

## La rehabilitación del alcohólico\*

EZEQUIEL MILLAN

**P**ARA TENER una delimitación precisa de las medidas aplicativas que a rehabilitación del alcohólico se refiere, es conveniente precisar los estados del mismo, en los que estas se aplican.

Asimismo, es conveniente considerar los dos aspectos fundamentales de la rehabilitación. La rehabilitación física y la rehabilitación psíquica.

Según sea el período en el que se encuentra, puede comprender primero la rehabilitación psíquica y en segundo lugar, la física o lo contrario.

Cuando no se es enfermo todavía, o cuando se ingieren bebidas alcohólicas con algunas de las características que se mencionarán, se puede considerar al individuo, como un presunto alcohólico es decir, como un candidato a la alcoholomanía.

Es conveniente decir algo respecto a estos conceptos, porque también forman parte del material psicológico de la rehabilitación, expuesto en los dispensarios o como también se llaman "Centros de Desintoxicación Alcohólica".

1. La susceptibilidad hacia el tóxico, nadie puede conocerla: pero en cambio, la resistencia puede quebrantarse a fuerza de ingerir bebidas alcohólicas.

2. Las tensiones psicológicas, desempeñan en este caso un importante papel.

3. Es de gran importancia el conocimiento de los antecedentes de la persona en la historia de su vida, en su manera de comprenderla, de valorarla, sus relaciones interpersonales, sus emociones, etc., como un medio para comprender su personalidad pre-alcohólica. ¿Es un psicópata? ¿Un neurótico? o tiene leves trastornos en su carácter?

---

\* De la Mesa Redonda sobre Alcoholismo, llevada a cabo en la Facultad de Medicina de México, el mes de mayo de 1960

Nos encontramos con el panorama de una sociedad enferma, uno de cuyos aspectos es la alcoholomanía. ¿Como resuelve el individuo esta interrogante que se le presenta? ¿La rechaza? ¿La utiliza con moderación o abuso? ¿Que actitud en una palabra debemos guardar para con nosotros mismos y para con nuestros hijos?

Es conveniente mencionar algunos hechos que señala la Oficina de Información sobre Alcoholismo de la Unión Americana:

1. El alcoholismo es una enfermedad y el alcohólico es una persona enferma.
2. El alcohólico debe ser ayudado y merece serlo.
3. Este es un problema de higiene mental, o mejor dicho de salud mental y de responsabilidad pública.

Quiero recordar así mismo lo que expresa el Sub-Comité de Alcoholismo de la Organización Mundial de la Salud:

“Nunca se puede hablar de curación o de curado, solamente de *detenido*, y esto solo ocurre cuando la abstinencia absoluta de bebidas alcohólicas ha durado cuando menos, dos años”.

En la gráfica 1, se señala la evolución de la alcoholomanía. No todos los síntomas que aparecen se presentan necesariamente en todos los alcoholomanos, ni se manifiestan en el mismo orden de cada caso. Sin embargo, las fases y la sucesión de los síntomas en cada etapa, son características de la mayoría de los alcoholómanos; representan lo que podría llamarse la tendencia media.

#### FASE SINTOMÁTICA PREALCOHÓLICA

El presunto alcohólico pronto experimenta alivio bajo la influencia del alcohol. Si ese alivio es muy pronunciado en su caso, es porque sus tensiones psicológicas son mayores que en el caso de los otros miembros de su círculo social, o porque él no ha aprendido a controlarlas como los demás. Al principio solo busca este alivio ocasionalmente, pero después su resistencia a las tensiones disminuye y tiene que recurrir al alivio que le proporciona el alcohol de modo casi constante.

#### FASE PRODRÓMICA

Se manifiesta por un aumento de la tolerancia al alcohol y hace su entrada por la aparición brusca de los “palimpsestos alcohólicos” de Bonhofer o amnesias alcohólicas, se caracteriza por 7 síntomas que en seguida se mencionan:

**Palimpsestos alcohólicos.** Refiriéndose sobre todo a su aparición y no precisamente a su frecuencia.

Consumo subrepticio. Beber a hurtadillas. Teme que se le juzgue mal, se compara con los demás.

Preocupación por el alcohol. ¿Habrá suficiente alcohol para satisfacer esa necesidad?

