

poderoso para estimarlos como sospechosos de contrabandistas, ó ladrones, ó conspiradores. Por consiguiente no se permitirá el uso de caballo á ninguno que no teniendo oficio conocido, ni medio para sostenerlo, sino traficando en el contrabando, ó en otros ejercicios vedados, se prevea racional y prudentemente el abuso que podrá hacer de el.

12. Sin perjuicio de lo prevenido en el artículo anterior, se formará una lista de las personas que tengan caballos, con expresion de su clase, oficio, y del concepto público que goce por su adhesion ó falta de ella á la justa causa de S. M., y se pasará á la Intendencia para su conocimiento y medidas que convenga tomar, en el preciso término de ocho días, bajo la responsabilidad de los Subdelegados y Justicias.

13. Las Cartas de seguridad se han prodigado demasadamente. Recuerdo y encargo á los Subdelegados y Justicias que se arreglen estrechamente á lo prevenido en esa parte, bajo de la propia responsabilidad.

14. Los Subdelegados y las Justicias de su distrito son responsables personalmente del cumplimiento breve y exácto de esta orden, á que ha dado lugar la apatía y el abandono de las mismas. Espero en lo sucesivo de su celo y amor á la justa causa de S. M. que no se dará lugar á otro recuerdo. En otro caso no podré prescindir de tomar medidas contra dichas autoridades, dando cuenta á la Superioridad para remediar un mal tan trascendental.

Me acusará V. el recibo de esta orden por conducto del Subdelegado del partido á que corresponda ese pueblo.

Dios guarde á V. muchos años. Badajoz 20 de Diciembre de 1824.

Estudio descriptivo de los pacientes alcohólicos asistidos en el Dispensario de Alcoholismo del Hospital Provincial de Cáceres (Junio 1985-Junio 1988)

I

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su boletín 650.1980 define el «síndrome de dependencia al alcohol» del siguiente modo:

«Es un estado de cambio en el comportamiento del individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas, una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente sociocultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir, como enfermedades físicas, rechazo por parte de su familia, perjuicios económicos y sanciones penales... (además se da) un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente sobre su forma de beber. Existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una "importancia fundamental del alcohol", en la que el planeamiento de las ocasiones de beber puede tener preferencia sobre el de otras actividades. Además de estos cambios se observa un estado de alteración psicológica, con signos y síntomas de privación del alcohol, ingestión de bebidas alcohólicas para lograr alivio y aumento de la tolerancia».

El síndrome de dependencia al alcohol o alcoholismo es una enfermedad, y para que los afectados por ella pudieran encontrar un servicio público de tratamiento, la Diputación Provincial de Cáceres creó, en 1985, un sistema de aten-

ción al alcoholismo, compuesto por la Unidad de Deshabitación de Alcohólicos (UDA), del Complejo Sanitario Provincial de Plasencia, y por una red dispensarial, para seguimiento posthospitalario y tratamiento ambulatorio, con consultas semanales en Plasencia (UDA), Cáceres (Hospital Provincial), Coria, Miajadas, Navalmoral de la Mata y Trujillo.

El Dispensario de Alcoholismo de Cáceres comenzó a funcionar en el mes de junio de 1985, en el Hospital Provincial «Nuestra Señora de la Montaña», habiéndose cumplido ya el tercer año de servicio, por lo que parece conveniente elaborar los estudios necesarios para determinar, en lo posible, tanto la eficacia como otra serie de parámetros de significación en la población asistida.

Por lo que respecta a nuestro estudio, tiene un carácter descriptivo, y a través de él pretendemos conocer los rasgos que presentan los pacientes que han demandado tratamiento en el Dispensario de Cáceres. Rasgos demográficos, sociolaborales, consecuencias físicas, psíquicas y sociales, etc., así como tratar de averiguar la evolución de la demanda de tratamiento y el grado de consolidación del servicio público prestado.

El Dispensario de Cáceres, junto con los de Miajadas y Trujillo, atienden a la población en la zona de salud de Cáceres, conforme a la distribución realizada en su día por el INSALUD. La población total de la zona es de 208.309 habitantes en 01/04/1984.

