

Un enfoque directivo del Grupo: Los Grupos de Autoayuda con Alcohólicos(*)

Carlos Rodríguez Sutil
Doctor en Psicología.

Centro de Promoción de la Salud del Distrito de Centro (Ayuntamiento de Madrid).
Profesor Asociado de Evaluación Psicológica (U.C.M.).

RESUMEN

En este artículo se muestra la forma de trabajo psicoterapéutico que el autor ha ido elaborando tras más de tres años de asistencia como coordinador en grupos de terapia de apoyo y autoayuda para pacientes alcohólicos. Grupos abiertos y conducidos de forma directiva y "paternal". Se llega a la conclusión de que este enfoque es necesario con pacientes con problemas de abuso de sustancias y previo cualquier terapia no directiva.

PALABRAS CLAVE: Alcoholismo, psicoterapia grupal, autoayuda.

SUMMARY

In this article the author's conception of group psychotherapy with alcoholics is shown. This form of working has been developed through more than three years assisting as a coordinator in support and self-help groups. The groups are open and conducted in a directive and "paternal" fashion. We arrive to the conclusion that this approach is necessary with substance abuse patients, previously to any nondirective psychotherapy.

KEY WORDS: Alcoholism, group psychotherapy, self-help.

(*) Este artículo reproduce, con ciertas modificaciones, la comunicación que, con el mismo título fue leída en las II Jornadas Internacionales de Grupo, Psicoanálisis y Psicoterapia; Madrid, octubre de 1990.

RESUME

Dans cet article l'auteur montre sa conception a l'égard de la psychotérapie groupale des alcooliques. Cette forme de travail a été développée au cours de trois années en tant que coordinateur de groupes d'appui et "self-help". Ces groupes sont ouverts et dirigés d'une façon directive et "paternelle". On arrive à la conclusion que cette approche est nécessaire avec des patients qui ont problèmes de drogues et préalable a toute psychotérapie non directive.

MOTS CLES: Alcoolisme, psychotérapie groupale, "self-help".

PRESENTACION

Como muestran los estudios comparativos (p.e. Helzer, 1987) España es uno de los países con mayor consumo de alcohol y enfermedades asociadas. esta problemática es asimismo importante en la Comunidad madrileña (Martínez, Martín y Calvé, 1986), y en su capital (Ayuntaamiento de Madrid, 1989). La relevancia del problema parece justificar que le prestemos nuestra atención.

El alcoholismo es una dependencia y, como tal, mantiene numerosas similitudes con la dependencia de otras sustancias. Pero, a diferencia de las drogas ilegales, su uso no supone, en principio, la introducción del sujeto en grupos de cultura marginal. El alcohol está integrado desde tiempos inmemoriales en nuestra práctica cultural e impregna numerosos contextos cotidianos. Un aspecto negativo es, pues, la imposibilidad de aislar al sujeto y separarle de los

otros usuarios de la droga. Un aspecto positivo tal vez reside en la circunstancia que el trabajo en grupos es menos problemático que en otros drogodependientes (p.e. heroinómanos, co-cainómanos), en los que el grupo puede favorecer la subcultura y ser una incitación más al consumo e intercambio. Por otra parte, el proceso de deterioro orgánico, y de otros tipos, suele ser más prolongado que en otras dependencias lo que lleva a que el paciente alcohólico promedio pase de los treinta años.

No soslayamos la discusión clásica sobre si el objetivo del tratamiento en el alcoholismo debe buscar la consecución de un consumo moderado o bien la eliminación completa del mismo. La evidencia parece mostrar que es altamente improbable lograr que un alcoholismo severo se transforme en un consumo moderado, según algunos autores (Marlatt, 1983), si bien ésta es una cuestión todavía en debate (Nathan y Skinstead, 1987). en cual-

quier caso nosotros nos alineamos con la postura que propone la abstinencia absoluta, como pretenden las asociaciones de ex-alcohólicos y, en general, todos los que proponen que el alcoholismo sea entendido como una enfermedad. Entre otras razones, podemos sugerir que la búsqueda del consumo moderado puede ser fatal para muchos enfermos y que, además, el alcohol no es una sustancia imprescindible para la vida, por mucho que tenga un uso social. Prácticamente nadie se plantea, por ejemplo, que la curación del heroinómano consista en un consumo moderado. Eso no quiere decir que restemos valor a una reducción del consumo, siempre que dé paso a su eliminación.

