

Psiquiatría *versus* alcoholismo

Aunque siempre se dijo que la embriaguez alcohólica podía llevar a la locura, fue en los primeros decenios del siglo XIX cuando los «abusos de bebidas espirituosas» entraron en el campo de la psiquiatría. Se constató que en los manicomios aumentaban los internados como consecuencia del consumo abusivo de alcohol, aunque los médicos negaban aún la existencia del alcoholismo como enfermedad específica. Hasta que en 1838 el francés Esquirol describió la monomanía de la embriaguez o ebriomanía, entendiendo por tal la disposición a veces hereditaria por la que el enfermo, a la menor contrariedad, se ponía a beber, recurriendo a mil astucias para conseguir el vino, y sólo con la reclusión se podía impedir que bebiese. Como tratamiento, proponía el aislamiento prolongado, las enseñanzas religiosas, los consejos de la filosofía y la lectura de tratados sobre la moderación (1). Entre otros antecedentes significativos, merece citarse a Benjamin Rush, padre de la psiquiatría americana, que en 1785 publicó un libro sobre el alcohol y sus abusos, afirmando que producían gran dependencia, cirrosis, pancreatitis, impotencia, delirio, agresividad criminal, lesiones irreversibles en el cerebro y taras hereditarias. El alegato de Rush prendió con fuerza en gran parte de la nación americana, contribuyendo al surgimiento de las primeras «sociedades de templanza» y de una creciente corriente abolicionista.

Coincidiendo con la Revolución Industrial, se produjo un gran aumento del consumo etílico entre el naciente proletariado

urbano. El embriagarse parecía ser el único medio de soportar las pésimas condiciones en que vivían los obreros de las primeras industrias fabriles, en Inglaterra, Alemania, Holanda, Suiza e incluso en España. Además del vino, los obreros españoles tomaban aguardientes antes de la dura jornada laboral: «dos o tres cuartos, con los cuales no hay para comprar pan o carne, les procuran un poco de aguardiente que reanima artificialmente sus fuerzas. El ensayo de este medio falaz de cobrar vigor les conduce al hábito, a la necesidad, a la pasión de los alcohólicos... La borrachez distrae de ahorrar, aumenta la indigencia de la familia, imposibilita toda educación, multiplica las pependencias, los desórdenes, los delitos», escribía a mediados del XIX Monlau, médico higienista (2). Tal realidad se reflejaba en manicomios como el de Valencia, donde su director, Perales, comprobaba cómo algunos de sus enfermos se curaban por completo, impidiéndoles beber alcohol y dirigiéndoles moralmente. Sin embargo, Perales consideraba que la embriaguez etílica no constituía una enfermedad, sino un «feo vicio». Aun enajenado, el enfermo era culpable de lo que le ocurría, responsable de su entrega voluntaria a una costumbre reprobable (3).

Por ese tiempo, el profesor sueco Magnus Huss hizo la primera descripción científica del alcoholismo crónico, proponiendo tal nombre para designar esta nueva enfermedad. Por su influencia, el alcoholismo se convirtió en una de las primeras preocupaciones de la psiquiatría, y en concre-

to fue pieza clave en la famosa teoría de la degeneración, formulada por el alienista francés Morel y en parte modificada por Magnan, que inspiró la psiquiatría francesa y europea durante la segunda mitad del siglo XIX. Según Morel, todos los trastornos mentales eran la expresión de una constitución físicamente anormal, transmisible hereditariamente y sujeta a una evolución degenerativa que, de generación en generación acababa con la esterilidad de la estirpe (4). Pensaba Morel que el hombre actual no era sino una desviación degradante del tipo primitivo, causada inicialmente por el pecado original, que le había convertido en un ser indefenso ante determinadas agresiones, agresiones que le producían diversas alienaciones mentales, degenerando aún más la especie. Destacaba el grupo de las alienaciones por intoxicación, cuya principal causa era el abuso de bebidas alcohólicas. El alcohol era el principal «veneno social» capaz de ocasionar la decadencia psicoorgánica de los individuos y de sus estirpes. El alcoholismo se transformaba de generación en generación en patologías cada vez más degeneradas (5).

Los psiquiatras degeneracionistas se ocuparon, por otra parte, de los delincuentes, constatando que muchos de ellos eran alcohólicos o, por lo menos, bebedores habituales. Morel describió las llamadas «tendencias depravadas» por el uso de bebidas alcohólicas, y a partir de ellos los médicos de la segunda mitad del XIX trataron de cuantificar a los alcohólicos criminales mediante numerosas estadísticas, para que se pudiese luchar de un modo más científico y eficaz contra lo que se constituía como amenaza social. En la misma línea de trabajo a fines del siglo Cesare Lombroso y la escuela positivista italiana elaboraron la teoría del criminal nato, en la