No se conoce, en cambio, cuál es la población alcohólica existente en la zona. Tampoco se conoce a nivel regional, pues el único dato oficial es el recogido en la publicación de la Consejería de Sanidad y Consumo, que indica ¹ la existencia de 37.800 personas en Extremadura que manifiestan emborracharse al menos una vez al mes. Otras cifras existentes son las recogidas en un trabajo no publicado ² realizado por dos médicos de la Diputación Provincial de Cáceres, que indican la existencia de unos 48.711 a 52.408 alcohólicos en la Comunidad Autónoma Extremeña. Así pues, extrapolando estos datos habría, en la zona de salud de Cáceres, unos 10.000 alcohólicos.

Por lo que respecta a la significación de los pacientes asistidos en el Dispensario de Cáceres, 241 hasta 20/07/1988, la muestra la consideramos significativa de la realidad, pues el acceso al servicio es público y gratuito, no existiendo razones algunas de discriminación.

1 *Las drogas*. Consejería de Sanidad y Consumo. Junta de Extremadura. Mérida 1986.

2 Mercedes Izquierdo Serrano y Jesús Mateos Rodríguez, *El tratamiento del alcoholismo en Extremadura*. Tesina para la obtención del Máster de Dirección de Hospitales. Escuela Nacional de Sanidad. No publicado.

II

En el cuadro núm. 1 se incluye una gráfica de la evolución de la demanda de tratamiento, cuya característica fundamental es la irregularidad, la falta de estabilidad. Analizamos, igualmente, de manera comparativa, los primeros semestres de los años 1986, 1987 y 1988, siendo significativo de la irregularidad de la demanda el incremento, por un lado, de 1987, con respecto al 1986, del 42,5 %, mientras que, por otro, en el primer semestre de 1988 se ha producido un descenso considerable del 29,6 % con respecto al mismo período de 1987.

La demanda de tratamiento corresponde mayoritariamente a la ciudad de Cáceres, con el 54,77 %, y es de tener en cuenta el 11,62 % de los pacientes no residentes en la provincia de Cáceres.

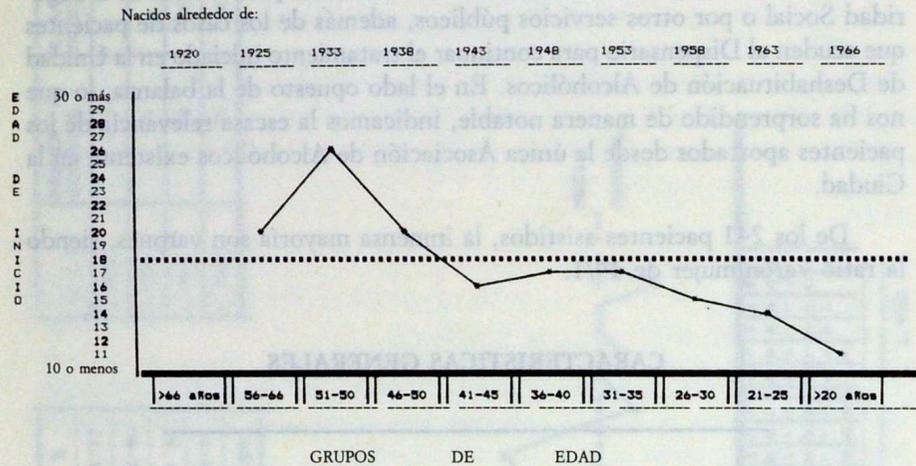
La evolución de la demanda puede, y creemos que así sucede, correlacionarse con la forma en que los pacientes han accedido a la presentación del servicio público, como se aprecia a continuación:

Forma de llegada al centro	Frec.	%
Medios de Comunicación	—	—
Amigos/compañeros	10	8,27
Nadie	—	—
Servicios Públicos	4	3,31
Médico de cabecera (Seguridad Social)	8	6,61
Asociación de Alcohólicos	12	9,92
Familia	67	55,37
Unidad de Deshabitación de Alcohólicos ..	20	16,52
SUMA	121	
Sin datos	120	

Hemos agrupado, siguiendo los historiales, los epígrafes de forma de llegada al centro y de personas entrevistadas en la primera consulta, que suele ser determinante, con claridad, en la forma de acceso al Dispensario.

De los datos obtenidos destacamos la importancia de la familia en la aceptación del tratamiento, lo que, por otra parte, muestra un cierto conocimiento

CUADRO NUM. 2
EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO



Se aprecia, no obstante, un ligero desequilibrio en los grupos de edad en pacientes cada vez más jóvenes, y por debajo de la edad media de 41 años, lo que significa la posibilidad de recuperar socialmente a muchas personas que se han sentido dependientes de la droga/alcohol.

