

Entrevista con el Dr. Enrique Martínez Cid.

EL ALCOHOLISMO COMO PROBLEMA DEL NUCLEO FAMILIAR

El doctor Enrique Martínez Cid, jefe del Programa de Alcoholismo del CEMEF habla sobre aspectos de psicoterapia, familia y relaciones interpersonales del alcohólico.

El Alcoholismo, ¿es un síntoma o una enfermedad?

Sobre esto se ha discutido mucho; hay investigadores que consideran al alcoholismo como una enfermedad **per se**; pero es bien conocido que en la excesiva ingestión de alcohol constituye un síntoma de escape para una variedad de pacientes neuróticos; es un escape a la angustia o un intento de mejorar la depresión.

Puede decirse que en algunos pacientes el alcoholismo es una enfermedad, mientras que en otros es el síntoma de una neurosis.

¿Qué papel juegan la herencia, la cultura y las circunstancias que rodean al individuo en su infancia, en el alcoholismo?

Existen diferentes estudios sobre esto; se ha encontrado que, muchas veces, el alcoholismo está presente en los ascendientes de un alcohólico. Hay otros estudios que concluyen que el alcoholismo no está presente entre los familiares.

Apriorísticamente podemos considerar el patrón cultural o social de esta manera: si el niño se desarrolla en un ambiente en donde el alcoholismo es tabú, o por el contrario, donde el alcoholismo es aceptado, se puede propiciar en el niño o en el adolescente, bien sea por imitación o rebeldía, la ingestión del alcohol.

¿Qué relación existe entre alcoholismo, depresión y suicidio?

Existen muchas personas que tratan de salir de la depresión por medio del alcohol. De hecho, el alcohol en dosis moderadas tiene una acción euforizante; pero la mayoría de las personas no se detiene en esto; sino que va más allá y a dosis mayores, el alcohol es depresivo, e incluso llega a ser psicotizante, distorsiona la percepción de la realidad. Si existía alguna puerta de salida para la solución de su problema, el paciente no la percibe; al contrario: el alcohol le presenta al alcohólico su problemática mucho más vívida, mucho más conflictiva. Cuando el paciente tiene tendencias autodestructivas, es indudable que la intoxicación alcohólica lo empujará hacia un atentado contra su vida.

Además, considero que el alcohólico crónico está cometiendo un suicidio crónico al atentar contra su biología, su psicología, su potencial económico o social; está limitando su existencia.

¿Cuáles son los mecanismos de defensa psicológica que pone en juego el alcohólico crónico?

El más utilizado es la racionalización; el alcohólico trata de dar a su conducta una

explicación racional, por eso dice: «no soy alcohólico porque como, porque trabajo», etcétera.

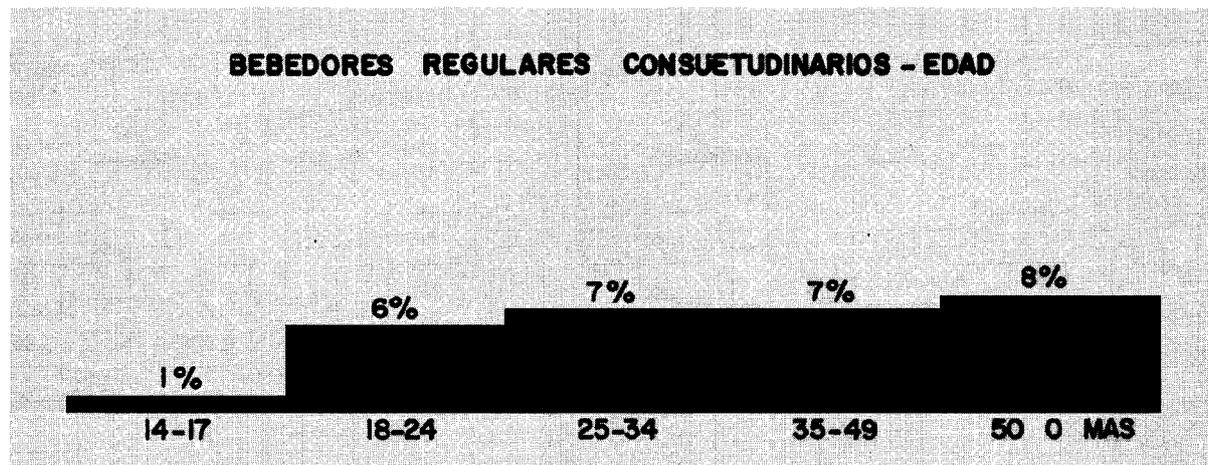
También es frecuente el mecanismo de defensa del **desplazamiento**, donde el alcohólico atribuye sus fallas, sus fracasos, a otras personas, a las que hace responsables de su alcoholismo; cuando el alcoholismo produce mayor daño mental, el mecanismo de **proyección** que es utilizado en las psicosis paranoides —y aquí se trata básicamente de una paranoia— es el más utilizado por el paciente alcohólico.