que se incluía el alcoholismo como causa de criminalidad. Una teoría que, como la de degeneración, resultó falsa. Pero, como consecuencia de ambas teorías, el enfermo alcohólico fue convertido por mucho tiempo en un individuo peligroso para la sociedad, cuya criminalidad potencial debía ser tenida en cuenta por los responsables del orden público. Por ello, el incremento del alcoholismo en los últimos decenios del siglo XIX fue tomado como una amenazante plaga que hacía peligrar el orden social. Era un vicio que se cebaba en las clases trabajadoras, y muchos pensaban que la causa de ese vicio residía en la propia imprevisión en cultura del proletariado urbano, y que, a su vez, el alcoholismo era el responsable de la miseria del proletariado. En consecuencia, se crearon múltiples sociedades antialcohólicas, que presionaban para que se promulgasen «leyes secas», se cerrasen destilerías y tabernas y se creasen centros especiales para el tratamiento de los alcohólicos. Mientras tanto, muchos de ellos, considerados como degenerados incurables, eran recluidos en los manicomios. La «cura moral» del alcohólico debía convertir al enfermo en un «bebedor arrepentido», en un convencido predicador de la abstinencia.

* * *

En España la plaga del alcoholismo no era sino el pálido reflejo de lo que sucedía en Francia, y no preocupaba demasiado. Hubo algunos médicos que, como el famoso Pedro Mata, llamaron la atención sobre el problema: «procuren los gobiernos dictar medidas para reprimir el vicio de la embriaguez, mejoren la condición moral y material del pueblo, y las embriagueces serán menos frecuentes» (6). El alcoholismo era presentado como ligado a la locura,

DEBATES E INFORMES

la criminalidad y la degeneración de la raza, y asociado al proletariado y a la revuelta política. La imagen del obrero borracho contribuía a caracterizar al proletario como irresponsable, inmoral y culpable de la mala situación en que vivían. Lo que preocupaba al Partido Socialista, para quien el obrero, sometido a una brutal explotación por el sistema capitalista, encontraba su único refugio en la bebida, en contra de lo que sostenía, la propaganda antialcohólica burguesa que machaconamente insistía en que la afición al alcohol del obrero era la principal causa de su miseria y de su degeneración física y moral. La fatiga por el duro trabajo y las malas condiciones en que sobrevivían, acababan por desmoralizar al trabajador, que finalmente optaban por «un vaso de aguardiente que le permita aguardar entre risas un día más afortunado» (7). Por tanto, el problema del alcoholismo no podía resolverse con medidas parciales, sino a través de la Revolución. Sin embargo y paralelamente a los cambios estratégicos y políticos efectuados por el PSOE en los años 90 se olvidó la solución revolucionaria a favor de otros planteamientos reformistas, más acordes con los avances evolucionistas y de la medicina positivista. El alcoholismo se convirtió en un campo de batalla para la nueva estrategia socialista, que atacaba cada vez más a los obreros que visitaban las tabernas y se embriagaban: «el obrero que se emborrache y no ponga todos los medios para huir de la taberna, no es digno de llamarse socialista». La taberna era directo competidor de la organización socialista, pues en ella el proletariado empleaba el tiempo y el dinero que debería invertir en acentuar el socialismo. El alcoholismo era un grave obstáculo para la necesaria regeneración del pueblo, la evolución de la

sociedad y la causa del socialismo. ¿Pero cómo arrancar al pueblo de la taberna?, se preguntaba Bernaldo de Quirós desde «El Socialista». Había que erradicar las causas del alcoholismo de los obreros, y entre ellas, «la insuficiencia de su actividad cerebral, la indigencia, la torpeza de facultades mentales, la ociosidad de la inteligencia».

Era preciso contemplar la profilaxis desde el punto de vista moral e higiénico, y a tal efecto la Sociedad Española de Higiene propuso en 1909 una serie de medidas que afectaban sobre todo a los obreros, «ya que por hábito, por vicio, por imitación, en general el obrero es alcohólico, e importa mucho a éste, a los patrones y a los gobiernos que no lo sea. No siéndolo mejorara su trabajo y se alargaría su vida, favoreciendo la raza: disminuirá la criminalidad, el suicidio, la locura y los accidentes de trabajo» (8). Ninguna de aquellas medidas se llevaron a cabo, porque la lucha antialcohólica perdía fuerza, tras el fracaso de los esfuerzos franceses. De todos modos, hubo un notorio descenso del consumo alcohólico en toda Europa durante la Primera Guerra Mundial, mientras en Estados Unidos crecía la corriente abolicionista. En 1914 se presentaron al Congreso americano 6 millones de firmas solicitando la legalización de tráfico de alcohol.

Se desplegó un inmenso aparato de propaganda antialcohólica, pues el acto de beber «no sólo es nocivo para la salud, corruptor de la juventud y causante de la desunión marital, sino también germanófilo y traidor a la patria». Se consiguió enmendar la Constitución americana, que declaraba el derecho de todo ciudadano a la libertad y a la búsqueda de la felicidad, y en 1919 se aprobó la Ley Volstead, que prohibía la venta y fabricación de licores. El Senador Volstead manifestó: «Esta noche

nacerá una nueva nación. El demonio de la bebida hace testamento. Se inicia una nueva era con ideas claras y limpios modales. Las horas bajas serán pronto cosa del pasado. Las cárceles y los correccionales quedaran vacíos; los transformaremos en graneros y fábricas. Todos los hombres volverán a caminar erguidos, sonreirán todas las mujeres y reirán todos los niños» (9). Poco tiempo después la Farmacopea americana incluía a ciertos vinos y licores «como sedantes y en la cura de la neurastenia», y cien mil médicos, farmacéuticos y drogueros fueron autorizados para recetar y despachar bebidas alcohólicas. En 1932 unas 45.000 personas fueron sentenciadas a prisión por delitos relacionados con el alcohol, y más del triple, a multas y prisión preventiva. Unas 30.000 personas habían muerto por consumo de alcohol metílico, y 100.000 más padecían ceguera o parálisis. Y la Ley Seca fue abolida.

