

## Comunicaciones Breves

### Acogida y análisis de la demanda en pacientes con Síndrome de Dependencia Alcohólica.

SEBASTIAN GIRON GARCIA

Médico. Psicoterapeuta de Familia  
Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz. España.

#### RESUMEN

*Este trabajo trata de describir los aspectos singulares de una primera entrevista terapéutica para casos de personas con Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.). Se analizan las características más frecuentes de presentación de la demanda: negación del problema por el paciente; disociación entre portador del síntoma y portador de la demanda; y la particular actitud del cónyuge en los casos en que el paciente está casado. Asimismo, se analizan las funciones que se deben desarrollar en estas primeras entrevistas: análisis de la demanda; formulación de un plan de intervención que pueda contemplar aspectos tales como una correcta derivación cuando sea necesario, así como un tratamiento individualizado; y la activación del paciente y su familia para el abordaje del problema. Por último, se hace hincapié en la importancia de la entrevista como instrumento para el tratamiento.*

**Palabras clave:** Alcoholismo. Primera Entrevista. Terapia del alcoholismo. Análisis de la Demanda.

#### SUMMARY

*This work tries to describe the singular aspects of a first therapeutic interview for patients with Alcohol Dependence Syndrome (S.D.A.). The most frequent "characteristics of demand" are analysed: denial of the problems by the patient; disassociation between the demand carrier and the symptom carrier; and the attitude of the spouse in cases where the patient is married. Thus the functions that should develop in the first few interviews are also analysed namely: analysis of demand; formulation of an intervention plan that could contemplate aspects such as correct referral where necessary for example individual treatment; and the motivation of the patient and his family to treat the problem. Finally the importance of the first interview is highlighted as an essential part of the treatment.*

**Key Words:** Alcoholism. First Interview. Alcoholism Therapeutic. Demand Analysis.

#### CORRESPONDENCIA A:

Sebastián Girón García  
Urb. Los Gallos, Parc. 160-b  
11130 Chiclana de la Frontera (Cádiz) España  
Tfno.: (956) 40 51 36

## RÉSUMÉ

*L'objet de cette étude est la description des particularités du premier entretien thérapeutique dans le cas de personnes souffrant d'un Syndrome de Dépendance Alcoolique (S.D.A.). Les caractéristiques les plus fréquentes de la présentation de la demande y sont analysées: le refus du problème de la part du patient; la dissociation entre celui qui présente le Syndrome et celui qui présente la demande; l'attitude du conjoint quand le patient est marié. De même sont analysées les fonctions qui doivent être développées à l'occasion des premiers entretiens: examen de la demande; formulation d'un plan d'intervention où soient contemplés des aspects tels qu'une correcte dérivation (le cas échéant), un traitement individualisé, la motivation du patient et de sa famille pour aborder le problème. Finalement, l'accent est mis sur l'importance de l'entretien en tant qu'instrument du traitement.*

**Mots Clé:** Alcoolisme. Premier Entretien. Thérapie de l'alcoolisme. Analyse de la Demande.

## INTRODUCCION

Un tratamiento es siempre un proceso costoso para cambiar ciertas conductas, actitudes o problemas. La posibilidad de un cambio sostenido y gratificante surge necesariamente del deseo puesto por la persona en que tal situación se dé. Esto, que resulta casi de perogrullo cuando nos referimos a la patología somática en general, hemos de ponerlo en "cuarentena" si nos referimos a las patologías psicosociales y muy especialmente al Síndrome de Dependencia Alcohólica (S.D.A.) (6). Si tenemos en cuenta que consultar por este problema implica que el paciente tiene cierta conciencia de que lo que le ocurre está relacionado con su consumo alcohólico y que el proceso de tratamiento, es decir, de cambio, pasa necesariamente por un primer reconocimiento de lo que le pasa, podremos entender que la acogida en este campo de trabajo es uno de los momentos claves de todo el tratamiento.

