuación que había de ser aplicado, en el campo de las drogodependencias, por equipos que tenían las mismas carencias infraestructurales.

Dentro del abordaje terapéutico de las drogodependencias es necesario enfrentarse con el problema de la *Prevención de las Toxicomanías*. No es fácil detallar o sistematizar los factores que favorecen la drogadicción (incluso, en ocasiones, es difícil distinguir entre causa y efecto), pero es indudable que existen, que juegan un importante papel en el desarrollo del proceso y que, conociéndolos, se podrían planificar mejor los programas preventivos. Según las Naciones Unidas, entre los factores que favorecen el acercamiento a la droga, se pueden citar:

- El debilitamiento de los lazos familiares.
- La pérdida de valores positivos.
- El incremento de la movilidad de las personas.
- El ritmo rápido de urbanización e industrialización que ha originado aglomeraciones humanas.
- El paro laboral.
- Las subculturas.
- La presión materialista y consumista de los medios de difusión.
- La legislación indulgente, inapropiada e ineficaz.
- Las desviaciones sexuales.
- El incremento de la violencia y de los hechos delictivos.
- Etc., etc.

Por otro lado, los planes de actuación de carácter preventivo pueden tener una naturaleza motivadora o disuasoria. Como elementos disuasorios, actúan el temor al uso de la droga por los efectos que produce sobre la salud individual y sobre la sociedad (información), y el temor por la amenaza de castigo que se puede derivar de su consumo (represión). También aquí, como en el caso de la oferta, deben existir medidas de represión (policíacas) apoyadas en normas legales y planes adecuados de detección analítica.

Los elementos motivadores tienden, por otra parte, a modificar el ambiente social y a mejorar la capacidad personal; todo ello integrado en una triple vertiente:

- información adecuada y precisa para aumentar el conocimiento de las drogas y sus efectos;
- formación, para fomentar una correcta actitud individual y de grupo ante la espiral droga-sexo-violencia;

- prevención ocupacional, que induzca a actividades deportivas, profesionales, recreativas o culturales, como contrapunto a tiempos muertos de ocio o a distracciones ligadas a ambientes propicios a la drogadicción.

En este ámbito de la prevención se considera como muy necesario *la formación científica, psicológica y social de los médicos, en materia de toxicomanías*, dado que el 40% de estos profesionales atienden, en alguna ocasión, casos de drogodependientes.

Otro capítulo importante es el de la *prevención en el ámbito escolar*. La escuela constituye una institución básica que, conjuntamente con la familia, se encuentra en condiciones idóneas para influir en la formación, o deformación, de los niños y de los adolescentes. El fenómeno del aprendizaje opera de una forma trascendente en los primeros estadios del devenir bio-psico-social de las personas. El grupo actúa sobre el individuo imbuyéndole patrones de conducta que, posteriormente, éste introyecta integrándolos a los contenidos psíquicos de su conciencia. En el ámbito de nuestra cultura, el adolescente termina por elaborar una concepción de la salud que podríamos establecer en los siguientes términos: «La salud es una cosa de los mayores, y éstos beben y fuman.»

Es de sobra conocido el hecho de que, para que se produzca un desarrollo armónico de la personalidad, el niño necesita identificarse con una figura de su mismo sexo; dicha figura busca en el ámbito del grupo primario en el que, desde el punto de vista bio-psico-social se encuentra inmerso, al abocar a su devenir existencial, es decir, en el seno de su propia familia. El modelo de identificación con uno de sus progenitores es extrapolable al ámbito de la escuela, y los maestros o enseñadores pueden, según el ideotipo que ofrezcan a sus alumnos, beneficiarlos o perjudicarlos de manera trascendente. Resulta por tanto, obvio, que los hábitos toxicomanígenos de los padres y educadores actúan de manera negativa sobre el desarrollo de la personalidad del niño y pueden constituirse en verdaderos factores yatrogénicos.

Entre los factores preventivos eficaces, se encontraría *el desarrollo de una legislación*, en materia de toxicomanías, *más adecuada y eficaz* que la existente en la actualidad, y que se comenta de manera crítica en otro trabajo de esta obra. También sería necesario abordar *el problema que acarrearán los mensajes que se difunden a través de los medios de comunicación social*, especialmente aquellos *spots publicitarios* que aparecen en Televisión Española, en lo que se refiere al alcohol y al tabaco. Dicha propaganda conlleva la emisión de mensajes que llegan a la parte consciente e inconsciente (mensajes subliminales) de las personas.

En el mes de noviembre de 1988, la consejera técnica de la Dirección General de medios de comunicación, y una de las máximas responsables de la ley general de publicidad aprobada el

11-11-88 y publicada en el B.O.E. del día 15 del mismo mes, decía: «No creo que en televisión haya demasiado abuso publicitario.» Es evidente que tales afirmaciones sólo pueden desprenderse de una gran falta de conciencia social en lo que al problema de las toxicomanías «legales» se refiere. La elaboración de la Ley de Publicidad suponía que en diciembre de 1988 desaparecerían los spots de alcohol y tabaco en TVE. No hace falta ser un gran observador para comprobar que, justamente, ha ocurrido todo lo contrario. En los últimos meses de 1989 ha vuelto a incrementarse, de manera notable, la publicidad sobre alcohol y tabaco. Por otra parte, el ministro de Sanidad, anunciaba, en esa misma época, que el Ministerio de Sanidad y Consumo pondría al gobierno que *el consumo de drogas en público fuera penalizado*; medida que, de ninguna manera, se ha llevado a cabo hasta el momento presente (junio 1989).

Diario 16 publicó, el 6 de marzo de 1988, un amplio *Dossier con nueve propuestas contra la droga*, que nosotros asumimos y detallamos a continuación:

- 1) Una amplia campaña de información.
- 2) Mayor persecución a los traficantes.
- 3) Penalización del consumo.
- 4) Acabar con la distinción entre drogas «duras» y drogas «blandas».
- 5) Facilitar la investigación fiscal, económica y patrimonial de los sospechosos.
- 6) Facilitar la actuación del médico (la actual legislación impide, aunque parezca mentira, que el médico actúe según su iniciativa para curar a un drogodependiente).
- 7) Acentuar los tratamientos médico-sociales, creando los servicios suficientes en la red pública.
- 8) Apoyo a los movimientos sociales antidroga que no persigan otra finalidad que la rehabilitación psicosocial de los toxicómanos.
- 9) Apoyo a la actuación de la policía, favoreciendo la investigación necesaria.

Dentro del abordaje terapéutico de las drogodependencias, consideramos que desde el punto de vista del tratamiento y la rehabilitación psico-social, los programas elaborados por expertos en toxicomanías pueden ser plasmados, en la realidad, de dos maneras diferentes:

- a) *Tratamiento y rehabilitación de toxicómanos en instituciones enmarcadas en el ámbito de la psiquiatría comunitaria.*
- b) *Tratamiento y rehabilitación de toxicómanos en instituciones exclusivas y específicas para los mismos.*

Remitiéndonos al primer apartado, consideramos que el ámbito más adecuado para el tratamiento de enfermos toxicómanos no es el Centro de Salud Mental, sino una institución intermedia: el Hospital de Día.

