



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

REVISIONES DE CONJUNTO

ANALISIS HISTORICO - BIOGRAFICO Y FENOMENOLOGICO - ANTROPOLOGICO DE LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS

Dr. A. POLAINO - LORENTE

1. Breve descripción y análisis crítico de los datos numéricos obtenidos en nuestra casuística.

Con la finalidad de establecer tantas y tan diversas cuestiones problemáticas como se presentan en el estudio fenomenológico de los alcoholismos, he optado por agrupar algunas de las mismas en tablas numéricas, que incluyo a continuación.

Responden éstas, a contenidos más bien groseros de las historias biográficas de nuestros enfermos. Pero no por ello podrá decirse que estos datos han escapado a nuestra visión fenomenológico-antropológica.

Más bien responden a ese lugar intermedio y fronterizo entre la historia biográfica, y el método psicoterapéutico. Lugar, en el que es extraordinariamente difícil señalar su pertenencia a una u otra áreas metodológicas.

La agrupación de los datos de la manera en que se exponen, ha supuesto un gran esfuerzo —aislarlos de cada individuo enfermo concreto para estructurarlos en un conjunto grupal de individuos también enfermos—, que esperamos sirva para una mayor comprensión de esta exposición.

Sólo pasaremos revista a las distintas tablas aquí enunciada. La tabla I nos muestra la distribución de los 50 enfermos estudiados, atendiéndolos a los criterios de edad y sexo. Aunque el reparto de los datos numéricos es bastante homogéneo, hay una zona — la comprendida entre los 25 y los 50 años— que requiere para sí el máximo contingente de los enfermos estudiados. De estos 50 enfermos, 9 son hembras y 41 varones.

En la tabla II, hemos intentado reflejar las posibles relaciones de sentido existentes entre alcoholismo y situación matrimonial. La atención del interesado lector, se fija muy pronto en las categorías enunciadas como "soltería" y "viudez". En efecto, allí es donde existe un acúmulo bastante significativo de nuestros enfermos alcohólicos. Ya veremos más adelante la significación psicológica que encierran estos hechos. Por ahora basta decir que los 8 enfermos incluidos en la categoría de "viudez", se corresponden con los mismos que aparecen en la tabla III, y cuyo alcoholismo comenzó después de instaurarse esta interrupción matrimonial por fallecimiento de uno de los cónyuges.

TABLA I
DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS SEGUN
EDAD Y SEXO

Edad expresada en años	Varones	Hembras
0-19	2	—
20-24	1	—
25-29	5	—
30-34	6	1
35-39	8	4
40-44	6	4
45-49	5	2
50-54	2	1
55-59	4	—
60-64	1	1
65-69	—	—
70-74	—	—
75-79	1	—
TOTAL	41	9

TABLA II
DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS SEGUN SEXO
Y SITUACION MATRIMONIAL

Sexo	Solteros	Casados	Separación matrimonial	Viudos	Sin formalización civil matrimonial
Varones	14	15	2	8	2
Hembras . . .	1	4	2	1	1
Total	15	19	4	9	3

TABLA III

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS CASADOS
SEGUN EL SEXO Y EL COMIENZO DE LA ALCOHOLOMANIA
EN RELACION CON EL MATRIMONIO

Sexo	Antes del matrimonio	Después del matrimonio	Total
Varones.	19	8	27
Hembras	5	3	8
Total	24	11	35

En esta misma tabla, se observa sin embargo cómo la mayoría de los enfermos estudiados comenzaron su alcoholismo ya en etapas anteriores a la formalización de su situación matrimonial. Es así mismo demostrativo el acúmulo de los enfermos estudiados en aquella primera categoría.

Con arreglo al nivel de escolaridad alcanzado por los pacientes hemos construido la tabla IV. Una observación superficial de la misma nos pone de manifiesto la disminución progresiva de la población alcohólica estudiada a medida que ascendemos en la formación intelectual de los mismos. A mayor proceso de culturación, menor sería la frecuencia de al-

TABLA IV

CLASIFICACION DE LOS ENFERMOS ESTUDIADOS SEGUN EL GRADO
DE INSTRUCCION ESCOLAR

Sexo	Analfabetos	Primaria	Bachillerato elemental	Bachillerato sup. o título intermed.	Título superior
Varones . .	6	26	4	3	2
Hembras . .	1	4	3	1	—
Total . . .	7	30	7	4	2

coholismo. Parece como si ambos procesos estuvieren unidos por una ley inversamente proporcional. Dicho proceso sufre igual variación al estudiar la población general de enfermos que por otras muy diversas razones acuden a nuestro servicio. Por ello no estimamos como un hallazgo de valor estos resultados, en el campo del alcoholismo.

La tabla V recoge la población alcohólica estudiada según las distintas categorías diagnósticas estudiadas por ALONSO-FERNÁNDEZ en base a los alcoholismos.

TABLA V

AGRUPACION DE LOS ENFERMOS SEGUN LAS DISTINTAS CATEGORIAS DIAGNOSTICAS EN FASE DE ALCOHOLISMO

Sexo	Alcoholomanía	Alcoholismo sintomático
Hembras	38	3
Varones	9	—
Total	47	3

Los datos agrupados aquí están desviados a la izquierda, es decir, se acumulan en la categoría designada como Alcoholomanía". De los tres enfermos que aparecen dentro del "alcoholismo sintomático", dos de ellos eran oligofrénicos y uno epiléptico. De los dos oligofrénicos, uno lo era en un grado muy profundo, y además no tenía ninguna familia con la que vivir, estando ingresado en una sala del Hospital Clínico por padecer un proceso respiratorio agudo.

En consideración al número de años transcurridos desde el estreno de su alcoholismo y la primera consulta al médico por esta causa, hemos formalizado la tabla VI. De los cincuenta enfermos estudiados, treinta y uno de ellos (el 62 %) sólo lo hicieron después de llevar sobre sus hombros la enfermedad alcohólica durante once o veinte años. El único caso que nos consultó después de cuarenta y siete años de padecimiento, lo hizo de un modo indirectamente voluntario. Fue preciso de nuestra resonancia entre sus familiares —que asistieron a nuestra consulta por otro

TABLA VI

AGRUPACION DE LOS ENFERMOS SEGUN EL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL COMIENZO DE SU ALCOHOLISMO HASTA SU PRIMERA CONSULTA AL MEDICO POR ESTA CAUSA

Sexo	TIEMPO EXPRESADO EN AÑOS									
	1-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50
Varones . .		7	13	15	3			2		1
Hembras . .	1	3	3		2					
Totales .	1	10	16	15	5			2		1

motivo bien diferente— para que el enfermo acudiese a consultarnos: dicho enfermo contaba ya setenta y seis años de edad.