Así, mientras en otras patologías la tarea del profesional se centra básicamente en la investigación diagnóstica, etiológica y en el establecimiento de pautas terapéuticas, en la atención al S.D.A. tendremos que tener en cuenta que el inicio del trabajo requiere un estilo particular de abordaje que considere las características especiales que plantea este problema de salud. De forma que de-

pendará en gran medida del diagnóstico de situación que hagamos, de los objetivos que nos marquemos y de los primeros cambios que nos permita introducir la situación, el que el paciente acceda a todo un proceso de tratamiento o no. De ahí que las funciones que debe cubrir una acogida en un caso de S.D.A. sean, a nuestro entender, tres:

. La más importante, establecer un clima de diálogo y comprensión; una atmósfera que transmita que los problemas son escuchados y comprendidos, y que aquel es el lugar donde se podrá dialogar de ellos (5).

. En segundo lugar, proponer un marco referencial o encuadre donde va a tener lugar la relación: las normas con que nos vamos a guiar, el tiempo, las condiciones...

. Por último, iniciar lo que denominamos el análisis de la demanda: es decir, el estudio, compartido con el paciente, de lo que pide y lo que quiere, de cómo lo pide -lo que introduce el importante problema de las resistencias- y de las posibilidades reales de lo que podemos ofrecerle; conformando así lo que denominamos el diagnóstico de la situación, que nos debe dar como resultado las hipótesis de lo que está ocurriendo en este momento para seleccionar nuestras primeras intervenciones, bien sean una orientación terapéutica, una derivación, etc.

Finalmente, quisiéramos añadir que

nuestra experiencia nos dice que una acogida no tiene por qué realizarla únicamente el médico. Cualquier profesional sociosanitario bien entrenado estará en condiciones de intervenir en esta parcela terapéutica del abordaje del alcoholismo.

### DATOS DE CONTEXTO

Cuando un alcohólico entra en contacto con el sistema social o sanitario, generalmente lo último por lo que se le puede ocurrir consultar es por sus problemas con el alcohol. Más frecuente es, sin embargo, que tal contacto centrado en este problema lo realice algún familiar, habitualmente la esposa en los casos de alcoholismo masculino.

El alcohólico consultará con su médico por problemas gastrointestinales o neuropáticos; por mareos, temblores, por vómitos matutinos o por insomnio. Quizás tenga que ir a ver a la trabajadora social de su empresa para pedirle un anticipo o justificarle algunas ausencias laborales. Más raramente consultará por sentirse angustiado o triste y desmotivado; e incluso se le podrá escapar que no van las cosas bien en su familia, porque su mujer es una pesada o porque su trabajo no suministra los ingresos suficientes para el sostén familiar. Sólomente una investigación detallada de lo que hay tras estas situaciones nos pondrá sobre aviso de que estamos ante una persona con un S.D.A. (3, 5). Quizás en el ámbito laboral ya se ha corrido la voz de que él bebe más de la cuenta; que necesita ir muchas veces a lo largo de la mañana al bar... Nombrar el problema como alcohólico es algo que muy pocos hacen. Vamos a intentar aclarar en los siguientes párrafos por qué.

Ya algunos autores (5, 7, 8) se han ocupado de describir cuáles serían las etapas previas por las que debería pasar un alcohólico antes de comenzar un tratamiento. Bajo nuestro punto de vista y por nuestra experiencia, estas etapas serían las siguientes:

1.º- Reconocer que tiene problemas con el alcohol (NO NIEGO)

2.º- Reconocer su impotencia frente a la dependencia del alcohol (YO SOLO NO PUEDO)

3.º- Aceptar que puede recibir ayuda (NECESITO AYUDA)

4.º- Aceptar que debe demandar la ayuda (PIDO AYUDA)

5.º- Aceptar la ayuda que se le ofrece

6.º- Aceptar la abstinencia de alcohol y el cambio de estilo de vida como metas.

Cuando un alcohólico consulta por su problema de bebida generalmente ya ha asumido los cuatro puntos de este esquema. Pero la mayoría de la población alcohólica debe partir prácticamente de cero antes de llegar a recibir algún tipo de tratamiento. Sin embargo, entendemos que el trabajo realizado con un alcohólico hasta llegar al cuarto paso debe ser considerado como tratamiento, puesto que si no se hace es difícil que éste se sostenga posteriormente. De ahí la importancia de las primeras entrevistas de acogida, que irán destinadas a colocar al paciente en posición de pedir la ayuda que necesita.

