

## **ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE GRUPOS DE DISCUSION EN ENFERMOS ALCOHOLICOS \***

**SIERRA TERRADEZ, E.\*\***

Estudio supervisado por el jefe del Servicio de Alcoholismo y otras Toxicomanías, doctor José Manuel Monegal Ferriol

En el presente estudio se pretendió recoger información sobre los grupos de discusión en el tratamiento de pacientes alcohólicos. Para ello el experimentador empleó el método observacional, aplicado a los grupos de discusión durante sus sesiones. Las observaciones así obtenidas fueron clasificadas en contenidos, dinámica y estructura del grupo.

Se observó una estructura funcional y muy variable debido a la rotatividad; la dinámica grupal estuvo orientada hacia la presión a la uniformidad, y los contenidos hacia los problemas del alcoholismo.

El análisis de los resultados puso de manifiesto la preocupación que el grupo sentía hacia las recaídas, las justificaciones y el tratamiento de la conducta alcohólica, mostrando, además, la conveniencia de modificar en algunos aspectos la estructura y la dinámica para facilitar la participación.

- 
- \* El presente artículo corresponde al informe técnico presentado a la dirección del centro con fecha 24 de enero de 1978.
  - \*\* Psicólogo colaborador del Servicio de Alcoholismo y otras Toxicomanías, Clínica Mental Santa Coloma de Gramanet.

El acercamiento entre una concepción del hombre como disuelto en una masa social (Durkheim), y la tesis contraria o individualista, representada por F. H. Allport y, en cierto modo por Freud, permitió el surgimiento de la psicología social, disciplina que dio el mayor empuje a los estudios sobre los grupos.

Desde que Prat (1906) iniciara sus experiencias con enfermos tuberculosos y más intensamente a partir de los experimentos de Kurt Lewin (1935), se ha indagado mucho sobre el tema. No se puede decir lo mismo en lo referente a la investigación sobre grupos de discusión o terapia en pacientes alcohólicos, ya que en dicha área los estudios en nuestro idioma son escasos, siendo, además, excesivamente polarizados hacia una teorización especulativa y poco científica, o un empirismo empobrecido carente de un marco referencial.

Los grupos de discusión han sido citados por cuantas monografías se han escrito sobre el alcoholismo, y más particularmente sobre su tratamiento (Alonso Fernández, 1961; Bogani, 1975; Freixa, 1977; Piqueras, 1973). Aspectos parciales del mismo han aparecido en escritos sobre la especialidad (Fábregas, 1976; Alonso Fernández, 1961; Pérez Martorell, 1977, entre otros).

Otros trabajos sobre dicho tema han sido realizados por psicólogos y asistentes sociales, e incluso por enfermos recuperados que los han presentado en congresos y seminarios.

Por ser el alcoholismo una enfermedad social, cuya etiología o causa más directa está vinculada a los grupos primarios (familia, amigos, trabajo) y secundarios (comarca, nación, cultura) (1), fue lógico suponer la importancia que para su tratamiento había de tener el grupo terapéutico, como para su profilaxis y reinserción la tienen los grupos sociales del perimundo en el que vive el sujeto.

Algunos autores han resaltado la importancia del grupo comparándolo con otras técnicas terapéuticas (Bach, 1972; Pérez Martorell, 1977; Vidal, 1976).

El autor del presente trabajo utilizó el método observacional por ser el más adecuado a una primera fase de la investigación, aun siendo consciente de su alta carga de subjetivismo y su parcial fiabilidad científica.

En el método observacional se puede carecer de hipótesis inicial de trabajo, siendo precisamente una de sus finalidades proporcionar la información necesaria para la formulación de nuevas hipótesis, difíciles de encontrar por medio de la especulación apriorística.

Sherif (1962) define al grupo en general como "unidad social que:  
"1. Consta de una pluralidad de individuos que durante un tiem-

po dado se mantienen unidos en una cierta relación de interdependencia de status y de función.

- "2. Que posee, de forma expresa o tácita, una serie de valores o normas que regulan el comportamiento de cada individuo, al menos en lo que respecta al grupo" (citado por Sbandi, 1977).