Consumo avido. Toma una o dos rápido buscando el golpe o patada.

Sensación de culpabilidad. Bebe más que lo común. Evita toda referencia al alcohol en la conversación.

Frecuente presencia de los palimpsestos.

Presentimiento de la necesidad. *a)* anestesia emocional *b)* afección de los procesos metabólicos y nerviosos *c)* siente que ya no puede salir fácilmente *d)* los razonamientos del bebedor ya no son fuertes *e)* puede durar en abstinencia absoluta períodos largos de tiempo.

#### FASE CRÍTICA

La pérdida de control, es la necesidad imperativa de consumir más alcohol que experimenta el bebedor en la forma de un requerimiento físico, pero que podría ser un fenómeno de conversión. Esta demanda persiste hasta que el bebedor se encuentra demasiado embriagado o enfermo para ingerir más alcohol. Con este síntoma se inicia la fase crítica de la alcoholomanía y con ello la fase dramática de la enfermedad.

Pérdida de control. Una pequeña cantidad de alcohol desencadena una ingestión exagerada. Sentimiento de sentirse diferente. Controla la ocasión pero no la cantidad. Abstinencia voluntaria. Cree que ha perdido su voluntad y que debe recuperarla.

Excusas y racionalización de su comportamiento. No ha perdido el control. No tiene otra alternativa. No justifica la pérdida de su propia estimación.

Contrarresta presiones sociales. Se hace fuerte en su propia armazón de excusas y en su sistema de racionalización.

Ilusión de grandeza. Gastos extravagantes y grandilocuencia.

Aislamiento. Conducta hostil. La culpa no es de él sino de los demás.

Remordimiento persistente que los obliga a beber.

Períodos de abstinencia total.

Modificación del horario de la bebida.

Abandona amistades.

Deja empleos. Pocas veces renuncia, más bien los abandona como una medida de defensa anticipada.

Conducta subordinada al empleo del alcohol. Conducta egocéntrica. Mayor aislamiento.

Apatía hacia otros intereses exteriores.

Nueva interpretación de sus relaciones interpersonales.

Marcada consideración de sí mismo.

Proyectos de fuga o su realización.

Cambio en sus costumbres familiares.

Resentimientos irrazonables.

Proteje su abastecimiento. Temor de la privación de la necesidad.

Descuido de la alimentación adecuada.

Primera hospitalización.

Disminución del impulso sexual.

Celotipia alcohólica.

Bebida regular matutina.

#### FASE CRÓNICA

Se caracteriza por períodos de embriaguez prolongada, que suele durar una o mas semanas, en las que solamente se tiene la obsesión de beber, evolucionando dentro de una pérdida de la conciencia; cuando el individuo termina esta crisis, tiene que preguntar la fecha y el lugar en donde se encuentra.

Deterioro ético marcado.

Disminución de las facultades mentales.

Psicosis alcohólica.

Bebe con personas socialmente inferiores.

Ingiere productos industriales.

Disminución de la tolerancia al alcohol.

Temores indefinibles y temblores.

Inhibición psicomotora, (casi imposibilidad de darle cuerda a un reloj).

La bebida toma características de obsesión.

Vagas aspiraciones religiosas.

Todo el sistema racionalista se quebranta.

Las medidas de rehabilitación, empiezan por lo tanto, desde la fase correspondiente a la pérdida de control antes de llegar a ella son aplicables todos los factores de información y de orientación, siendo maestros

y médicos los principales encargados de ellas. Son por lo tanto organismos como la Secretaría de Educación, de Salubridad y de Gobernación las que toman parte en éllo.

### REHABILITACIÓN FÍSICA

Con la introducción de nuevas drogas y de nuevos conceptos psicoterápicos, el pronóstico del alcohólico es mucho menos sombrío que hace una decena de años.

En cada uno de los tres estados siguientes se nos puede presentar un alcohólico: agudo, post-alcohólico y crónico.