* * *

En tiempos de la Primera Guerra Mundial los psiquiatras españoles se habían adherido a todos los postulados de la psiquiatría alemana, que había arrebatado la hegemonía a la francesa. Se trataba de una psiquiatría somaticista, descriptiva y basada en la observación clínica, que había sido sistematizada por Kraepelin, siguiendo el modelo médico tradicional. En su clasificación de las enfermedades mentales el alcoholismo aparecía incluido entre las intoxicaciones, distinguiendo las siguientes formas clínicas: la embriaguez, la embriaguez patológica, alcoholismo crónico, delirio de celos alcohólico, *delirium tremens*, alucinosis alcohólica, síndrome de Korsakov y epilepsia alcohólica. Con el agregado de diversos tipos de demencia, son las mismas formas clínicas que hasta hoy siguen

siendo válidas. Con respecto al tratamiento, la psiquiatría alemana era bastante escéptica, prescribiendo la reclusión de los enfermos con psicosis alcohólica durante un año por lo menos y recomendando la abstinencia definitiva del alcohol.

Igualmente escépticos eran los psiquiatras españoles con respecto al alcoholismo, que ya no se presentaba como un problema social. En 1918 Lafora, el más significado psiquiatra de la época, destacaba el éxito social del alcohol y el fracaso de las campañas antialcohólicas. El alcohólico era débil de voluntad y difícil de recuperar, pues casi siempre retornaba a las viejas costumbres. Pero, a lo largo del tiempo, el alcoholismo creció en importancia, y durante la II República se tomaron medidas que afectaban seriamente a quienes lo padecían. Una fue el Decreto de internamiento psiquiátrico de 1931, permitiendo el ingreso forzoso de cualquier alcohólico inveterado, mediante el simple certificado firmado por un médico colegiado. Y otra, la Ley de Vagos y Maleantes de 1933, por la que los «ebrios habituales» podían ser declarados en «estado de peligrosidad» y sometidos discrecionalmente a medidas de seguridad, aun sin haber cometido delito alguno. Dicha ley estaría vigente hasta el año 1970.

Durante la larga y penosa posguerra española el alcoholismo pareció haber desaparecido de todo el territorio nacional. Con la paz impuesta por el «nuevo orden», no era oportuno hablar de plagas o amenazas sociales, y en la bibliografía o en las reuniones científicas no había ninguna referencia a la patología alcohólica. El vino común, la bebida nacional, era barato y estaba al alcance de todos, ofreciendo la ventaja de que, consumido habitualmente, hacía desaparecer la sensación de hambre.

DEBATES E INFORMES

«Beber, como alimentarse, es una necesidad y una voluptuosidad», decía el prestigioso médico Pedro Pons. Y no había por qué alarmarse, pues «en el vino no hay tóxicos. Sólo se puede considerar nocivo cuando se toma en cantidad desmesurada. Pero esto pasa con todos los alimentos» (10). Lo bebían a diario y mucho, los pobres, los vagabundos, los jornaleros, los temporeros, los no cualificados, etc., todos ellos subalimentados y propicios a una rápida alcoholización. Por ello, eran frecuentes las polineuritis, las avitaminosis, las gastritis, las hepatopatías, etc., cuya etiología alcohólica apenas era valorada por los médicos. Era un tipo de alcoholismo pasivo y resignado, que no inquietaba a nadie. Y el vino contribuía a levantar la economía autárquica de los primeros tiempos del franquismo. Crecía la superficie de viñedos, aumentaba la producción vinícola y el consumo alcohólico alcanzaba los 9,7 litros de alcohol puro per cápita.

Pero la realidad no podía ocultarse por mucho tiempo; durante el año 1956 en la sección de hombres del departamento psiquiátrico del Hospital Provincial de Madrid ingresaron 343 alcohólicos, que representaban el 34,43 % del total de enfermos ingresados. Resultaba que en dicha sección ingresaban anualmente alrededor de 37,8 alcohólicos por 100.000 habitantes de la población de varones de Madrid, mientras que en el Estado de Nueva York la cifra máxima de ingresos por alcoholismo era de 10,7 por 100.000 habitantes. Por otra parte, la elevadísima tasa de delirium tremens indicaba la falta de atención médica precoz del alcoholismo (11). Nuevos datos e investigaciones confirmaban que la situación era menos tranquilizadora de lo que parecía. En una encuesta realizada en 1962 con datos de 24 establecimientos psiquiátricos,

Gutiérrez Aguilera constataba que en 10 años los porcentajes de hospitalización por alcoholismo se habían duplicado: en el bienio de 1951-1952 la media era de 3,1 alcohólicos internados por 100.000 habitantes de la población general, subiendo a 6 por 100.000 habitantes en 1959-60. También se incrementaba el porcentaje de alcohólicos ingresados con respecto al total de enfermos hospitalizados, alcanzando el 9,7% en el bienio 1959-60 (11).