En el Hospital de Día se puede realizar una filosofía asistencial, en materia de salud mental, integrada e integral. En su ámbito terapéutico se pueden tratar enfermos psíquicos, alcohólicos y toxicómanos, con verdadera eficacia y eficiencia, siempre que se den las siguientes condiciones:

- Que el equipo asistencial multidisciplinario tenga una formación científica, psicológica y social, en
 - psiquiatría comunitaria
 - alcoholismo
 - toxicomanías
- Que la institución disponga del espacio físico y socioterapéutico adecuado
- Que el programa de tratamiento y rehabilitación de los toxicómanos contemple las siguientes posibilidades y actuaciones:
 - período de desintoxicación y deshabitación, realizado en el ámbito ambulatorio, o con hospitalización a domicilio. No utilizando, jamás, drogas que sean sustitutos de los opiáceos y a las cuales se pueda establecer una toxicodependencia (tal como es el caso de los opiáceos sintéticos).
 - período de rehabilitación psicológica.
 - período de reinserción psicosocial.

La finalidad de todo un programa de tratamiento y rehabilitación con enfermos toxicómanos (alcohólicos o no) debe perseguir tres objetivos fundamentales:

- Despertar conciencia de daño.
- Generar conciencia de enfermedad.
- Poner en marcha una verdadera motivación antitóxico-manígena.

Consideramos que las diversas fases del proceso rehabilitador se deben realizar en grupos psico-socio-terapéuticos, entre los cuales entendemos como imprescindibles:

- Grupos de psicoterapia de grupo para toxicómanos.
- Grupos de psicoterapia de grupo para familiares de toxicómanos.
- Grupos de psicoterapia de grupo para toxicómanos y familiares.
- Grupos de terapia ocupacional y socio-recreativa.
- Grupos de expresión corporal y de psicomotricidad. Grupos psicodramáticos y de teatro terapéutico.

En los grupos enmarcados en la «psicoterapia de grupo» se pretende resolver la problemática «individual» de los pacientes. En los grupos de psicoterapia de pacientes y de familiares se pretende abordar la problemática familiar que conllevan los problemas toxicomanígenos. En los grupos de terapia ocupacional se aborda la problemática socio-laboral de los pacientes; y en los grupos socioterapéuticos se intenta dar respuesta a la dimensión psicosocial del problema toxicomanígeno.

En lo que se refiere al segundo apartado (instituciones específicas para toxicómanos) la situación, en el Estado Español, en el primer trimestre de 1988, era la siguiente:

VOLUMEN Y OCUPACIÓN DE LAS REDES EN ESPAÑA

Comunidades terapéuticas	Número de plazas	Participación %
Red pública	11 228 7,9
Red privada	23 406 14,2
Red <i>El Patriarca</i>	25 1534 53,6
Red <i>I. Evangélica</i>	11 150 5,2
Red <i>Proyecto Hombre</i>	7 290 10,1
Red <i>Narconón</i>	4 250 8,7
TOTALES	81 2858 100

La valoración que se puede hacer del funcionamiento de las diversas comunidades terapéuticas, en cuanto a su eficacia rehabilitadora, parece ser que da como resultados más óptimos los que se consiguen en las comunidades de la red de *Iglesias Evangélicas* y de la red *Proyecto Hom-*

bre. Estos dos tipos de comunidades disponen de programas psicoterapéuticos diferenciados, pero que pretenden alcanzar una finalidad y meta comunes: llenar el vacío existencial de los enfermos toxicómanos, favorecer el equilibrio psicoemocional de las personas afectadas por una problemática tóxico-fílica y, en definitiva, dar un sentido trascendente a sus vidas.

Finalizaremos este trabajo haciendo una crítica a algunos aspectos de los distintos programas para la rehabilitación de toxicómanos.

El Plan Nacional sobre Drogas presentado por el ministro de Sanidad, en 1988, contemplaba una dotación presupuestaria de 2.500 millones de pesetas, en su mayor parte transferidos a las comunidades autónomas. Dentro de este plan se habla de la creación de un apartado específico contra las drogas «legales», considerado por muchos observadores como un conjunto de medidas puramente testimoniales. También se contempla en el Plan Nacional sobre Drogas un incremento en el número de camas hospitalarias, destinadas a la desintoxicación de drogadictos, cifrándose en 8.000 los tratamientos a efectuar con las 200 camas, presumiblemente disponibles, lo que supondría atender, escasamente, al 15% de los drogodependientes españoles. Una parte importante del presupuesto apuntado se invertirá en los centros autorizados por el gobierno para la dispensación gratuita de Metadona a los enfermos tóxico-dependientes de los opiáceos. Consideramos que los centros de ingestión de Metadona han supuesto la institucionalización y yatrogenización de los pacientes tóxicodependientes a opiáceos, y que la filosofía que subyace, a este tipo de supuesta alternativa, conlleva la gratificación tanática de los enfermos y supone una preocupación de tipo sociopolítico para la erradicación de las consecuencias delictivas de las toxicomanías, haciendo abstracción de la salud y del devenir de los pacientes.

Los «tratamientos con Metadona» no merecen el calificativo de tales, puesto que no están al servicio de la recuperación integral de la salud de los pacientes sino al del descenso de los datos estadísticos de los delitos ocasionados por los toxicómanos. No se puede rehabilitar a un toxicómano dependiente de un opiáceo natural o semisintético dándole un opiáceo sintético que genera el mismo tipo de tóxicodependencia.

Consideramos confirmado, de manera clara, el fracaso del Plan Nacional sobre Drogas, así como la filosofía que lo alumbró; y una manifestación sintomática de nuestra expresión consideramos que se encuentra implícita en el hecho de que últimamente, la Administración está volviendo sus ojos y su dinero hacia entidades privadas que se dedican a la acogida, tratamiento y rehabilitación de pacientes toxicómanos.

Y concluimos manifestando que, en nuestra opinión, la problemática de la drogadicción va más allá de su dimensión médica, psiquiátrica, psicológica y económica; y, por consiguiente, su resolución nunca se podrá alcanzar con medidas que emerjan o se plasmen en el espacio de los sectores apuntados. En definitiva, como ya desarrollamos en otro trabajo de este libro, consideramos el problema de la drogadicción como aquel cuyas causas se esconden en la esfera de la intimidad de los seres humanos y en los condicionamientos e intereses sociopolíticos y socioeconómicos de las superestructuras de los pueblos. La oferta a un toxicómano no puede tener como contenidos, exclusivamente, aspectos puntuales con la finalidad de favorecer su reintegración psicosocial, sino una alternativa y un modelo de vida que le permita su plena realización como persona sin tener que recurrir a la ingestión de sustancias toxicomanígenas, a pesar de que tenga que devenir su existencia en una sociedad toxicofílica.

E) Síntesis y hermenéutica bíblico-científica de la problemática toxicomanígena

Los primeros capítulos de la Biblia (libro del Génesis) contienen la explicación más clarificadora de la realidad humana devenida en el tiempo y en el espacio. El estudio de los mismos nos permite tomar conciencia de nuestra realidad existencial, antropológica, social y moral.

El capítulo 3 del libro del Génesis, nos introduce al estudio teológico, más trascendente, respecto de la realidad antropológica actual del hombre. La Epístola a los Romanos, en su capítulo 5, versículo 12, nos dice:

«Por tanto, como el pecado entró en el mundo por un hombre, y por el pecado la muerte, así la muerte pasó a todos los hombres, por cuanto todos pecaron.»

