

REFLEXIONES CRITICAS ACERCA DE LAS ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS EN EL ALCOHOLISMO.

ESTUDIO DE UN CENTENAR DE CASOS

J. L. FABREGAS, C. BARDON, E. ALONSO

Dispensario "TERAL", de Barcelona

"De modo que si la ética es conocimiento, e implica la adquisición de la verdad, lleva a la necesidad de encarar y admitir todas aquellas verdades que, por ser penosas y angustiantes, fueron negadas o eliminadas del campo de la conciencia."

León Grinberg: "Culpa y depresión"

Al iniciar la tarea que hoy mostramos a su consideración pensamos en recopilar datos, cifras y particularidades de una casuística de ciento seis casos de pacientes alcohólicos tratados en el Dispensario de "Grup Teral", en Barcelona. La complejidad de la interrelación de variables y nuestra falta de medios y posibilidades nos convencieron, tras dos meses de trabajo, tan fatigoso como improductivo, que todo lo conseguido finalmente sería una pirámide más o menos estructurada de números asépticos que poco o nada dirían en sí mismo y que, como ocurre con la mayoría de artículos sobre el tema (o al menos en aquéllos realizados con suficiente espíritu de autocrítica), deberíamos finalizar con la conocida muletilla de: "Estudios del tipo descrito en este trabajo presentan inevitables dificultades de valoración y correlación de puntos importantes en el tratamiento y enfoque del alcoholismo, sin embargo son necesarios para indicar áreas que requieren una más detallada investigación" (1).

Una adecuada evaluación catamnésica pensamos que debería englobar aspectos intra e interpersonales tan difícilmente aprehensibles como: ¿quién acompañó al paciente por primera vez al dispensario?, ¿qué motivos no explicitados le llevaron a él o a su grupo a tomar tal decisión?, ¿cuál fue el diálogo y la actitud de él y su esposa tras la primera entrevista?, ¿qué impresión sacó de nosotros?, ¿por qué dejó de acudir cuando todo parecía ir "tan bien"?, etc.

El problema inherente a toda investigación científica en psicología o sociología u otras ciencias en las que el hombre es a la vez sujeto y objeto del conocimiento, es la ineludible existencia de

una inconsciente selección previa de los datos a registrar por parte de los investigadores, selección en la que forzosamente no se incluyen variables consideradas accesorias por unos y que bajo otros apriorismos ideológicos, tan científicamente defendibles como los anteriores, resultan esenciales. Dando, pues, por sentado que nuestro trabajo, como cualquier otro, ha de sufrir este proceso de distorsión, proseguiremos nuestra exposición, esperando que de la confrontación y diálogos mutuos surja una más clara percepción de la realidad que como profesionales nos ocupa.

(1) **A two-year follow-up study comparing short with long stay in-patient treatment of alcoholics.** P. Willems, F. Letamendía, F. Arroyave. "The British Journal of Psychiatry", vol. 122, núm. 571.

ESQUEMA DE NUESTRO EQUIPO Y TAREAS ASISTENCIALES

Nuestro equipo de trabajo está constituido en la actualidad por una asistente social, dos estudiantes de Medicina (médicos ya a la hora de redactar este trabajo) con experiencia y formación clínica y un médico psiquiatra. Venimos trabajando conjuntamente desde la puesta en marcha del Dispensario de "Teral", en enero del 73, dedicando dos tardes semanales a nuestra tarea. Los pacientes son tratados en régimen ambulatorio, excepto en aquellos casos en que, por su impregnación tóxica o situación individual o ambiental especialmente conflictiva, hemos indicado su ingreso en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico.

Los pacientes acuden "voluntariamente" (con toda la variedad de connotaciones que el concepto puede englobar). Son enviados por algún alcohólico tratado o familiar, por asistentes sociales o médicos de otras instituciones o por conocimiento a través del Servicio de Información de la Compañía Telefónica en Barcelona.

Nuestros sueldos son subvencionados por la Asociación "Teral". Los pacientes abonan 200 pesetas por cada visita efectuada, excepto en los casos en que exista una real indisponibilidad económica, en que posponemos el pago hasta que el enfermo pueda liquidarlo, en caso de que llegue a reestructurar su situación. El capital se acumula y reierte en los fondos de "Teral", siendo reutilizado en las necesidades asistenciales. Los pacientes abonan asimismo 35 pesetas por cada sesión de grupo en la que participan, y la misma tarifa es percibida por los eventuales tratamientos de "psicoterapia armada" mediante faradización. Este pago, casi simbólico, nos parece una forma útil de instrumentar un compromiso en la relación paciente-tratantes, eliminando, a este nivel, sentimientos de gratitud más o menos conscientes que fomenten las actitudes de dependencia. Esperamos que en breve este pago sea asumido por las agen-

cias sociales responsables, cuya actual inhibición en éste y otros sectores de la salud mental es por todos conocida.