El porcentaje no cesó de aumentar en la década de los años 60, especialmente entre los varones ingresados por alcoholismo: el 33% en Málaga, el 40 % en Valencia, en el Preventorio Municipal de Psiquiatría de Barcelona, en el Hospital Provincial de Madrid, etc. Sin duda, el decreto de internamiento psiquiátrico de 1931 facilitaba el ingreso forzoso de los alcohólicos, cuyo imparable crecimiento se correspondía en paralelo con el aumento de la superficie de viñedos, de la producción de vinos, cerveza y licores, y del consumo alcohólico per capita que en 1970 alcanzaba ya los 12,1 litros de alcohol puro. En cuanto al consumo alcohólico, España se situaba en el 4.º puesto entre todos los países del mundo, por debajo sólo de Francia, Portugal e Italia. Consecuentemente, aumentaba la alcoholización de la población española, sobre todo en zonas urbanas y de mayor industrialización, y el alcoholismo se presentaba ahora como un grave problema social. Diversas encuestas y estadísticas estimaban que la alcoholización afectaba al 8,5% de la población adulta, lo que se correspondía con los 800.000 alcohólicos, calculados partiendo de la mortalidad por cirrosis hepática.

Podía decirse que buena parte de la sociedad española estaba adquiriendo un modo patológico de beber, como inexpre-

sión de un modo inadecuado de vivir, consecuente de un «desarrollo económico-social» acelerado y con demasiadas fracturas. Los efectos de una industrialización apresurada y mal planificada, de grandes migraciones de población y de una urbanización improvisada y dominada por la especulación, condicionaban el desarraigo, la deshumanización del hábitat, la desestructuración de los grupos de pertenencia, el individualismo competitivo, el deterioro de las relaciones personales, el aislamiento social, la confusión de las vinculaciones afectivas, etc. En el maremágnum de la gran ciudad el individuo estaba sometido a continuos vaivenes y tensiones, a permanentes situaciones de stress, sintiéndose angustiado, irritado y frustrado. Y la insistente oferta del alcohol era el alivio para todas las ansiedades. Perdidas las pautas normativas del beber tradicional, el consumo etílico dejaba de ser un simple hábito alimenticio, para convertirse en el casi único remedio para combatir las asperezas de la vida. El alcohol tendía a tomarse como una droga que levantaba el ánimo cansado por el trabajo alienante y alicaído por una cotidianeidad gris y aburrida. Una droga creadora de «paraísos artificiales» para olvidar los insolubles problemas de la realidad.

Mucha gente iba cayendo en el hábito y en la necesidad compulsiva de tomar alcohol. El alcoholismo se cebaba sobre todo en los trabajadores inmigrantes, que ocupaban las escalas sociales y ocupacionales inferiores, y que soportaban los problemas del desarraigo y de la inadaptación: el sentimiento de inutilidad de los viejos valores, el difícil aprendizaje de una vida ciudadana inhospitalaria, la penosa búsqueda de empleo) los períodos de desempleo, las malas condiciones de la vivienda, etc. Para el

«trasplantado» en la gran ciudad, el bar representaba quizás el único hilo de continuidad con su anterior residencia pueblerina, donde la taberna era centro de relaciones sociales y donde el vino fomentaba la amistad de quienes soportaban similares condiciones de vida. Aunque fuera el mismo vino, en el deshumanizado bar de las barriadas periféricas al trasplantado ya no le sabía igual, y debía beberlo de otra manera, en solitario, apresuradamente y en mayor cantidad. Y la vuelta a casa tampoco era lo mismo, ni el madrugar para ir a trabajar... El bebedor habitual, que en su pueblo había sido un tipo alegre, cordial y a lo sumo un tanto «pesado», en la ciudad se volvía retraído, taciturno, turbulento y agresivo. Se había convertido en un alcohólico.

* * *

Los años 60 fueron el «boom» del alcoholismo. El PANAP montó un modesto dispositivo antialcohólico, con 14 dispensarios en las principales capitales españolas, con sus correspondientes equipos médico-asistenciales. Se hicieron múltiples cursillos de formación y seminarios y jornadas; se editaron diversas publicaciones monográficas, se hicieron encuestas, trabajos de campo y numerosos informes. En los Congresos y en las publicaciones científicas se tocaba ampliamente el tema de alcoholismo, y la prensa le dedicaba extensos reportajes. Los psiquiatras debieron atender muchos alcohólicos, y se preocuparon de saber más de la enfermedad que padecían. Algunos se especializaron y se hicieron verdaderos expertos. Los propios enfermos y sus familiares organizaron, y formaron grupos de autoayuda, asociaciones de alcohólicos anónimos, ex-alcohólicos, etc. Y esa fue la tónica creciente hasta la muerte de Franco, en 1975, en que una comisión

DEBATES E INFORMES

interministerial propuso una serie de medidas a adoptar frente a los problemas planteados por el alcoholismo y el consumo de drogas, unas medidas de las que no se volvió a saber. Por entonces España ocupaba ya el 2.º lugar del mundo en consumo de alcohol.