Las características específicas del grupo de discusión en pacientes alcohólicos vienen dadas por su función terapéutica de apoyo e integración, y aprendizaje de conductas nuevas y alternas que sustituyan las de bebedor (Freixa y cols., 1977; Rodríguez-Martos, 1976).

Otra característica es la gran homogeneidad de sus componentes, a veces de clase, y, sobre todo, de causa (alcoholismo).

## **METODO**

### **Sujetos**

No fue necesaria la selección de sujetos por realizarse la observación sobre la totalidad de los asistentes al grupo.

La observación fue realizada los miércoles y los viernes de cada semana, siendo los grupos iguales por su composición, en cuanto a los pacientes ingresados, y diferentes por el mismo concepto, en cuanto a la asistencia de pacientes dados de alta, externos o familiares.

No se registró de forma sistemática la edad, el sexo, la educación, ni la clase social. A pesar de ello, tanto el observador como el jefe de servicio y las asistentes sociales coincidieron en considerar a la muestra de un nivel socio-cultural bajo.

La media de asistencia durante el período estudiado fue de 24 pacientes ingresados, a los que acompañaron 5 familiares por sesión y 9 pacientes externos que vinieron en compañía de 3 familiares. La media total fue de 34 personas por sesión, habiendo sido el grupo más pequeño de 25 personas y el más numeroso de 43.

El grupo, en cuanto al sistema de ingreso en él, fue abierto. Por otro lado, al ser los pacientes y los familiares afectados por un problema común, podemos hablar de grupo de pertenencia y relación.

### **Instrumentos**

El observador no empleó instrumentos técnicos de medición ni otro tipo de pruebas o cuestionarios.

## **Procedimiento**

Las observaciones y las anotaciones las realizó dentro del propio grupo, como observador no participante, con escasa o nula interferencia sobre la dinámica o estructura del mismo. En ningún momento el grupo cuestionó su presencia o función, pidiendo información sólo un sujeto de forma individual y extragrupal.

Las anotaciones así obtenidas fueron clasificadas posteriormente en contenido manifiesto y contenido latente, dinámicas de situación y de desarrollo y componentes estructurales. Los resultados se analizaron dentro del marco de la psicología social, teniendo en cuenta los componentes dinámicos cognitivos y de aprendizaje, así como la situación en que los grupos tuvieron lugar.

## **RESULTADOS**

### **Estructura**

La estructura más frecuente que se observó fue la de círculo con interacciones radiales y eje en el terapeuta; este modelo de estructura se hizo más frecuente con la presencia de un médico.

El psicoterapeuta ocupó un sitio tras una mesa tangente al círculo. Aunque algunos sujetos tuvieron sentido de demarcación territorial, la tendencia más generalizada fue la de ocupar los puestos más cercanos al psicoterapeuta los sujetos ingresados, y los externos y familiares los más lejanos. Una excepción a lo anterior lo formaban los últimos ingresados con inclinación hacia los lugares más alejados y externos del círculo.

La distribución de roles fue poco estructurada, estando más en función de la situación y el contenido de la comunicación que de características personales, salvo el caso del terapeuta que fue menos influido por lo anterior, y el de determinados sujetos de rasgos personales muy acusados.

En algunos psicoterapeutas se observó una marcada tendencia a asimilar el rol de informador directivo.

Otra función mantenida constante por el psicoterapeuta fue la de coordinador y vigilante del orden del grupo, evitando la formación de subgrupos o diálogos marginales no vertidos en el grupo.

La rotatividad de ingresos dificultó la formación de auténticos líderes, siendo éstos ocasionales y válidos para el grupo en que se formaron, pero no siempre para los grupos que le sucedieron.

Se observó que la existencia de un líder culto y documentado enriquecía los contenidos de la discusión, pero hacía disminuir el número de intervenciones espontáneas del resto de los miembros.

Los modelos de líderes o pacientes recuperados demasiado perfectos, con ostentación de cualidades privilegiadas, tuvieron poca aceptación y mala identificación por parte de la mayoría, que se consideraba diferente.