En casos concretos, además de las entrevistas dirigidas al abordaje de la conducta alcohólica, realizamos técnicas de psicoterapia breve individual, de pareja o grupo familiar. Los abundantes casos en que existe una conflictiva sexual son dirigidos al Servicio de Sexología del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico. Realizamos dos sesiones semanales de grupo mixto y abierto de orientación socioterápica, de una hora de duración, cuya dinámica, planteamiento y crítica ha sido objeto de anteriores publicaciones por nuestro equipo (2).

Prescribimos las medicaciones psicofarmacológicas y vitamínicas de uso habitual y recomendamos el uso de interdictores (tipo Colme o Antabús) durante los primeros meses, aclarando al paciente y su grupo su finalidad meramente "simbólica" y complementaria.

Utilizamos, no en la totalidad de casos, técnicas de lo que creemos adecuado denominar "psicoterapia armada mediante faradización" (denominarle "terapias de descondicionamiento" no es más que un falaz cientifismo, tal como son habitualmente efectuadas).

Conexionamos sistemáticamente a los pacientes con su médico de cabecera o con departamentos especializados si sospechamos síntomas de las típicas secuelas orgánicas alcohólicas.

(2) **Manipulación y dependencia en los grupos terapéuticos de alcohólicos.** J. L. Fábregas y E. Alonso. "Alcoholismo y Toxicomanías", enero 76, Bétera.

DESCRIPCION DE ALGUNOS DATOS DE LA MUESTRA Y METODO DE OBTENCION DE LOS MISMOS

El material recopilado ha sido extraído de un proyecto de tesina de una alumna de la Escuela de Asistentes Sociales que efectuó sus prácticas vinculándose a nuestro equipo de trabajo durante un período de dos años (3). Su objetivo era el análisis y correlación de los datos sociales, familiares y laborales de la muestra en cuestión. Las conclusiones al respecto coincidieron con las de la mayoría de autores, en cuanto que la valoración retrospectiva indicaba una mejor evolución en los casos de menor desintegración previa en estas tres áreas.

Utilizó en su trabajo de compilación el apartado de datos sociales del I. D. E. A. H. (4), no habiendo sido objeto de su estudio estadístico los aspectos clínicos o terapéuticos. Por otra parte, el I. D. E. A. H. fue exclusivamente pensado para codificar datos biográficos y patográficos recogidos en el momento del ingreso del

paciente en centro hospitalario, y no aquéllos inherentes al curso durante y después del proceso terapéutico (5).

La casuística se compone de todos los pacientes asistidos en el Dispensario de "Teral", en Barcelona, durante el año 1974, siendo requisito **indispensable** que existiera un período post-tratamiento de **6 meses** como mínimo en la fecha en que se realizaba la recogida de datos.

El contacto entre los pacientes y nuestro equipo asistencial podía haberse iniciado tras el ingreso de los mismos en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico, o bien por haber acudido directamente al Dispensario de "Teral", habiendo entonces efectuado la terapia en régimen ambulatorio desde el principio.

El estudio comprende **un total de 106 casos** (70 varones y 36 mujeres).

Para efectuar las entrevistas de seguimiento se pidió la colaboración del enfermo y su grupo familiar mediante una carta enviada a los 106 pacientes (redactada en términos tales que implicase la mínima coacción emocional posible), explicando el objetivo de nuestra investigación y remarcando la libre opción de colaborar o no en dicho estudio.

Tenemos que hacer constar que hemos considerado abstinentes a aquéllos en que ha habido una constatación por parte de algún miembro del grupo familiar.

Aunque queda más claramente detallado en un gráfico posterior, adelantaremos que de las 106 personas citadas respondieron 58 (54'7 % del total). Fueron devueltas 7 cartas por no hallarse el destinatario.

De los datos registrados en el I. D. E. A. H. al inicio del tratamiento de cada paciente destacaremos lo siguiente:

A) DATOS PERSONALES Y DE SITUACION FAMILIAR

HOMBRES

1. Edad

	Pacientes	Población muestral %	Población nacional %
De 15 a 24 años	1	3'12	16'13
" 25 a 34 "	8	25'00	15'97
" 35 a 44 "	9	28'12	12'96
" 45 a 54 "	13	40'62	10'79
" 55 a 64 "	1	3'12	8'33
" 65 en adelante	0	0	6'93

En nuestra muestra el grupo de edad comprendido entre los 45 y 54 años es el que arroja mayor índice de la totalidad estudiada, con un 40'62 %. Debe tenerse en cuenta que el porcentaje de la población nacional comprendida en ese grupo de edades es solamente del 10'79 %.