Al alcohólico se le reconocía el carácter de enfermo, pero en amplios sectores sociales se le seguía señalando con el estigma del vicio, un vicio del que nadie era responsable sino él mismo y del que difícilmente podía librarse. En cierto modo estaba marginado, y no era considerado persona fiable ni siquiera por la propia familia. Pese a que se le consideraba como un ser débil y falto de voluntad, podía incluso ser calificado de peligroso. No en vano y desde 1970 se le podía aplicar la terrible Ley de Peligrosidad Social, sometiéndole a determinadas «medidas de seguridad»: aislamiento en casas de templanza hasta la curación, sumisión a tratamiento ambulatorio, privación del carnet de conducir, obligación de declarar el domicilio fijo o residir en un lugar determinado y sumisión a la vigilancia de los delegados. Y desde 1931 se le podía ingresar en contra de su voluntad en un servicio psiquiátrico, por indicación médica y a instancia de los familiares. De ahí su desconfianza hacia los psiquiatras, a los que solía negar su condición de alcohólicos, y a los que mentía cuanto podía. A este respecto, bien decía el francés Roger Gentis: «El diagnóstico del alcoholismo presenta rasgos de técnica policíaca, su terapéutica en cambio, parece cosa de justicia. El bebedor, como el delincuente, tiene que reconocer los hechos ante todo: falta confesada, medio perdonada. Al confesarse culpable, dispuesto a enmendarse, ya casi está en el buen camino, el camino de los que sólo desean su bien, de los que

saben que es lo mejor para él» (12). De cualquier modo, sobre el alcohólico recaía siempre la responsabilidad de su tratamiento, de su voluntad de «comportarse mejor», de su sometimiento a las llamadas terapias aversivas, de su forzada aceptación de la toma diaria del Antabus. Por su propio bien, siempre debía colaborar.

A tenor de lo que la psiquiatría decía del alcohólico, su imagen no podía ser peor. Así, se decía que un alcohólico vivía por término medio 10 años menos que una persona sana, pues padecía de una enfermedad que era la 4.ª causa de mortalidad en el país. Podía morir por coma alcohólico, por delirium tremens o por cirrosis hepática, o en accidente de trabajo, en accidente de tráfico, podía matarse o incluso matar a otra persona, siempre en mayor porcentaje que cualquier otra persona. Podía ser impotente sexual, envejecer prematuramente, volverse loco, demenciarse, ser epiléptico, o padecer graves complicaciones digestivas, hepáticas, cardiocirculatorias, neurológicas, alteraciones metabólicas, endocrinas u hormonales. Aunque casi tan malo era ser simplemente alcohólico, es decir, ser psíquica o físicamente dependiente del alcohol, lo que a menudo se confundía con ser bebedor habitual, excesivo o no. Los expertos de la OMS habían dicho que era muy posible que «el consumo habitual de alcohol en cantidades consideradas como normales tengan efectos perniciosos para la salud», dando pie a que algunos dieran, a beneficio de inventario, cifras de hasta 5 ó 6 millones de alcohólicos existentes en todo el país.

Se decía que el alcohólico siempre tenía problemas con la familia. Si permanecía soltero, tenía graves problemas de convivencia en el hogar paterno, aunque fuese sobreprotegido por la madre. Cuando ésta

moría, podía acabar viviendo en la calle y bebiendo a tumba abierta. Por el contrario si se casaba, el matrimonio suponía una cierta contención a su alcoholización, pero sus frecuentes disputas con la mujer podían acabar en la ruptura, con separación temporal o definitiva. Por otra parte, el hogar del alcohólico no ofrecía el necesario sosiego para la crianza de los hijos, que pagaban las consecuencias de la enfermedad del padre, refiriéndose retroceso del crecimiento, fracaso escolar, enuresis, dislexia, alteraciones del carácter, tics, ligeros trastornos mentales, delincuencia infantil, predisposición al alcoholismo, etc. Pero los problemas del alcohólico no acababan en su hogar, pues frecuentemente trascendían al ámbito laboral, con descenso en la carrera profesional y en su promoción socioeconómica: fallos de concentración, falta de rendimiento, irritabilidad, disputas, faltas disciplinarias, fatiga industrial, absentismo, accidentes de trabajo, bajas por enfermedad, despidos, etc. Y por último, el alcohólico tenía complicaciones en sus relaciones sociales, como consecuencia de su conducta desinhibida, descontrolada, agresiva y hasta explosiva: insultos, reyertas callejeras, escándalos públicos, robos y hasta homicidios. En definitiva, el alcohólico era el conjunto de todos los males sin mezcla de bienes alguno, según la imagen que de él transmitía la psiquiatría.