### **Dinámica**

El observador apreció tensión permanente en el sentido positivo del término, o sea, como fuerza que mantiene la atención y el interés del grupo hacia los contenidos y las relaciones. Pero esta tensión, como fuerza activa, no fue estática, sino dinámica, aumentando y disminuyendo, influida por diversos factores:

- a) **Factores Internos:** la inhibición del psicoterapeuta en su rol directivo-orientador produjo tensión e inhibición inicial del grupo, reaccionando más tarde prescindiendo, en parte, del psicoterapeuta. También fue causa de alta tensión emocional en el grupo la exposición de temas que atacaban la dignidad del alcohólico, con menosprecio de su personalidad, y los que trataban sobre las recaídas de pacientes con largos períodos de abstinencia.
- b) **Factores externos:** los problemas de convivencia entre los ingresados, las relaciones y los contactos entre los asistentes dados de alta produjeron alta tensión en determinados momentos.

### **Evolución-resistencia**

Aún cuando la evolución más frecuente de cada uno de los miembros del grupo fue la de iniciación-recelo-negación de la enfermedad-aceptación, parcial-aceptación, total-uni6n al grupo para presionar sobre los nuevos en el mismo sentido que presionaron sobre 6l, puede haber factores que aceleren o retarden este proceso:

- a) **Actitudes del sujeto.** Puede ser que el sujeto acepte o rechace la terapia en general o al grupo en particular. Las actitudes de rechazo fueron activas con defensa de negaci6n o de justificaci6n de su conducta alcoh6lica; con agresividad hacia los familiares y hacia otros miembros de sus grupos primarios o hacia el equipo terap6utico. En otros sujetos se observ6 un rechazo pasivo con escasa o nula participaci6n, poca atenci6n y automarginaci6n del grupo.

Algunos sujetos, con actitud de rechazo pasivo del grupo aumentaban su atención y participación cuando el que intervenía era el médico. En ambos casos de rechazo activo o pasivo, el observador apreció una fuerte resistencia a la identificación con los relatos de los otros pacientes que aceptaban su conducta alcohólica.

b) Actitudes del grupo. Ante la presencia de un nuevo sujeto el grupo adoptó una actitud informativa y de interés hacia él, pero exigente en cuanto al reconocimiento de su enfermedad, con fuerte presión hacia la uniformidad; esta fuerza aumentaba cuanto mayor era la participación desviante y la probabilidad de vencerla. Si la integridad del grupo y su cohesión eran débiles, la presión a la uniformidad disminuía por su falta de eficacia y por el riesgo que para el grupo suponía; por el contrario esta presión aumentaba en grupos de alta conciencia de su objetivo común, con vigorosos lazos de unión, definidos en cuanto a sus relaciones inter e intra grupales, y fuertes compromisos entre los sujetos y el grupo. En resumen, serían grupos con una normativa clara y aceptada por la mayoría.

c) Conflicto de lealtades. En determinados miembros se observó una situación conflictiva entre las normas explícitas o tácitas del grupo de discusión y las del grupo o institución a que pertenecía el sujeto. También se observó actitudes de prejuicio por parte del grupo hacia sujetos que pertenecían a determinadas instituciones sociales.

d) Interacciones. Las relaciones de participación estuvieron influidas por las características del líder, la conciencia de enfermedad, la cultura del grupo y la actitud del psicoterapeuta.

La tendencia más generalizada fue la de relación paciente-terapeuta, para pedir información en los menos integrados, y la de terapeuta-paciente, hacia los sujetos dados de alta.

Con cierta frecuencia se vivieron situaciones de auténtica relación dinámica entre los pacientes.

### **Contenidos**

En orden de frecuencia, más de la mitad de intervenciones hicieron referencia al tratamiento de la enfermedad, sobresaliendo dentro de éstos las recaídas, con un 23 %. El motivo o excusa que con mayor frecuencia se consideró determinante volver a beber, fue la desconfianza de la familia y la presión social. Otros aspectos, por orden de frecuencia, fueron:

- Aceptación o negación de la enfermedad, predominando lo último.
- La voluntad como ayuda al tratamiento.
- Asistencia al grupo, como refuerzo para mantener la abstinencia.
- Ventajas e inconvenientes de la medicación.
- Rehabilitación en inserción social.
- Recuerdo-olvido de la bebida.
- Responsabilidad de los médicos, del enfermo y de la sociedad ante el tratamiento.