Con estas manifestaciones, el apóstol Pablo nos habla de las consecuencias de la desestructuración amártica del hombre: de la dimensión de la «Caída» a nivel antropológico, planetario y cósmico. La introducción del pecado (griego: *amartia*) en el hombre (griego: *antropos*) dio lugar a una desestructuración integral del mismo; desestructuración manifestada en la esfera pneumática (*espíritu*), psíquica (*alma*) y somática (*cuero*). Esta realidad desestabilizadora la tenemos explicitada en los capítulos 3 de Génesis, 24 de Isaías y 8 de Romanos.

En Génesis 3 se nos presenta la nueva realidad antropológica del hombre y sus consecuencias, a nivel del varón, de la mujer, y de su entorno ecológico (la Tierra). Pero este capítulo es básico para llegar a entender que la realidad amártica, desde el punto de vista ontológico, no surge de la esfera de la intimidad del antropos, sino que se manifiesta en ella. El pecado constituye una posibilidad peristática (generada en el devenir existencial de un ser angelical, que pretendió ser una auténtica alternativa a Dios; Ez. 28:15-16) que llega al hombre, para ofrecerle la posibilidad de trascenderse a, sí mismo y ascender a la categoría de Dios.

Como consecuencia del acontecer existencial, originado por la contaminación del pecado en el hombre, se ocasionan en el ser humano alteraciones psicológicas (ánimicas y psicopato-

lógicas, cuyo punto de partida lo constituye el miedo (la angustia: Gn. 3:10). El miedo es un síntoma primordial, primario y vital, de una entidad nosológica más amplia; una enfermedad que afecta, indiscriminadamente, a toda la Humanidad.

Todos los intentos realizados para llegar a poner de manifiesto el o los verdaderos agentes etiológicos que originan esta patología universal, son loables, y han pretendido traer luz al campo tenebroso del desconocimiento; no obstante, es también necesario decir que, aun aquellos sistemas filosóficos o psicológicos más incisivos y penetrantes, sólo han podido darnos una explicación parcial o superflua de las verdaderas causas que motivaron la génesis de esa enfermedad pandémica, bajo el punto de vista antropológico, cuyo síntoma cardinal es el MIEDO.

Nosotros, recogiendo algunos de los aportes, del campo científico, que nos parecen más importantes, y teniendo en cuenta la Revelación de Dios, vamos a intentar adentrarnos por el difícil camino de la investigación intrapsíquica; es decir, emprendemos una expedición por la ruta de los profundos y tenebrosos caminos del alma humana, con el deseo de profundizar en el conocimiento que anida en la esfera de la intimidad. Lo hacemos en un intento de clarificar el campo de nuestra propia conciencia, a fin de acercarnos a la génesis de la vivencia, del sentimiento que pretendemos analizar: el MIEDO en el HOMBRE.

La Revelación Bíblica y el Psicoanálisis mantienen muchísimos e importantes puntos de contacto; y no sólo eso sino lo que resulta más trascendente: idénticos conceptos, en cuestiones básicas, bajo el punto de vista antropológico y ontogénico.

El Psicoanálisis ha puesto de manifiesto que la vida del hombre se «deviene», dinámicamente (casi agónicamente, como diría Miguel de Unamuno) entre dos principios instintivos básicos: EROS y TANATOS. Principios que, más explícitamente, pueden definirse como el INSTINTO DE LA VIDA y el INSTINTO DE LA MUERTE. Sostiene esta Escuela Psicológica que el enfrentamiento dialéctico entre eros y tanatos, en los diversos planos de la dimensión antropológica, informa la conducta humana.

En mi criterio, la Biblia, miles de años antes, ya nos revelaba lo mismo, pues en Eclesiastés 3:1-2 se dice:

«Todo tiene su tiempo, y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora. Tiempo de nacer y tiempo de morir...»

Salomón sostiene en esta obra, de Eclesiastés, que todo el devenir histórico-biológico del hombre se enmarca en los límites de esta realidad: TIEMPO DE NACER (la vida, el Eros) y TIEMPO DE MORIR (el Tanatos). Pero este nivel del desarrollo de la Revelación no es suficiente para explicarnos el dinamismo y enfrentamiento dialéctico del Eros y el Tanatos: que la realidad del hombre se encuentra inmersa en una gran CONTRADICCIÓN: la VIDA (Eros) y la MUERTE (Tanatos).

Todo el contenido de Eclesiastés 3:1-11, viene a demostrar que no sólo la realidad existencial del hombre se deviene en el marco de una contradicción básica (La vida y la muerte) si no que todo su devenir histórico-biológico y anímico (espiritual) es el constante «pasar» por las sucesivas «experiencias» de otras tantas contradicciones: llorar-reír; endechar-bailar; amar-aborrecer; hablar-callar... guerra-paz. Es importante constatar, aquí, que esta misma concepción de la vida, y por supuesto, partiendo de motivaciones distintas, la desarrolló también Mao-Tse-Tung en sus *Pensamientos Filosóficos*. Para llegar a comprender, plenamente, el dinamismo «vital» de esta contradicción básica VIDA-MUERTE, es necesario acudir a otras partes de la Revelación.

En el Nuevo Testamento, en 2ª Corintios 4:7 al 5:4, y especialmente en los textos 4:10, 12, 16 y 5:4, leemos:

«De manera que la MUERTE (en griego tanatos) actúa en nosotros y en vosotros la VIDA» (término que en griego no es *eros*, pero que en sentido prístino y original podría ser equivalente al significado primario del término griego *eros*).

«Llevan en el cuerpo (griego: soma) siempre, por todas partes, la muerte (tanatos) ...Para que también la vida se manifieste en nuestros cuerpos.»

En estos dos textos encontramos ese enfrentamiento dialéctico entre la Vida (Eros) y la Muerte (Tanatos), no sólo como elementos actuantes a la entrada y a la salida de la existencia, sino como principios dinámicos, constantes y permanentes, a lo largo de toda la trayectoria biopsicológica del hombre. Bajo el punto de vista cristiano, el concepto se expresa también así:

«Antes aunque nuestro HOMBRE EXTERIOR se va desgastando (la muerte) el INTERIOR no obstante se renueva (la vida) de día en día.»

Y finalmente, en 2ª Corintios 5:4, se relaciona el enfrentamiento dialéctico VIDA-MUERTE (Eros-Tanatos) con el fenómeno de la ANGUSTIA:

«Porque asimismo, los que estamos en este tabernáculo (cuerpo) gemimos con ANGUSTIA, porque no quisiéramos ser desnudados (la realización tanática plena) sino revestidos, para que lo mortal (tanatos) sea absorbido por la vida.»

La investigación científico-natural en el campo extrapsicológico, llevó al gran médico, y fisiólogo francés, Claudio Bernard, a decir lo mismo cuando, intentando definir la vida, manifestó: «La VIDA (Eros) es la MUERTE (Tanatos)»; y aunque parezca una afirmación derrotista, y hasta trágica, la verdad es que tanto desde el punto de vista de los descubrimientos científicos como desde el campo de la investigación bíblico-teológica, esta afirmación del egregio galeno constituye una verdad lapidaria.

Llegados a la constatación de esta realidad, tenemos que seguir nuestra investigación; pero, antes, es necesario clarificar el sentido que, aquí, damos al «instinto de la vida», al *Eros*.