Tan malvado enfermo, que se resistía a reconocerse como enfermo debía ser tratado por el psiquiatra «con amor profundo, sincero y casi sobrenatural» (13). El objetivo no era la curación, considerada apriorísticamente poco menos que imposible, sino apartarle inmediatamente del veneno, lo que a menudo implicaba internarlo brevemente en un servicio psiquiátrico, y luego, cambiar de hábitos y llevar para siempre

una vida sobria, abstinentes del alcohol. Debía ayudarse al alcohólico a sentir orgullo en su abstinencia, como un alto ideal por el que combatir siempre. La cura de desintoxicación y el tratamiento de las psicosis alcohólicas se hacía, por lo general, en régimen de internamiento, con resultados favorables: con psicofármacos, vitaminas y otros medicamentos necesarios, en pocas semanas el paciente quedaba «desintoxicado», libre de síntomas psicóticos si los tuviese y de los signos de impregnación etílica. Luego se imponía lo verdaderamente difícil, la cura de deshabitación, neutralizando la dependencia psíquica al tóxico, manteniendo indefinidamente la abstinencia alcohólica, etc. Para ello, se había ensayado de todo: el consejo moralizante, la hipnosis, el electrochock y hasta el LSD. Se pusieron de moda las llamadas «terapias aversivas», y entre ellas la «cura de apomorfina», consistente en la administración de la bebida preferida del paciente, conjunta y repetidamente con un vomitivo parenteral, la apomorfina. De esta manera, se creaba un reflejo condicionado de repugnancia al alcohol, posibilitando la abstinencia. Como producía efectos secundarios y tenía importantes contraindicaciones, muchos preferían emplear descargas eléctricas en lugar de la apomorfina. Ambas eran terapias duras y con resultados aleatorios: la abstinencia no iba más allá de 6 meses. Pese al disfraz terapéutico, era innegable el carácter punitivo de esta terapia. No llegarían a generalizarse, pero aún continúa utilizándose.

Para reforzar la voluntad del paciente para mantenerse abstinentes, se utilizaba mucho el Disulfiran (Antabus) y la Cinamida. El Antabus «sensibilizaba» al paciente contra el alcohol, produciendo el síndrome del acetaldehído: enrojecimiento de la piel, sensación de calor, cefaleas pulsátiles, difi-

DEBATES E INFORMES

cultades respiratorias, náuseas, vómitos, intensa angustia, etc. Para evitar tan desagradable reacción, el enfermo se abstenía de beber. Pero a menudo, se negaba a seguir tomando el Antabus, y por eso se recurrió a injertarle subcutáneamente, en una forma «retard» que se liberaba durante un año. No faltaban quienes, no obstante, bebían auto-destructivamente y sin reparar en los graves riesgos que corrían. Como método ideal para muchos, se utilizaba la terapia de grupo. Se pretendían reforzar las motivaciones del enfermo en la búsqueda de la abstinencia, sintiéndose solidario, fortalecido e identificado con otras personas con similares problemas y los mismos fines. El grupo funcionaba en torno a la figura del líder indiscutible, el médico, con el que todos trataban de identificarse como la persona más sana y a quien todos tenían por su poder de rechazar, castigar de alguna manera o expulsar. Se trataba de grupos de discusión, donde lo importante era la información sobre el alcohol, el alcoholismo y sus complicaciones, así como el sentimiento de pertenencia a un grupo que trataba de solidarizarse frente a la abstinencia alcohólica. Los enfermos debían estar siempre vigilantes ante el continuo riesgo de caer en la tentación, de recaer en la bebida, bajo la paternal tutela del médico. Y el grupo pivotaba siempre sobre el reconocimiento de sus miembros en tanto que alcohólicos, y sobre la asunción de la pauta de la abstinencia como única salvación posible. No siempre el grupo ofrecía suficiente contención contra esa abstinencia, y muchos de sus miembros desertaban. Como último recurso, el psiquiatra solía recomendar la integración del enfermo alcohólico en grupos autoorganizados, tales como alcohólicos anónimos, ex-alcohólicos, etc.

* * *

Con el paso del tiempo, el alcoholismo ha ido pasando a un segundo o tercer plano, siendo progresivamente relegado por la espectacularidad del fenómeno de las drogas ilícitas, paralelamente, ha decaído el entusiasmo de los psiquiatras en el tratamiento de alcohólicos, cuyos resultados han sido decepcionantes, peores de lo que se esperaba. Su discurso antialcohólico, rara vez autocrítico, permanece estático, repetitivo y desesperanzado. Se dice lo que antes se decía, y se detectan escasos avances, como si todo fuera obvio, muy conocido, familiar. Lo dijo Freixa hace unos años: «El interés por profundizar, cuantificar y experimentar sobre un hecho y la búsqueda policausal y multidisciplinaria, quedan anulados por la familiaridad del conflicto (14). Sin embargo, se dicen siempre los mismos tópicos, que a fuerza de repetirlos estereotipadamente parecen cada vez más falsos. Por ejemplo, «el alcohol es un factor criminógeno de primer orden», no se compensa con el hecho cierto de que en España, país de alto consumo alcohólico, las tasas de criminalidad son muy inferiores a las de otros países con menor consumo alcohólico. No es lo mismo beber para tener el valor de matar, que matar simplemente porque se es alcohólico. Cuando se afirma que en las cárceles el 30% de los presos son bebedores, eso no significa que delinquieran por ser alcohólicos, como se quiere dar a entender. Cuando se dice que los alcohólicos se suicidan en mucho mayor porcentaje que los que no lo son, no se puede ignorar que en muchos casos el suicidio se produce precisamente en fases de abstinencia.

