

## **MODIFICACION DE ACTITUDES EN PACIENTES ALCOHOLICOS RECUPERADOS ASISTENTES A GRUPOS DE DISCUSION**

**DRA. ALICIA RODRIGUEZ-MARTOS, Psiquiatra Adjunto**  
**DR. LUIS FERRER VIDAL, Psiquiatra residente**

**SERVICIO DE ALCOHOLISMO Y TOXICOMANIAS  
DEL INSTITUTO MUNICIPAL DE PSIQUIATRIA DE BARCELONA**

### **I. INTRODUCCION**

El presente trabajo quiere ser un intento de aproximación ordenada, a una serie de cambios en los hábitos, actitudes y afectividad del paciente alcohólico, una vez realizado un tratamiento de desintoxicación y deshabitación y que suponemos han sido observados por gran número de los especialistas que trabajamos en este campo.

Como hemos dicho, intentaremos una aproximación (mas en el camino de un "estudio piloto" para detectar la evolución y el posible cambio de actitudes en los enfermos alcohólicos asistentes a grupos de discusión, que publicara la doctora Rodríguez Martos en la revista DROGALCOHOL de enero de 1976), a partir de la observación empírica, sin pretender, ni mucho menos, agotar el campo ni en amplitud ni en profundidad, pero sí queremos dar unos pasos más para rebatir o constatar la presencia de tópicos que envuelven la personalidad del enfermo alcohólico, ya que a nuestro entender, dichos tópicos tienden a marginalizar al paciente, situándolo fuera de la realidad al eximirlo de su singularidad.

### **II. MATERIAL Y METODOS**

Partimos inicialmente de las anotaciones individualmente realizadas por los miembros del equipo en distintos servicios de alcoholismo, acerca de aquellos aspectos que nos parecía observar variaban con mayor frecuencia y que eran expuestos por los propios pacientes de forma espontánea, bien sea en los grupos de discusión, bien en las periódicas entrevistas que mantenemos, elaborándolas posteriormente en grupo.

El resultado fue un protocolo cerrado en el que podíamos distinguir tres apartados:

1. Modificaciones que se inscribirían en el ámbito de la psicopatología, en especial intentando delimitar algo más la presencia de alguno de los tres grandes síndromes: ansioso, depresivo e hipomaniaco, que a criterio del equipo parecían observarse con mayor frecuencia en pacientes alcohólicos abstinentes haciendo especial énfasis en este último, ya que si bien los dos primeros corresponderían a los que la psicopatología clásica describe, el último, el síndrome hipomaniaco, aparecía con características especiales que intentaremos describir.

Se trataba a nuestro entender de una situación de euforia y expansividad transitoria, pero evidente, tanto para el paciente que la experimentaba, como para el grupo familiar y el equipo terapéutico que la observaban. Junto a la euforia y la expansividad, existían manifestaciones de aumento de la libido, incremento desmesurado del apetito, sensación de seguridad en sí mismo, vivencia subjetiva de "problema superado" referido a la propia enfermedad, situación de liderazgo y verborrea dentro del grupo de discusión, desinhibición afectiva y discreta exaltación del YO llena de iniciativas respecto al planteamiento, funciones y posibilidades del servicio y actitudes paternales con otros pacientes recién admitidos en el mismo. Todo ello, como hemos dicho, de carácter transitorio y sin que por nuestra parte, cuando menos en esta primera aproximación, exista la pretensión de valorar los resultados de dicha situación, sino simplemente constatarla e iniciar una cierta discusión sobre la misma. Inicialmente aceptábamos la presencia de un síndrome cuando se evidenciaban cuando menos tres síntomas del mismo de forma manifiesta.

2. Modificaciones que afectarían al ámbito de las relaciones sociales, familiares y laborales.

3. Modificaciones en la ingesta de otros productos, alimentos, psicofármacos y otras drogas sociales.

Estos tres apartados se complementarían con una serie de datos respecto al diagnóstico del paciente, los tratamientos realizados antes y después de la última abstinencia, tanto desde el aspecto alcohólico como psiquiátrico, el tiempo total de abstinencia y la frecuencia de asistencia y rol dentro de los grupos de discusión.

El cuestionario, una vez confeccionado, fue administrado de forma individual por nosotros mismos a todos los pacientes que, sintiéndose subjetivamente vinculados a nuestro servicio, acudían a los grupos de discusión y habían realizado con nosotros el último tratamiento.

Se incluyen en el estudio 55 enfermos divididos en tres grupos de 20, 15 y 20 pacientes, en relación al tiempo de abstinencia transcurrido, desde el último tratamiento realizado.

El primer grupo comprende de 1 a 3 meses de abstinencia.

El segundo grupo, de 3 a 6 meses.

El tercer grupo más de 6 meses.

Nuestro propósito era tratar de obtener una visión comparativa y dinámica respecto a las modificaciones observadas.