Sería necesario disipar algunos errores, para que los lectores entiendan en qué sentido empleamos nosotros el término *Eros*.

Hoy en día, normalmente, en la literatura psicológica y psicoanalítica, el significado de este término se ha polarizado al terreno de «lo erótico», en el sentido de lo «Sexual». No es en este sentido que el término viene siendo usado en este libro, sino en aquél que le es más auténtico y original.

El término griego *EROS*, en principio, se refería a una «divinidad» remotísima de la mitología griega y que, en su esencia, representaba la fuerza coordinadora de los elementos constitutivos del Universo; en un sentido era el «principio» que «aportaba la armonía al caos», y que permitía a LA VIDA desarrollarse. En este sentido, y tal como lo entendía G. Jung, lo «erótico» (la libido) estaría en relación con toda la «energía psíquica» que informa la misma vida, y no únicamente al servicio de la psicosexualidad, que por muy importante que ésta sea en la vida del hombre, no constituye más que un ingrediente, básico, de los contenidos del corazón (Mr. 7:20-23) pero no el único. El *Eros* y el *Tanatos* se devienen a nivel INCONSCIENTE, y esto nos adentra un poco más en la comprensión de la realidad antropológica del hombre.

Bajo el punto de vista bíblico, el «instinto de la vida» (*Eros*) formó parte integrante de la naturaleza humana desde el mismo momento que el hombre fue creado «a imagen y semejanza de Dios»:

«Entonces Jehová Dios formó al hombre del polvo de la tierra y sopló en su nariz aliento de VIDA y fue el hombre un SER VIVIENTE» (hebreo: *Napas Hayya*) «Un ser animado por el

alma» en otras palabras, el EROS entraba a constituir parte consustancial de la misma naturaleza humana.

En este momento del devenir histórico y biopsicológico del antropos (hombre), el *Tanatos* no forma parte de los contenidos más trascendentes de su esfera de la intimidad; pero va a ocurrir una DESESTRUCTURACIÓN BIOPSIOLÓGICA del hombre que generará, dentro de su ESPIRITU, la esfera de lo INCONSCIENTE. Este momento antropológico, del que sin duda es necesario partir para obtener una explicación plausible del hombre y del mundo, coincide con el primer momento del devenir humano, en que se «Vivencia», «siente» y «manifiesta» el MIEDO. Miedo a la vida, miedo ante la vida, miedo a la muerte y de la muerte.

Aferrado a su «instinto de vida» animal, el hombre, no regenerado espiritualmente, es incapaz de percibir las bellezas del mundo al otro lado de la materia. Su concepto de «vida» y de «tiempo» tiene una validez, estrictamente, de aquí y de ahora.

Antes de adentrarnos en el estudio teológico del miedo, quisiera recordar, aquí, que el MIEDO como SÍNTOMA, como vivencia, como sentimiento, como inquietud y, sobre todo, como preocupación, está siempre PRESENTE en la experiencia del enfermar humano, en el conjunto sindrómico de todas las enfermedades somáticas y psíquicas (*fundamentalmente incluidas las TOXICOMANÍAS*), y en el nivel consciente o inconsciente de TODOS los enfermos.

En el campo de la Psiquiatría, de la Medicina psicológica y psicósomática, para hablar del «miedo» se emplea el vocablo FOBIA, que es una transliteración del correspondiente término griego *Fobos*, que significa miedo, angustia, huida, fuga, espanto, terror y temor. El desarrollo etimológico y el análisis científico de cada uno de estos significados, nos llevaría a traer a colación todo lo que, desde el campo de la Psicología y psicopatología se ha dicho al respecto; pero esto escapa a las pretensiones de este momento.

Por otro lado, es necesario constatar que el término griego *Fobos* se encuentra abundantemente repartido por el Antiguo (Versión de los LXX o Septuaginta) y Nuevo Testamento.

La primera vez que aparece este término (*Fobos*-miedo) es en el relato de Génesis 3:10, cuando el «hombre caído», ante la llamada de Dios que le pregunta «¿Dónde estás tú?..», responde así:

«Oí tu voz en el huerto, y tuve MIEDO (griego *fobete*) porque estaba desnudo, y ME ESCONDÍ.

En este pasaje de Génesis 3, encontramos aspectos muy importantes bajo el punto de vista psicológico y antropológico. Es la primera vez, en la historia del devenir humano, que el hombre tiene miedo (en el lenguaje psiquiátrico diríamos que «Se encuentra fóbico»); es, además, muy importante destacar que esta primera fobia, este primer miedo, es MIEDO DE DIOS, y surge como consecuencia de sentimientos de CULPA, «que parece ya están funcionando desde los niveles más profundos de la esfera de la intimidad, desde los niveles inconscientes». ¿Qué ha ocurrido? Que algo peristático, «algo que ha venido de afuera» del entorno del hombre (el pecado, griego *amartia-error*, fracaso, frustración) ha penetrado en su PERSONA (unidad psicósomática), trascendiéndola a nivel biológico y neumático, desestructurándola física y espiritualmente. Como consecuencia de este hecho, que Erich Fromm considera «el primer acto de libertad del hombre», éste enriquece los contenidos del campo de su conciencia, se sale de sus límites homeostáticos, e integra a los estratos más profundos de su personalidad, el *Tanatos*, el instinto de la muerte. A partir de ese momento, la vida del hombre será una experiencia de constante lucha dialéctica entre el DESEO VEHEMENTE que Dios ha puesto en su CORAZÓN (a nivel inconsciente) por la ETERNIDAD (el instinto de la Vida, el Eros; Ec. 3:11) y la nueva realización amártica (de pecado, error, fracaso y frustración) generada en la misma esfera: el TANATOS, el instinto de la muerte.

El sentimiento FÓBICO, de miedo (Gn. 3:10) nace en relación directa a un sentimiento de CULPA, por transgresión del mandato de Dios:

«Mas del árbol de la ciencia del bien y del mal no comerás»

que es inmediatamente REPRIMIDO, originando la primera FOBIA de la historia humana: la fobia de lo trascendente, de lo metafísico, de Dios. Es en este preciso momento, que el hombre pone en marcha lo que, muchos milenios después, Ana Freud describiría como «los mecanismos de defensa», es decir, una serie de recursos que utiliza el alma humana para compensar o evadir LA REALIDAD (el principio de la realidad, en el lenguaje psicoanalítico, en contraste o contradicción con el principio del placer, descrito por la misma Escuela).

Es necesario señalar que el hombre, para «evadir la REALIDAD» (Dios mismo), reprime su culpa y la convierte en FOBIA (miedo). Fobia que no sólo tiene una trascendencia a nivel neumático y anímico sino a nivel somático, poniendo en marcha el sistema psicomotor, el funcionamiento del cuerpo: «Me escondí»; pero aparte de la interpretación literalista del texto hebreo, en el sentido puramente biológico (todo el mundo sabe que la vivenciación de un sentimiento

a nivel del mismo sistema nervioso central, provoca una serie de alteraciones de las llamadas constantes vitales), creo que tenemos aquí un apunte, muy importante, respecto a los mecanismos básicos que informan multitud de manifestaciones de la conducta humana; en definitiva, se trata de los principios ontogénicos de los mecanismos de defensa (huida, evasión, escapismo).