La importancia que tiene el amplio período de consumo de bebidas alcohólicas se determina porque a lo largo de los años los individuos desarrollan, además de su hábito y su adicción, todo un ciclo vital, en el que se implican esposas, hijos, familiares, amigos, compañeros de trabajo.

En un elevado porcentaje de pacientes aparecen antecedentes alcohólicos familiares, de los que en el 42 % de dichos antecedentes son determinados por el padre.

La inexistencia de antecedentes en el 26,5 % de los alcohólicos asistidos en el Dispensario de Cáceres es importante, ya que, entre diversos estudios que conocemos, los porcentajes de abstemios oscilan alrededor de dicho nivel:

- «Estudio de los hábitos de consumo de alcohol de la población adulta española»: 24,5 % abstemios.
- «La incidencia de las drogodependencias en el medio laboral»: 29,8 % abstinentes.

ANTECEDENTES ALCOHOLICOS FAMILIARES

Antecedentes alcohólicos familiares*	Frec.	%
Padre	27	42,18
Madre	3	4,68
Otros (abuelos, tíos, hermanos)	24	37,5
No	17	26,56
TOTAL (Historias con dato)	64	
Sin datos	117	

* La suma lineal es de 71, pero en varias historias se indican antecedentes en más de una de las posibilidades.

El Dispensario tiene la función del tratamiento con carácter ambulatorio, además de recibir por vez primera a pacientes que demandan tratamiento, derivándolos, en caso contrario, hacia la Unidad de Deshabitación de Alcohólicos.

TIPO DE TRATAMIENTO

		%
Ambulatorio	178	74
Hospitalario	63	26
TOTAL	241	100

III

De la edad media de los pacientes asistidos, 41 años, se ha de deducir, lógicamente, una característica definitoria: la mayoría son casados. Y así sucede. De los varones, el 69,09 % son casados, y del conjunto de los alcohólicos están casados el 67,37 % (varones y mujeres). Comparando el tamaño de la muestra con la estructura de la población en general obtenemos una relación porcen-

tual entre observados y esperados del 118,31 %, en tanto que en los solteros esta relación porcentual es del 66,7 %.

Estas correlaciones contrastan con las que se vienen obteniendo con respecto de los heroinómanos, en los que los porcentajes de estado civil están invertidos con respecto de los que hemos obtenido en nuestro estudio.

La razón, las razones fundamentales de esta situación referida al estado civil de los alcohólicos tienen su origen en:

a) por un lado, entre la edad de inicio en el consumo y la edad de demanda de tratamiento existe un amplio período de tiempo, y,

b) por otro, concurrente en el tiempo con el anterior, la persona que ha llegado a ser alcohólica ha ido cumpliendo etapas sociales, entre ellas, casarse, trabajar, tener hijos, hacerse alcohólico...

La situación de estado civil repercute directamente en otras variables demográficas, y así obtenemos que en los alcohólicos varones casados (el 69,09 % de los varones) la composición familiar media es de esposa y 2-3 hijos. Es decir, por cada alcohólico varón casado habría (y estimamos que así sucede) 3-4 personas soportando directamente la enfermedad alcohólica y en muchos casos enfermando simultáneamente. Para la zona de salud de Cáceres serían alcohólicos varones casados unos 7.000, por lo que las personas (esposas e hijos) que estarían directamente relacionadas, involucradas en la enfermedad alcanzaría la nada despreciable cifra de 25.000. En conjunto, la problemática alcohólica afecta directamente, con toda su fuerza y gravedad, a no menos del 17 % de la población total.

ESTADO CIVIL

	VARONES		MUJERES		TOTAL	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Casado	152	69,09	7	43,75	159	67,37
Soltero	51	23,18	8	50	59	25
Viudo	6	2,73	1	6,25	7	2,96
Separado	9	4,09	—	—	9	3,8
Divorciado	1	0,45	—	—	1	0,42
Clero	1	0,45	—	—	1	0,42
TOTAL	220		16		236	
Historias sin dato					5	

COMPARACION DE ESTADO CIVIL CON POBLACION GENERAL (Estructura Censo de 1981)

No solteros	Observados	Esperados	Relación porcentual
Varones	168	142	118,31 %

Solteros	Observados	Esperados	Relación porcentual
Varones	52	78	66,7 %

IV

«... el consumo excesivo de alcohol y, por consecuencia, las situaciones de alcoholismo real o potencial es el problema más grave de los trabajadores en lo que al consumo de drogas se refiere»³.