Atendiendo a las entidades clínicas tóxicas prevalentes, hemos agrupado en la tabla VII a los enfermos estudiados. Se puede decir que casi un 90% de los enfermos alcohólicos estudiados quedan encuadrados en la categoría de alcoholomanía.

TABLA VII

PROPORCION DE LOS ENFERMOS SEGUN LAS DISTINTAS ENTIDADES CLINICAS TOXICAS PREVALENTES

Sexo	Alcoholomanía	Alucinosis aguda	Delirium tremens	Delirio celopát.	Epilepsia alcohólica
Varones . . .	33	2	3	1	2
Hembras . . .	8	1			
Total . . .	41	3	3	1	2

De las enfermedades psíquicas no alcohólicas, que sobrevinieron después de manifestarse el alcoholismo, ocupa el primer lugar la neurosis de angustia, como puede apreciarse en la tabla VIII. De los siete enfermos incluidos en esta entidad, cinco de ellos ya habían dejado de usar el alcohol antes de acudir a nuestro consultorio. Los dos restantes acudieron precisamente en el momento de instaurarse dicha neurosis. En los demás

TABLA VIII

ENFERMEDADES PSIQUICAS NO ALCOHOLICAS QUE SOBREVINIERON DESPUES DE MANIFESTARSE LA ALCOHOLOMANIA

Sexo	Neurosis fóbica	Neurosis de angustia	Histeria de conversión	Rasgos obsesivos	Psicosis esquizofrénica
Varones . . .	2	5	1		1
Hembras . . .		2	1	1	
Total . . .	2	7	2	1	1

sujetos afectados por enfermedades psíquicas no alcohólicas, la presencia de éstas no supuso un frenaje total en el consumo de bebidas alcohólicas. Sólo uno de los dos casos con neurosis fóbica, interrumpió bruscamente su relación con la bebida.

Aunque no todos los enfermos presentaban un biotipo exactamente puro, a grandes rasgos los hemos distribuidos con arreglo a la tipología de KRESTSCHMER, tal y como se expresa en la tabla IX. Los leptosomáticos van a la cabeza dentro de la muestra estudiada. Los dos varones displás-

TABLA IX
CLASIFICACION DE LOS ENFERMOS SEGUN EL BIOTIPO
DE KRESTSCHMER

Sexo	Pícnico	Leptosomá- tico	Atlético	Displástico
Varones . . .	2	29	8	2
Hembras . . .	1	5	2	1
Total . . .	3	34	10	3

ticos que aparecen en la tabla, corresponden respectivamente al oligofrénico profundo estudiado por nosotros, y al epiléptico incluido anteriormente en la casuística. El otro epiléptico fue a engrosar el grupo de los atléticos.

Las tablas XI y XI se nos muestran reveladoras de contenidos tan amplios y diáfananamente explícitos que exigen un comentario más detenido por nuestra parte. De todas formas, ya en siguientes epígrafes de este capítulo les daremos las pretensiones que les son debidas.

Por ahora es harto su alcance en significación, el hecho de que entre cincuenta enfermos estudiados, veintiocho, hayan encontrado el quebrantamiento del hogar de sus padres, entre los cero y los nueve años de edad. De otro modo (véase también la tabla X^a) las dos causas más frecuentes de este quebrantamiento del hogar familiar han sido la muerte de uno de los progenitores o la ausencia de uno de ellos (doce y ocho casos respectivamente).

Respecto a los sentimientos de los cincuenta enfermos estudiados (véase tabla XI) en relación con sus padres, los datos se reparten en forma distinta, según sean las figuras paterna o materna las de referencia.

En los sentimientos expresados frente al padre encontramos la espectacular proporción de que un cuarenta por ciento de nuestros enfermos albergan sentimientos de temor frente a su progenitor.

De otra parte, respecto de la madre, las categorías sentimentales más abundantes son las de afectos positivos normales y la de compasión (ésta última se encuentra en el treinta y ocho por ciento de nuestros pacientes).

Frente al padre, como igualmente frente a la madre, hay también un acúmulo del sentimiento de indiferencia afectiva (18% y 24% respectivamente). Es curioso hacer notar ya aquí, que en ambos casos son los mismos enfermos varones los que albergan tales sentimientos.

El área laboral también aporta su compromiso connotativo a este res-

TABLA X

AGRUPACION DE LOS ENFERMOS SEGUN LA EDAD DE LOS MISMOS Y EL QUEBRANTAMIENTO DEL HOGAR FAMILIAR

Causas	Edad del enfermo cuando sobrevino el derrumbamiento del hogar, en años				
	0 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	Totales parciales
Padres separados	2	1			3
Muerte de uno de los padres .	7	2		3	12
Desarrollo fuera del hogar . .	3			3	6
Ausencia del padre.	4	3	1		8
Ausencia de la madre	2	3			5
Ausencia de ambos padres.	1				1
Totales	19	9	1	6	35

TABLA XI

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS SEGUN LOS SENTIMIENTOS FILIARES PREVALENTES

Sexo	HACIA EL PADRE					HACIA LA MADRE					
	Afectos positivos	Temor e indiferencia	Hostilidad	Ambivalencia	Admiración	Afectos positivos	Temor	Hostilidad	Compasión	Ambivalencia	Admiración
Varones	—	19 (9)	7	—	6	14	6	—	12	—	9
Hembras	5	1 (—)	—	2	1	1	—	2	2	1	3
Total	5	20 (—)	7	2	7	15	6	2	14	1	12

pecto (véase tabla XII). El 68 % de los cincuenta pacientes estudiados han tenido durante su vida, tres o cuatro actividades profesionales bien diferentes. Un 10% de la casuística analizada ha permanecido durante algunos años de su vida sin ninguna ocupación que reúna las condiciones precisas como para ser incluida en el ámbito normal del afán profesional.