El 93'7 % de la muestra se halla comprendida entre los 25 y 54 años de edad.

2. Estado

	Pacientes	Población muestral %	Población nacional %
Casado	26	81'25	42'86
Soltero	4	12'50	64'16
Viudo	0	0	2'70
Separado	2	6'25	0'05

Hay un predominio casi absoluto de los sujetos casados, siendo la muestra de la población nacional muy inferior. Podemos decir que la detección del alcoholismo en el grupo familiar es mucho más precoz por la rápida aparición de desajustes a este nivel.

3. Número de hospitalizados

Tres, con posterioridad a su primera visita al Dispensario "Terai".

MUJERES

1. Edad

	Pacientes	Población muestral %	Población nacional %
De 15 a 24 años	1	3'84	14'71
" 25 a 34 "	8	30'76	15'58
" 35 a 44 "	6	23'07	13'27
" 45 a 54 "	10	38'46	11'47
" 55 a 64 "	0	0	9'30
" 65 en adelante	1	3'84	9'40
	<hr/> 26	<hr/> 99'97	<hr/> 74'72

Al igual que en el grupo de hombres estudiado, es el grupo de edad comprendido entre los 45 y 54 años el que adquiere el tanto por ciento más elevado (38'46 %) dentro de las mujeres, frente al 11'47 % que da la población general.

El 92'3 % de la muestra se hallan comprendidas entre los 25 y 54 años de edad.

2. Estado

	Pacientes	Población muestral %	Población nacional %
Casadas	17	65'38	49'14
Solteras	2	7'69	43'82
Viudas	2	7'69	10'21
Separadas	3	11'53	0'11
Otras formas	2	7'69	0
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	26	99'98	99'37

Predominan dentro de la muestra las casadas, que representan el 65'30 %, seguido de las separadas, y en el mismo nivel las solteras, viudas y otras formas, que representan un tanto por ciento muy inferior con respecto a las primeras.

3. Número de hospitalizadas

Veinte, todas ellas con anterioridad a su primera visita en el Dispensario "Teral", con un promedio de 41 días de estancia.

(3) Agradecemos a la señorita asistente social María del Carmen Rodríguez la colaboración prestada.

(4) Siglas del "Inventario de Datos de Enfermos Alcohólicos Hospitalizados", elaborado en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Clínico de Barcelona en 1973 por L. Bach, E. Cirera, J. L. Fábregas, F. Freixa, L. Herrero y J. Vidal.

(5) En la actualidad, los distintos grupos asistenciales de Barcelona nos hallamos interesados en la elaboración de un método de registro común que permita uniformar, a fines investigativos, el estudio de la evolución post-tratamiento (y en relación al mismo) en los pacientes ambulatorios y/o ingresados, a partir del alta hospitalaria en este caso.

B) MOTIVO DE INGRESO Y ACTITUD INICIAL FRENTE AL TRATAMIENTO

Hemos de remarcar que el modo de vinculación de los pacientes al Dispensario "Teral" depende de una serie de factores previos y no directamente relacionados a las motivaciones de los mismos de solicitar ayuda u orientación terapéutica. En las mujeres predomina el ingreso hospitalario como situación anterior al tratamiento ambulatorio, pues la captación de las pacientes se realiza en gran medida a través de las ingresadas de "urgencia" en la sala de mujeres del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico, donde uno de nosotros desempeña la labor de médico adjunto. Del total de las 26 pacientes que respondieron, 20 habían acudido al Dispensario por esta vía.

No hemos incluido, por tanto, los porcentajes que valoran las distintas motivaciones y actitudes, pues nos parece inadecuada la

comparación entre ambos grupos —a), ingreso hospitalario de "urgencia" y, b), primer contacto en el Dispensario—. Por otra parte, aunque en el I. D. E. A. H. constan 15 posibilidades con las correspondientes definiciones operativas que matizan el motivo de ingreso (o de acudir al Dispensario, en nuestro caso) y la actitud inicial frente al tratamiento, consideramos que estos datos están polimorfamente determinados por la situación concreta de cada paciente y excesivamente impregnados de la subjetividad de quien los valora. P. Williams, F. Letamendía y F. Arroyave han realizado en Oxford uno de los trabajos más rigurosos al respecto. En él pretenden medir estos datos (el "insigth" de los anglosajones) y su posible relación con el pronóstico. Consideran imprescindible que sean evaluados por distintos investigadores por separado y antes y después de haber realizado un mes del proceso terapéutico, pues en caso contrario existe un elevado riesgo de distorsión (6).

(6) **Categorización elaborada para determinar el pronóstico y resultados en el tratamiento del alcoholismo.** Autores cit. "British Journal of Psychiatry", vol. 122, núm. 571, junio 1973.