Las características del estado agudo son las siguientes:

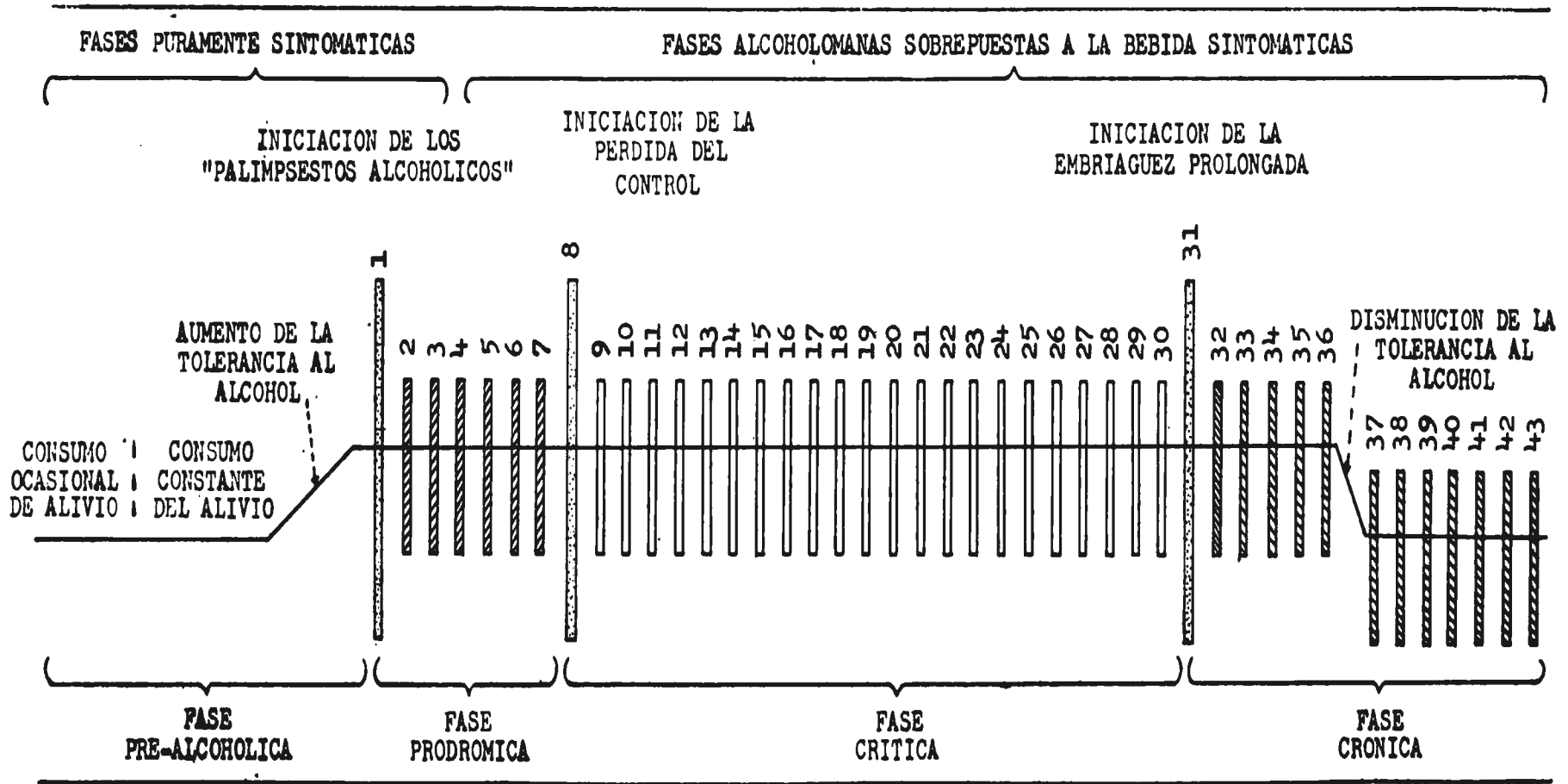
1. Beber en forma incontrolable.
2. Queda abolida la afectividad funcional del individuo.
3. La intoxicación alcohólica puede durar desde 1 día hasta varios meses.
4. La duración está determinada por la habilidad del paciente para continuar bebiendo.
5. Los accidentes y las dificultades de la justicia son frecuentes en este período.