Un cuarenta por ciento (consúltese la tabla XIII) de los casos analizados, han llevado adelante "profesiones de desarraigo" Aunque la enfermedad del alcoholismo se desplaza más hacia las clases trabajadoras

TABLA XII

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS ESTUDIADOS SEGUN EL NUMERO DE OCUPACIONES EN QUE HAN TRABAJADO

NUMERO DE OCUPACIONES EN QUE HAN TRABAJADO								
	1	2	3	4	5	6	Más de 6	Sin trabajo
Núm. de enfermos	2	6	15	19	3	—	—	5

TABLA XIII

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS ESTUDIADOS SEGUN LA CLASE DE TRABAJO QUE HAN DESEMPEÑADO

	Peón	Obrero especializado	Oficinista	Trabajo intelectual	Ocupaciones de desarraigo
Núm. de enfermos	11	12	5	2	20

comprendidas bajo los conceptos de "peón" y de "obrero especializado" —que además aquí resultan homólogas numéricamente—, siguen siendo las profesiones de desarraigo las que se llevan la primacía en este reparto.

Otro capítulo interesante nos muestra la influencia de la conducta-respuesta familiar ante la primera embriaguez sucedida en nuestros pacientes. En efecto, en la tabla XIV se observa cómo 31 de los cincuenta enfermos estudiados encontraron en su entorno familiar una respuesta de indiferencia ante el hecho significado por su primera embriaguez. Sólo en once casos, la hostilidad manifestada por sus padres, fue, de tal categoría que sobrepujo incluso la simple hostilidad, mostrándose exteriormente en formas de castigos físicos o morales.

Es el ambiente familiar algo tan introducido en la propia intimidad personal —incluso podría añadirse modelador de la propia historia biográfica que en nuestro estudio ha significado una de las dimensiones psicológicas más importantes.

TABLA XIV

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS ESTUDIADOS SEGUN LA RESPUESTA DE LOS PADRES O FAMILIARES ANTE SU PRIMERA EMBRIAGUEZ

Núm. de enfermos	Hostilidad manifiesta (castigo físico moral)	Hostilidad discreta y/o compasión	Indiferencia	Gratificación
	11	8	31	—

La tabla XV recoge la distribución de los antecedentes alcohólicos familiares de nuestros enfermos, incardinados éstos según los parentescos concretos con los que se relacionaron nuestros pacientes. Precisamente en dieciocho de ellos el padre o la madre habían sido alcohólicos —en cinco, ésta pareció ser la causa aparente de la muerte paterna acaecida cuando el paciente contaba una edad temprana— lo que a todas luces quedó grabado en la mente de los mismos. En tres de ellos sus hermanos mayores, habían tenido igual comportamiento así como parecida proporción encontramos entre familiares menos íntimos que vivieron bajo el mismo techo del enfermo o incluso amigos muy cercanos a su primer perímetro social.

TABLA XV

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS TRATADOS SEGUN LOS ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO FAMILIAR

Núm. de enfermos	Padre muerto por alcoholismo	Padre alcohólico	Madre alcohólica	Hnos. mayores alcohólicos	Otros familiares	Amigos íntimos infancia
	5	9	4	3	3	4

Finalmente, nos pareció oportuno reflejar el lugar ocupado por dichos pacientes dentro del ámbito familiar, así como la extensión en número de hermanos del mismo. La tabla XVI recoge la distribución, teniendo en cuenta los principios enunciados. Parece que dicha población se agrupa más en los extremos de la sucesión temporal natural de los hermanos. Es decir, nueve de nuestros enfermos resultaron ser el hijo mayor de la familia, así como veintiuno de los mismos, ocuparon el último lugar entre sus hermanos. El número menor de enfermos se agruparon en torno al punto central de la sucesión familiar.

No parece haber significación entre alcoholismo y número de hermanos. Aunque las familias numerosas (según la muestra estudiada), albergan en su seno un número mayor de enfermos alcohólicos, no es lo suficientemente demostrativo como para que quede señalado aquí. De otro lado, al ser las familias numerosas más extensas en número de per-

sonas, es lógico suponer que paralelamente el número de alcohólicos aparecidos en sus filas sea puro reflejo de tal incremento cuantitativo.

TABLA XVI

DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS TRATADOS SEGUN EL NUMERO DE HERMANOS Y EL LUGAR QUE OCUPABAN ENTRE ELLOS

Núm. de hermanos	LUGAR QUE OCUPABA EL ENFERMO ENTRE SUS HERMANOS						
	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º	6.º	Ultimo
0							
1	1						3
2		1	1				1
3	3	1		1			4
4	2	1	2	1			5
5	2		1		3	1	6
6 o más	1	4		1	2		2
Total	9	7	4	3	5	1	21

2. *Constelación básica sustancial de la personalidad prealcohólomana.*

Sólo entraremos en el estudio de la personalidad del prealcohólomano, sin ser objeto de nuestro intento abordar aquí y ahora el estudio de otros tipos de personalidades prealcohólicas.

Sin embargo, conviene señalar ya desde el principio, que no hemos encontrado una personalidad propia acabadamente esculpida en estos enfermos (esta misma opinión es también compartida entre otros por WEXBERG), lo cual no es óbice obviamente para que los contenidos personalíticos —como señalaría STERN— resulten todo lo necesariamente enriquecidos y reveladores que el agradecido lector quiera darles.

Desde los fundamentales trabajos de ALONSO-FERNÁNDEZ en 1963 venimos conociendo bastantes de estos radicales sustanciales que de un modo fenomenológico y unitario, se integran para constituir lo llamado por él desde entonces “constelación sustancial de la personalidad prealcoho-

lómmana". Dicha constelación básica presenta "estos tres rasgos comunes": la vivencia de la soledad, la desesperanza y el imperio del presente anónimo y pasivo. En los demás aspectos, su personalidad se muestra radicalmente diversa. No puede hablarse, por lo tanto, de un tipo de personalidad específicamente prealcoholómmana, sino sólo de una constelación básica prealcoholómmana.