La opinión generalizada de marginación social, alentada en múltiples ocasiones por las propias Asociaciones de Alcohólicos, se nos presentaba como una hipótesis a demostrar en nuestro estudio. En cambio, los datos que hemos obtenido contradicen, desde el punto de vista laboral, una marginación generalizada hacia los alcohólicos. Tanto en los datos de profesión como en los de situación laboral no existen unas tasas de desempleo superiores a la media nacional, si bien los datos referidos a tipo de empleo y, sobre todo, a condiciones de empleo, muestran cierta desestructuración social, laboral, consecutiva en todo caso al propio consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

Esta desestructuración vendría determinada por las elevadas tasas de absentismo laboral entre los alcohólicos, incluso en el progresivo incremento del absentismo en los alcohólicos a lo largo de su período de adicción y depen-

3 José Navarro y Equipo EDIS, *La incidencia de las deogodependencias en el mundo laboral*. Edita: Departamento Confederal de Servicios Sociales de la Unión General de Trabajadores. Madrid 1987.

dencia, hasta desembocar, en algunos casos, en la pérdida del empleo, y en otros, en la demanda de tratamiento ante la previsible pérdida del puesto de trabajo, existiendo casos de trabajadores fijos (funcionarios o empleados de grandes empresas) que han recurrido a tratamiento con expedientes administrativos abiertos.

Pero no son solamente el absentismo y el desempleo las consecuencias más importantes del uso abusivo y continuado de bebidas alcohólicas, ya que un 14 % de los pacientes estudiados muestra incapacidad laboral y un 10 % han sufrido accidentes laborales.

ESTADO CIVIL Y SITUACION LABORAL

	Servic. militar		Ocupado		Busca 1.º empleo		Parado que trabaja		Edad		Accid. Laboral		Accid. tráfico		Enfermedad		Rentista		Estudiante		Labor. Hogar		Otros		Total				
	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%	F.	%			
	PENSIONISTA																												
Casado	—	—	52	47,27	—	—	12	10,9	6	5,45	2	1,81	—	—	8	7,27	—	—	—	—	—	—	2	1,81	—	—	82		
Soltero	—	—	11	10,0	2	1,81	—	—	6	5,45	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20		
Separado	—	—	2	1,81	—	—	1	0,9	1	0,9	—	—	—	—	1	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5		
Divorciado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Viudo	—	—	2	1,81	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3		
Clero	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
TOTAL	—	—	67	60,9	2	1,81	19	17,27	7	6,36	2	1,81	—	—	10	9,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1,81	110
Historiales sin datos																													
Total																													

SITUACION LABORAL Y CONSECUENCIAS LABORALES

Estado Civil	Profesión	Situación laboral (*)	Absentismo laboral		Subempleo		Paro		Despido		Incapacidad laboral		Accidente laboral		
			Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
CASADO	Trabajo fijo	Ocupado	10	19,60	1	1,96	—	—	—	1	1,96	4	7,84	1	1,96
		Parado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		Total	6	11,76	2	3,92	—	—	—	1	1,96	1	1,96	1	1,96
CASADO	Trabajo eventual	Ocupado	5	9,80	2	3,92	1	1,96	—	—	—	—	—	—	—
		Parado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		Total	2	3,92	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
CASADO	Trabajo N. familiar	Ocupado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		Parado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		Total	2	3,92	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
CASADO	Otros (comisionistas...)	Ocupado	18	35,29	3	5,88	—	—	—	2	3,92	6	11,76	2	3,92
		Parado	5	9,80	2	3,92	1	1,96	—	—	—	—	—	—	—
		Total	23	45,09	5	9,80	1	1,96	—	—	—	—	—	—	—

* La situación laboral «parado» está referida a «parado que trabajó».