C) ASPECTOS CLINICO-NOSOLOGICOS DE LA MUESTRA

En nuestro estudio excluimos previamente tres pacientes que presentaban, respectivamente, un síndrome paranoide grave no celotípico, dos síndromes demenciales graves y un epiléptico con acusado deterioro intelectual y graves trastornos de conducta.

No hemos perfilado en nuestra casuística una clasificación precisa de la relación entre alcoholismo y cuadros neuróticos, psicopáticos, personalidades paranoides o "normópatas", pues, a nuestro juicio, la abstracción de datos y etiquetaje posterior referidos en las diferentes clasificaciones de distintos autores nos parecen, en general, expuestas, como en el caso anterior, a un puro subjetivismo del explorador. Deslindar entre sociogénesis y psicogénesis, o entre anterioridad o posterioridad de la psicopatología en relación a la ingesta alcohólica, es en nuestra experiencia un vano esfuerzo por simplificar la complejidad del fenómeno.

Sabiéndonos expuestos a una crítica por falta de rigor clínico, coincidimos con Castilla del Pino en la utilización del concepto situacional del alcoholismo:

"Llamamos alcohólico a todo aquél que busca la provocación de un cambio de su situación a través de la toma del alcohol. Esta definición implica:

"a) Que exista una situación que, más o menos formulada por la propia persona, resulta insoportable (desde no deseada hasta intolerable).

"b) Que no puede ser cambiada desde el sistema de referencia

de posibilidades del sujeto por una acción ordenada y adecuada sobre la realidad.

"c) Que dadas las condiciones a) y b), el modo más 'económico' para el psiquismo de esa persona resulta ser la evasión de esa realidad que incluye tanto la realidad externa como la realidad del propio yo (conciencia respecto de su capacidad, por ejemplo), mediante los efectos que el alcohol produce y que por razones de hábitat tiene a su alcance" (7).

(7) Castilla del Pino: **Vieja y Nueva Psiquiatría**, Seminarios y Ediciones, S. A., Madrid, 1971.

RESULTADOS

De los 106 pacientes citados, un total de 58 acudieron a entrevistarse con nosotros (ellos o algún miembro familiar), lo que equivale al 54'7 %. De la totalidad de los que respondieron, 41 pacientes se mantenían abstinentes, existiendo en la generalidad una mejoría evidente en el área psicosocial, lo que corresponde a un 38'6 % del total de la muestra.

Incluimos a continuación una tabla explicativa, diferenciando entre varones y hembras.

	Pacientes citados	Respuestas	Abstinentes	Dosificados
Nº (Varón + Hembra)	106	58	41	5
% (Varón + Hembra)	100 %	54'7 %	38'6 %	4'7 %
Nº Varón	70	32	22	3
% Varón	66 %	45'6 %	31'4 %	4'2 %
Nº Hembra	36	26	19	2
% Hembra	33'9 %	72'2 %	52'7 %	5'5 %

CASOS NO ABSTINENTES QUE RESPONDIERON A LA CITACION

Fueron un total de 17: 10 varones y 7 mujeres.

Hombres

De los diez pacientes varones que acudieron a realizar la entre-

vista de evaluación y no presentaban abstinencia hacemos constar:

Uno (información dada por el padre del paciente) falleció a los pocos meses de haber acudido al Dispensario, de cirrosis hepática. No acudió al Hospital después de la primera entrevista, como habíamos indicado, y nunca dejó de beber.

Tres de los pacientes se dosifican después de dos meses de abstinencia, y tanto ellos como su esposa manifiestan una mejoría de adaptación social, laboral y familiar.

Los seis restantes reiniciaron la ingesta al cabo de períodos variables entre 15 días y tres meses de iniciado el tratamiento. Acude la esposa o algún otro familiar, informando en general de otros ingresos hospitalarios y desajuste laboral, social y familiar.

Mujeres

De las siete pacientes que contestaron y han vuelto a beber, dos de ellas se dosifican desde hace tres y cinco meses, respectivamente, tras períodos de abstinencia post-tratamiento de seis meses y dos meses y medio, respectivamente, habiendo experimentado mejoría las relaciones familiares y sociales según las pacientes y su familia.

Las cinco restantes alternan períodos de abstinencia y reinicio de ingesta, existiendo una mayor conflictiva personal y actitudes de rechazo en el grupo familiar.

COMENTARIO

Si atendemos a los resultados obtenidos al cabo de una media evolutiva de diez meses, las cifras totales (38'6 %) no se apartan notablemente de las dadas por otros autores, independientemente de la diversidad de tácticas empleadas: régimen abierto o cerrado, estancias prolongadas o no, tratamientos aversivos mediante apomorfina, utilización exclusiva de técnicas psicoterapéuticas grupales, etc.