El paciente alcohólico es visto en la mayoría de ocasiones por el profesional de Atención Primaria o los servicios médicos de empresa. Tales profesionales, una vez realizado el diagnóstico de alcoholismo -aunque generalmente el motivo de la consulta no fuera éste- prescriben un tratamiento o una derivación. Ambos comportamientos, impecables desde el punto de vista profesional, en muchas ocasiones están destinados al fracaso, justamente porque ambos no tienen en cuenta implícitamente los cuatro primeros pasos de nuestro esquema. Y ese difícil camino debe recorrerlo la persona a su ritmo y con nuestra ayuda. Analizaremos seguidamente lo que implica pasar por cada una de esas etapas.

### LA NEGACION

A) Aspectos psicológicos.

Reconocer que una conducta voluntaria como la de beber le produce a uno proble-

mas es reconocerse como culpable o responsable de sus consecuencias. De ahí que la NEGACION del problema venga a sostener, como mecanismo de defensa psicológico, un precario equilibrio previo que mantiene a la persona alejada de sus sentimientos de culpa. Si a esto le sumamos la disminución de autoestima propia de las personalidades dependientes entenderemos para qué es necesaria la negación: es la única forma "saludable" de "sobrevivir" sin hundirse definitivamente. Sin embargo, la negación del alcohólico tiene "fisuras": en muchos casos es posible y necesario confrontarlo con los datos de la realidad que lo pondrán ante la auténtica dimensión de su situación.

Una segunda cuestión que afecta a la NEGACION es que la persona puede percibirse, si no niega sus problemas, como un auténtico inválido para resolverlos. Y éste es un problema terapéutico espinoso, puesto que el paciente debe llegar a reconocer su dificultad para hacerse cargo de sus problemas, pero no su invalidez o incompetencia. La terapia, a fin de cuentas, se basa en la toma a cargo de sí mismo del paciente, es decir, en la posibilidad de hacerse "competente" para manejarse frente al alcohol. Crearíamos una situación paradójica si empezamos una terapia donde reconocemos al alcohólico como totalmente incompetente y queremos conducirlo a una situación de competencia: ¡únicamente se demostraría nuestra "competencia" como profesionales! (Tras la cual se escondería la incompetencia por no poder ayudar al paciente).

#### B) Aspectos sociales

La Representación Social del fenómeno Alcoholismo no ayuda precisamente a que la persona pueda llegar a identificarse con los problemas a los que se asocia, y a los roles que el alcohólico reproduce: el marginado; el pesado; el agresivo; el gracioso pasado; el que cierra los bares; el que tiene problemas sociales, judiciales, económicos, familiares, conyugales... Por tanto, la NEGACION también está al servicio de conservar una imagen, una identidad que no

le conflictúe frente a sí mismo.

Acudir a un servicio donde le puedan orientar o tratar significa aceptar implícitamente la definición de que tal problema existe y todas las consecuencias que, como comentábamos más arriba, ello conlleva -fracaso, impotencia, mala imagen social, etc.-. Frente a la aceptación que supone la presencia, se dan otras situaciones más ambiguas o "tramposas" como por ejemplo la minimización de la gravedad de los problemas, manipulando la información que descubriría la auténtica dimensión de la situación. Dicha manipulación se puede manifestar en que el paciente acude en solitario al servicio -no hay posibilidad de contrastar lo que nos cuenta-; miente sobre sus problemas; viene con la idea de que vamos a confirmarle con nuestra intervención que no tiene problemas, etc.

#### **NO RECONOCE SU IMPOTENCIA ANTE LA DEPENDENCIA**

En realidad, forma parte de lo ya expuesto sobre la negación. Se diferencia de ella en algunos matices:

- Reconocer la dependencia significa, implícitamente, aceptar que hay algo frente a lo que uno no puede. Y como decíamos antes, el sentimiento de impotencia es uno de los más difíciles de aceptar por el alcohólico.

- El mensaje que se esconde tras esta posición es "yo puedo resolver mis problemas".