SITUACION LABORAL Y CONSECUENCIAS LABORALES (continuación)

Estado Civil	Profesión	Situación laboral	Absentismo laboral		Subempleo		Paro		Despido		Incapacidad laboral		Accidente laboral		
			Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
SOLTERO	Trabajo fijo	Ocupado	1	1,96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
		Parado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
		Total	1	1,96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
SOLTERO	Trabajo eventual	Ocupado	1	1,96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
		Parado	1	1,96	—	—	3	5,88	1	1,96	—	—	1	1,96	
		Total	2	3,92	—	—	3	5,88	1	1,96	—	—	1	1,96	
SOLTERO	Trabajo N. familiar	Ocupado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
		Parado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
		Total	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
SOLTERO	Otros (comisionistas)	Ocupado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
		Parado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
		Total	2	3,92	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
SOLTERO	Total	Ocupado	1	1,96	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
		Parado	20	39,22	3	5,88	—	—	—	2	3,92	6	11,76	2	3,92
		Total	21	41,18	3	5,88	—	—	—	2	3,92	6	11,76	2	3,92
SOLTERO	Total	Ocupado	6	11,76	2	3,92	4	7,84	2	3,92	1	1,96	3	5,88	
		Parado	26	50,98	5	9,80	4	7,84	4	7,84	7	12,72	5	9,80	
		Total	32	62,74	7	13,72	8	15,68	6	11,76	8	15,68	8	15,68	

La evidencia muestra que no existen enfermos alcohólicos en los que no haya existido previamente un consumo de bebidas alcohólicas. De ahí nuestro interés por conocer los datos del consumo de bebidas alcohólicas por los pacientes asistidos: frecuencia de consumo, tipo de bebidas, cantidad de alcohol, etiología, tipo social de consumo.

De los historiales estudiados, resulta que el 82 % de los alcohólicos son consumidores diarios, en tanto que la bebida consumida mayoritariamente son los licores, aunque normalmente asociados al consumo de vino o cerveza, o todo tipo de bebidas alcohólicas sin distinción. En lo que respecta a la cantidad, el mayor porcentaje, un 66 %, se sitúa entre los 100 y 300 cc de alcohol puro diariamente, lo que traducido a bebidas alcohólicas nos situaría entre 1 a 3 litros de vino corriente.

Al demandar tratamiento, los pacientes alcohólicos son preguntados por las razones de su consumo de alcohol, a lo que, mayoritariamente, en un 69,2 %, responden una motivación en el ambiente alcohólico de la sociedad, siendo el consumo efectuado con preferencia fuera de casa (58,5 %) o indistintamente (36,91 %), en solitario (33,84 %), circunstancias más generales que se dan en mayor medida en los varones casados.

CANTIDAD DE ALCOHOL PURO

<i>Cantidad (consumidores diarios)</i>	<i>N.º</i>	<i>%</i>
Menos de 100 cc	5	9,44
Entre 100 y 200 cc	19	35,84
Entre 200 y 300 cc	16	30,18
Entre 300 y 400 cc	5	9,44
Entre 400 y 500 cc	3	5,66
Más de 400 cc	5	9,44
SUMA	53	
Sin datos	188	

¿Por qué una determinada persona, consumidora habitual de bebidas alco-

hólicas en igual cantidad que otra, termina siendo alcohólica y la otra no? ¿Qué diferencia a un alcohólico de un bebedor excesivo habitual? ¿Cuándo un bebedor excesivo habitual es alcohólico y cuándo no puede ser denominado como tal?

La respuesta a estas preguntas se halla en la propia definición del alcoholismo. Una persona que consume bebidas alcohólicas enferma hasta ser diagnosticada como paciente alcohólico cuando se produce un proceso de tolerancia (necesita mayores dosis de alcohol para obtener los mismos efectos), cuando pierde la capacidad de abstenerse (necesita ingerir bebidas alcohólicas) o cuando ha perdido el control ante las bebidas alcohólicas (una vez consumida una primera copa, es incapaz de dejar de beber). Si a esto añadimos que esa persona necesite beber alcohol para aliviar su tensión (por ejemplo, necesita tomar alcohol recién levantado), tendremos qué es un alcohólico.

La razón última del alcoholismo no estriba en la cantidad de alcohol ingerido, aunque bien es cierto que a mayor consumo y mayor habitualidad, mayor probabilidad de ser alcohólico, sino en la actitud ante el alcohol. Actitud que puede venir marcada por la propia personalidad del sujeto, si bien esa actitud puede ser producto (como indican los propios alcohólicos, al situar la motivación en el ambiente alcohólico de la sociedad) de un uso social continuado de bebidas alcohólicas desde edades muy tempranas.