Puede ser muy cierto que un alto índice de accidentes de tráfico se deba a un consumo excesivo de alcohol, pero de eso no cabe deducir que en todos los casos el con-

ductor se alcohólico, sino más bien que ha bebido más de la cuenta. Es posible que la mitad de los llamados «transeúntes» que vagan sin domicilio fijo, sean grandes bebedores de vino, pero tal vez lo sean para sobrellevar las muy duras condiciones de su existencia. Muy probablemente no fue el alcoholismo lo que les dejó sin familia y sin domicilio fijo: de hecho, muchos de los que utilizan los albergues de caridad son enfermos mentales que hace años fueron «salvajemente» despedidos de los manicomios. Así pues, es preciso profundizar, cuantificar mejor, revisar viejos conceptos, dudar de todo, interrogarse de nuevo: ¿los maridos siguen maltratando a las mujeres porque beben o porque son machistas? Gelles y Strauss, dos importantes sociólogos de la familia, afirman que el alcohol podría ser una falsa pista en la cuestión sobre violencia y familia, que la violencia en la familia se daría incluso aunque se impusiera a la familia la abstinencia total. Aunque los dos cónyuges crean que los actos violentos son el resultado de la bebida, es probable que ésta sea una falsa creencia que desvía a los dos cónyuges del problema principal, del problema de los abusos del marido contra la esposa (15). Si bien las tasas de divorcio (indicadores de inestabilidad matrimonial) parecerían más elevadas cuando uno de los cónyuges abusa del alcohol, en rigor sólo una proporción reducida –alrededor del 3,5%– del total de la población alcohólica adulta vive sola. La gran mayoría continúa viviendo en situaciones de familia intacta (con padres, hermanos o cónyuges), evidenciándose que el alcoholismo no produce tensiones tan abrumadoras como para conducir siempre a la expulsión del alcohólico por la familia. Casi todas las familias con integrantes alcohólicos son del tipo más o menos

«tranquilo», entendiéndose por «tranquilo» que, a pesar de la angustia que reina en la familia, tal situación no es visible por el observador ajeno.

Es tan probable que el abuso de alcohol produzca en una familia consecuencias negativas como que en otra ese abuso se convierte en parte de la urdimbre que sus miembros utilizan para reestructurar su vida, incluida la solución de importantes problemas. En los últimos años ha surgido un punto de vista más empático en lo referente a las familias con miembros alcohólicos. Partiendo de la teoría sistémica de la familia, muchos investigadores han encontrado que tales familias son sistemas desarrollados de enorme complejidad, con notable tolerancia hacia el estrés y ocasionalmente con una gran inventiva para adaptarse a situaciones difíciles. En una familia el alcoholismo puede estar vinculado a un intento de aislar al alcohólico, proteger a los miembros sanos de las posibles consecuencias de las embriagueces del enfermo y confiar en sus propias fuerzas. En otra familia, puede ser que los demás no adviertan el alcoholismo del enfermo, como en el caso de la mujer alcohólica. Una tercera familia puede ver el alcoholismo como algo fatal e inevitable, adoptando actitudes pasivas y resignadas. Y en una cuarta situación, la familia puede tener plena conciencia de las graves consecuencias que el alcoholismo impone a su vida, y sentirse con fuerzas para enfrentarse a ellas. Así pues, el alcoholismo puede tener consecuencias muy diferentes para las distintas familias: conviene, por tanto, entender la complejidad de cada caso concreto, de cara a diferenciar distintas estrategias terapéuticas.

Durante mucho tiempo se ha pensado que el alcoholismo tenía un comienzo insidioso y una trayectoria de deterioro cons-

DEBATES E INFORMES

tante. Pero datos epidemiológicos recientes, incluyendo los numerosos casos de alcoholismo «no tratado», han cuestionado seriamente esta apreciación, documentando importantes tasas de «remisión espontánea» (aun en caso de alcoholismo grave), o bien de estabilización del consumo alcohólico, o incluso de recuperación de pautas de consumo moderado. Así pues, los psiquiatras deberíamos ser menos omnipotentes, dar mayor rigor a nuestras apreciaciones y restar catastrofismo al tradicional discurso antialcohólico. Y deberíamos dejar las encuestas, las estadísticas y los sondeos a quienes son verdaderamente expertos, a los sociólogos. En España, contrastando las tres encuestas realizadas por el Ministerio de Sanidad en 1980, 1982 y 1984, con la macroencuesta realizada por el CIS en 1986, resultaba que descendía ligeramente el consumo alcohólico per cápita y que desde 1980 se había incrementado en 10 puntos el porcentaje de abstinentes, estimado en 1986 en el 35% de la población mayor de 15 años. También había disminuido el número de consumidores habituales (diarios) de alcohol, aumentando el de bebedores ocasionales o semanales. El consumidor exclusivo del fin de semana era un nuevo modelo de consumo, que se daba preferentemente en los jóvenes. Por otra parte, tendían a acercarse las pautas de consumo entre hombres y mujeres, aunque éstas seguían consumiendo menos alcohol y se emborrachaban menos que los hombres (16).