Las drogadicciones, las toxicomanías y la mayoría de las alteraciones psicoemocionales que el hombre sufre, son «reacciones psicopatológicas» ante una realidad que provoca disestar, displacer y, en definitiva, MIEDO. En este sentido, todo el enfermar psicológico del hombre tendría que ser interpretado a la luz de la llamada Neuropsicosis de defensa, de Sigmund Freud.

El sentimiento fóbico, el miedo como vivencia primaria y vitalizada, en el hombre, ha trascendido el propio microcosmos (hombre) para tomar dimensiones macrocósmicas (mundo). En el sentido antropológico, diríamos que el miedo individual se ha COLECTIVIZADO. Es, en este sentido, que debe entenderse el texto de Romanos 5:12

«Por tanto como el pecado (griego: amartia = fracaso, frustración) entró en el mundo (griego: cosmos = toda la humanidad) por un hombre (griego: antropos) y por el pecado la muerte (griego: tanatos), así la muerte (griego: tanatos) pasó a todos los hombres (griego: antropos) por cuanto todos pecaron (griego: amartia = fracaso, error, frustración).»

La determinación del hombre de «salirse de sus límites» no constituyó, como afirmó Erich Fromm en *El miedo a la libertad*, el primer paso de LIBERACION del ser humano, sino el primer paso para caer en la ESCLAVITUD del pecado (error, fracaso, frustración) y de la muerte (Tanatos). Esta decisión histórica, que se relata en el capítulo 3 del Génesis, supone que el hombre se convierte de un ser libre en esclavo y, por ende, en un ser ALIENADO (la alienación del hombre se da básicamente, por una extrañación de sí mismo que, en este momento de su devenir histórico, coincide con su «extrañación» de Dios).

El primer miedo, la primera fobia del hombre, fue la expresión patológica de que la desestructuración de la naturaleza humana, por la entrada del «pecado», había dado al traste con todas las posibilidades de participación en los atributos de lo TRASCENDENTE que el hombre tenía antes de su CAÍDA. Esta tragedia, existencial, sustenta la base del punto de partida de la historia del desarrollo científico (Gn. 2:17)

«del árbol de la CIENCIA del bien y del mal no comerás; porque el día que de él comieres, ciertamente MORIRÁS;

de la Alienación humana (a consecuencia de la ruptura de la comunicación del hombre con Dios y del hombre consigo mismo) y de la tragedia básica que gravita en el CORAZON de todo hombre: la MUERTE (la realización del instinto tanático) que acaba con todas las expectativas y esperanzas del «eros», del instinto de la VIDA; porque, en definitiva, todo el miedo y todos los miedos del hombre, así como todos sus problemas más trascendentes, se reducen a uno solo: el miedo a la muerte. El problema de la realización tanática (versus realización toxicomanígena) crea en el hombre una situación de encadenamiento (versus dependencia psicológica y biológica de una droga), de inhibición existencial y, en definitiva, de esclavitud (He. 2:14-15):

«Así que por cuanto los hijos (todos los hombres) participaron de carne y sangre (naturaleza humana), él (Jesucristo) también participó de lo mismo, para DESTRUIR por medio de la muerte (tanatos) al que tenía el imperio de la muerte, esto es, al diablo, y LIBRAR (de las cadenas de esclavitud) a todos (la humanidad) los que por el TEMOR (griego: Jobos-miedo) de la muerte (tanatos) estaban durante toda la vida sujetos a servidumbre.»

El miedo entró a formar parte de la experiencia existencial del hombre porque éste rompió su comunicación con Dios. Volver a restablecerla es el punto de partida para la superación de todas las fobias y para la liberación de todas las enfermedades del alma.

La entrada del pecado trascendió a niveles planetarios y cósmicos (Is. 24 y Ro. 8). Para abordar el problema de la angustia planetaria, nos conviene realizar una interpretación de la misma, desde la perspectiva de los descubrimientos psicológicos de C. G. Jung.

Considero que la aportación fundamental de Jung, al conocimiento científico del hombre, se basa en su descubrimiento del inconsciente colectivo. Por una parte, el hombre vive insertado en una cultura, en una civilización; a su vez, esa civilización está inmersa en una dimensión más amplia: en la Tierra (el planeta habitado). Y la Tierra pertenece al cosmos. El hombre, desde el momento de su creación, ha permanecido vinculado a la realidad cósmica, a través de su estrecha relación con el planeta Tierra. Está demostrado que algo tan peculiar e idiosincrásico de los seres humanos, como los estados de ánimo, son influidos, directamente, por las situaciones atmosféricas y climatológicas.

Cada ser humano constituye una unidad pneumo-psicosomática en la medida que refleja, en su estructura e integración antropológica, la imagen de Dios (Gn. 1:26; Dt. 6:4; 1 Ts. 5:2). Se considera como la esfera de la intimidad del hombre, aquel espacio antropológico que tiene una dimensión psico-pneumática (espiritual y anímica) y bio-somática (bioquímica y física). La esfera de la intimidad anímico-espiritual se estructura en dos niveles: consciente e inconsciente (Ro. 7:14-21). Dentro del ámbito de lo inconsciente se distingue el inconsciente individual (que corresponde a los contenidos inconscientes idiosincrásicos, peculiares y propios de cada individuo: Sal. 139:23-24; Job 34:32) y el inconsciente colectivo (cuyos contenidos pertenecen al acervo históricoétnico de la raza humana: Ecl. 3:11; Job 6:26; Ez. 1, Dn. 10:1-20; Ap. 1:10-18). Existe una relación entre la esfera inconsciente del hombre y su estructura bioquímica y genética (Ro. 7:22-24).

En Romanos 5:12, se nos dice:

«Por tanto, como el pecado entró en el mundo por un hombre, y por el pecado la muerte, así la muerte pasó a todos los hombres, por cuanto todos pecaron.»

Parece claro que la realidad amártica (pecaminosa) y tanática (mortal) se transmite por vía genética y hereditaria. La desestructuración antropológica del hombre, ocasionada por la entrada del pecado en la esfera de su intimidad, trajo como consecuencia la posibilidad de experimentar la muerte, y de esta manera, surgió el sentimiento primario de la angustia. Corresponde a la esfera del inconsciente colectivo transmitir dicho sentimiento desde Adán a todos los seres humanos.

Por otro lado, la angustia planetaria, es decir, la angustia que se deviene sociológicamente a nivel de todos los seres humanos (angustia colectiva) se condiciona por la influencia de factores peristáticos. Es evidente que los factores sociales, económicos y políticos, juegan un papel fundamental como elementos generadores de angustia en el hombre. Antes hablábamos del problema de la angustia desde la consideración de su dimensión antropológica y ontológica, pero si estudiamos esta realidad a nivel más superficial, nos encontramos con los problemas económicos, sociológicos y políticos como elementos fundamentales en la génesis del sentimiento de angustia en la vida del hombre contemporáneo.

Todos los sistemas sociopolíticos que no den respuesta a las demandas de realización más profundas que emergen desde la esfera de la intimidad del hombre (Ec. 3:11), se constituyen en elementos alienógenos y generadores de angustia. El hombre vivencia un deseo de

libertad y realización (deseo vehemente por la eternidad, deseo de eternizarse); y, por otra parte, vive inmerso en un sistema que no le gratifica dicho deseo. El resultado de la no resolución de la contradicción, en la que el hombre vive inmerso, aboca a la vivencia de la angustia existencial.

