

**JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD  
BARCELONA  
DISPENSARIOS ANTIALCOHOLICOS**

**Dr. F. Freixa, Dr. L. Bach  
Sra. J. Vidal, A. S.; Sra. B. Mediavilla, A. S.**

**ASISTENCIA A LOS ENFERMOS ALCOHOLICOS**

En la asistencia al paciente alcohólico, se centraliza en la actividad del Dispensario antialcohólico, que en el Centro donde nosotros trabajamos hemos logrado que tenga unas características y peculiaridades que vamos a describir. La primera peculiaridad consiste en el trabajo de equipo entre las Asistentes Sociales y el Psiquiatra; no es posible la asistencia eficiente al alcohólico sin tener en cuenta que el núcleo de la función asistencial, la detección y diagnóstico del paciente alcohólico, son facetas en las cuales el concepto médico habitual de abordaje psiquiátrico es insuficiente.

Lo que pretendemos es que el Dispensario sea un centro de asistencia ambulatoria, una agencia de información y difusión de la problemática alcohólica y el núcleo indicador de la necesidad o no necesidad de ingreso en clínica. Para ello utilizamos no tan sólo el trabajo social, las técnicas de interrogatorio psicopatológicas clásicas, y además los instrumentos específicos, polidimensionales del diagnóstico alcohólico (cuestionario operativo de Jellinek, cuestionario de Le Go-Bogani, etc.).

Hemos de centrarnos en la idea de que el diagnóstico alcohólico, es un diagnóstico interdisciplinario entre ciencias sociales y médico-psiquiátricas, y que por lo tanto las funciones del Psiquiatra y de la Asistente Social tienden a implicarse mutuamente y a interrelacionarse.

Cuando el enfermo acude al Dispensario el primer contacto con el enfermo y la familia lo establece la Asistente Social que informa a los familiares de las posibilidades terapéuticas y simultáneamente sensibiliza al enfermo para que acepte el tratamiento que indudablemente se le propondrá. Además y dadas las peculiaridades socio-culturales del medio que nos desenvolvemos, insinuamos en forma prudente el Grupo de Discusión como una posibilidad terapéutica. Con ello la confección de la historia clínica rutinaria y la aplicación de las técnicas especiales para la valoración de la enfermedad alcohólica, la exploración somática, etc., forman el conjunto cuya síntesis final constituirá el diagnóstico alcohólico.

Las posibilidades que el paciente alcohólico tiene para tratarse son múltiples: el alcohólico sintomático debidamente diagnosticado es remitido inmediatamente o después de un período de consultas a un Dispensario Psiquiátrico habitual para el tratamiento de su trastorno psicótico, neurótico grave, etc.

El alcohólico, alcoholómano con una firme dependencia establecida, es en general, excepto en los casos en los cuales la Asistente Social ha realizado el diagnóstico de desajustes sociales importantes, tratado con la inmediata incorporación al Grupo de Discusión.

La indicación o no indicación de ingreso en centro hospitalario adecuado depende básicamente del grado de alcoholización, cuando más evidente y patente, más evidente y patente será el Síndrome de Abstinencia, haciéndose entonces, si no es posible su control ambulatorio, imprescindible su ingreso en Institución sanitaria adecuada.

Dentro de este grupo de enfermos y en el proceso final de alcoholización se presenta los sujetos profundamente afectados, que son aquellos que cuya descripción se encuentra ya en todos los manuales y tratados de psiquiatría clásica. No es sobre este tipo de pacientes sobre los que vamos a insistir, sino sobre aquellos tradicionalmente considerados leves, a nuestro entender sumamente graves, que presentan alteraciones en las esferas familiares, laborales o sociales, o en alguna de ellas, con probable absentismo laboral, discusiones por motivos banales en el medio familiar, progresivo deterioro de su actividad social, con conservación objetiva de los rendimientos intelectuales, pero cuya aplicación se halla interferida por la dependencia de las bebidas alcohólicas. Son estos pacientes de alcoholismo denominado primario, los que posibilitan el grave proceso de alcoholización progresiva, que conducirá irremediablemente, y después de un período largo de dificultades al paciente con amenaza de separación matrimonial o abandono del hogar, degradación laboral, degradación del status social y finalmente la marginación.

Es indudable que es en el momento de la dependencia con una adicción mínima cuando el enfermo puede ser más favorablemente tratado y cuando se han evitado las secuelas de la actividad tóxica de las bebidas alcohólicas.

Entre los instrumentos terapéuticos utilizados, ni que decir tiene que el núcleo de la actividad terapéutica se centra en los Grupos de Discusión, los cuales son el paliativo de la estructura social normal que el enfermo ha abandonado a consecuencia de sus continuos desajustes. El Grupo de Discusión, es a nuestro entender la base de la readaptación social del alcohólico, en el caso de los

pacientes degradados, y en los que no han llegado a este grado de afectación social, un microgrupo en el cual aprenden las argumentaciones, «técnicas psicológicas» y artimañas que utilizan los abstemios desde hace años para continuar sobrios y pasar de ser alcohólicos activos a alcohólicos pasivos.

Además y como prolongación de la actividad del Grupo de Discusión para profundizar en los aspectos de readaptación social básicos y fundamentales en la mayoría de pacientes alcohólicos, la existencia de una Asociación de Alcohólicos Rehabilitados, facilita la no permanencia en el Grupo de los líderes responsables altamente probable, que son útiles en las actividades de difusión, información general y en ocasiones otro tipo de actividades sociales que facilitarán el vivir del alcohólico, sin alcohol, mediante la creación de centros de interés para los antiguos bebedores.