También durante la intoxicación vemos el mecanismo de **acting out** que sería la dramatización o sobredramatización de la problemática del sujeto. Existe un dicho —que pretende ser cómico— que define los diferentes estadios de la intoxicación alcohólica; al empezar, el alcohólico dice: «yo soy tu amigo»; al beber un poquito más, «yo soy tu hermano» y ya en la intoxicación más aguda, «yo soy tu padre»; con las conductas «adecuadas» a los tres papeles.

También utiliza la **introyección**, cuando es un paciente depresivo. Introyecta los impulsos hostiles hacia sí mismo y luego viene la depresión. En general, yo diría que éstos son los mecanismos más utilizados.

¿Qué papel juega la familia del alcohólico, y en especial la esposa?

No creo que sea justo hablar de la esposa, sino más bien del cónyuge. Los estudios de la doctora Ruth Fox demuestran que el cónyuge del alcohólico a menudo tiene una ganancia secundaria; cuando se trata del marido alcohólico, se ha descubierto que la esposa se apropia del papel de mártir, el papel de la



ALCOHOLISMO

madre mártir con el hijo travieso que la explota, la golpea, etcétera, y que cuando se confronta a ese tipo de mujeres con la realidad, y se le sugiere que la siguiente vez que el marido la golpee o le robe sus ahorros para sus parrandas, llame a la policía para que la defienda, la respuesta generalizada es «¡cómo le voy a hacer eso al padre de mis hijos!», lo mismo que las madres de hijos problema: es imposible aplicar una solución drástica porque «es el hijo de mis entrañas», etcétera.

En cuanto a la mujer alcohólica, el marido necesita irracionalmente de la mujer no productiva, no pensante, para poder mantener su autoestima en relación a la cónyuge.

En el alcoholismo crónico hay una retroalimentación. El alcohólico, como problema en el núcleo familiar, suscita reacciones del cónyuge y de los hijos; y cuando el alcohólico trata de salir de esta situación, inconscientemente se le empuja de nuevo al alcoholismo para mantener la cohesión patológica que se ha formado. Si alguno de los miembros se sale del papel, la escena se vuelve caótica.

¿Cuáles son los lineamientos y objetivos del manejo psicoterapéutico del alcohólico?

Si consideramos el alcoholismo como un síntoma, el manejo psicoterapéutico sería el manejo del padecimiento subyacente. El objetivo sería la actualización de sus potencialidades a un óptimo donde no hubiese la necesidad de recurrir al «ayudante mágico» que representa la ingestión de bebidas alcohólicas.

Un objetivo específico es mostrar al paciente que la ganancia secundaria es negativa, como se hace en las neurosis. Aquí la ganancia secundaria, además de ser negativa, va destruyendo tanto biológica como psicológica y socialmente la infraestructura del paciente mismo, y mientras más tarde se ataque el problema, el pronóstico será más grave.

¿Cuál es el tratamiento de la intoxicación aguda?

En el tratamiento de la intoxicación aguda, lo primero que debe tomarse en cuenta es que no se trata de atender la embriaguez misma; sino de normalizar los cambios metabólicos inducidos por la ingestión excesiva de alcohol. Estos cambios metabólicos afectan a todo el organismo, fundamentalmente

al Sistema Nervioso Central, al Sistema Nervioso Periférico, y al área hepática.

La intoxicación aguda debe ser atendida en las salas de urgencias. Se recomiendan las siguientes medidas:

Sedación: diazepam 10 mg I.M. o 5 cm I.V.

clorodiazepóxido: 25 - 100 mg c/24 horas V.O.

clorodiazepóxido 25: 25 - 50 mg c/24 horas I.M.

