

## ¿DESPSIQUIATRIZAR EL ALCOHOLISMO?

Dr. JUAN HUERTAS IZQUIERDO \*

Al preconizar "despsiquiatrizar" el alcoholismo, nos referimos a ciertos alcoholismos, los designados Beta-Delta, que son los más frecuentes, con mucho, en nuestra provincia. Los alcohólicos Beta, los que son simples bebedores exagerados, excesivos, no acuden al médico, ni mucho menos al psiquiatra, por no considerarse enfermos en absoluto. Son personas residentes en los pueblos agrícolas o semi-industriales de nuestra región, donde el vino es bueno, abundante y barato y donde la frecuentación de bares constituye el núcleo de la relación social entre los vecinos. La alcoholización es importante, a veces a base de consumo de cerveza, o combinando vino en las comidas, y cerveza y licores en los bares y tabernas.

Estos enfermos nos llegan al hospital psiquiátrico en grado avanzado de enfermedad, en fase de D.T. o en pre-delirio. Anteriormente habían consultado (inducidos u obligados por su entorno, fundamentalmente, la esposa) al neuro-psiquiatra de la Seguridad Social, que instituía un tratamiento ambulatorio que duraba meses o años, con escaso o nulo resultado. Hasta que un día este mismo neuro-psiquiatra, ante la ineficacia de su tratamiento enviaba al enfermo al hospital psiquiátrico con prescripción de internamiento. Pero lo más frecuente es que estos enfermos nos sean enviados desde las residencias sanitarias de la Seguridad Social de la provincia, donde ingresaron por alguna causa orgánica en los servicios de traumatología, cirugía o medicina interna. La abstinencia alcohólica de algunos días obligada por la hospitalización médico-quirúrgica hizo estallar un delirium tremens más o menos alarmante o un brote confusional, que pudieron empezar ya con tal carácter en el medio habitual del enfermo, imponiendo la hospitalización. En uno u otro caso el enfermo termina en nuestro hospital provincial.

Cuando el estado delirante desaparece es cuando intentamos el tratamiento del alcoholismo crónico del enfermo. Se utilizan diversas técnicas psicoterápicas, según la personalidad del paciente. Para descubrir y hacer tomar consciencia a éste de la causa profunda,

\* Médico psiquiatra adjunto en el Hospital Psiquiátrico Provincial de Ciudad-Real.

de la que el alcoholismo sería un simple recurso anti-angustia. El paciente huiría de su conflicto regresando a la fase oral, muy precoz. El tratamiento está basado en nuestros conceptos psiquiátricos-psicoanalíticos.

Pero creemos que con esta actitud en muchas ocasiones estamos "psiquiatrizando" casos que no debían serlo. Los enfermos más frecuentes, los alcoholismos Beta-Delta, no son casi nunca alcoholismos neuróticos, alcoholosis, sino simples alcoholismos secundarios, alcoholitis, en los que los conflictos vitales previos a la alcoholización no son significativos y que nosotros, equivocadamente, magnificamos. Suele tratarse de bebedores excesivos *para su capacidad física de resistencia al alcohol*; han podido ser gastrectomizados, por ejemplo. Pero frecuentemente beben cantidades objetivamente importantes. Bebedores excesivos que solapadamente desarrollan un temblor en las manos que sólo se calma al beber unas copas. Que beben por la mañana. Que presentan "spiders", telanguectasias en la cara, dolores que consideran reumáticos y tratan sin éxito alguno. Que han llegado ya a la dependencia física y han pasado de ser "casos Beta" a ser "casos Delta"; con incapacidad de abstinencia bien caracterizada. En estos casos, tan frecuentes, es donde pensamos que la psiquiatrización del problema es equivocada.

La estancia en el hospital provincial, una vez vencido el episodio agudo, representa un momento crítico. El enfermo se considera apresado, secuestrado. Su esposa y sus hijos, sus familiares, sacan a relucir los antiguos agravios: los golpes, los insultos, la celopatía, la actitud tiránica hacia los hijos, los fallos en el trabajo. La tensión conyugal llega al paroxismo; la mujer, pudiendo hablar, protegida por el psiquiatra. El enfermo está minusvalorado, castrado, portador de la culpa.