Las páginas que siguen proceden en gran medida de nuestra experiencia acumulada durante más de tres años de asistencia a grupos de autoayuda con pacientes alcohólicos y, en concreto, dos años en el grupo semanal que tuvo lu-

gar en el Centro de Prevención del Alcoholismo del Ayuntamiento de Madrid, que se componía en su mayor parte de personas residentes en el Albergue Municipal, en otros albergues o, incluso, en la calle. Muchas de ellas habían recorrido un camino de progresivo deterioro personal, social y orgánico perdiendo familia, trabajo y salud, y practicando a menudo la mendicidad.

DEFINICION DE LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

Se ha resaltado con frecuencia el valor de la terapia grupal con pacientes alcohólicos (p.e. Levine y Gallogly, 1985). Sin embargo nuestra atención no se dirige ahora a los grupos de terapia estructurados según criterios técnicos sino a los llamados "grupos de autoayuda" que, como comenta García de la Hoz (1976), fueron creados por Alcohólicos Anónimos en Norteamérica ya antes de la Primera Guerra Mundial y que, posteriormente, otras asociaciones de ex-alcohólicos han repetido siguiendo patrones semejantes.

Se trata, normalmente, de grupos abiertos en los que cada vez pueden entrar diferentes participantes. El nuestro podía oscilar entre cuatro y veinticinco miembros aproximadamente. Se anima a los sujetos a que

asistan a más de un grupo, en diferentes lugares a lo largo de la semana. Suelen estar liderados por ex-alcohólicos sin una preparación específica o, mejor dicho, por antiguos pacientes en

abstinencia que, a menudo, también ostentan algún cargo en alguna asociación. Aquellas con las que hemos tenido contacto más estrecho son Alcohólicos Rehabilitados y Ex-alcohólicos. El psicólogo puede desempeñar en estos grupos un rol peculiar del que hablaremos más adelante.

Estos grupos son similares a los grupos pioneros de Pratt que García de la Hoz (1976) denomina "**paternales**". No se realiza en ellos un análisis del grupo, sino de los individuos en grupo. Cumplen una serie de objetivos que han sido descritos correctamente por Levine y Gallogly (1985):

A) Los grupos proporcionan oportunidades para que los alcohólicos logren **insight** observando las experiencias de los otros antes de considerar las propias.

B) Los grupos proporcionan una situación de "aquí y ahora" en la que los alcohólicos pueden recibir ayuda para percibir y evaluar las experiencias inmediatas.

C) Los grupos permiten que los alcohólicos escuchen como sienten y reaccionan los demás, lo que

les ayuda a aceptar más fácilmente los mismos sentimientos y reacciones en sí mismos.

D) Los grupos proporcionan una demostración patente de comportamientos alternativos, descubriendo cómo manejan otros alcohólicos las situaciones inmediatas en el grupo y cómo se enfrentan a las situaciones externas.

A parte de esto habría que añadir que el grupo ayuda al individuo a descubrir los pensamientos y comportamientos preparatorios a la recaída, a menudo cargados de racionalizaciones ("hacerse la cama"), y a utilizar estrategias alternativas. Por otra parte, los grupos y, más en general, las asociaciones, se constituyen como redes de autoayuda que apoyan al enfermo alcohólico en todo momento y pueden acudir a él con rapidez.

EL ROL DEL PSICOLOGO EN LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA

El esquema de actuación puede parecer, de entrada simple. El coordinador comenzaba la sesión, de dos horas, pidiendo a los nuevos integrantes que contarán su historia en la seguridad de que muchas de las situaciones serían ya conocidas por los otros miembros pero les resultaría útiles recordarlas. A continuación, si ningún integrante toma la palabra

con un tema concreto, el coordinador pregunta a los otros por su situación, intentando que se comuniquen aquellos que atraviesan mayores dificultades y, en cualquier caso, que nadie permanezca varias sesiones sin pronunciar palabra. Al tratarse de grupos directivos en los que el coordinador o coordinadores encarnan la tarea, la abstinencia, los miembros en abstinencia pueden asimilarse en ese papel, pero también puede aparecer el "falso líder". El falso líder es aquel que se propone como ejemplo a seguir ante los otros cuando en realidad no está en abstinencia, o sus recaídas son muy recientes. Su actuación normalmente provoca fuerte tensión y debe ser acallado, señalándole la fragilidad de su postura o, incluso, ante la terquedad, expulsándolo de forma autoritaria. Quien desee seguir consumiendo es considerado una persona adulta con capacidad para tomar sus decisiones pero sin lugar en la terapia grupal.