Otro tema frecuente (36 % del total) giró en torno al alcoholismo como causa, sus características y consecuencias; destacando las causas y justificaciones del beber, entre las que podríamos señalar:

- Alcoholismo y virilidad.
- Alcoholismo-tónico-fortificante.
- Alcoholismo-ansiolítico.
- Bebedores por causa del paro, los "nervios", los fracasos sentimentales, la incomprensión y, sobre todo, por tener problemas no específicos.

Entre las consecuencias se mencionaron los efectos físicos, psíquicos y sociales del alcoholismo.

El tema de la familia, aunque con menor frecuencia, también fue debatido, discutiéndose su influencia como causa de la enfermedad, su participación en el tratamiento y las consecuencias y conflictos que sufren. En algunos momentos el grupo fue escenario de acusaciones del cónyuge hacia el paciente alcohólico.

## **ANALISIS**

Por las limitaciones propias del método, explicadas ya en la introducción, difícilmente se pueden extraer conclusiones definitivas que confirmen o rebatan los estudios anteriores, pero sí elementos de juicio y datos, más o menos empíricos, que faciliten u orienten futuras investigaciones sobre el tema.

Entre los datos significativos está el de la preocupación del grupo por las recaídas, temor que no es exclusivo de los pacientes, sino compartido por el equipo terapéutico. Dada su trascendencia, será necesario conocer las causas más específicas para poder incidir sobre ellas en el tratamiento. Criterios semejantes podrían seguirse con el tema de los tópicos culturales, a los que muchos pacientes hacen referencia para justificar su ingesta.

El conflicto de lealtades que se observó dentro del propio sujeto y entre los miembros del grupo dificultó con frecuencia la dinámica, favoreciéndola en otras ocasiones. El que la favoreciese o dificultase no fue debido al azar, por lo que el conocimiento de estas causas facilitarían un criterio de formación de grupos. Los conflictos se observaron sobre la lealtad al grupo de alcohólicos y la lealtad a las normas de otros grupos también de pertenencia o de referencia (familia, sexo, grupo social...).

El grupo ejerce su función terapéutica no sólo con la información que aporta, sino también por la presión que ejerce hacia la uniformidad. Este aspecto es importante en el plano de la recuperación del sujeto, por más que algunos autores quieran ver en ello un atentado contra la libertad del individuo. Esta presión no solamente se observa en grupos de discusión o terapéuticos, puesto que es común a cualquier situación social en la que el sujeto tenga que emitir un juicio en presencia de otros, entonces "se forma una especie de opinión convergente o norma, que es tenida por todos como punto de referencia" (Sherif, 1935; Asch, 1959), sin que en cualquiera de estos casos la nota discordante tenga que ser el lado negativo.

Coincidiendo con las observaciones de Cartwright y Zander (1971) en los grupos de discusión se observó una presión a la uniformidad con tendencia al mantenimiento del grupo, del objetivo común (dejar de beber) y el definir las relaciones con el medio social y familiar. Para ejercer esta presión el grupo se valió de recompensas emocionales (estima, aceptación, comprensión, atención) y castigos (negación de recompensas y acusaciones con tendencia a rebatir sus argumentos).

No considero posible en este trabajo el análisis de los líderes por las características del grupo y su rotatividad, que exigirían un estudio más detenido de este tema.

Con frecuencia en medios profesionales se ha criticado la actitud directiva de los psicoterapeutas que trabajan con grupos de alcohólicos. Lo delicado del tema obliga a un análisis sereno, sin idealismos trasnochados, ni posturas más acordes con la moda del momento que con la realidad explícita y vivencial del grupo. Si los psicoterapeutas conductistas no tienen inconveniente en hablar de condicionamiento terapéutico para modificar una conducta patológica, ni los psicoanalistas de mecanismos compensatorios para sustituir otros mecanismos más neuróticos, no comprendemos la resistencia de ciertos psicoterapeutas para reconocer que un trastorno producido en gran parte por la manipulación social, puede ser tratado por el mismo método con dirección opuesta (Freixa). Lo que no es terapéutico es el adoptar una postura apriorística ante el grupo; por ser éste

un todo dinámico sujeto a cambios, debe el psicoterapeuta estar atento a éstos, siendo la dinámica y la situación de cada momento la que debe determinar su actitud, consciente del efecto que tendrá sobre el grupo (Aubry y Saint-Arnaud, 1971).