En estos medios asistenciales intentamos implicar a los familiares del paciente, para que existan una difusión de nuestra labor y con ello en realidad sensibilizamos al grupo familiar a la problemática del alcohólico.

Todo intento de tratar al enfermo alcohólico en ausencia de la actividad del trabajador social, es extraordinariamente complejo y difícil, y en opinión de muchos autores más ineficaz, o por lo menos extraordinariamente laborioso.

En el trabajo que el grupo de Asistentes Sociales J. Vidal Mediavilla y Mayol presentaron en el Congreso de Sevilla 1972 y en el estudio para la creación de un dispensario antialcohólico para la entidad Teral, realizado por Bach y Freixa, se ponía en evidencia la realidad funcional de la estructura del Dispensario Antialcohólico, evidenciándose la interacción de los campos médicos sociales, y las dificultades por las cuales tiene que pasar un paciente alcohólico para tratarse.

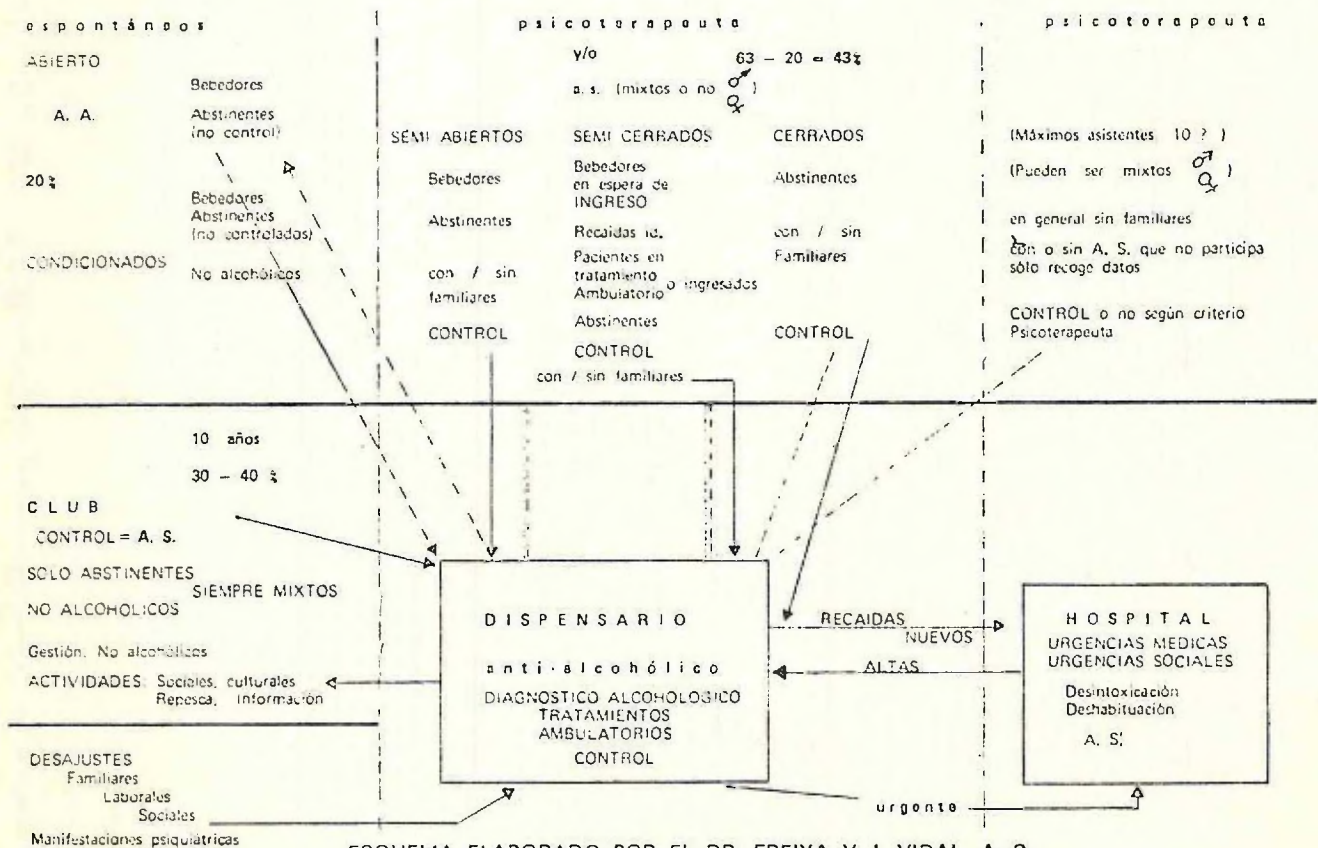
La principal dificultad del enfermo alcohólico, es que a sí mismo no se reconoce como a enfermo y el binomio alcohol-vicio es para él tan evidente como para sus acompañantes. El escepticismo, la falta de información y los prejuicios culturales son realidades sociales a las que el examen médico e incluso psiquiátrico le es difícil de abordar; por ello la comunidad asistencial que representa el Dispensario entendido a este nivel hace posible unos mejores rendimientos y unos mejores resultados.

Barcelona, mayo de 1976

**SOCIOTERAPIA**

**GRUPOS DISCUSION**

**PSICOTERAPIA GRUPO**



ESQUEMA ELABORADO POR EL DR. FREIXA Y J. VIDAL, A. S.