CONSECUENCIAS FISICAS
(Porcentajes de pacientes que manifiestan alguna consecuencia física)

	<i>%</i>
Anorexia	63,90
Insomnio	56,70
Temblor	87,60
Pituitas matutinas	69,00
Calambres	62,80
Polineuritis	60,80
Síndromes gástricos	41,20
Insuficiencia hepática	10,30
Pérdida de visión	20,60
Trastornos de la libido	3,09
Síndromes pelagroides	0,00
Otras consecuencias físicas	10,30

CONSECUENCIAS PSÍQUICAS
(Porcentajes de pacientes que manifiestan alguna consecuencia psíquica)

	%
Irritabilidad	66,20
Distimias	28,90
Depresión	36,10
Explosividad	61,40
Black cuts	68,60
Pérdida de memoria	54,20
Ataques epilépticos	8,40
Celopatía	20,40
Paranoia	8,40
Predelirium	15,60
Delirium	15,60
Deterioro alcohólico	18,07
Alucinosis	9,60
Estados demenciales	2,40
Otras consecuencias psíquicas	1,20

CONSECUENCIAS SOCIALES
(Porcentajes de pacientes que manifiestan alguna consecuencia social)

	%
Desajuste familiar	80,20
Disgregación familiar	21,09
Separación conyugal	9,80
Absentismo laboral	39,50
Subempleo	7,40
Paro	6,17
Despido	6,17
Incapacidad laboral	13,50
Accidente laboral	7,40
Accidente de tráfico	29,60
Agresiones (a familiares)	38,20
Agresiones (a no familiares)	3,70
Conducta antisocial menor	23,40
Conducta antisocial mayor	7,40
Pérdida de nivel económico	49,40
Pérdida de nivel cultural	43,20
Pérdida de nivel social	40,70
Degradación social notable	18,50
Otras consecuencias sociales	2,46

CONCLUSIONES

Tras realizar un sopesado estudio de los historiales, hemos obtenido las siguientes conclusiones:

1. Tanto la propia confección de los historiales como la demanda, adolecen de una falta de continuidad. En los datos de los historiales probablemente debida a la dificultad de obtener datos sin violentar la frágil consistencia de la voluntad de tratamiento por parte de los pacientes y la irregularidad de la demanda a la poca actividad social desarrollada tanto por el propio Dispensario como por la Asociación de Alcohólicos.

Debiera tenderse a una demanda de 8-10 casos nuevos por mes, con funcionamiento de dos días de consulta médica a la semana.

2. El modelo-tipo de paciente alcohólico que resulta de los datos obtenidos puede responder a las siguientes características generales:

- Varón.
- 41 años (descendiendo la media de edad).
- Casado, con 2-3 hijos.
- Trabajador eventual, ocupado en el momento de demandar tratamiento.

3. Ha iniciado el consumo entre los 17-18 años, y en el momento de la demanda de tratamiento es consumidor diario de vino, cerveza y licores (coñac, anís, combinados...), en una cantidad media de 200 cc de alcohol puro/día (equivalente a poco más de litro y medio de vino al día).

4. Puede tener problemas de empleo a causa del absentismo laboral y presentar daños físicos diversos y disfunciones psicológicas del tipo de la irritabilidad, explosividad y, en menor medida, depresiones, así como un elevado nivel de desajuste familiar.

5. El consumo de bebidas alcohólicas lo efectúa preferentemente fuera de casa y en solitario (el consumo «solo y acompañado» no tiene uso social, sino que es una forma de consumo).

6. La gravedad de las consecuencias físicas, psíquicas y sociales no es muy elevada, consideradas unitariamente, pero su presentación de manera acumulada sí tiene gran relevancia, siendo de especial interés aquellas que afectan a la conducta individual, familiar y social del paciente, que requieren un adecuado (y hasta ahora inexistente) apoyo psicológico.

7. La problemática es especialmente grave porque afecta a un elevado número de personas (esposas e hijos, principalmente) que han de soportar la

enfermedad, con repercusiones sobre la propia salud física, psíquica y social, entendiéndose que la cifra de personas afectadas en la zona de salud de Cáceres puede ser de unas 25.000 a 30.000, y que el número de alcohólicos estimados para la provincia superaría los 20.000.

8. No se aprecia como característica general de los alcohólicos que han recibido tratamiento en el Dispensario de Cáceres la marginalidad, si bien la desestructuración social es importante, pero no irreversible en la mayoría de los casos.