El grupo estudiado, compuesto sobre todo por miembros ingresados, posee unas características especiales, como son las relaciones de convivencia dentro de la unidad (Monegal, 1975) que hacen necesario el conocimiento de estos hechos y situaciones para comprender mejor el funcionamiento del grupo de discusión (Levinson, 1973).

Sobre el número de miembros hay diversas opiniones. Los compuestos por más de 25 ó 30 son considerados grupos grandes y tienden a adoptar estructura de asamblea. Para Slater, 1976, y para Bales, 1970, el número ideal sería de cinco a siete sujetos, argumentando que al aumentar el número aumenta la agresividad y la competencia, al tiempo que disminuye la participación y la organización. Al disminuir por debajo de estos números, consideran que hay inhibición por temor a la disolución del grupo. Pienso que estos criterios no son del todo válidos para los grupos de discusión de alcohólicos por cuanto se ha podido observar en grupos de más de 25 personas. Este hecho podría ser debido a que el grupo grande se asemeja más al grupo social en el que enferma el paciente, además de que al aumentar el número aumentan los modelos de conductas alcohólicas, facilitando así la identificación del nuevo miembro con alguna de ellas (Freixa). De todos modos, la formación de grupos más reducidos, pero seleccionados, evitaría los problemas de participación, conservando las posibilidades de identificación si la selección es adecuada.

Otras hipótesis que podrían ser estudiadas a la luz de los resultados serían las siguientes:

- Tipo de intervención: duración, procedencia y análisis de los contenidos verbales o de comunicación no verbal (silencios, posturas, gestos, etc.).
- Interacción y situación social en la estructura grupal.
- Valoración del grupo y actitud frente a él de sus componentes.
- Influencia de los grupos externos.
- Influencia del sexo, el coeficiente intelectual, la formación educativa, la cultura y la clase social en el tratamiento de grupo.

Muy en particular, y en función de las observaciones realizadas, uniéndolas a las anteriores experiencias de Asch, 1969, y otros autores, se ha visto conveniente el perfeccionamiento de las técnicas en

los grupos informativos, lo cual, como ya se observó, repercute en el enriquecimiento temático de los grupos de discusión, en la curación de sus componentes (Monegal, 1975; Vidal, 1976; Bogani, 1977) y en su reinserción social; teniendo un efecto positivo y profiláctico sobre el medio en que se desenvuelve el paciente tratado, por la información que puede aportar a sus familiares, vecinos y compañeros (2).

Los resultados de la observación también han permitido apreciar las posibles deficiencias en las técnicas de los grupos de discusión, facilitando las oportunas modificaciones en ellas. Por otro lado se confirmó la importancia que para el tratamiento tendría la creación de un nuevo grupo de psicoterapia para determinados pacientes, que por sus características personales o sociales precisasen de un tratamiento complementario diferenciado del que reciben el resto de sus compañeros.

---

(1) Entendiéndose por cultura no la suma aislada de conocimientos, sino en el sentido de Margaret Mead (1932) o Malinowski (1929), las características de pensamiento y vida en comunidad de determinadas zonas (mediterránea, nórdica, etc.).

---

(2) Por considerar que esta tarea puede ser facilitada con la creación de un material gráfico y un programa informativo adecuado a las aptitudes e intereses de los pacientes alcohólicos y otros toxicómanos en tratamiento, se ha iniciado una nueva investigación con dichos objetivos. Agradeceremos cuantas colaboraciones e informaciones se nos faciliten.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ASCH, S. E.: **Psicología social**, traducción castellana, Ed. Universitaria de Buenos Aires, Argentina, 1959.
- AUBRY, J. M.; SAINT-ARNAUD, I.: **Dinámica de grupos**, traducción castellana, Euramérica, Madrid, 1972.
- ALONSO-FERNANDEZ, F.: "Grupos de Alcohólicos", **Revista de Psicología General y Aplicada**, 1961, págs. 515-523.
- BACKMAN, S.: **Psicología social**, traducción castellana, col. "Granjas Esmeralda", México, 1976 (McGRAW-HILL).
- BACH, L.: "Experiencias en psicoterapias de grupos y trabajo social de enfermos alcohólicos durante cuatro años", comunicación libre presentada al XVIII Congreso Nacional de Alcoholismo, Sevilla, 1972.
- BOGANI, E.: **El alcoholismo, enfermedad social**, Plaza & Janés, Barcelona, 1975.
- BOGANI, E.: "Sociogénesis del alcoholismo", revista **Jano**, 1976, 245, págs. 19-24.
- CAPARROS, N.: "De la psicoterapia individual a la psicoterapia de grupo", **Revista Clínica y Análisis Grupal**, 1977, 4, págs. 30-38.
- CARTWRIGTH, D.; ZANDER, A.: **Dinámica de grupos**, traducción castellana, Trillas, México, 1975.
- DUVERGER, M.: **Métodos de las ciencias sociales**, traducción castellana, Ariel, Barcelona, 1975.