Las acciones que acabamos de describir pueden ser realizadas con igual eficacia por un psicólogo que por un ex-alcohólico, si bien en nuestra experiencia la coterapia se ha mostrado no imprescindible pero sí fructífera. El ex-alcohólico como coordinador cuenta con la ventaja de tener un conocimiento previo de la mayoría de los conflictos

que se relatan durante la sesión pero, sobre todo, con que los pacientes suspicaces, frecuentes entre los alcohólicos, pueden aceptar a veces con más facilidad las recomendaciones de un compañero que las de un "técnico", técnico que a veces no tiene bien asumida su posición personal respecto del alcohol y de las otras drogas. Recuérdese, por ejemplo, que Alcohólicos Anónimos rechazan por completo la presencia de especialistas en sus grupos, salvo que acudan como pacientes.

El psicólogo por su parte cuenta en esta práctica con ventajas importantes. Como es su entrenamiento para la escucha, sobre todo en terapeutas de orientación dinámica, más acostumbrados a atender la construcción del discurso y a descubrir sus contradicciones internas, poniendo así en evidencia actitudes y pensamientos que favorecen la recaída, que para el individuo son preconscientes o inconscientes. Ejemplo de esto son aquellos pacientes que pretenden seguir con su estilo de vida habitual, alternando como hasta entonces, pero sustituyendo el alcohol por otra bebida. El abandono del alcohol (como de cualquier droga) o supone un cambio amplio en el estilo de vida o no se mantiene de manera prolongada. Otro caso es el de aquel paciente que

tras un periodo de abstinencia se siente "fuerte" y quiere probarse enfrentándose, casi siempre sin necesidad, a situaciones propicias al consumo.

Otra ventaja que tiene el psicólogo es que puede ayudar a **despsicologizar** la enfermedad. Todas las ansiedades y conflictos que surgen en sesión son remitidos, sin rigidez, al problema alcohol. De necesitar otro tipo de atención el paciente deberá acudir, simultáneamente, a una psicoterapia individual o grupal. La tarea del grupo de autoayuda es mantener la abstinencia, y para lograrla lo más importante no es descubrir qué conflictos hay asociados o qué es lo que llevó al alcohol, los **mitos de origen**. Sobre todo si nos percatamos de que el alcoholismo es una enfermedad psico-social en la que entran factores circunstanciales y de aprendizaje grupal. Muchas veces el conflicto no existe, fuera de la droga. En todo grupo de autoayuda hay pacientes que mantienen el consumo o padecen continuas recaídas y aducen en su defensa el encontrarse incapacitados porque son débiles, tímidos, por su forma de ser o por su personalidad típica para el alcohólico y que esos argumentos no son más que una forma de defensa y refugio del paciente para mantener una conducta que, aunque es fuente de malestar, supone

una gratificación inmediata de muchas necesidades y deseos. Es necesario recurrir a un término límite entre la psicología y la ética, la voluntad, para explicar la rehabilitación del alcohólico.

CONCLUSIONES

Tras nuestra experiencia acumulada con pacientes alcohólicos y otros tipos de drogodependencias llegamos a la conclusión de que la terapia directiva, tendente a fomentar la abstinencia, es previa a cualquier otra forma de tratamiento y, a menudo, el único tipo de ayuda que les podemos prestar. Los grupos de autoayuda pueden ser coordinados por un ex-alcohólico, por un psicólogo y, mejor, por ambos. Pero, como señalan Barrón et al. (1988), es importante que el profesional comparta los valores básicos que sustentan al grupo de apoyo particular.

BIBLIOGRAFIA

AYUNTAMIENTO DE MADRID (1989). «*El Consumo de Drogas en el Municipio de Madrid.*» Area de Servicios Sociales. Artes Gráficas Municipales.

BARRÓN, A. LOZANO, P. y CHACÓN, F. (1988). «*Autoayuda y Apoyo Social. En Martín González, A. Chacón Fuertes, F y Martínez García, M.*» Psicología Comunitaria. Madrid: Visor.

GARCIA DE LA HOZ, A. (1976). «*Revisión Histórica de la Psicoterapia Grupal.*» Clínica y Análisis Grupal, 1, 8-19.

HELZER, J.E. (1987). «*Epidemiology of Alcoholism.*» Journal of consulting and clinical psychology, 55, 3, 284-292.

LEVINE, B. y GALLOGLY, V. (1985). «*Group Therapy with Alcoholics. Outpatient and Inpatients Approaches.*» Beverly Hills: Sage.

NATHAN, P.E. y SKINSTEAD, A.H. (1987). «*Outcomes of treatment for alcohol problems: current methods, problems and results.*» Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 3, 332-340.

MARLATT, G.A. (1983) «*Relapse Prevention.*» Nueva York: Guildorf Press.

MARTINEZ, R.M. MARTIN, M.L. y CALVE, A. (1986). «*Frecuencia del Consumo de Alcohol en la Comunidad de Madrid.*» Comunicación presentada en Washington, Agosto de 1986.