Pero ¿por qué no puede?. Cancrini (4) sugiere que una dependencia a una droga es el autotratamiento que se prescribe el adicto para la enfermedad que previamente se ha diagnosticado. Es decir, ha comenzado a aplicarse un tratamiento que finalmente se ha convertido en un problema. El alcohólico, a partir de instaurada su dependencia intenta luchar contra ella. Lucha difícil si, paralelamente, no se sumerge en las causas o motivaciones personales que le llevaron a usar el alcohol como solución. Reconocer la impotencia, finalmente, significaría no

sólo reconocer el problema con el alcohol sino todo lo que desde su estructura psíquica y emotiva lo sustenta. En palabras de A. Fernández (2), enfrentarse a intolerables sentimientos de soledad y desesperanza que han marcado indeleblemente su biografía.

De ahí la dificultad en aceptar que la dependencia no es manejable; si lo fuera, no sería dependencia.

En lo que consideramos el trabajo de acogida, deberemos usar toda la información que el paciente mismo nos brinda sobre los síntomas de abstinencia para, enfrentándolos a ellos, transmitirle el mensaje de que él solo, hasta ahora, no ha podido, contextualizando dicha "impotencia" en base a la vinculación metabólica y psicológica que ha establecido con el alcohol. Mensajes del tipo "lo que a usted le ocurre es normal cuando se ha desarrollado la dependencia" (bién sea de índole psicológico -la ansiedad ante la falta-; bién biológico - el síndrome de abstinencia-), ayudan a que el paciente pueda asumir que en este momento, solo, no puede.

### **NO RECONOCE LA NECESIDAD DE SER AYUDADO**

En parte, esta circunstancia está asociada a lo que hemos comentado en los párrafos anteriores (negar y no reconocer la impotencia), pero por otro lado está ligado a lo que constituye una particular situación relacional: la de que los problemas que genera su dependencia, así como sus consecuencias, no sólo le afectan a él sino que habitualmente son soportados por otras personas de su entorno (16).

Es característico de la situación que rodea al alcohólico, la familiar y la social, que al principio hay una especie de hiperaadaptación, de forma que los problemas generados por la dependencia son "tapados" por personas que creen hacer un favor al alcohólico. Es tapado por los compañeros de trabajo frente a los jefes, o por la esposa frente al resto de la familia extensa. Se da la circunstancia de que quien está "pagando" las facturas de sus problemas son esas

otras personas: generalmente en la familia es la esposa (o al contrario si la alcohólica es ella). Por ello, realmente quien siente la **necesidad** de ayuda es el familiar o persona que esté junto al alcohólico (10). Y por tanto esa persona es al mismo tiempo quien presenta la petición. En muchas ocasiones el primer contacto del profesional con un problema de alcoholismo no es con el afectado sino con un familiar. Si una esposa, por ejemplo, ha ido adaptándose a la disfunción conyugal y familiar que introduce el alcoholismo en la familia -malos tratos, trastornos de la relación sexual, trastorno de las funciones parentales, etc.-, es evidente que la persona alcohólica ha carecido de coordenadas de información sobre las consecuencias de su propia conducta, lo que constituye un mensaje implícito de continuidad. Las esposas están cansadas de amenazar con separaciones sin resultados. Y en bastantes ocasiones el alcohólico acude a consulta cuando ya la esposa ha llevado a cabo la amenaza. Entonces es cuando el alcohólico puede darse por enterado de que su conducta genera conflictos.

Para que el alcohólico reconozca la necesidad de ayuda es preciso que comience a sufrir por las consecuencias que sus actos ocasionan a las personas que él quiere. Esta es una de las resistencias más difíciles de sortear y el fundamento de la misma es la confusión producida por el hecho de que el demandante que sufre pide ayuda para que otra persona resuelva su problema de dependencia: o, lo que es lo mismo, "trátele a él porque a mí me duele". En esta demanda lo que aparentemente se solicita es tratamiento para la dependencia del paciente sin tener en cuenta que lo que está produciendo en el demandante el sufrimiento es la relación que mantienen ambos (1, 13, 16). Esto implicará necesariamente una nueva organización y dinámica familiar que exigirá que sean activos y no meros receptores pasivos de los problemas que conlleva el alcoholismo de uno de sus miembros. Este cambio ser difícil, pero asumido por todos si se trata de conseguir la "cura" del alcohólico.