- FABREGAS, J. L.; ALONSO, E.: "Manipulación y dependencia en los grupos terapéuticos de alcohólicos", *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 1976, 5, págs. 303-311.
- FREIXA, F.; BACH, L.; VIDAL, J.; MEDIAVILLA, B.: "Asistencia a los enfermos alcohólicos", *Drogalcohol*, julio 1976.
- FREIXA, F.; BACH, L.: *Qué es el alcoholismo*, Gaya Ciencia, Barcelona, 1977.
- GARCIA DE LA HOZ, A.: "Revisión histórica de la psicoterapia grupal", *Revista Clínica y Análisis Grupal*, 1976, 1, págs. 9-19.
- GRINBERG, L.; LANGER, M.; RODRIGUEZ, E.: *Psicoterapia del grupo*, Paidós, Buenos Aires, 1971.
- JIMENEZ BURILLO, F.: "Teoría general de sistemas y microgrupos", *Cuadernos de Psicología*, 3, 1977, 10, págs. 24-35.
- MANN, L.: *Elementos de psicología social*, traducción castellana, Limusa, México, 1976.
- MARIN, G.: *Manual de investigación en psicología social*, Trillas, México, 1975.
- MONEGAL, J. L.: "Observaciones sobre el grupo psicoterapéutico de discusión número 1 para enfermos alcohólicos", material no publicado.
- MUNNE, F.: *Grupos, masas y sociedades*, Gráf. Bobes, Ed. Hispano Europea, Barcelona, 1974.
- MURCIA-VALCARCEL, E.: "Tratamiento y rehabilitación de enfermos alcohólicos a través de la psicoterapia de grupo", ponencia presentada al XVIII Congreso Nacional de Alcoholismo y Toxicomanías, Sevilla, 1972, págs. 215-221.
- PEREZ-MARTORELL: "Resumen de temarios más importantes en psicoterapias de grupo durante el año 1976", *Revista Abstinencia*, 1977, 13, págs. 22-26.
- PIQUERAS, F.: *Informe sobre el alcohólico*, Naranco, Valencia, 1973. Oviedo.
- RAMIREZ, A.: "El psicodrama como tratamiento para los alcohólicos", ponencia oficial presentada al XVIII Congreso Nacional de Alcoholismo y Toxicomanías, Sevilla, 1972, págs. 204-214.
- RODRIGUEZ-MARTOS, A.: "Estudio piloto para detectar la evolución y el posible cambio de actitud a los enfermos alcohólicos asistentes a grupos de discusión", *Revista de Alcoholismo y Toxicomanías*, Valencia, 1976, págs. 21-33.
- RODRIGUEZ-MARTOS, A.: "Intento de estudio etiopatogénico del alcoholismo", *Revista del Departamento de Psiquiatría, Facultad Médica de Barcelona*, 1976, 3, 1, págs. 59-80.
- RODRIGUEZ-MARTOS, A.: "El aprendizaje de la ingesta alcohólica en la infancia", revista *Jano*, 1976, 246, págs. 25-27.
- SBANDI, P.: *Experiencias de grupos*, traducción castellana, Herder, Barcelona, 1977.
- ZAJONC, R. B.: *La psicología social: estudios experimentales*, traducción castellana, Marfil, Alcoy, 1967.
- LEVINSON, G.: *Sociología del enfermo mental*, traducción castellana, Amorrortu, Buenos Aires, 1973.