Por consiguiente, existen muchas razones por las que el hombre vive deviniéndose en su angustia existencial. El inconsciente colectivo, y sus contenidos, suponen una explicación, desde el punto de vista bíblico y científico, de cómo la angustia se transmite desde Adán a todos los seres humanos. A través del inconsciente colectivo se transmite y vehiculiza la angustia ontológica de manera universalizada. Esta angustia primaria (el miedo a la muerte) constituye la infraestructura psicológica, biopsicológica y psicodinámica de todas las angustias, como explicaría en su momento Soren Kierkegaard.

El pecado no sólo afectó al hombre sino, también a la Tierra, a nuestro planeta y aun a toda la creación, como sabemos por el capítulo 8 de la Epístola a los Romanos (8:19-22).

Concretamente, en esta parte de la Revelación de Dios (Ro. 8:20 y 22), se nos dice:

«Porque la creación fue sujeta a vanidad (frustración según el libro de Eclesiastés) no por su propia voluntad... Porque sabemos que toda la creación gime a una (al unísono con los seres humanos) y a una está con dolores de parto hasta ahora.»

Las imágenes que sugieren estos textos son más que reveladoras, de cómo el sentimiento de angustia y frustración generado a nivel antropológico (en el hombre) se trasciende, universalizándose, a nivel cósmico. Existe una relación entre la angustia y la realización tanática, que se deviene en el hombre y en el mundo. Teniendo en cuenta, como el Psicoanálisis ha puesto de manifiesto, que en todo problema toxicomanígeno (es decir, de dependencia psíquica y/o somática de una droga) se produce una realización inconsciente del instinto de muerte, o sea, una realización tanática, podemos entender que la problemática toxicomanígena, que afecta a la humanidad, constituye una expresión viva y palpitante de la confirmación de «la ley del pecado y de la muerte» (Ro. 8:2).

En relación con todo lo expuesto hasta aquí, podemos entender mejor por qué la sociedad actual se debate en el seno de esta gran contradicción: satisfacer las necesidades instintivas edonísticas (realización del principio del placer) y favorecer la consumación inconsciente del instinto de muerte (realización tanática).

Encuentra, así, plena confirmación existencial la aseveración de la Escritura, en Isaías 22:13:

«Comamos y bebamos, porque mañana moriremos»

La satisfacción del principio del placer (comer y beber) conlleva aparejados sentimientos conscientes y/o inconscientes de culpabilidad, la redención de los cuales se realiza en el castigo (pago) que se verifica en la realización tanática. Se trata de la búsqueda de «paraísos artificiales» prohibidos (Ec. 2:1-5) que no son una oferta suficientemente satisfactoria para las necesidades vehementes «de eternidad», demandadas desde la esfera de la intimidad del hombre (Ec. 3:11). La desestructuración producida en el hombre, por la contaminación amártica (con el pecado), a nivel pneumático, psíquico y somático, no sólo permitió la posibilidad psíquica de experimentar el sentimiento de angustia y frustración, sino que creó las condiciones biológicas suficientes para que, a nivel cerebral, se produjesen unas sustancias fisiológicas, endorfinas y encefalinas, semejantes a aquellas que el ser humano buscaría, fuera de sí mismo (en el medio natural entornante), con la finalidad de modificar su estado de conciencia (las drogas). Estas sustancias que el cerebro produce, en condiciones fisiológicas, se conocen con el nombre de «opíáceos endógenos»; tienen como objetivo combatir el disestar existencial (dolor, desánimo, tristeza, etc.) y constituyen la infraestructura biológica y bioquímica, necesaria, para que una persona pueda «engancharse» a los opíáceos naturales (Opio, Morfina), semisintéticos (Heroína) y sintéticos (Metadona). Considero que con «la caída» no sólo se creó, dentro del hombre, la esfera o dimensión de «lo inconsciente» (Jer. 17:9) sino la capacidad, por parte del Sistema Nervioso Central (estructura encefálica) de producir «opíáceos endógenos», «tranquilizantes endógenos» y «antidepresivos endógenos», como mecanismos de defensa, compensatorios, a fin de afrontar la angustia existencial del hombre. Pues bien, existen unas estructuras cerebrales que producen tales sustancias neuroquímicas (zonas generadoras de opíáceos endógenos) y otras que los reciben (receptores endógenos). En condiciones normales *los receptores endógenos están ocupados por los opíáceos endógenos*; cuando sustancias opíáceas (drogas derivadas del Opio) provenientes del medio exterior llegan al cerebro (con una estructura química similar a la de los opíáceos endógenos), ocupan los receptores cerebrales, el cerebro deja de producir sus propias sustancias (opíáceos endógenos) y al cabo de un tiempo (dependiendo de la cantidad de droga ingerida), la persona ha establecido una dependencia «psicológica» y «biológica» (bioquímica) a la droga que consume.

Resulta verdaderamente sorprendente, pero es la verdad, que las motivaciones más profundas para proceder a la ingestión de drogas se devengan a nivel de las demandas de la esfera inconsciente y de la propia infraestructura neuroquímica y bioquímica de la esfera de la intimidad psico-física de los seres humanos. ¡Hasta dónde nos han llevado las consecuencias de querer «Ser corno Dios»! (Gn. 3:5). Esta necesidad de intentar realizarse de manera edonística, y a la vez tanática, la encontramos explicitada en el Nuevo Testamento, con las siguientes palabras del apóstol Juan, en su primera carta (2:16):

«Porque todo lo que hay en el mundo, los deseos de la carne, los deseos de los ojos, y la vanagloria de la vida, no proviene del Padre, sino del mundo.»

Durante mucho tiempo se pensaba, desde el punto de vista científico, que el desarrollo del cerebro humano dependía fundamentalmente de circunstancias externas al hombre (peristáticas); en otras palabras: «que el medio hacía al cerebro»; hoy son muchos los sabios que se inclinan a creer que lo que ocurre es todo lo contrario, es decir, que no se trata tanto de que un medio determinado condiciona un desarrollo cerebral concreto, sino que un cerebro «Concreto» (con su infraestructura genética) demanda un medio determinado. Bajo este punto de vista, y como ya hemos manifestado en el capítulo 2 de este libro (*Aspectos sociopolíticos y psicodinámicos de las drogas en la sociedad actual*), la explicación última de las motivaciones que subyacen al consumo de drogas hay que buscarla más allá de la psicología, la sociología, la economía y la política; hay que buscarla en la verdadera realidad antropológica del hombre, tal y como la Revelación teológica cristiana la contempla.

El hecho de que el hombre encuentre en su medio natural entornante (naturaleza, plantas, arbustos, raíces, etc.) las sustancias con las que se droga (para alterar el estado de su conciencia y, con ello, la vivenciación de sí mismo y de su realidad peristática) aclara el sentido de la verdadera dimensión planetaria (la Tierra) y cósmica (el Universo) del pecado (error, fracaso y frustración). Podemos considerar que la sentencia de Génesis 3:17-18:

«maldita será la tierra por tu causa. . . espinos y cardos te producirá»

tiene una gran trascendencia, hasta tal punto que, dentro de la misma, lleva implícita la posibilidad de ofrecer al ser humano unas sustancias «naturales» que le esclavizarán. En este mismo sentido podemos entender, ahora, de una forma más clara, aquello de Romanos 8:21-22:

«porque toda la creación gime a una, y a una está con dolores de parto hasta ahora.»