En estos casos no neuróticos en origen, preconizamos una psicoterapia que no lo parezca. Debemos "medicalizar" la relación abandonando nuestra postura psiquiátrica, para lo que es preciso que el psiquiatra controle totalmente sus reacciones contra-transferenciales.

Al medicalizar la relación adoptaremos un estilo de comunicación adulto-adulto. Para ello adoptaremos la táctica de *deculpabilización*, desde el primer momento. Justificar la reacción agresiva de la esposa e hijos, como lógica respuesta a los síntomas socio-familiares del *alcoholismo*: es decir, separamos al enfermo de la enfermedad. El alcoholismo será considerado como una *enfermedad*, como puede serlo la diabetes, más bien nutricional y metabólica que psiquiátrica. Deculpabilicemos las recaídas como "impuestas", hasta cierto punto, por la enfermedad, uno de cuyos signos básicos —la incapacidad de abstinencia— sería un fenómeno que calificaremos de "nervioso", no de mental: la incapacidad de abstinencia por

trastorno metabólico. La recaída, el "pinchazo", como lo califican los alcohólicos anónimos, no será considerada como delito, falta de voluntad, perversidad, sino como eso, como un "pinchazo". Huyamos del sermón y la amenaza.

El enfermo debe ser examinado seriamente. Tomando la tensión arterial, que no debe confiarse, jamás, a ningún auxiliar. Palpando, auscultando, hasta percutiendo. Dando la sensación de un médico que examina a un enfermo cualquiera, con cualquier proceso serio. Algún signo puede hacérsele significativo. Por ejemplo, ordenándole que, con los ojos cerrados, se mantenga en equilibrio sobre uno y luego otro pie. Normalmente se puede conseguir durante más de seis segundos. Los resultados suelen ser diferentes en uno y otro pie. Ello ocurre también en personas no alcohólicas.

Desde luego, cuando el enfermo ingresó en nuestro servicio se le practicó una batería de análisis de sangre. En los impresos del laboratorio de nuestro hospital se señalan las cifras normales de cada prueba. A los diez días practicamos un segundo análisis. Comentaremos, desapasionadamente, con el enfermo los resultados obtenidos antes y después.

El aumento del tamaño del volumen corpuscular medio (V.C.M.) de los hematíes es considerado por los alcoholólogos franceses como patognomónico del alcoholismo. A veces existe anemia hipercrómica, pero muchas veces, la mayoría, no. Debe tratarse de un trastorno de la maduración de los hematíes. La cifra normal es de 82 a 92, en ambos sexos. Las cifras más altas son significativas de alcoholismo. La más alta que hemos registrado es de 114. Es un signo muy sensible, pues la disminución del tamaño es muy significativa y constante después de los diez días de abstinencia. Debemos hacerlo notar al enfermo, así como nuestra suposición de que se trata de una afección alcohólica de la médula ósea.

Es también muy específico el aumento de la gamma glutamil transpeptidasa. La cifra normal es de 6 a 28. Pero depende del método utilizado en el laboratorio. Es también muy sensible, disminuyendo del primero al segundo análisis. Ambas cifras se manejarán y utilizarán en las revisiones sucesivas. Entregando al propio enfermo la prescripción escrita de los análisis, para que él mismo la lleve, cuatro o cinco días antes de cada revisión, al laboratorio de nuestro hospital y lo recoja, previo pago personal, antes de la periódica revisión.

Esta disminución de cifras analíticas ocurre con frecuencia, con las mismas características, con la V.S. globular. Se presenta en los alcohólicos cifras bastante altas de V. de sedimentación, no acompañada de leucocitosis, sino con cifra normal o baja de leucocitos. Pero este examen no es utilizado para ser comentado con el enfermo. Únicamente puede hacerse si este enfermo tiene una profe-

sión sanitaria. Para nosotros es considerado como indicio de afección hepática, pues coincide con un bajo cociente albumina/globulina, que a veces es inferior a la unidad.