Algunas normas de rehabilitación que hay que tener presentes, son las siguientes:

1. Cuando se trata con éxito este estado se tiene la mejor oportunidad para orientar al paciente y ayudarlo a seguir en su rehabilitación.
2. Curar solamente la borrachera es un error apostólico, el mérito de la rehabilitación es después.
3. Las amenazas y la recriminación no ayudan.
4. La comprensión y la simpatía son en cambio, una eficaz medida para la rehabilitación.
5. El sanatorio es el lugar más adecuado; solamente cuando los familiares cooperan y el enfermo es dócil se puede intentar la desintoxicación en el domicilio.

Gráfica 1

FASES DE LA ALCOHOLOMANÍA



Las barras grandes indican la iniciación de los principales síntomas con que comienzan las fases.

Las barras más cortas denotan la iniciación de los síntomas dentro de cada fase.

Para comprender bien la terapéutica es necesario tener presente los 3 factores que integran el síndrome alcohólico.

1. Un factor psíquico.
2. Un factor de tolerancia.
3. Un factor tóxico.

El primero ya lo trataremos al hablar de la rehabilitación psíquica.

El factor de tolerancia. Es una disposición somática que permite al individuo aceptar sin trastornos notables las bebidas alcohólicas, en combinación con sus efectos eufóricos permanentes.

El tercer factor, se refiere a que el alcohol produce un desequilibrio alimenticio generador de acidosis, hay una baja de la reserva alcalina y un aumento de la cifra colesterol - urea; todo esto crea el estado de necesidad orgánica de beber.

La eclosión de las formas agudas (delirium tremens) están bajo la dependencia de encontrarse ante un *factor somático* de tolerancia en el momento en que el factor tóxico está al máximo.

En la terapéutica se procede del modo siguiente:

1. Balance flúido.
2. Corrección de sales y nutrientes.
3. Control de los síntomas post-alcohólicos.

La solución de extracto hepático purificado (0.03) en solución glucosada al 5 por ciento y alcohol 13 c. c. en amp. de 50 c. c. (*Curetyl* del comercio) administradas:

1er. día 200 ml.; 2º día 150 ml.; 3er. día 150 ml.; 4º día 100 ml.; 5º día hasta el 10º y 50 c. c. además se inyectará uno o varios litros de suero glucosado o salino (según lo requiera el balance electrolítico) y que también sirven como vehículo de las vitaminas B (complejo) y C en dosis de 500 miligramos; esto llena los requisitos primordiales siguientes:

a) *Hidratar al enfermo.*

b) *Desintoxicar al mismo* proporcionando extracto hepático y glucosa y sobre todo por la presencia de la adenina y la nicotinamida que actúan como catalizadores, desintegrandos el alcohol en su metabolismo detenido en la fase de acetaldehído y ácido pirúvico hasta hacerlo llegar a sus términos finales de bioxido de carbono y agua.

Aunque no es una medida adecuada, es útil inyectar subcutáneamente en la piel de la pierna un litro de estas soluciones impidiendo la deam-

bulación; cuando el enfermo se desintoxica en su domicilio, se gana tiempo en favor de la abstinencia y la rehabilitación.

Un adelanto notable ha sido la introducción de los *esteroides supra-renales*, que proporcionan notable y rápida mejoría; se inyectan 25 mg. de A. C. T. H. diariamente durante los cinco primeros días.

El delirium tremens, es un aspecto dramático del cuadro alcohólico y complicación peligrosísima para la vida del paciente, caracterizada por los cuatro síntomas: excitación psicomotora, alucinaciones visuales y auditivas, taquicardia e insomnio; Smith y Thimann, recomiendan administrar 25 unidades cada 6 horas durante esta administración un promedio de 36 horas, posteriormente se debe reducir en forma gradual, aumentando los intervalos de aplicación hasta administrar 25 unidades 3 veces a la semana; en esta forma se puede seguir durante varias semanas si es necesario, siguiendo esta práctica en nuestro servicio hemos encontrado excelente resultado.

Los barbitúricos no son aconsejables, en todo caso deben estar bien sujetos a control; es frecuente ver como pasan de la intoxicación alcohólica a la barbitúrica aparte de que son buena ocasión para el acostumbamiento.

El coma alcohólico, debe tratarse con inhalación de oxígeno y estimulantes cardio-respiratorios, previendo las complicaciones infecciosas de tipo respiratorio, de ahí la importancia de la antibioticoterapia adecuada

Nunca debe dejar de hacerse un electroencefalograma cuando hay presencia de convulsiones, las que a veces presentan alarmante severidad; sobrevienen frecuentemente en el período agudo.