Otro elemento a considerar es la particular actitud del cónyuge en los casos en que el paciente es el hombre. Sobre todo si el paciente es el hombre. Numerosos estudios han tratado de clasificar o tipificar las actitudes de la cónyuge en un intento de demostrar cómo determinadas actitudes generan o mantienen el problema del esposo alcohólico (1, 15). Si bien la existencia de estas tipificaciones da lugar a que implícitamente pueda considerarse a la cónyuge responsable o claramente culpable, idea que no compartimos, aceptamos que dichas actitudes estén relacionadas a cómo se estructura el mundo de la familia que sufre este problema, de forma que no nos interesa precisar si son causa o consecuencia ya que entretenernos en tal dilema podría alejarnos de nuestro propósito de tratar la dependencia. Creemos que hacer un buen trabajo de orientación o tratamiento debe prescindir de buscar culpables o responsables y debe dirigirse a ayudar a que las personas tomen conciencia del lugar que ocupan en esos problemas y puedan, desde nuevos lugares, resolverlos (14).

#### **PEDIR AYUDA**

Este es el paso necesario para iniciar un tratamiento con un alcohólico. A veces llegarán a consultarnos personas con problemas de alcoholismo directamente, habiendo elaborado antes de llegar a nosotros las otras tres etapas ya descritas. Seguramente podremos empezar su desintoxicación y su proceso de deshabitación, rehabilitación y reinserción. No será lo más frecuente, pero si posible. No obstante, es aconsejable siempre que un alcohólico nos haga una petición de ayuda cerciorarse de que realmente siente la necesidad de ser ayudado por este problema. Porque puede ser que encontremos motivaciones implícitas que no garantizarán la eficacia del tratamiento (por ejemplo, frenar una amenaza -judicial laboral, familiar-) y entonces sea preciso comenzar desde el principio. Al trabajo de analizar el pedido de ayuda le denominamos análisis de la demanda y es requisito imprescindible para iniciar y continuar un

tratamiento con garantías de éxito.

Al respecto de la petición de ayuda quisiéramos señalar que no es posible ofrecer ninguna ayuda destinada a obtener cambios, ni por tanto ninguna intervención terapéutica, si no hay una autorización previa por parte del paciente a que dicho trabajo se realice. Y esta autorización la da una vez aclarada, junto con el paciente, la petición.

Llegados a este punto estamos en condiciones de iniciar el tratamiento de la dependencia alcohólica.

#### **FUNCIONES DE LA ACOGIDA**

Como especificábamos anteriormente, una de las funciones, quizás la más importante de la acogida, sea el análisis de la demanda. Nos proponemos reflexionar acerca de qué nos pide la persona o el entorno -familia, medio social, etc.- que sufre una dependencia alcohólica, y cuál es nuestra función ante esa petición. Para ello vamos a insistir de nuevo en una idea de partida -no pretendemos que la única- que nos ubique frente al problema. Como ya hemos comentado, L. CANCRINI (4) describe de forma genérica al adicto como a alguien que se trata a sí mismo medicamentosamente de las dolencias que se ha diagnosticado y de la forma que cree más conveniente. Su dependencia es un ensayo de solución propia que dimana otras situaciones problemáticas (14) (el problema es solución a otros problemas). Lo importante no es la dependencia, sino sentir que se puede con el problema, o lo que es lo mismo, que el mantenimiento de tal situación es la solución pretendida. De hecho la demanda generalmente se produce en un momento de crisis, entendida ésta como aquella situación inhabitual que pone en cuestión la dependencia como autosolución (problemas médicos; un delirium; una situación económica de quiebra; una situación social insostenible; etc.).

Cualquier intervención ante una demanda que tenga relación con un problema de dependencia alcohólica debe ir, antes que nada, dirigida a construir un plan individual

lizado. Quiere esto decir, que formulará objetivos particulares para un caso determinado en relación al análisis de la demanda y con unas estrategias, asimismo, adaptadas a la consecución de tales objetivos. Igualmente estos objetivos podrán escalonarse en un orden de prioridades pero teniendo en cuenta que todos los "peldaños" de esa imaginaria escala están interrelacionados de forma que la consecución de uno tras otro nos llevará hasta la resolución de la dependencia alcohólica.