En pocos casos, salvo si existe una hepatopatía grave, debemos comentar los resultados de las cifras de transaminasas. El cociente de Ritis y el Gamma G.T./G O T sólo podemos comentarlo con el enfermo si éste tiene una cultura médica francamente superior a la media. Es decir, lo que debemos manejar con el enfermo son las cifras de V.C.M. y las de Gamma G.T., con variaciones tan llamativas y evidentes que todo el mundo puede captar. Pero no debemos hacerlo con tono triunfalista, sino con toda la seriedad que el asunto merece.

Es decir, conseguir que el enfermo perciba que nosotros lo consideramos como lo que es, como un enfermo y que no tenemos la menor actitud reprobadora ni moralizante ante él. Con esta técnica es fácil desarmar la relación conyugal, consiguiendo que la pareja deje de jugar al "juego del alcohólico" de Berne y se limite a la relación de un enfermo con su esposa. Puesto que el enfermo es el alcohólico, *no su mujer*.

Ciertamente esto sería más eficaz llevado a cabo por el médico del trabajo o el de cabecera. La colaboración de estos compañeros "despsiquiatrizaría" el problema. En la lucha antialcohólica sería muy interesante poder hacer colaborar a estos profesionales. La relación del alcohólico con estos compañeros es mucho menos conflictiva que al enfrentarse con un psiquiatra de ambulatorio u hospital. Pero, ciertamente, los profesionales médicos no psiquiatras deberían estar sensibilizados a los problemas psiquiátricos, a la atmósfera psicológica-psiquiátrica, ser capaces de actuar por sí mismos y de colaborar con el psiquiatra, al que deben poder recurrir con facilidad y oportunidad. Deben ser capaces de moverse con cierta soltura ante estos problemas.

Médicos del trabajo, así como generalistas que quieran colaborar, deben ser capacitados para el manejo de su reacción contra-transferencial ante el enfermo alcohólico; deben poder aumentar o disminuir su distancia psicológica al paciente, sabiendo lo que están haciendo, percibir los niveles conscientes e inconscientes del comportamiento y manejar la identificación y la dependencia del sujeto, moviéndose fácilmente en los ejes psicológicos de tiempo. Percibir el contenido psicológico en sus diversos niveles de profundidad, etcétera. Capacitación que debe modificar sólo parcialmente, pero de forma definitiva, su personalidad.

Obviamente, preconizamos la institución de "grupos Balint", puesto que la asistencia a los alcohólicos pertenece en nuestra opinión a ese derivado del psicoanálisis que es la medicina psicosomática.

Esta capacitación psicosomática de médicos del trabajo y generalistas debe ser complementada con un conocimiento serio de los factores puramente *médicos* de la alcoholología.

Ello no significa minusvalorar el aporte del trabajo de alcohólicos anónimos, que consideramos básica, sobre todo en el alcoholismo Beta-Delta.

La aportación de los psicólogos clínicos es muy valorable e utilizable; la práctica de los tests mentales, periódicamente realizados, es utilizada por el médico de forma análoga a la de los resultados de laboratorio. Los trabajadores sociales y enfermeros colaboran bajo control y orientación del médico.

Los asistentes sociales son, desde luego, imprescindibles, y su colaboración es preciosa para actuar en la eliminación o atenuación de los factores conflictuales externos. Pero intentar *curar* un alcoholismo Beta-Delta (que representa en nuestro medio más del 90 % de los casos) con adaptación al trabajo, con la ayuda a la obtención de reivindicaciones laborales o sociales es, en nuestra opinión, una peligrosa ilusión bajo el punto de vista médico.

En los casos de alcoholismos claramente psiquiátricos, es el psiquiatra quien debe actuar. En aquellos pacientes neuróticos, que en nuestra práctica no son la mayoría, sino una minoría, seguimos evidentemente preconizando la psicoterapia de base freudiana en sus diversas formas: cura tipo, psicoterapia de orientación psicoanalítica, psicoterapia breve y psicoterapia analítica de grupo.

## RESUMEN

Se considera que la mayor parte de los alcohólicos tratados en nuestro Hospital no son neuróticos, sino casos de alcoholismo secundario, de alcoholitis. Se trata de alcoholismos beta-delta. Se preconiza un método médico de tratamiento en estos casos, rechazando algunos estereotipos psiquiátrico-psicoanalíticos de uso habitual en el tratamiento de los alcohólicos.