#### ALCOHOLISMO CRÓNICO

En nuestro servicio damos importancia capital a cuatro factores que hemos comprobado son muy eficaces: *a)* Régimen altamente nutritivo. *b)* Vitaminoterapia masiva (vits. B y C) *c)* Hormonoterapia (esteroides suprarrenales). *d)* Medicamentos específicos; *Curetyl*, *Antabuse*, pocas veces por la *emetina* (terapia por el reflejo condicionado del vómito).

Por verdadera falta de tiempo no hablaré sino brevemente de los dos últimos aspectos:

**HORMONOTERAPIA.** El hipoadrenalismo, según J. Smith y Col. es notorio en el período agudo y en el crónico. La práctica demuestra que los sujetos sometidos a la administración de 5 hasta 10 c. c. de extracto acuoso al principio diariamente y después una vez por semana, abandonan

el uso del alcohol por largo tiempo, sin olvidarse con esto, que las hormonas por sí solas no curan.

**MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS:** Es el mejor de nuestros recursos; administrando 20 a 25 c. c. intravenosamente, dos veces por semana (solución hepatizada, glucosada y alcoholizada) en una serie de 20 ó 30 inyecciones, las últimas de las cuales pueden ser una vez a la semana, condiciona en el organismo una inapetencia y repugnancia por las bebidas alcohólicas, al término de una serie o antes el enfermo ha entrado de lleno a la psicoterapia y puede dejar las inyecciones, adentrándose en la sobriedad.

**ANTABUSE.** El efecto de esta droga, por sí misma, no produce trastornos, al ingerir alcohol, se presentan una serie de molestias sumamente desagradables, que consisten principalmente en vasodilatación intensa de la cara, cuello y conjuntivas y palpitaciones con aceleración del pulso, disnea y descenso de la presión sanguínea.

Se administra la droga en dosis de 1 a 2 grs. diariamente de 1 a 4 días, después se reduce la droga a medio gramo diario durante dos días; se invita al enfermo a que beba una cantidad moderada de su licor predilecto, con lo cual se provocan los trastornos antes mencionados. Esto se repite varios días para provocar la aversión. A continuación se proporciona una dosis de mantenimiento de 0.25 grs. por un período largo de tiempo, realizándose la psicoterapia.

### REHABILITACIÓN PSÍQUICA

La rehabilitación psíquica consiste en proporcionar al individuo aquellos elementos psicológicos de apoyo, que le sirven como punto de partida para modificar su personalidad y dejar en consecuencia de beber.

El explicar las diferentes motivaciones y el análisis de ellas comparándolas con las de otros alcohólicos, y la interpretación de las resoluciones que en su modo de aplicarlas —ya sea ante el amor, el trabajo o en sus relaciones interpersonales— le da a su vida, le hace despertar un espíritu de transformación para el futuro. Es en consecuencia una psicodinamia de grupo, con técnica de aplicación en la psicoterapia de grupo.

Formularemos a continuación una serie de preguntas, pensando en las que se nos podrían hacer para aclarar debidamente este importante tema.

Aparte del expresado antes ¿qué otro material psicológico se le ofrece para su rehabilitación?

En estudios especializados para la psicoterapia del alcohólico; mencionaré algunos: Reeducación del sentido común del bebedor anormal". "La neurosis y su mecanismo de manifestación por el alcoholismo". "La evolución de la personalidad hacia el alcoholismo" y estudios sobre la psicología del mexicano sobre salud mental, etc.

¿Es más importante la terapéutica medicamentosa en el alcohólico o lo es la rehabilitación psíquica?

La primera lo es en los estados agudos de intoxicación. La rehabilitación psíquica es básica y se obtienen con ella excelentes resultados, principalmente porque se le da valor al sentido existencial de la vida del enfermo.

¿Hemos oído un método llamado de A. A. (alcohólicos anónimos), el método que ustedes siguen tiene diferencia con el de ellos?