En nuestro trabajo resalta, contrastando con la opinión de otros autores (8), una mayor obtención de resultados positivos en el grupo femenino frente al masculino.

Creemos que existen algunas peculiaridades en nuestro trabajo que hacen comprensible el hecho.

Indudablemente existe una correlación en cuanto al mayor número de mujeres que iniciaron el tratamiento en régimen hospitalario. Pensamos que la situación, aparte de otros factores de orden psicológico que comentaremos a continuación, ha favorecido un mayor y mejor contacto psicoterapéutico entre el paciente y su grupo inmediato y nosotros.

Queremos hacer constar, sin embargo, que el que exista un mayor número de mujeres hospitalizadas no significa que fuera indicado su internamiento a partir de un primer contacto en el Dispensario, sino que el proceso fue inverso en la totalidad de los casos. Se trata de pacientes que fueron ingresadas de urgencia en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico, siendo ubicadas en una de las diez camas que están a nuestro cuidado en el citado servicio.

La totalidad realizaron su tratamiento acudiendo al Dispensario, sin efectuar en ningún caso terapias aversivas durante su estancia y con libertad de entrada y salida desde los pocos días de su ingreso, como detallaremos posteriormente.

Opinamos que al haber una menor tolerancia social hacia la problemática del alcoholismo en la mujer que en el varón, la conflictiva personal e interaccional en la elaboración de los sentimientos de culpa es mucho más intensa y patologizante para todos los miembros del grupo familiar, lo que se expresa en un mayor gradiente de segregación intra o extragrupal. El alejamiento entre paciente y grupo familiar por el ingreso de aquélla en el hospital es en muchos casos el único modo de facilitar el cambio terapéutico de actitudes mutuas.

Por el contrario, los hombres hospitalizados, tres en total, fueron vistos por primera vez en el Dispensario "Teral", donde se indicó su ingreso por existir una situación de intoxicación crónica acusada.

RELACION ENTRE RESULTADOS Y ASISTENCIA AL GRUPO DE PSICOTERAPIA

En este apartado hemos incluido no sólo a los pacientes que han contestado, sino a la totalidad de la muestra.

Hombres

- a) De los que han contestado, el promedio de asistencias de los abstinentes es de 28, y de los no abstinentes el promedio es de 11 asistencias.
- b) De los que no contestaron, el promedio de asistencias es de seis.

Mujeres

- a) De las que contestaron, el promedio de asistencias al grupo de las abstinentes es de 31, y de las no abstinentes, de 18.
- b) De las que no contestaron, el promedio de asistencias es de ocho.

De todas maneras, la correlación entre abstinencia y asistencia al grupo no es en sí misma significativa, pues ambos hechos pueden

ser la misma expresión, a distintos niveles, de la patología personal e interaccional preexistentes en cada caso concreto.

RELACION ENTRE RESULTADOS Y OTROS ASPECTOS DEL ESQUEMA TERAPEUTICO

Ninguno de los 106 pacientes ha realizado tratamientos aversivos con apomorfinas. Posteriormente expondremos algunos juicios al respecto.

Aproximadamente un 65 % de la totalidad de pacientes efectuaron tratamientos de lo que podríamos llamar "psicoterapia armada" con faradizaciones. La indicación era hecha en función del grado de dependencia del paciente y poca conciencia del problema de él o su grupo familiar al inicio del proceso terapéutico y como medio de que todos, paciente y familia, entrevieran un motivo "lógico" para acudir dos veces por semana al Dispensario y vencer las actitudes pasivas y resistencias iniciales al abordaje psicoterápico mediante la asistencia al grupo.

Indicábamos, en general, un total de diez sesiones, lo que, a razón de dos semanales, corresponde a otras tantas asistencias al grupo durante un período inicial de dos meses y medio.

No hemos podido constatar una relación significativa entre pacientes que han respondido, abstinentes o dosificados y el haber efectuado este tipo de tratamientos, cuya crítica más detenida expondremos posteriormente, y que desde hace seis meses hemos abandonado totalmente.

REFLEXIONES CRITICAS ACERCA DE LAS ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS

A) ABORDAJE PSICOTERAPICO

Respecto a las pacientes que han iniciado el tratamiento a través de su ingreso hospitalario, tras una mejoría de eventual síndrome de abstinencia, iniciamos entrevistas con la paciente y con ésta y su grupo familiar posteriormente, en las que procuramos delimitar el conflicto focal subyacente y mantenedor de la conducta alcohólica. La experiencia nos ha impuesto la norma de no mantener entrevistas con el grupo familiar sin la presencia del paciente, con el fin de evitar:

- Una posible distorsión previa de nuestra actitud hacia el enfermo (a "favor" o "en contra").
- La creación de sentimientos paranoides "reales" en el paciente: "¿Qué estarán tramando que yo no puedo escuchar?"