1. Inducir vómito con:
 - a) estimulación mecánica sublingual
 - b) ingestión de solución salina
 - c) lavado gástrico con solución salina
 - d) café caliente bien cargado
 - e) mostaza en agua hirviendo.
2. Si se presentan signos de deshidratación:
 - a) solución glucosada 500 cc al 5% (de acuerdo al estado del paciente).
3. Complejo B:
2 cc c/24 horas I.M.
4. En caso de dolor en miembros inferiores:
tiamina 25 - 50 mg 12 horas I.M.
5. Acido acetilsalicílico con capa entérica P.R.N. 50 mg/kg al día.
6. Dieta blanda sin irritantes.

En el coma alcohólico, la complicación más común es la depresión del centro respiratorio y como posible consecuencia, el deceso.

Si el paciente es atendido adecuadamente hasta que descienda el nivel de alcohol en la sangre, se llega a una condición enteramente reversible y sin secuelas. Las medidas que se toman son las siguientes:

1. Mantener las vías aéreas permeables.
2. Administración de solución glucosada al 5%, según el grado de hidratación del paciente, 050/glucosada al 50% 30, 1 I.V. lentamente, para edema cerebral.
3. Prevenir la bronco aspiración por vómito o regurgitación del enfermo, colocándolo en posición de trendelenburg, con cambio de posición constante para prevenir la neumonía ortostática.

4. Signos vitales cada media hora.
5. Antibióticos de amplio espectro para prevenir infecciones intercurrentes:
 Penicilina
 Ampicilina 50 - 100 mg/kg/día I.V.
 Gentamicina 1 - 3 mg/kg/día I.M.
6. Estimulantes del Sistema Nervioso Central.
 - a) Cafeína por vía rectal en forma de café.
 - b) Sulfato de anfetamina 40 mg. I.V. c/2 horas, hasta restablecer la conciencia y la vía respiratoria normal.
7. Dextrosa al 50% 100 ml I.V. c/hora si es necesario. Si hay contraindicación después de la primera inyección, se inyectan de 10 a 20 unidades de insulina rápida por vía subcutánea c/12 horas.
8. Efedrina 25 mg I.M. subcutánea.
9. Tiamina 100 mg I.M. c/24 horas.
10. Solución salina c/12 horas.
11. Respiración artificial (95% O₂ y 5% de CO₂).
12. Mantener la temperatura corporal.

En términos generales, la intoxicación aguda debe ser manejada de la misma manera en que se atendería un intento serio de suicidio. Lo primordial es salvar la vida del paciente.

¿Qué opina de Alcohólicos Anónimos?

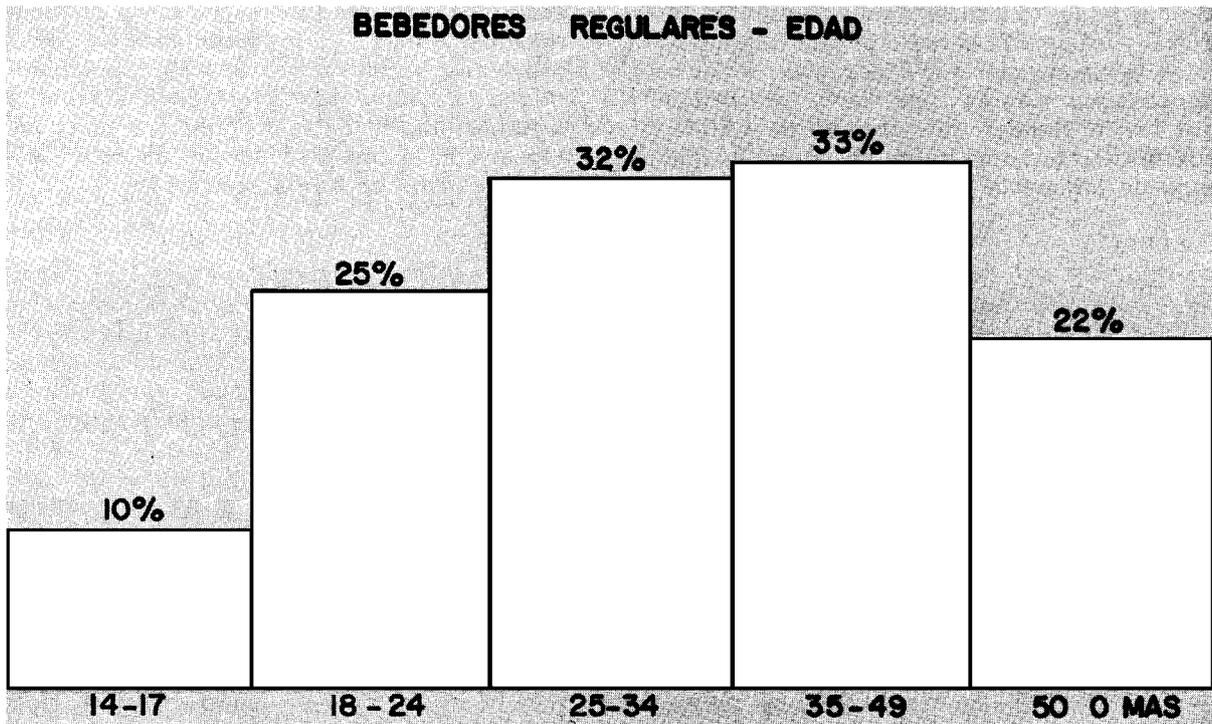
Alcohólicos Anónimos es una asociación que presta tanto al alcohólico como a la profesión médica una gran ayuda en el tratamiento de los alcohólicos. Hasta la fecha se considera que ha sido muy efectiva —aunque no se cuenta realmente con estadísticas, debido al anonimato de los pacientes—. Yo considero que sería mucho más efectiva si estuviese complementada con tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico cuando esto sea necesario.