Sí tiene diferencia. Tiene diferencia de fondo y de técnica de aplicación. Se basa el método de los A. A. americanos, en la consideración de los *Doce pasos* tradicionales, que en esencia se inspiran en una filosofía en que se deposita en un Ser Superior el deseo de que sea él el que dé la aceptación para remediar la enfermedad, que de la humildad y la fuerza para reconocer los errores. No se aplica ningún medicamento. La rehabilitación que se lleva a cabo en los Centros de Salud de la S. S. A. se inspira en los estudios psicológicos que ya se han mencionado y en general usando la mayoría de la terapéutica medicamentosa también ya mencionada, esta última mientras la psicoterapia toma fuerza.

Es conveniente para formularse una idea más completa, leer el instructivo de que se les proporciona a los que por primera vez se presentan a la consulta:

#### INSTRUCTIVO PARA EL RECIEN INGRESADO

1. La Sección de Psicoterapia para el enfermo de alcoholismo, ha sido establecida para ayudar a usted constantemente a librarse de la bebida.

2. El tratamiento en general, brinda los dos aspectos esenciales y que son imprescindibles para mantenerse sin tomar: las sesiones de psicoterapia y el tratamiento medicamentoso.

3. No es posible de ninguna manera someterse a un tratamiento del alcoholismo, participando solamente de uno de los aspectos señalados. Se repite que son absolutamente necesarios los dos para vivir sin el alcohol.

4. El recién ingresado no se da cuenta exacta de la amplitud de su enfermedad física y espiritual, y a través de su desconocimiento sigue mínima parte del plan tratado, para continuar después con su equivocado punto de vista.

5. Algunas personas acuden al especialista, porque tienen problemas temporales, como conflictos familiares, pérdida de empleo o monetaria. Si usted ve que no continúan es porque no están aptos para recibir el tratamiento. Convéncese de que su meta es la permanente abstinencia y no venga solo temporalmente.

6. La obligación moral que contrae es la de acudir a las citas que especialmente se le hagan, y colaborar en las necesidades de ayuda mutua que se presenten.

7. Es obligatorio para usted hacer amigos entre sus compañeros de consulta. Con ellos formará su "mundo propio", visitándose y acompañándose a fiestas y excursiones, pues para usted y cuando menos de pronto, no podrá congeniar con sus antiguos amigos bebedores.

8. En todas las reuniones exponga su caso particular, y estudie y analice bien el de los demás. Así encontrará mejor el punto de partida de su recuperación.

9. Debe usted considerar la curación de su enfermedad como la parte más importante de su vida y dedicarle tiempo diariamente a su rehabilitación como si se tratara de la práctica de una verdadera religión.

10. No queremos pensar ni siquiera admitir una probabilidad de recaída; pero no debe olvidar que si desgraciadamente para usted, reincide, siempre estaremos dispuestos a ayudarlo nuevamente.

#### REFERENCIAS

1. Un mayor conocimiento del problema y una mayor participación de las autoridades e instituciones científicas del país.

2. Aumento de los dispensarios para alcohólicos, los que serán útiles para impartir la enseñanza clínica de esta materia.

3. Establecer una *casa para rehabilitación de alcohólicos* exclusivamente.

4. Conocimiento de nuestro "índice" o "tasa" de alcoholismo; existen 24 países ya clasificados. No se pueden establecer medidas para combatir el alcoholismo sino se conocen los factores que determinan el "alza" o "baja" del índice alcohólico; por lo tanto las medidas restrictivas vendrían a resultar a la postre empíricas.

#### REFERENCIAS

1. Boletín 42. Serie de Informes técnicos. Sub-Comité de alcoholismo de la O.M.S.
2. Boletines 48 y 94. Serie Inf. Técn. Sub. comité de Al. O. M. S. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*. Number 2 June 1958.
3. *Nutrition and alcoholism*. Roger J. Williams.

4. Les possibilités actuelles de traitement de l'alcoolisme por el Dr. Duchene.
5. Etude pathogenique et Therapeutique des crises de delirium et des polineurites observees chez les alcooliques chronique par Dr. Raoul Leco Q.
6. Contribution a la therapeutique biologique de l'alcoolisme chronique. Le traitement par L'apomorfine. Harry Feldmann.
7. La neurosis y el desarrollo humano. Karen Horney.
8. Etica y Psicoanálisis. Erich Frohmm.
9. Psicología del Mexicano. Dr. Santiago Ramírez.
10. Psicoanálisis y existencialismo. Tratado de Higiene Mental. Dr. Krankl. Buentello.