Es nuestro empeño en este momento, el mostrar aquí los resultados desvelados al respecto a través de las largas horas de psicoterapia antropológica compartida con los enfermos de nuestra casuística.

Muchos y muy variados son los radicales encontrados. Comenzamos en primer lugar, por el *sentimiento de soledad* que atenaza la existencia de estos pacientes. Dicho sentimiento, en contra de lo que pudiera imaginarse, es distinto de la tristeza que encontramos en los enfermos depresivos. Sin embargo, hasta tal punto es constante su hallazgo en casi todos los enfermos estudiados, así como a lo largo del eje longitudinal de su historia personal o biográfica, que ello le da un resplandor especial. A la luz del mismo podrá entenderse más tarde muchos de los principios básicos de la constelación integradora de la personalidad prealcoholómmana.

Esta soledad radical constituyente de dicha personalidad es bien distinta de aquella otra que encontramos en el hombre normal y que tan bien descrita está en las obras de ALBER CAMUS.

MIGUEL DE UNAMUNO ya lo describía como una especie de "tristeza de haber nacido hombre y vergüenza de serlo". Pero como sigue diciendo el autor castellano, dicha soledad es engendradora de comunicación profunda, tan profunda que es quizá su condicionante más exigente. Y dicha comunicación a ese nivel avanza para derramarse y engendrar las empatías necesarias para la convivencia entre todos los hombres. "Los hombres —dirá más tarde UNAMUNO— se sienten de veras hermanos cuando se oyen unos a otros en el silencio de las cosas a través de la soledad. Sólo la soledad derrite esa espesa capa de pudor que nos aísla a los unos de los otros; sólo en la soledad nos encontramos; y al encontrarnos, encontramos en nosotros a todos nuestros hermanos en soledad. Créeme, la soledad nos une tanto cuanto la sociedad nos separa. Y si no sabemos querernos es porque no sabemos estar solos". Esta soledad del hombre sano, vemos como acerca distancia más que separarlas. Aquí, es pues, vínculo de comunicación —"encuentro" ha dicho Don MIGUEL—, mientras que en el alcohólico es sinónimo de alejamiento de los "otros". Aquí la "otredad" se ve afirmada; allí contrariamente, ignorada.

Decimos que es un sentimiento de soledad, porque conviene distinguir desde ya, que dicha soledad puede ser social o no, pero real siempre en cuanto experiencia personal del propio enfermo no estando relacionada con el marco social en que aquel se mueve.

Muchos de estos enfermos se encuentran inmersos en un hogar cuyas dimensiones están bien integradas.

Este sentimiento de soledad nace en él, casi en la misma frontera en donde acaba su yo y comienza el "otro". Es, por así decir, los límites del yo los que acunan tal nacimiento, para desde allí reingresar en el yo de una manera refleja y asirse a las capas más profundas del mismo desde donde emanará a lo largo de su devenir biográfico.

Este sentimiento suele mostrarse muy operativo. Ya se manifiesta en la propia conducta alcohólica. Su uso de la bebida no tiene el contexto social que en el hombre sano. Pero además tal sentimiento va invadiendo las distintas áreas de las relaciones del hombre con su mundo. Primero comienza por las relaciones más íntimas, más elaboradas. El "quiasma intersubjetivo" en decir de MERLEAU-PONTY, va perdiendo lo que de quiasmático tiene para transformarse en un solipsismo infecundo. Este sentirse aislado irrumpe con tal energía, que sobrepuja e invalida las coordenadas necesarias para el encuentro existencial. Y de aquí que expresado ello por boca de SARTRE, pudiéramos añadir que la existencia alcoholómana se constituye como un vacío nadificador asentado en un "en sí" macizo representado por su propia corporalidad.

Pero este sentimiento de soledad total va a ser trascendido invadiendo no sólo las relaciones humanas del enfermo, sino incluso sus relaciones con las cosas, es decir modificando en definitiva su inherencia con el mundo.

En efecto, el alcoholómano no puede sustraerse a su percepción del mundo. Pero esta percepción no llega a ser la base real de todo conocimiento, como ocurría en el hombre sano; sino que por el contrario deviene en una percepción empobrecida hasta el extremo de que la libertad goza en su ausencia (ello ya lo examinamos más adelante al plantearnos el problema de la libertad) al no significar ya dicha percepción un compromiso con las cosas.

Tal compromiso gnóstico no puede darse porque el "otro" ha dejado de existir en su propia entidad, y al hacerlo las cosas percibidas ya no hacen referencia a los hombres que habitan entre ellas, sino que más bien se le aparecen en una sola dimensión, la de su radical soledad.

De esta suerte las cosas participan también de su soledad. Todo confluje en una "existencia inauténtica" como diría HEIDEGGER— en que las cosas incluso son —en parte, pero a la vez no— como debieran ser, y no lo son porque ha desaparecido el telón de fondo, es decir, el escenario necesario para que dichos objetos manifiesten sus contenidos latentes a la luz de las relaciones interobjetales.

Ello justifica copiosamente esa acusada insinceridad que hemos comprobado en casi todos los enfermos estudiados. Insinceridad que se manifiesta tanto con las cosas como con las personas con las que tratan, como modo de rehuirlas, e incluso y sobre todo se manifiesta esta acusada insinceridad consigo mismo y con su intimidad.

Si el sentimiento de soledad parase aquí, es posible que la existencia del alcohólico, fuese tan inevitablemente amorfa que se desvaneciera en una inexistencia residual inevitable. A ello se opone el perturbado diálogo de su extraña soledad consigo mismo. Hasta tal punto es así que el sentimiento de soledad lleva en sus entrañas un principio dialógico que adjetiva a aquel de sabores agridulces, único estímulo a la continuidad del ser.

Gran parte de lo que venimos diciendo, se cumple ya en los albores de la historia personal de los enfermos. Bastantes de ellos ya en una temprana edad gustaban de estar solos, mostrándose reservados entre sus compañeros.

Esta reserva ante el "otro" —que es bien distinta de una custodia

de la intimidad, que en este caso apenas está constituida, va a engendrar finalmente ciertos sentimientos de inferioridad por una vía refleja. Al renunciar a la comunicación con otros hombres, por contraste, éstos han ido cada vez agrandando su figura mostrándoseles al alcoholómano, como seres "omnipotentes o amenazadores" (ALONSO-FERNÁNDEZ).