¿Es curable, entonces, el alcoholismo?

El alcoholismo, como todo padecimiento, sí es curable; como todo padecimiento también, mientras más avanzado se encuentre, el pronóstico será más pobre.

¿Cuál es el Programa de Alcoholismo del CEMEF?

Su filosofía general es ubicar el alcoholismo como el padecimiento que es, y desligarlo de los conceptos moralistas y atávicos. Se pretende que el paciente alcohólico



ALCOHOLISMO

sea recogido de la calle por ambulancias, tratado de su intoxicación aguda en los Centros de Urgencias, diagnosticando las posibles complicaciones que pueden ser enmascaradas por la intoxicación: padecimientos de orden médico quirúrgicos o psiquiátricos.

Se pretende que de los Centros de Urgencias los pacientes sean canalizados a instituciones especializadas en la atención de este tipo de complicación, una vez que los pacientes hayan sido tratados de lo que podríamos llamar la fase sub-aguda, se les referirá a consulta externa en el Centro de Salud correspondiente a su domicilio.

Ya tenemos seis Centros de Salud Mental en donde existen equipos de CEMEF para el tratamiento ambulatorio y la rehabilitación de los pacientes, puesto que las metas son el tratamiento del alcoholismo y la rehabilitación integral del paciente. Ese sería el plan de tratamiento y rehabilitación en general del Programa de Alcoholismo.

Para el mismo Programa, se incluyen tres sub-grupos específicos:

Tenemos en la calle de Enrique González Martínez N° 131, un viejo edificio donde se está integrando un Centro de Rehabilitación de Alcohólicos. Hasta la fecha ha funcionado únicamente una consulta externa vespertina; este edificio lo vamos a rehabilitar para tener alrededor de 15 camas para hospitalización breve —máximo 72 horas— para el tratamiento de la intoxicación sub-aguda; y un servicio de consulta externa matutina y vespertina que van a atender tres equipos de CEMEF con la característica de que va a haber una zona de influencia de alrededor de 300 000

habitantes, lo cual nos permitirá tener estadísticas epidemiológicas mucho más específicas del alcohólico y sus familiares, y del tipo de tratamiento que es más efectivo. Las estadísticas en cuanto a México son muy pobres.

Tenemos otro proyecto, en coordinación con el **Plan Tepito**, que hemos denominado el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares, donde se van a identificar las familias de los alcohólicos y a los alcohólicos mismos. A estas familias y pacientes se les van a dar diferentes opciones, dependiendo de los núcleos de angustia que identifiquen los equipos de trabajadores sociales, para mejorar sus modos de vida, al mismo tiempo que el paciente sea tratado en un Centro de Salud correspondiente a la zona de Tepito.

Estamos por iniciar un programa rural piloto el cual, por las características sui géneris de las diferentes zonas rurales, nos enfrentará con una problemática sumamente estimulante; por su carácter de plan piloto, deberá ser modificado sobre la marcha y de acuerdo a las condiciones específicas de cada una de las zonas rurales a donde se vaya a aplicar.

Estos proyectos son pilotos; vamos a aprender de nuestros éxitos y de nuestros errores y pretendemos unificar, sobre la marcha, nuestros métodos y nuestros planteamientos. A partir de los resultados de estos proyectos, y cuando sea oportuno, ampliaremos el programa de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación del alcoholismo a nivel nacional con la finalidad de que se continúen sus objetivos en forma perenne 