Sin embargo, es posible que construyamos una intervención particularizada para cada caso y para cada dispositivo que reciba la demanda. Evidentemente no será lo mismo un dispositivo de atención inespecífico (por ejemplo un recurso de trabajo social) que uno especializado (un programa de tratamiento de drogodependencias, por ejemplo); otro de los factores a tomar en consideración serán los psicosociales que caracterizan el caso, así como el grado de severidad de la dependencia.

En resumen, la construcción del plan de trabajo con el caso dependerá de: la demanda, la severidad de la dependencia, las características psicosociales del caso y el tipo de dispositivo que recibe la demanda. Mientras está plenamente justificado que un dispositivo especializado realice un proceso de tratamiento completo, también sería posible esperar de dispositivos inespecíficos en alcoholdependencia (trabajo social, empresa, hospital, centros de salud, etc.) determinados planes de trabajo adaptados al caso y al dispositivo desde el que se atiende. Y el denominador común del proceso en todas las situaciones va a ser siempre el mismo, la activación del paciente y su familia para acceder a una situación más saludable. Esto significa entre otras cosas, que la función terapéutica, manifiesta en la misma acogida, es una función ACTIVADORA y no mera aceptadora de la delegación que supone la presentación de toda demanda, y al mismo tiempo que tenga en cuenta la necesidad que los pacientes o sus familias expresan y para las que piden claramente la

ayuda, aunque desde nuestra posición de profesionales podamos detectar que tienen otras necesidades. Más adelante abordaremos con más detenimiento estas ideas.

Parece fácil entender que cuando un profesional de un dispositivo inespecífico recibe una petición de intervención sobre un problema que tiene relación con una dependencia alcohólica, la respuesta más adecuada sea la derivación del caso a un recurso especializado. Lo que tal vez muchos profesionales ignoran es que cuando hacen una derivación están haciendo una reformulación de la demanda que la mayoría de las veces no es trabajada con el caso. Y eso puede deparar un no cumplimiento de la derivación. Es típico en nuestra experiencia que, por ejemplo, el médico de medicina general ante un paciente que acude por problemas orgánicos en el que detecta un consumo excesivo o problemático de alcohol, derive al paciente a alguno de los dispositivos especializados en dependencias o alcoholismo que existen en el distrito. Al que por supuesto el paciente no acude. Y es que la derivación implica al menos dos pasos: un diagnóstico y una prescripción en relación a tal diagnóstico. Y esto no es más que un plan de tratamiento que no tiene en cuenta la demanda. Parece evidente que si un paciente se acerca a su médico por tener síntomas gastrointestinales y el médico lo envía a que lo trate un dispositivo especializado en alcohol-dependencia, le está diciendo al paciente que padece tal problema, cosa que el paciente no había ido a escuchar. Si tenemos en cuenta lo ya dicho de la negación que hace el paciente de su problema, todo estará a punto para que fracase la prescripción, en este caso la derivación. De ahí la importancia de estructurar en cada situación un plan individualizado, que en el ejemplo tal vez tendría más que ver con que el paciente pudiera aceptar la derivación, que con diseñar un programa de tratamiento completo. Para lo cual el paso previo será la toma de conciencia de que lo que le ocurre está directamente relacionado con su consumo de alcohol (11). Y esto no se consigue con que el profesional haga la defini-

ción de que existe tal problema: es el propio paciente quien tiene que hacerla, y el profesional debe activar tal toma de conciencia (12) previa al inicio de cualquier proceso, incluyendo la derivación.

Una cuestión importante que se nos plantea es por qué nuestro primer trabajo tiene que ser la activación, o lo que es lo mismo, por que los pacientes y sus familias están desactivados.