Tal modo de percibir al "otro" le insta a percibirse a sí mismo como un ser inferior. Y ello por las vivencias de "opresión y aturdimiento" que experimenta ante aquél, que en ocasiones rebasan el marco de una absoluta desconfianza paranoide. También han insistido en estos sentimientos de inferioridad de los alcohólicos, aunque desde otro punto de vista autores como CAVANACH y MCGOLDRICK.

En nuestras conversaciones con los enfermos estudiados, no pocas veces hemos encontrado —al calor del "eros psicoterápico"— revelaciones de los mismos indicativas de haber padecido durante su infancia de sentimientos de inferioridad física, psíquica, intelectual o mixta.

Tales sentimientos actuarían como mecanismos de "feedback" que alimentarían su sensación de soledad, perpetuándola en el tiempo, y al hacerlo de esta manera, se enraizaría aún más en el terreno de su personalidad, siendo un radical constituyente y constitutivo de la misma.

Todo este freno a la comunicación interhumana, es desahogado por el alcohol. No es de extrañar por tanto que el alcoholómano se prodigue hacia la ingesta de aquél, como medio último exigido para facilitar su necesidad de comunicación existencial.

Pero esto —el alcohol— que comienza siendo medio, pronto se des-mediatizará para tornarse en finalidad, es decir, en el único sentido de su cimentación existencial.

Al resultar el cimiento de su existencia tan empobrecido y tan morbosamente constituido, es lógico que todo el edificio personal no tolere los vientos impetuosos que están supuestos en toda vivencia humana. Aventuramos por tanto —tomando ocasión de esta posible justificación— a afirmar que aquí estaría la raíz y explicación del por qué el enfermo alcoholómano, cesa en su perseverancia profesional tan constantemente como lo muestra de forma patente el epígrafe primero de este capítulo.

No nos atrevemos apenas a formular aquí desde un punto de vista fenomenológico (como hiciese VON CEBSATTELL en tan afortunado trabajo) cuál sería la raíz esencial en este sentimiento de soledad que tan lejos nos ha llevado.

Mas, arriesgándonos a apostar, pensamos que no sería demasiado infortunada la idea de darle una mayor solvencia genética al hecho de volver atrás la vista hacia el marco del ámbito familiar primigenio en el que transcurrió los tiernos años del alcoholómano adulto.

Basta para ello recordar aquí el valor tan importante que en todo ser vivo tiene lo que ha dado en llamar "pregnancia" o "urdimbre afectiva primitiva" (ROF CARBALLO). Y si en estos enfermos, como se demostró en otro lugar de este capítulo, dicha pregnancia, rota o desestructuralizada, es bien lógico pensar que a ella habríamos de encaminar nuestras interrogaciones para solucionar así nuestra ansia geneticista.

Finalmente, bástenos decir, que en presencia de esta pseudo-soledad agrídulce, anestésica y pasiva de que venimos hablando, la auténtica intimidad apenas tiene cabida.

Bajo la presidencia de estos sentimientos, la identificación apenas esbozada, no se realiza y el alter ego queda desvinculado y como flotando lejos de la existencia personal. Al ser esto así es difícil conformar el patrón axiológico necesario para la dirección del desarrollo de la personal intimidad. Así se da pie a que el alcoholómano incumpla su existencia en una inseguridad ontológica permanente, ausente de valores e inoperante respecto de la creadora mismidad, la cual presupone la integración en el entrejarse del despliegue existencial de los hombres, que compartimos el mundo.

Otro de los radicales, fenomenológicamente hallados, en donde se fundamenta la personalidad prealcoholómana es en el *sentimiento de desesperanzas*. Esta clase de sentimiento ha pasado oculto hasta el año 1963 en el que ALONSO-FERNÁNDEZ lo puso de manifiesto en el trabajo citado anteriormente.

“Desesperanza plomiza, desanimada, medrosa y existencialmente inerte” como gusta llamarle su desvelador. Ahora bien, esta suerte de sentimientos está amplia y profundamente conectada con el problema eterno de la fe psicológica del hombre en sí mismo.

El hombre normal, incluso el hombre angustiado —con esa angustia intelectual necesaria para encontrar la riqueza de contenido existenciales en el quehacer de cada día aparentemente rutinario— de nuestro tiempo se mueve en un campo limítrofe a la desesperanza, pero la remonta mediante un salto a la fe, que aquí puede ser psicológica o espiritual, simbolizado por la creencia en sí mismo y en su futuro. Ello es lo que le distingue del sentimiento de desesperanza del hombre alcoholómano. Y esta fe en el propio porvenir de uno mismo que aquí se nos aparece como salvador, no es otra cosa que una especial fuerza para afirmarse en el mundo que poblamos.

Este afán de afinanzamiento en nuestro puesto refleja aquel “espíritu enérgico y elevado, principio metafísico ineludible” y constitutivo de toda primacía humana, como diría MAX SCHELER.

Allí el hombre desgastado por la lucha encuentra ese “amparo” procedente de la realización de valores personales tejedores de su propia historia, que le empujan a seguir apostando en un devenir claramente incierto.

Este sería el resumen de la casi-desesperanza en que se encuentra zambullido el hombre de nuestra época. Como escribía HOLDERLIN, “quien ha pensado lo más hondo, ama lo más vivo”. Así pues este sentimiento en el hombre sano resulta ser el motor operativo de sus propias acciones. En el alcoholómano tal sentimiento es meramente pasivo, y bloqueador de cualquier actividad humana.

El hombre precisa para la vida creer en sí mismo y creer en los demás. Para creer en sí mismo es necesario un presupuesto previo, poder esperar que aquello en que ahora comprometemos nuestra vida surtirá efecto algún día.

El enfermo alcoholómano se aburre y no sabe esperar, porque no cree en él mismo, ni se asombra de la existencia de otros hombres. Le falta aquella capacidad de admiración por el hombre que nos descubre, ALBERT CAMUS al final de todas las tragedias vividas en “La Peste”.

Tampoco cae el alcoholómano en la desesperanza trágica o desesperación. Se mantiene más bien en un término medio acorchado y sombrío.