¿Ha descendido el número de alcohólicos? Difícil decirlo, cuando las cifras que se manejan son dispersas, la metodología empleada es dudosa y la definición de alcohólico muy poco precisa. Lo que es evidente es que los psiquiatras atienden cada vez menos alcohólicos, sobre todo desde que

los antiguos dispensarios quedaron diluidos en la red de asistencia a toxicómanos, y desde que en 1983 fuera abolido el decreto de internamiento psiquiátrico. El artículo 211 del *Código Civil*, por el que se rige actualmente la hospitalización psiquiátrica, hace difícil o casi imposible el ingreso forzoso del alcohólico, como no sea en estado psicótico o de confusión mental. Consecuentemente, el porcentaje de alcohólicos que ingresan en las unidades y servicios psiquiátricos se ha reducido considerablemente. No hay que lamentarse por ello, pues tratar a un enfermo alcohólico forzosamente resultaba una tarea frustrante, estéril y hasta contraproducente.

La progresiva deserción de los alcohólicos de una psiquiatría cada vez más medicalizada se corresponde con el escepticismo de los psiquiatras en cuanto a su tratamiento. Incluso se reconoce el rechazo que produce tener, como primer objetivo de ese tratamiento, la necesidad de convencer al paciente de que está enfermo, a un paciente que, frecuentemente, no desea ser considerado como tal. Con similares recursos terapéuticos a los de hace 20 ó 30 años, el psiquiatra se enfrenta al alcohólico con un cierto sentimiento de impotencia, impaciencia o frustración, sobre todo cuando se trata de un paciente que ha recaído una y otra vez, y en el que han fracasado todos los esfuerzos terapéuticos. Y en lo posible se inhibe, tal como ya en 1980 lo preveía un informe de la OMS: «Parece probable que en el futuro habrá un creciente énfasis en forma de tratamientos muy simples, quizá limitados a poco más que un consejo firme en el sentido de que el paciente deje de beber o que beba menos, unido a proporcionar información acerca de las consecuencias de continuar bebiendo excesivamente, de la adopción de estrategias para

reducir el consumo y la supervisión de la evolución de los pacientes» (17).

Tal vez los psiquiatras deberíamos ser menos dogmáticos frente a los alcohólicos, y tratar, como médicos, de aliviarles en su padecimiento, sin imponerles condiciones previas ni metas que, de entrada, parecen inalcanzables. Porque los alcohólicos se curan, incluso sin ayuda especializada.

BIBLIOGRAFÍA

(1) ESQUIROL, J. D., *Memorias sobre las locuras y sus variedades*, Madrid, Dorsa, 1989.

(2) LÓPEZ PIÑERO, J. M., «Los testimonios de los médicos españoles del siglo XIX acerca de la sociedad de su tiempo», en *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964.

(3) LIVIANOS, L.; MAGRANER, A., *Historias clínicas psiquiátricas del siglo XIX*, Valencia, Ayuntamiento de Valencia, 1991.

(4) HUERTAS, R., *Locura y degeneración*, Madrid, C.S.I.C., 1987.

(5) MATA, P., «Tratado de medicina legal», en ÁLVAREZ URÍA, F., *Miserables y locos*, Barcelona, Tusquets, 1983.

(6) CAMPOS MARÍN, R., «Herencia biológica y medio social en el discurso antialcohólico del socialismo español», en HUERTAS, R.; CAMPOS,

R., *Medicina social y clases obreras*, Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas, 1992.

(7) ÁLVAREZ URÍA, F., *op. cit.*

(8) ESCOTADO, A., *Historia de las drogas*, Madrid, Alianza, 1989.

(9) BOGANI, M., *Alcoholismo, enfermedad social*, Barcelona, Plaza Janés, 1978.

(10) CABRERO, M. J.; SANTODOMINGO, J., *El problema del alcoholismo en Madrid*, Madrid, Panap, 1970.

(11) GUTIÉRREZ AGUILERA, C., *Algunas consideraciones sobre el alcoholismo en la provincia de Jaén*, Jaén, Seminario Médico, 1962.

(12) GENTIS, R., *La tapia del manicomio*, Barcelona, Laia, 1972.

(13) PIQUERAS, F., *Informe sobre el alcoholismo*, Oviedo, Naranco, 1976.

(14) FREIXA FREIXA, F., «Cambio necesario en las actitudes y motivaciones para tratar el alcoholismo», en *Drogodependencias. Modelo de Enfermedad*, Barcelona, Instituto Municipal de Psiquiatría, 1982.

(15) STEINGLAS, y otros, *La familia alcohólica*, Barcelona, Gedisa, 1989.

(16) ALVIRA MARTÍN, F., «Cambios de consumo de bebidas alcohólicas en España», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 1986, 34.

(17) GARCÍA ESTRADA, A.; GARCÍA MARCO, R., «Tendencias en el tratamiento de la dependencia alcohólica», *Drogalcohol*, 1986, X, 1.

* Enrique González Duro. Psiquiatra.

Correspondencia: Enrique González Duro, c/ Dr. Esquerdo, 50, 7.º B, 28007 Madrid.

** Fecha de recepción: 23-XII-1997.