- Coadyuvar con nuestra actitud al mantenimiento de la segregación intra o extragrupal del alcohólico, en la que todo el grupo, incluido el propio paciente, se hallan comprometidos.

Como técnica psicoterápica de la situación familiar utilizamos el enfoque interaccional bajo el que el problema del **individuo alcohólico** es desvelado como el complejo **juego del alcoholismo**, en el que todos los integrantes: individuo, familia, sociedad, son de una u otra manera responsables de una situación patológica y burocratizada mediante la imposición mutua de roles y contra-roles en espiral irresoluble que sólo parece poder resolverse mediante la elección entre la alternativa no dialéctica: “**vicio**” (atribución total de la culpa al individuo, según el modelo del “libre albedrío”) o “**enfermedad**”, según el modelo científico-natural (desresponsabilización del individuo y la colectividad al ser catalogado el problema como “algo que posee al organismo”, similar a un tífus o a una gripe, y cuya curación se halla bajo la exclusiva responsabilidad del médico, el cual suele colaborar más o menos conscientemente a reforzar esta opinión proponiendo tratamientos exclusivamente dirigidos al individuo, o más bien a su organismo).

Cuando consideramos que la rigidez de estos esquemas antinómicos empieza a fundirse en el de responsabilidad compartida, terapeuta incluido, vislumbrándose unas expectativas favorables y esperanzadoras, damos permiso al paciente para que entre y salga de la institución a su gusto (en un plazo que generalmente oscila entre los siete y quince días posteriores a su ingreso), condicionándole, eso sí, a que por el momento tome disulfiram como pacto formalizado entre él y nosotros (intentar trascender el esclerosado concepto de dependencia no significa, por nuestra parte, una negación maníaca de su existencia). Desde hace más de dos años no proponemos nunca el uso de terapias aversivas con apomorfina, pues no hallamos ninguna justificación ética ni científica de su uso.

En algunas ocasiones, en los inicios del proceso terapéutico se ha reiniciado la ingesta alcohólica, lo cual es informado por el propio paciente, la familia o el personal de enfermería. No nos asombra que esto ocurra; **precisamente por eso el paciente ha llegado a nosotros**. La actitud de privarle del permiso, sin más, es vivido como un simple castigo y reestructura de nuevo el **circuito patológico de rol y**

contra-rol en que el alcohólico se halla inmerso, tomando ahora el médico o la institución el papel correspondiente. En nuestra experiencia, una esporádica recaída no indica en sí misma un mal pronóstico. El hecho debe ser analizado y utilizado como material clínico, no negando su existencia, sino desvelando psicoterápicamente el significado implícito para el paciente en relación con nosotros, con su grupo familiar y consigo mismo.

Desde estos primeros momentos el paciente acude, solo o acompañado, al grupo socio-terápico que se efectúa en el Dispensario "Teral", el cual se halla en otro barrio urbano. Las enfermas son dadas de alta hospitalaria generalmente en el plazo de unas tres semanas, dependiendo de la evolución y de la distancia geográfica de su habitual lugar de residencia.

En los pacientes tratados de manera exclusivamente ambulatoria seguimos básicamente el mismo enfoque. En nuestra experiencia, las cosas no funcionan, tanto en uno como en otro caso, cuando el cambio de rol del paciente no coincide con el de los miembros de su grupo familiar, es decir, cuando éstos no abandonan los contra-roles persecutorios y culpabilizadores que hasta el momento vienen todos representando en patológico "feed-back". En este juego de identificación y contraidentificación, en que la conducta de uno fuerza la del otro, sin duda, el paciente presenta en su personalidad las condiciones necesarias para asumir la enfermedad que el grupo (su familia y la sociedad por extensión) ha delegado en él; sin embargo resulta muchas veces difícil e imposible averiguar quién inició la definición del "chivo alcohólico". En nuestra experiencia no siempre es el paciente quien con su conducta inicia su autodefinición como enfermo.

B) TERAPIAS AVERSIVAS

Cuando iniciamos nuestra labor, hace cuatro años, en el Dispensario, estábamos convencidos de la "necesidad" de este tipo de tratamientos, y, plenos de ímpetu curativo, aunque rechazamos las técnicas emetizantes por sus complicaciones y una especie de repugnancia ética, sí utilizamos el denominado "condicionamiento operante mediante faradización", menos traumático y que hasta nos parecía científico bajo el prisma teórico conductista.

A medida que fuimos revisando nuestros apriorismos y creencias a través de la experiencia cotidiana llegamos a la conclusión de abandonar definitivamente estas técnicas, pues sentíamos que entraban en contradicción con el clima terapéutico grupal, aparte de su irracionalidad desde el punto de vista científico.