No es capaz de esperar, ni de desesperar. Su totalidad vital apenas si llega al límite de su contingente. Hay, pues, un retraso en la expedición de todas sus vivencias.

Por ello pasa por delante de todos los demás hombres —incluso por delante de sí mismo— sin encontrarlos. Su vida se va a concretar en un destierro. Tan metidos en sí está y con tan escasos horizontes esperanzadores, que pasan su vida como “deserteur du monde”. Algo de lo que escribiera CHARLES BAUDELAIRE —por vía distinta, al fracasar también el “ennui” y el estilo exótico de vida— tendría validez aquí. Era su deseo “no saber nada, no aprender nada, no querer nada, no sentir nada, dormir y después volver a dormir; éste es hoy mi único deseo, un deseo infame, repulsivo, pero sincero”.

Sería este sentimiento como “la afectividad de la falta de afectividad” es decir, un sentimiento sin sentimiento. Y ello se deshace de una actividad, la de mover al yo mismo a querer desesperadamente librarse del sí mismo; pero al fracasar se torna en “un dolor disuelto apaciblemente en el tiempo” como escribiera E. JUNG. Sobre este suelo nacerá más tarde aquel vacío innominado e inamovible porque nada le provoca ya interés (nos parece oportuno señalar la etimología de la palabra interés —inter-esse—, es decir, estar entre algo. Al no haber ninguna zona de interés en el alcoholómano se refuerza su sentimiento de soledad. (Véase el principio de este enunciado).

Y una dimensión de este vacío sería esa vivencia de la temporalidad que aparece tan frecuentemente en el alcoholómano —siempre estática en un presente imperioso— y de la cual preferimos no hablar ahora y aplazar su estudio hasta un poco más tarde.

Esta misma desesperanza se manifiesta también en el área laboral. Es difícil —y en ello creo convenir con otros muchos autores— mantener la constancia en el mantenimiento de la tensión en cualquier trabajo, sino parte de la conciencia clara del sentimiento de mi propio valer para aquella función. Por aquí se entrevé también otra posibilidad de justificación a la enorme variabilidad ocupacional por la que han pasado estos enfermos. No se puede concluir de ello pues, que lo que causa desesperanza al alcoholómano es algo exterior a él, como por ejemplo el trabajo. Más bien habría que concluir la tesis inversa. Lo que desesperanza a nuestros pacientes es su sí-mismo y la imposibilidad de vencer aquella pasividad no buscada, sino impuesta.

Todo lo anterior nos conduce como de la mano, a otro radical importante que es preciso analigar ahora. Se trata de la *inexistencia de proyectos vitales* que encontramos en este tipo de enfermos.

Si no nos olvidamos de lo hasta aquí descrito, observaremos que dicho radical es consecuente con lo que se ha precisado un poco antes.

El nivel de aspiraciones de nuestros enfermos se nos muestra enmudecido. Y no es por falta de aparato fonatorio precisamente. Quiero decir, que en los enfermos alcoholómanos si se busca en el fondo de su intimidad, siempre encontraremos un esbozo aún infértil —y por eso son enfermos— de esquema de proyecto existencial.

Con el proceso psicoterapéutico es posible que dicho esquema apenas esbozado, pueda ser resueltamente actualizado y “realizado”, aunque a decir verdad no sin demasiado esfuerzo de nuestra parte.

Mientras que realizamos esta operación de fondeo, el enfermo se nos

presenta como en un estado de desengaño. No es con exactitud fracaso o frustración ante otros proyectos existenciales, lo que encontramos en él, sino más bien una especial idiosincrasia por la que se alejan espontáneamente de todo proyecto. (A este respecto hemos encontrado enfermos de distintas clases: o no habían llegado a formularse ningún proyecto existencial o éstos se habían derrumbado y no habían intentado recomenzar). Es como si existiéramos a un motor vital tan poco energizado, que es incapaz de reaccionar ante los estímulos ambientales precisos, alrededor de los cuales se suelen formular dichos proyectos. Por ello no nos extraña que ante el fracaso —habría que indagar más todavía en las razones del mismo— de sus proyectos el alcoholómano no responde ni construyendo ni destruyendo, ni resignándose. Más bien queda ahí como paralítico y sin tomar partido por ninguna de estas vías.

Pensamos quizás, que tal hecho responde a que su horizonte existencial está tan apagado que el enfermo no puede divisar desde él ningún objetivo tal, que pudiera apartarle unilateralmente de su campo de conciencia estático y pasivo.

No hay nada que destaque en este horizonte: nada se rechaza ni nada sobresale. Todo es fatalmente allanado. Es como ha dicho acertadamente algún autor la "vivencia de una aspiración sin finalidad".

También sería inexacto no tocar en este apartado el problema de la temporabilidad —razones de claridad en la exposición nos aconsejan pasar de largo sin ni siquiera rozarla.

De todas formas sugerimos ya una importante idea. Todos estos radicales están integrados en un mosaico que es la personalidad prealcoholómana. Basta tocar uno de ellos para que inevitablemente nos relacionemos con los restantes componentes, muy afines entre sí. Esto sería una prueba certera de que el mosaico que constituye los citados radicales es unitario y representa por tanto constelación básica de la personalidad prealcoholómana.

Nuestra misión aquí, será la de tejer y destejer sobre este cañamazo holístico para poner en evidencia aquellos rasgos latentes que ahora interesa desvelar.

Al fin llegamos a estudiar otro radical casi constante entre el grupo de los enfermos estudiados. Se trata de las *alteraciones de la temporabilidad y de la espacialidad*.

En el hombre sano, la distribución entre pasado, presente y futuro es en muchas ocasiones casi imposible de señalar, ya que los tres aparecen justamente integrados.

Aunque el estudio del problema de la temporabilidad tiene más arcaicos antecedentes (consúltese a este respecto el capítulo V de la obra "Fundamentos de la Psiquiatría actual", de ALONSO-FERNÁNDEZ, en el que aparece una magnífica descripción histórica y fenomenológica de tales problemas), fue PASCAL uno de sus desveladores más tempranos.