Desde el punto de vista toxicomanígeno sabemos que la problemática drogodependiente no afecta sólo a los hombres. Existe un mundo tóxico, unas plantas toxicogénicas (generadoras de sustancias toxicomanígenas) y unos animales toxicómanos. Aunque sólo fuera por esta realidad, toxicomanígena universal, ya entendemos lo expuesto en Romanos 8:21, que sería necesario que:

«también la creación misma será libertada de la esclavitud de corrupción, a la libertad gloriosa de los hijos de Dios».

En definitiva, desde el punto de vista bíblico y teológico, se puede considerar el problema de la drogadicción como una problemática insertada en otra más amplia y trascendente: la situación amártica (de pecado, error, fracaso y frustración) en que devienen su existencia «debajo del sol» los seres humanos (Ec. 1:12).

La Biblia ofrece una explicación etiopatogénica de las toxicomanías, que va más allá de la Medicina, la Psiquiatría, la Sociología y las Ciencias Políticas y Económicas. Considera la problemática individual y las motivaciones intrapsíquicas conscientes (Ec. 2:3) e inconscientes (Gn. 19:30-38; Is. 22:13; Ec. 3:11) que impulsan a las personas al consumo de sustancias alteradoras de la mente y modificadoras del estado de conciencia; por otra parte, reconoce la influencia del medio (del sistema) en la génesis de la drogodependencia (Jn. 8:44; 1ª Jn. 2:15-17; Dn. 5:1-4; 1ª Ti. 6:10; 1ª Co. 10:7); nos habla de las consecuencias individuales (Gn. 9:18-27; Pr. 20:1, 21:17, 23:20-21 y 29:35); familiares (Gn. 9:18-29 y 19:30-38); morales (1ª Co. 10:7-10; Ef. 5:18); espirituales (Dn. 5:1-31); sociales, económicas y políticas (Pr. 21:17, 23:20-21 y 31:4-7) de la drogadicción. Pero la Sagrada Escritura va aún más lejos, en sus apreciaciones sobre la problemática toxicomanígena de la Humanidad; nos proyecta hacia el futuro, al escudriñar el devenir histórico de los seres humanos, y pone delante de todos nosotros no sólo el pasado y el presente de las toxicomanías, como problemática social y humana, sino también la dimensión escatológica de dicha problemática.

Como ya hemos recordado en otras partes de esta obra, la problemática toxicomanígena tiene connotaciones universales, dado que uno de cada cuatro seres humanos necesita consumir drogas, diariamente, para «vivir agonizando». Hoy se considera que el tráfico de drogas constituye el negocio «sucio y criminal» más lucrativo de cuantos se dan en la Tierra; es evidente que estas actividades, en relación con el tráfico de drogas, están relacionadas con el fenómeno del terrorismo, el contrabando de armas, el trato de blancas, la prostitución organizada, el con-

trol ideológico de las masas y la consecución del poder a gran escala. La problemática de las toxicomanías destruye mental y físicamente a individuos, desestructura familias, rompe los lazos afectivos y de solidaridad entre los seres humanos, genera enfermedades mortales de evolución pandémica (SIDA), arruina moral y espiritualmente a las naciones y constituye el primer factor generador de sufrimiento a nivel universal. Hoy está más que demostrado, que detrás del tráfico criminal de drogas no se encuentran únicamente personajes del mundo y las organizaciones del delito, sino organizaciones a nivel de Estados y auténticas superestructuras *multinacionales* del Mal.

Si bien es cierto que a nivel mundial se observa una gran preocupación por la resolución de la problemática toxicomanígena de la Humanidad, y que todas las grandes organizaciones internacionales (ONU, OMS, CEE, etc.) intentan arbitrar medidas que sean vinculantes para todas las Naciones y que contribuyan a paliar o erradicar esta plaga, no es menos cierto que las resoluciones adoptadas están llenas de contradicciones en sus planteamientos esenciales y que, por consiguiente, están de antemano abocadas al más estrepitoso fracaso. Se pretende resolver el problema de tráfico y consumo de drogas con un tratamiento sintomático, sin intentar ir a la raíz del asunto. Hay una concesión, cuando no una claudicación, ante el mal, que es tanto como decir, desde el punto de vista sociopolítico y teológico, ante el Sistema. Aquí se demuestra que siguen teniendo plena vigencia aquellas palabras del Señor Jesucristo, en el Sermón de la Montaña, cuando hablando de la única y última confrontación dialéctica (Mt. 6:24), decía:

«Ninguno puede servir a dos señores; porque o aborrecerá al uno y amará al otro, o estimará al uno y menospreciará al otro. No podéis servir a Dios y a las riquezas.»

Está suficientemente claro que el mundo se ha decidido, de forma mayoritaria, por el culto a Mamón (a las riquezas, al dinero) y, por consiguiente, está dispuesto a sacrificar otros principios que dimanen de una buena relación con el verdadero Dios, con el Dios del equilibrio psicoemocional, del amor, de la solidaridad entre los hombres y de la superación de lo tanático.

A medida que la Humanidad se va deviniendo, se incrementan algunas circunstancias y realidades tanáticas, algunas realidades gestoras y generadoras de muerte. Entre todas ellas destaca, por su gran trascendencia, el problema de la drogadicción, a escala universal. El futuro escatológico de la Historia Humana, conlleva aparejado una serie de circunstancias significativas. Es claro, a la luz de la Palabra de Dios, que ya hace mucho tiempo que estamos viviendo dentro

del marco de los *tiempos escatológicos*, es decir, de los *últimos tiempos* (1ª P. 1:20; 1ª Jn. 2:18; 1ª Co. 15:45).

Cuando la Biblia nos revela los acontecimientos que han de desarrollarse en el devenir escatológico de la Historia, hace mención expresa del problema de la drogadicción de la humanidad. Varios son los pasajes que hacen referencia a dicha problemática, pero nosotros vamos a centrar nuestra atención en alguno de los más significativos.

En el antiguo Testamento, el capítulo 24 del libro de Isaías, es más que revelador al respecto. En él se nos presenta una visión escatológica de la Tierra y de los seres humanos que la habitan, en el período que otras partes de la Escritura conocen como «los últimos tiempos». Se destacan, en dicho capítulo, circunstancias ecológicas que son, hoy, noticias en las primeras páginas de los periódicos de todo el mundo; noticias que eran absolutamente imprevisibles e impensables en la época en que este libro fue escrito (Is. 24:3-6).

«La tierra será enteramente vaciada, y completamente saqueada... Se destruyó, cayó la tierra; enfermó, cayó el mundo; enfermaron los altos pueblos de la tierra. Y la tierra se contaminó bajo sus moradores; porque traspasaron las leyes, falsearon el derecho, quebrantaron el pacto sempiterno. Por esta causa la maldición consumió la tierra, y sus moradores fueron asolados; por esta causa fueron consumidos los habitantes de la tierra, y disminuyeron los hombres.»