Por otra parte, la mayoría de los pacientes, a pesar de explicarles una y otra vez el sentido de la experiencia, seguían insistiendo en llamarla "la prueba". Como tal la vivían, como una especie de reto en el que podían demostrar simbólicamente sus deseos de reparación soportando cada vez mayores y más largas intensidades de corriente: "Déle, déle. ¿Se ha fijado que cada día resisto más?" "¿Verdad que esto es una prueba para ver si sigo bebiendo o no?", son frases muchas veces oídas.

La sensación psicológica de náusea y repugnancia ante la bebida es, como todos sabemos, muy frecuente oírla comentar por pacientes que llegan a la abstinencia tras una manipulación terapéutica exclusivamente verbal, sin refuerzos físicos de castigo, e indica, en nuestra experiencia, una interiorización de la culpa autopunitiva, de mal pronóstico.

A los pocos meses, sin embargo, y tras una discusión entre los miembros del equipo, volvimos a utilizar este tipo de técnicas en algunos pacientes. En ciertos casos, los bloqueos y defensas del enfermo y/o su grupo familiar eran tan intensos y las actitudes tan dependientes y culpabilizantes, que precisaban en un primer momento de proceso terapéutico algo externo a ellos a qué agarrarse irracionalmente. Sólo recordarles que eran personas y que cambian algo de sus opiniones y actitudes podían contribuir a superar la situación parecía producirles tanta ansiedad que dejaban de acudir. Suponemos (suposición confirmada por otra parte) que se iban en busca de un buen especialista que recetase unas buenas inyecciones de "esas que curan alcoholismo y purifican la sangre", o bien dejaban el asunto por imposible si su desánimo era mayor.

Volvimos, pues, a utilizar la farsa eléctrica como método de vincularlos dos veces por semana al Dispensario y consecuentemente al grupo de socioterapia, a través de cuya participación, en la generalidad, iban experimentando un cambio en sus bloqueos y defensas patológicas. Queremos aclarar que para evitar sufrimientos innecesarios utilizamos dosis de corriente apenas perceptibles; eso sí, conjuntamente se enciende una luz de fascinante color naranja.

No quisiéramos finalizar este artículo sin incluir algunos comentarios respecto a los tratamientos que pretenden extinguir la conducta alcohólica mediante el vómito provocado por una sustancia emetizante. Al margen incluso de posturas éticas personales, los psicofisiólogos neuconductistas han demostrado teórica y experimentalmente y bajo sus propios postulados científicos la irracionalidad e inoperancia de este tipo de tratamientos, al menos en la manera como son corrientemente empleados.

Una falta de información adecuada haría comprensible, en parte, que algunos psiquiatras emplearan estas técnicas impulsados por una "buena fe" (?) exenta de autocritica. Lo sorprendente, sin embargo, es que muchos de ellos, pese a ser conscientes del hecho, las siguen utilizando por su "comodidad y efectividad", como uno de ellos afirmaba. De hecho, la psiquiatría, como institución social, y por más racionalizaciones científicas en que quiera escudarse, no puede dejar de reproducir en sus prácticas y teorías el esquema fundamental que condiciona las relaciones humanas del peculiar entorno histórico y social en que se fragüe.

Kessel y Walton, en su libro *Alcoholism* (9), comentan: "Mientras que los métodos emetizantes son frecuentemente utilizados en, por ejemplo, Polonia y Rusia (no parecen estar muy al tanto los autores de lo que ocurre en España), los médicos en Inglaterra no gustan de usar métodos que signifiquen someter a sus pacientes a desagradables y penosos procedimientos. Existen otras formas de tratamientos médicos, en Odontología, por ejemplo, en los cuales el paciente es necesariamente dañado, pero el médico intenta minimizar las molestias tanto como le es posible. En el tratamiento aver-sivo el sufrimiento del paciente es deliberadamente buscado por el doctor. Los alcohólicos que se someten a este tratamiento deben estar prodigiosamente bien motivados a superar su adicción. En Inglaterra, estos tratamientos son exclusivamente practicados en lugares ajenos al National Health Service."

En nuestra opinión, "por más que los médicos y los propios pacientes repitan a coro la cantinela de 'enfermo sí, pero no vicioso', en el fondo de todo alcohólico existen fuertes sentimientos de culpa que se palian inconscientemente y masoquísticamente al poderse someter a tan desagradable y traumatizante experiencia" (10). Mirado desde el otro lado, uno piensa a veces si no servirán también estas técnicas para descargar inconscientes impulsos sádicos de algunos psiquiatras. En cierto hospital psiquiátrico de una provincia mediterránea, nos impactó un aviso colocado junto a la puerta de salida que informaba a los internados que regresar con signos de embriaguez tras un permiso significaría la suspensión durante un mes del pase de salida y se les efectuaría además una semana de tratamiento con apomorfinas.