Decía ya en su tiempo que "nunca nos atenemos al tiempo presente, sino que anticipamos el porvenir por demasiado lento en llegar, como para acelerar su pulso, o recordamos el pasado para detenerle, como demasiado fugaz, con tal influencia, que vagamos por los tiempos que no son los nuestros sin pensar en el único que nos pertenece, y tan vano somos, que soñamos con los que no son nada y dejamos escapar sin refle-

xión el único que subsiste. Es que de ordinario el presente nos lastima, le apartamos de nuestra vida porque nos aflige, y si nos es agradable nos lamentamos al verle escapar. Tratamos de conservarle para el porvenir y no pensamos más que en disponer las cosas que no están bajo nuestro poder para un tiempo que no tenemos seguridad de alcanzar”.

“Examine cada cual su pensamiento, y lo hallará siempre ocupado en el pasado o en el porvenir. Apenas pensamos en el presente, y si pensamos en él, no es más que para tomar en él las luces a fin de disponer del porvenir. Jamás es el presente nuestro fin: el pasado y el presente son nuestros medios; tan sólo el porvenir es nuestro fin. Así, nosotros nunca vivimos, pero estamos esperando vivir, y disponiéndonos siempre a ser dichosos, y es inevitable que jamás lo seamos”.

Me he permitido la libertad de usar esta cita tan extensa de PASCAL, pero creía necesario hacerlo así, por la claridad terminológica en que se expresa, y a la vez porque está magníficamente descrita nuestra vivencia y consumo del espectro de la temporalidad.

A continuación vamos a tratar de exponer cuál es la postura del enfermo respecto a este problema.

Si somos consecuentes con los otros tres rasgos básicos descritos de la personalidad prealcoholómana, el esfuerzo por entender las vivencias de la temporalidad y de la espacialidad en los mismos, ha de ser necesariamente menor.

Como escribiera ALONSO-FERNÁNDEZ en 1963, la existencia del alcoholómano “está ligada forzosamente aun presente difícil de soportar, sin volverse hacia un pasado demasiado sombrío para apropiárselo y sin consistentes aspiraciones realizables para dirigirse hacia el futuro y crear el propio porvenir.

Dicho horizonte temporal está de este modo constreñido. Su pasado se le presenta como nihilificado. No puede pues mirar atrás para, al comprender la experiencia —historia— positiva de su vida, afrontar la hechura de proyectos que aún no ha realizado. Así aunque tuviera proyectos, su pasado estaría involuntariamente soterrado y escondido y el ser juzgado por el enfermo como poco fructífero.

Pero además si mira hacia el futuro —el otro horizonte de la temporalidad que pudiera sustraerle de ese estado— se encuentra con la inexistencia de un programa vital por realizar. Si en algún caso dicho proyecto tratara de nacer, quedaría ahogado por el sentimiento de desesperanza radical que empapa su cotidianidad.

De esta forma no puede escapar a su situación presente, dilatándose éste en un continuo que a todas luces le resulta imposible de soportar. Pero un presente tal, del que no se puede escapar, empobrecido a la vez por un descenso del horizonte existencial, no es tampoco el presente humano que rodea habitualmente a la persona sana. En cierto modo podría afirmarse que en el enfermo alcoholómano, el proceso de presentificación no es tal. Y no lo es, por un motivo bien patente. El hombre sano cuando vive su proceso de presentificación lo hace de un modo espontáneo, es decir, lo escoge libremente. En el alcoholómano por el contrario, es algo que se le impone desde fuera y al que se opondría si pudiese su pérdida libertad. No hay por tanto posibilidad de elección, sino de aceptación. Su “instalarse” en el presente no va rodeado de la comodidad incluida en toda decisión. Es más bien un estar arrojado en un comportamiento temporal involuntario y del que es difícil escapar.

Respecto al ritmo psíquico personal y vivencial también encontramos algunas modificaciones. Al faltarle al alcoholómano una tarea que cumplir —ya hemos hablado de su estado de incompreensión—, un algo que realizar a través del cual cobre sentido su existencia, el paso del tiempo es vivido de un modo apagado y necio. Por ello en estos enfermos no encontramos la vivencia de la carrera del tiempo, tan activamente hipertrofiada en el hombre de nuestros días. Es como si en estos enfermos se repitiesen aquellos sentimientos que escribiera SOREN KIERKEGAARD, “nada me excita, nada siento,, nada me interesa, nada me agrada” es decir, el sentimiento de la falta de sentimiento. Y en este estadio afectivo la temporabilidad lógicamente no puede vivenciarse como algo que transcurre, sino más bien como algo imperioso, eternamente detenido, cuya significación podríamos decir es radicalmente la esencia de ella misma.

De aquí que las frustraciones que el tiempo nos impone y de las que todos podríamos poner infinitos ejemplos, no tengan el eco apropiado en estos enfermos y aparezcan consecuentemente mudas.

Por esta repetición de lo siempre idéntico, la duración del tiempo tórnase pesada, plomiza y prolongada. Esta sobrestimación de la duración del tiempo es tan atterradoramente vivida que en no pocas ocasiones deviene en espolón que empuja al enfermo a caminar en busca del alcohol.

A este respecto es interesante señalar cómo en alemán “Langeweile” (aburrimiento) significa literalmente “tiempo largo”, en oposición a “Kurweile” (diversión), que traducido literalmente sería “tiempo corto”.

Ello lo hemos encontrado en casi todos los enfermos estudiados. Este contenido temporal tan pobre hace además que el tiempo sea desvalorado axiológicamente. “El tiempo es oro” de los hombres ocupados deviene aquí en nada, en ausencia de valor.

La memoria del tiempo también queda trastonada. Al originarse aquella en base a una repetición viciosa, circular y siempre tediosa, falta de originalidad, pierde todo su contacto con una vivencia auténtica de la misma.

En síntesis, la conciencia de la temporalidad es una conciencia despierta de enorme tensión, pero sin objeto. El tiempo corre en el vacío existencial de estos enfermos como la significación de lo que no tiene significación; es decir, como el transcurso de un tiempo presente pleotórico de vaciamiento y de lentitud que, sin unirse al pasado, tampoco deja lugar a un futuro en el que se permita ocurra algo distinto.

La espacialidad, de un modo análogo a la temporalidad, aunque dentro de su marco específico participa también de este entorno psicopatológico.