Comentábamos más arriba que generalmente el problema termina por ser la solución de la situación, o lo que es lo mismo, la solución de la situación es el problema alcohólico (4). Ahora quizás podamos abundar en esta idea. El problema de la dependencia alcohólica visto desde una perspectiva relacional, es solución individual, como decía CANCRINI, a un disconfort y es al mismo tiempo solución familiar a problemas de relación. En ambos casos indica la dificultad para un cambio que debe producirse pero que al mismo tiempo es temido. El síntoma dependencia alcohólica inactiva el proceso del cambio y la demanda presenta la siguiente situación paradójica: venimos para cambiar algo que nos deje de la misma forma. En el lenguaje sistémico se diría que se produce la demanda para mantener la homeostasis. Pero de cualquier forma que se le llame, la realidad es que estas situaciones presentan siempre una gran resistencia a ser cambiadas. De ahí que el trasfondo de la demanda siempre sea una delegación, es decir, la esperanza o el deseo de que alguien cambie algo que sólo yo puedo cambiar. Aceptar una delegación sin activar al paciente y a su familia puede deparar un fracaso de la consecución de los objetivos marcados, porque dichos objetivos deben ser deseados y buscados por ellos. Por esa razón es tan fundamental esa primera activación que va a consistir en que el paciente tenga una conciencia clara de lo que le ocurre y no sólo porque se lo comunique el profesional tras una entrevista. Entendemos que una buena acogida -es decir, proceso que pone al paciente en situación de hacer un tratamiento para su dependencia alcohólica- puede precisar de varias entrevistas,

hasta que resulte posible configurar junto al paciente los objetivos que se van a perseguir. Nuestros instrumentos son las estrategias y ellas merecen una reflexión aparte.

## LA ENTREVISTA COMO ESTRATEGIA

Cuando una persona o familia con el problema de dependencia alcohólica se acerca a un dispositivo a realizar una demanda, el profesional se enfrenta a ella con un único instrumento: la entrevista. Como decíamos antes, la entrevista resulta en sí misma la estrategia de activación y por eso es tan importante la actitud del entrevistador y el contenido que se va a dar a tal entrevista (3, 5, 7, 9). La exposición que las personas hacen de sus problemas, la información que brindan, se puede leer, al menos, desde dos perspectivas: la de los datos en sí mismos (la historia y las circunstancias que rodean tal situación); y la de cómo se dan esos datos: la manera en que es expuesto el problema (lo no verbal, lo implícito que no se dice y que se espera). Con los datos podemos construir una historia del problema: darle una continuidad y perfilar sus orígenes; con la información de su actuación ante nosotros -formas de demanda, lo implícito, el aquí-ahora- construiremos la intervención activadora. Ambas informaciones están interrelacionadas. El problema para que se produzca un cambio en la situación es la versión que ellos tienen de su propio problema. De lo que no tienen conciencia es de en qué forma todos lo mantienen (13).

Así pues, una buena entrevista es el mejor instrumento de activación de la acogida y el entrevistador, además de poner oído a lo explícito, lo narrado, tendrá que tomar nota de lo que ocurre ante sí en el momento en que el problema es contado. Tratar de hacer un diagnóstico de cómo se manifiesta la resistencia a la activación que se está expresando, con el objetivo de sortearla y de obtener la cooperación del paciente y su familia para el cambio. Quizás un ejemplo práctico ayude a aclarar estas ideas.

*Se nos presenta en consulta una pareja formada por Emilio y Mercedes. La petición de la entrevista la hace, telefónicamente, Mercedes. A través del protocolo telefónico sabemos que tienen 38 y 36 años (él y ella, respectivamente) y que desde hace 5 años van de consulta en consulta buscando solución a un problema de alcoholismo de Emilio. El ha estado incluso ingresado seis meses en un servicio especializado en tratamiento de alcohólicos, pero en cuanto volvió a casa recayó. Tienen tres hijos. A la primera entrevista se presentan los dos estando Emilio embriagado. Mercedes explica el peregrinar terapéutico de ambos para encontrar solución al problema. Cuando le preguntamos a Emilio que cuál era su problema lo primero que dice es que él es alcohólico, pero que no es su culpa sino que bebe por los problemas cotidianos que tiene en su relación con Mercedes.*