Es curioso que algunos profesionales, después de pasarse horas convenciendo al paciente y a su familia de que lo que está ocurriendo constituye una enfermedad y no un problema ético-moral, se dediquen a aplicar un trato, pretendidamente terapéutico, consistente, en la mayoría de los casos, en internarlo en un hospital psiquiátrico y hacerle vomitar a diario durante un mes como mínimo. Algún terapeuta puede incluso estar sinceramente convencido de la ineludibilidad de este tratamiento y negarlo como castigo, pero pensamos que esto no es más que una burda intelectualización que forzosamente no corresponde a la experiencia emocional vivida por los pacientes durante el "necesario tormento", como un alcohólico "curado" le llamaba. Sin recurrir a dinamismos profundos, es sabido el rechazo que la sociedad y la clase médica en general presentan frente al alcohólico, ese enfermo tan poco gratificador que insiste en seguir bebiendo, desobedeciendo a su médico y mermando su prestigio curativo. Los psiquiatras hemos expresado nuestro resentimiento de manera más sutil. Sin embargo, a nuestro modo de ver, existen sólidos argumentos para ir pensando en abandonar esta práctica, pues desde el punto de vista del mensaje transmitido a la

sociedad, implícitamente se refuerza la imagen del alcoholismo como problema individual y la idea moralista de curación por la mortificante penitencia del vómito.

Otro argumento a esgrimir en contra sería el que el conocimiento o suposición previa al tipo de tratamiento a que van a ser sometidos ha sido excelente y comprensible excusa en algunos pacientes alcohólicos para no acudir al médico, del mismo modo que preferimos ir tirando con nuestras dolorosas caries antes que ir al dentista.

En último término, y atendiendo tan sólo a consideraciones pragmáticas, la revisión de la literatura al respecto nos confirma que la elección del tratamiento depende principalmente de las creencias y actitudes personales del psiquiatra en cuestión más que de las realidades clínicas o los resultados terapéuticos, pues todos los autores con suficiente honestidad y formación coinciden en afirmar que mediante una estrategia terapéutica, intencionalmente planificada y sea ésta cual sea, los resultados a largo plazo (dos años) son los mismos en cuanto al número de abstinentes (11).

Según parece, todo consiste en introducir al individuo a quien interesa volver abstemio en un engranaje místico, religioso o científico, suficientemente coherente con sus expectativas y las del grupo como para ser creído por el conjunto, incluido el curador, por supuesto.

Hace quince días, un misionero que, según él, estaba de paso en Barcelona y que llevaba tres años en un poblado del Amazonas, nos trajo al Dispensario "Teral" lo que consideraba un descubrimiento revolucionario para nuestra civilización recuperado de pócmas ancestrales. Hombre de gran humildad, no quería que su identidad figurase en ningún lugar. Nos explicó que las monjitas de la misión, en una semana, curaban a los alcohólicos (que allí también los hay, aunque no haya tanta publicidad) utilizando una fórmula que los indígenas venían usando desde tiempos inmemoriales para el ritual de curación y que ellas habían hecho analizar. El misionero relataba entusiasmado cómo bebedores con graves trastornos abandonaban para siempre el hábito tras una semana de tomar seis gotas del preparado tres veces al día.

Finalmente nos dio la fórmula magistral que traía cuidadosamente anotada y cuyo coste aproximado (50 pesetas el litro) había incluso preguntado en una farmacia:

"CONTRA EL ALCOHOLISMO

Agua	500 c. c.
Lactofosfato de cal	32 gr.
Sulfato de zinc	9 gr.

Tomar 6 gotas tres veces al día mezcladas con leche, jugo de fruta o agua. Esto es inofensivo y no produce hábito de droga."

Le dimos las gracias por su información e interés. Aquí la pócima es muchísimo más cara; eso sí, lleva incluido el cuentagotas.

(8) Rathod, N. H., y cols.: **A two year follow-up study of alcoholic patients**, "Brit. Journal of Psychiatry", 112, 683.

(9) N. Kessel, H. Walton: **Alcoholism**, Penguin Books Ltd., London, 1972.

(10) J. L. Fábregas, A. Calafat: **Política de la Psiquiatría**, Zero, S. A., Madrid, mayo 1976.

(11) Glatt, M. M., en el artículo **Analcoholic unit in a mental hospital**, aparecido en el "Lancet", 397, informa, por ejemplo, con una estadística de ciento cincuenta pacientes voluntarios que al cabo de dos años, aproximadamente un tercio se mantenían abstinentes, otro tercio se dosificaban y el resto no habían modificado su conducta.

IV Jornadas Nacionales Socidrogalcohol (Almería, octubre 1976)