La contaminación de la tierra constituye, actualmente, uno de los problemas de más difícil solución con que se enfrentan los seres humanos, en su lucha por la supervivencia. No sólo está contaminada la tierra, sino también el aire, y las aguas. Desde el punto de vista ecológico, los ecosistemas, verdaderas infraestructuras de la vida, están seriamente amenazados. El hombre ha caído en «su propia trampa» de progreso científico y avance tecnológico (Gn. 3:4-5; Is. 24:17-18) y hoy se arrastra agonizante, sobre la tierra, víctima de su propia ambición. Dios creó al hombre para «hacerlo señorear sobre las obras de sus manos» (Sal. 8), para que mantuviese una relación empática y ecológica con toda la creación, y él se ha convertido en un depredador de la misma. A la desestructuración bio-ecológica se suma, en Isaías 24, una consecuencia consustancial a la misma: la destrucción del cultivo de la vid en la tierra (Is. 24:7). El fenómeno que se registra en estos hechos es apasionante y, por otra parte, estremecedor. Hoy, el problema del alcoholismo se manifiesta a nivel mundial; esta problemática ha alcanzado, prácticamente, a los habitantes de todas las naciones de la Tierra. Sólo aquellos pueblos que, por razones político-religiosas, no tienen legalizado el consumo de bebidas alcohólicas, se libran de la dimensión

sociopática del alcoholismo (Israel y algunos países árabes). Como consecuencia de la situación de contaminación que se describe en Isaías 24, se produce una privación del consumo de bebidas alcohólicas a escala universal. La consecuencia es inmediata: una gran parte de seres humanos (cientos, o miles de millones) sufre «Un gran síndrome de abstinencia» que conlleva angustia y dolor a todos los habitantes del planeta (Is. 24:7-11). Las expresiones que usa Isaías para describir esta realidad escatológica, son esclarecedoras:

«Se perdió el vino, enfermó la vid, gimieron todos los que eran alegres de corazón. Cesó el regocijo de los panderos, se acabó el estruendo de los que se alegran, cesó la alegría del arpa... Hay clamores por falta de vino en las calles; todo gozo se oscureció, se desterró la alegría de la tierra...»

Resulta obvio que el profeta está describiendo la fenomenología clínica que se producirá en una parte importante de la humanidad, en un futuro no muy lejano, como consecuencia de la dependencia, psíquica y biológica, que los seres humanos establecerán respecto del etanol o alcohol etílico. La experiencia toxicomanígena escatológica será la de una psicosis colectiva de naturaleza exógena, o sea, un *delirium tremens*, de dimensión sociológica, con repercusiones anímicas, psicopatológicas, económicas, políticas y éticas.

Si Isaías 24 trae ante nosotros el futuro de la humanidad respecto de la dimensión escatológica del *alcoholismo agudo y crónico*, corresponde al libro del Apocalipsis revelarnos una perspectiva, aun más amplia, del devenir escatológico de la problemática de la drogadicción en el mundo.

En este libro se emplean los términos griegos *Farmakeía* (Ap. 9:12 y 18:23) y *Farmakos* (Ap. 21:8 y 22:16) para expresar circunstancias y realidades escatológicas que tendrán una repercusión histórica, social, moral y soteriológica (salvífica). Los términos griegos apuntados se traducen en diversas versiones de la Biblia, incluida la Reina-Valera, por los términos *hechicerías* y *hechiceros*, pero la traducción literal (*fármacos*) nos pone en contacto con una realidad palpitante, ya en nuestros días.

La sociedad actual ha sido definida como «la Sociedad de Consumo». Esta triste realidad constituye la infraestructura de la materialización de la raza humana; por otro lado, la *Ciencia* ha salido a la palestra de la historia, como la panacea que tenía a su disposición la resolución de todos los problemas materiales, morales, existenciales, y espirituales, de los hombres. Generalmente esta solución «mágica» venía servida por la administración de diversos fármacos

o sustancias milagrosas que daban al traste con todos los disestares y sufrimientos de los seres humanos. Así fue como nació el deseo de trascender la frustración humana mediante el consumo de sustancias que, alterando el funcionamiento bioquímico cerebral, proporcionasen al hombre la felicidad. Se produjo en el mundo el fenómeno de la «pildoromanía»; los seres humanos empezamos a pagar un alto precio por intentar realizarnos «artificialmente». El resultado es la pandemia de la realidad Toxicomanígena Universal.

Pues bien, a pesar de todos sus esfuerzos por paliar o yugular este problema, los hombres serán incapaces de conseguirlo y, como consecuencia, el problema de la drogadicción entrará en su dimensión escatológica. En el capítulo 9 de Apocalipsis (20-21) se describen una serie de plagas que terminan con la vida de una tercera parte de los habitantes de la tierra; a raíz de esta circunstancia se nos habla del tipo de vida que en aquel tiempo se estará deviniendo:

«Y los otros hombres que no fueron muertos con estas plagas, ni aun así se arrepintieron de las obras de sus manos, ni dejaron de adorar a los demonios, ni a las imágenes de oro, de plata, de bronce, de piedra y de madera, las cuales no pueden ver, ni oír, ni andar; y no se arrepintieron de sus homicidios, ni de sus hechicerías (griego: farmacos)...»

Este momento histórico-escatológico corresponde a una realidad de tóxicodependencia universalizada de los seres humanos, que viven inmersos en un sistema sociopolítico y socioreligioso, donde el verdadero Dios ha sido desplazado por el culto satánico a los demonios, y donde la ciencia ha sido entronizada como un dios. En estos tiempos, el culto al dinero llegará a su máxima realización y la mayor parte de las ganancias del gran imperio mundial, entonces vigente, vendrán por la vía del tráfico y consumo de estupefacientes (en general drogas o sustancias alteradoras de la mente), tal como señala Apocalipsis 18:23:

«Porque tus mercaderes eran los grandes de la tierra; pues por tus hechicerías (griego: fármacos) fueron engañadas todas las naciones.»

Al finalizar la presente obra, en la que hemos realizado un estudio, lo más honesto posible, de los diversos aspectos del problema de la drogadicción en el mundo, es mi deseo que esta aportación, científico-teológica sirva para contribuir, no sólo a esclarecer la problemática toxicomanígena desde el punto de vista científico, médico, psiquiátrico, psicológico y sociológico sino, lo que es más importante, para abrir caminos de verdadera realización espiritual a los hombres que, día a día, agonizan, consumiendo drogas, inmersos en esta sociedad tanática.

Aunque la problemática de la drogadicción a nivel universal, es una problemática que entendemos que irá desarrollándose de manera progresiva; y que, desde el punto de vista económico, sociológico, sanitario y político, no se le ve hoy por hoy salida satisfactoria alguna, creemos que aunque esta problemática no tenga solución colectiva, sí la tiene a nivel individual.

Se puede hacer mucho para que un ser humano, hundido en el mundo tanático de las drogas, «Se libere» y empiece a caminar por senderos «de vida y esperanza».

A lo largo de todo el libro hemos ido apuntando soluciones que ayuden a los toxicómanos a encontrar una dimensión psico-socio-terapéutica de verdadera realización. Las comunidades cristianas que mantengan un contenido integral del Evangelio (con su dimensión social económica, política, moral y espiritual), se encuentran en las mejores condiciones para ofrecer una alternativa de «VIDA Y ESPERANZA» a tantos seres que sufren una alienación, no sólo de sí mismos sino también de Dios.

Considero que las reflexiones que anteceden son más que clarificadoras de la dimensión escatológica de la problemática toxicomanígena humana.