El espacio individual del enfermo alcoholómano está estrechado hasta el punto de encorcharle tenazmente. No nos extraña que sea así, ya que la vivencia del espacio individual no puede separarse de la vivencia de la temporalidad, pues la una es función y explicación de la otra.

De otra parte, un espacio individual sin referencia a un proyecto existencial también es difícilmente habitable. Por ello, su “lugar” individual se transforma más bien en un “sitio” que ocupar. Y con ello la espacialidad ha quebrado su dimensión esencial: la de proteger al hombre que la habita.

El espacio familiar también está profundamente alterado. El hogar no es tal. La casa no es el espacio de la calurosa convivencia de las primeras personas íntimas. Esta se ha secularizado de su intimidad, cobrando una significación distinta. Tal vez sólo sea el sitio geométrico en donde descansa la corporalidad.

Es muy frecuente que, dadas las condiciones familiares tan especiales que rodean al paciente, el hogar deje de ser el lugar apetecible, para transformarse en el sitio aborrecido y odiado. Ello va a condicionar una postura de desarraigo que no sólo va a manifestarse ya en la ocupación profesional, sino que acompañará al enfermo —como si fuese su propia sombra— a lo largo de todo su caminar por la vida.

Añádase a esta situación de desarraigo las dificultades que el enfermo tiene para su encuentro con el “otro” y estaremos en situación de comprender las modificaciones que se producen en su “espacio social”.

Podemos decir que tal espacio no existe. El enfermo alcoholómano no se relaciona con los que le rodean, porque no compromete allí su intimidad. Pasa entre sus semejantes como un espectro impermeabilizado que imposibilita todo tipo de lazos afectivos y connotativos.

Sin embargo, su necesidad de afecto profundamente arraigada le insta en otra dirección. Esta dualidad en su espacio social hace que el enfermo se torne “medroso, pacífico y pusilánime”, base muchas veces óptima para que se enraice en ella una cierta clase de pensamiento mágico-primitivo que a veces encontramos en ellos.

Esta última perspectiva nos introduce en el estudio del último radical importante de la personalidad prealcoholómana. Se trata de la *falta de personalidad ante las tensiones instintivas, emocionales y amoratorias*.

Al principio de este capítulo resaltábamos en una de las tablas, el hecho tan frecuentemente encontrado en estos enfermos con respecto a la soltería.

Andando el tiempo, hemos podido encontrar algunas razones que hagan más comprensible este fenómeno. Uno de los arbotantes holísticos en que descansa su personalidad, venía representado por ese aferrarse constante a la actitud subjetiva de irresponsabilidad e incomprensión respecto al entorno. De este modo quedaba patente esa actitud de gozarse a sí mismo. El sujeto enfermo se engaña sobre la esencia de las cosas, en las cuales para nada busca sus esencias que, por otra parte, nunca percibe. En ellas sólo encuentra lo que por su dimensión patológica puede encontrar; es decir, algo ausente de significación, incapaz de comprometerle de alguna manera.

Parece como si dichos enfermos se mostraran muy independientes respecto al medio. Tal independencia es sólo una independencia inauténtica. Hemos visto al considerar otros radicales, cómo la necesidad de dependencia se hacía patente de un modo notorio en estos enfermos. Pues, bien; al ser inviable en una operación integradora tal actitud de dependencia, ella queda metamorfoseada en su otro extremo; es decir, en la dependencia inauténtica. Al escoger tal destino el enfermo está negando uno de los supremos órdenes del ser, porque existir apartado de las cosas sin descubrir sus propias esencias, es siempre una especial clase de apartamiento de la realidad, si es que no lo es de su negación.

Ante esas tensiones instintivas, emocionales y amorosas el enfermo se desorienta, mostrándose incapaz de seguir una conducta integradora.

Se habló mucho en otro tiempo de la timidez, como principio incluso en la personalidad alcohólica. No nos parece que tal principio simplista dé sobrada cuenta del fenómeno aquí analizado. Más bien habría que encontrar su solución por otros caminos bien distintos.

En efecto, la inserción del hombre en el mundo es fundamentalmente carnal. Ya LÓPEZ IBOR escribía, hacia los años cincuenta, que la corporalidad era la frontera entre el yo y el mundo. Pues bien; si, como hemos precisado en otro lugar al tratar de la intersubjetividad, ésta se manifestaba profundamente alterada, no es de extrañar que su proyección en el "espíritu encarnado" que es la intercorporeidad se manifieste igualmente de un modo alterado.

La libido, al ser un modo fundamental de adherencia al mundo, queda también profundamente trastornada en este estado permanente de incompreensión. Y con ella, naturalmente, todas las tendencias amorosas, normativas de ese dipolo que es la situación matrimonial.

De otra parte, si consideramos lo sexual como un modo de ser respecto al mundo —es decir, como un foco más en que la existencia reencontra su sentido—, es obvio pensar que tal instinto deberá estar también modificado en estos sujetos.

Estoy persuadido de que bastante de éstos —si es que por su edad no hemos llegado tarde—, al encontrar su verdadero puesto en el mundo es muy posible que retornen a insertar su sexualidad —separada hasta ahora de su ambigüedad existencial— en su espíritu encarnado, corporreizándola hasta confundirse con su intersubjetividad.

Esta intersubjetividad se aprecia de un modo anómalo más claro cuando el sujeto está bajo los efectos del alcohol. Es curioso cómo libido y potencial sexual se alternan en aquella etapa.

Una vez concluido el estudio de lo que nosotros consideramos como rasgos esenciales integrados en la constelación básica de la personalidad prealcohólica, estaríamos en las óptimas condiciones para abordar finalmente el núcleo gordiano representado por la estructura deseñiana —valga la licencia literaria— de estos enfermos.

Todos los radicales anteriormente expuestos confluyen hacia la integración en un Dasein pasivo, inerte y carente de espontaneidad. Su existencia aparece como relegada a un plano asentado en unas coordenadas de irrealidad. Preferimos, no obstante, no entrar, por el momento, en el estudio de este detalle.

Nuestras pretensiones se han agotado, pues, en mostrar desde un punto de vista fenomenológico los diversos elementos componentes de este mosaico integrador que constituye los rasgos diferenciales esenciales de la personalidad prealcohólica.