9. La incidencia del consumo de alcohol en el medio laboral aparece en nuestro estudio con datos significativos sobre absentismo, incapacidad y pérdida de nivel económico y social.

10. Dada la consideración que se obtiene de enfermedad social del alcoholismo, es negativamente sorprendente la escasa presencia de la Asociación de Alcohólicos existente en la ciudad de Cáceres, lo que influye de manera negativa (y, en apariencia, obstruccionista) en la curva de demanda de tratamiento y en la implantación social del Servicio, cuyo mantenimiento viene determinado por el mayoritario interés familiar en la resolución del problema, y no por una incidencia o penetración de la labor que pudiera realizar una Asociación con la única finalidad de apoyar a las personas que sufren la enfermedad.

FRANCISCO HURTADO SANCHEZ
Cáceres

BIBLIOGRAFIA

- Comas Arnau, Domingo, *El uso de drogas en la juventud*, Ministerio de Cultura, Madrid 1985.
- Enríquez de Salamanca, Rita, *Estudio de los hábitos de consumo de alcohol en la población adulta española*, Informe previo. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1984.
- Varios autores, *El alcoholismo... a lo claro*, editorial Popular, 1979.
- Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, 'Costes del absentismo laboral por abuso de alcohol en la Comunidad Autónoma Vasca', serie *Drogodependencias*, n.º 7, Gobierno vasco, Vitoria 1986.
- Bogani Miquel, Emilio, *El alcoholismo, enfermedad social*, editorial Plaza y Janés, Barcelona 1975.

Sánchez Ocaña, Ramón, *Las drogas, un problema de todos*, col. Tablero, Instituto de Estudios Económicos, Madrid 1988.

Plan Nacional sobre Drogas, Memorias de los años 1986 y 1987.

Revista *Comunidad y Drogas*, Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

Comas Arasa, Domingo. *El uso de drogas en la juventud*, Ministerio de Cultura, Madrid 1987.

Estudios de Salamanca, Rita. *Estudio de los hábitos de consumo de alcohol en la población española*, Informe previo, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1984.

Varios autores. *El alcoholismo*, a la cura, editorial Poesía, 1979.

Departamento de Familia, Sanidad y Seguridad Social. *Causas del alcoholismo*, informe por áreas de alcohol en la Comunidad Autónoma Vasca, serie Drogodependencias, n.º 7, Gobierno Vasco, Vitoria 1980.

Bogart, Miguel. *El alcoholismo*, editorial social, editorial Faza y Juncos, Barcelona 1975.

Técnicas constructivas en la villa romana de Monroy y ejemplos actuales

El análisis arqueológico no se agota en sí mismo ni en la contemplación científica, estética o erudita de la recuperación de unas ruinas excavadas, sino que, como cualquier análisis que es, pretende *representar* una realidad en la que vivió el hombre en un momento dado. En ocasiones el contraste de las intuiciones hipotéticas del arqueólogo que intenta hacer esa representación sólo puede realizarse mediante la observación de la cultura material próxima al mismo investigador, y sus resultados pueden aplicarse en forma de bucle al pasado. Se trata de una corriente que en la actualidad cuenta con numerosos adeptos y que se denomina etnoarqueología, es decir, la combinación entre dos modos de observar la realidad, uno presente y otro pasado. Entre ambos puede además establecerse diacrónicamente de qué modo han existido cambios y persistencias en los tres factores importantes a la hora de enjuiciar la cultura material, y establecer las comparaciones: la materia prima sobre la cual están realizados los objetos, la acción creativa del artesano, es decir, la técnica, y finalmente el uso del producto resultante hasta que éste comienza a dejar de usarse una vez que ha perdido sus condiciones tecnológicas iniciales, o ha pasado de moda.

La observación de ruinas arquitectónicas arqueológicas provoca multitud de interrogantes, tanto al profano como al profesional, que no pueden explicarse a veces más que mediante la comparación con constantes técnicas que llegan a convertirse en modos muy específicos e idiosincráticos de la construcción de determinadas zonas de arquitectura tradicional de una determinada comarca o zona. En este sentido, la aplicación de las comparaciones entre las ruinas excavadas en la villa romana de Monroy y las viviendas que fueron levantadas hasta aproximadamente los años cincuenta del presente siglo en el casco