¿A cuál de las dos demandas atendemos?. Si nos hacemos cargo de la demanda de Mercedes “trátenle a él porque es el problema” nos encontraremos como aliados de la versión de la esposa y “enemigos”, implícitamente, de Emilio. Si atendemos a la petición de él que podríamos resumir en “yo no tengo ningún problema con el alcohol, no quiero estar aquí -mostrado con su embriaguez- y si hay problemas son los de pareja”, entonces estaremos implícitamente en contra de Mercedes. Hipotetizamos que su peregrinar terapéutico puede estar directamente relacionado a que los diferentes terapeutas han caído en una u otra alianza, y por tanto en la trampa tendida por la manera en que se presenta la demanda, para que

nada cambie. Por tanto, nuestra intervención activadora debe ir dirigida, necesariamente, a señalar esta trampa y a pedirles que se pongan de acuerdo en cuál de todos los problemas que tienen ambos hemos de ayudar. Asimismo, y como maniobra para conocer si Emilio está dispuesto a que cambien las cosas, le pedimos que independientemente de que continúe bebiendo o no, asista a la siguiente entrevista sobrio para poder trabajar entre todos este primer paso de redefinir una demanda de ambos. Así lo hacen y esto da lugar a que comencemos a analizar qué circunstancias mantienen la situación.

Puede apreciarse cómo en esta intervención eludimos precisamente posicionarnos en la versión que cada uno de ellos trae del problema y saltar a un nivel superior de comprensión que no tiene que ver con la información que traen cada uno, sino con cómo nos presentan tal información.

*Efectivamente acuden a la siguiente sesión, Emilio sobrio y ambos dispuestos a hablar de los problemas que cada uno tiene.* Las demandas que presentan los enfermos y las familias alcohólicas siempre van con “trampa”, entendida ésta no como un mecanismo perverso montado exclusivamente para atrapar al terapeuta, sino como la manera que tiene de manifestarse el problema y una de las características del funcionamiento del sistema al que pertenecen. Es tarea del profesional “desmontarla” y no caer en ella para lo cual es imprescindible un buen entrenamiento en entrevistas de análisis de la demanda.

---

## BIBLIOGRAFIA

**ABLON, J.** (1976): Family structure and behaviour in alcoholism: A review of the literature. En B. Kissin y H. Beghater (comps.), The biology of alcoholism. Vol 4, Social Aspects of Alcoholism, Nueva York, Plenum Press.

**ALONSO FERNANDEZ, F.** (1981): Alcohol-dependencia. Madrid. Editorial Pirámide.

**BOGANI, E.** (1975): El Alcoholismo. Enfermedad Social. Barcelona. Plaza y Janés.

**CANCRINI, L.** (1991): La psicoterapia: gramática y sintaxis. Barcelona. Ed. Paidós. Pp 219-230.

**EDWARDS, G.** (1986): Tratamiento de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional. México. Ed Trillas. Pp 55-59.

**EDWARDS G., GROSS, M.M.** (1.976): La dependencia del alcohol: descripción provisional de un síndrome clínico. Revista Médica Británica. 1058-1061.

**FEUERLEIN, W.** (1.982): Alcoholismo: abuso y dependencia. Barcelona. Ed. Salvat. Pp 202-205.

**FREIXA I SANFELIU, F.** (1.988): Abordaje y tratamiento de la enfermedad alcohólica. Generalitat de Catalunya.

**GONZALEZ INFANTE, J.M. y Cols.** (1.985): Drogadictos y drogodependencias. Cádiz. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.

**HALEY, J.** (1.988): Terapia para resolver problemas. Buenos Aires. Amorrortu editores.

**MADDEN, J.S.** (1.986): Alcoholismo y farmacodependencia. Ed. El Manual Moderno.

**RODRIGUEZ-MARTOS, A.** (1.989): Manual de Alcoholismo para el médico de cabecera. Barcelona. Manuales Salvat.

**STEINGLASS, P. y Cols.** (1.989): La familia Alcohólica. Barcelona. Ed. Gedisa.

**WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. H., FISCH R.** (1.989): Cambio. Barcelona. Ed. Herder. Pp 51-61.

**WHALEN, T.** (1.953): Wives of alcoholics: four types observed in a family service agency. Quarterly Journal of Studies on alcohol, 14, 532-64 l.

**WHITEFIELD, C.L.** (1.984): "Coalcoholismo: el reconocimiento de una enfermedad tratable". Family and Community Health.