A tal efecto se valoraron en porcentajes y medidas los grupos de forma aislada, realizando después una comparación de las mismas entre los tres. De esta manera, los resultados que a continuación exponemos se darán globalmente cuando no presenten diferencias significativas y parcialmente aquellos que sí las presenten, determinando su significancia.

### III. RESULTADOS

Predominio del sexo masculino 78'4 % frente al femenino 23'6 %. El diagnóstico definitivo es en el 83'6 % de los casos de B.E.R. con alcoholomanía y alcoholización, en segundo lugar con el 9 % caracterópatas y el 7'4 % restante repartido entre Border Line, alcoholismo sintomático y alcoholismo asociado a otra toxicomanía.

Anteriormente al último tratamiento un 52'7 % de los pacientes había realizado otras terapias, bien facultativas bien autoadministradas para el alcoholismo, con una media de 1'7 intentos previos. Un 20'5 % lo había hecho para trastornos psíquicos menores, la mayoría de ellos presumiblemente secundarios a la enfermedad alcohólica y un 34'4 % no había sido nunca tratado.

Posteriormente en un 24'4 % de los casos ha sido precisa una terapia de base psicofarmacológica (benzodiazepinas, tricíclicos y vitaminoterapia por este mismo orden) en un 20'5 % de origen facultativo y en un 3'9 % autoadministrada.

Respecto a los tres grandes síndromes descritos se constató un síndrome depresivo en un 8'3 % de los pacientes, siendo los síntomas de mayor incidencia: astenia, impotencia o disminución de la libido, anorexia e irritabilidad.

Similares resultados obtuvimos en la patología ansiosa que se presentó en un 5'5 % de los pacientes, siendo el insomnio, la inquietud, el tabaquismo y la hiperactividad impulsiva los síntomas de mayor frecuencia.

Muy distintos fueron los datos obtenidos para el síndrome hipomaniaco. Un 42'8 % de nuestros pacientes lo sufrió siendo la sintomatología de mayor incidencia, el aumento desmesurado del apetito (100 % de los casos), exaltación del YO (96'7 % de los casos), aumento de la libido (68'9 % de los casos) y en un 68'5 % de los casos este específico múltiple mencionado anteriormente que pretendíamos caracterizar.

Ninguno de los tres síndromes obtuvo diferencias significativas al ser comparado en los tres grupos.

Por lo que respecta a las ingestas de líquidos, encontramos una disminución en el 41 % de nuestros enfermos y un aumento en el 18'1 %.

Las ingestas de sólidos aumentan en un 92'6 % de los pacientes, no observándose disminución en ningún caso.

El consumo de tabaco aumentó en un 21'9 % y disminuyó en un 20'5 %. El de café aumentó en un 44 % de los pacientes y disminuyó en un 21'2 % de los mismos. Un notable aumento, del 33'6 %, se registró en la ingesta de bebidas sin alcohol (bitter, cerveza, tónicas, colas, etc.), observándose una disminución sólo en el 6'4 % de los casos.

Respecto al consumo de psicodislépticos lo más notable sería la masiva no utilización de los mismos (96'7% de los pacientes), en tanto que respecto al tabaco y al café no lo usan el 11'4 % y el 10 %, respectivamente. No existen diferencias significativas entre los tres grupos.

En el aspecto laboral se observa una mejoría del rendimiento cualitativo en un 69'4 % de pacientes. Mejoran cuantitativamente un 55'3 % y económicamente un 43 %. Se hallaban en situación de paro laboral un 12'2 % de enfermos.

Las relaciones familiares mejoran en un 66'7 % de enfermos y las conyugales en un 77'4 %, observándose en estas últimas una discreta tendencia a empeorar con el paso del tiempo, que no llega a ser significativa.

Un 7'2 % de pacientes se hallaba separado o en trámites de separación conyugal, previos al inicio del último tratamiento.

Respecto a posibles variaciones en los lugares de relación social se obtuvieron un 28'9 % de cambios frente a un 71'1 % de pacientes que seguían frecuentando los mismos lugares. En cuanto a los sujetos de relación social un 33'3 % juzgó que lo habían mejorado cualitativamente y un 27'2 % consideró haber ampliado su círculo de relación frente a un 12'8 % que lo redujo.

Por último veremos las relaciones de estos pacientes con el grupo de discusión tanto desde el aspecto de su situación en el mismo, valorada por el propio paciente, como de su actitud, realizada por el miembro del equipo que administraba el protocolo.

Un 77'8 % de los pacientes se sentía integrado y un 10 % marginado.

Se valoró la actitud receptiva como la de mayor incidencia 51'7 % seguida de la de líder 17'2 %, encontrándose en esta última, incremento significativo en relación al mayor tiempo de abstinencia, cuando se compara en los tres grupos. Siguen a éstas la actitud indiferente (15 %) y el resto (9'3 %) se reparte entre provocadora, receptiva/indiferente e indiferente/provocador.

En cuanto a la media total de asistencia, que es de una reunión por semana, se hallan diferencias muy significativas (0.001) entre el primer grupo, que acude casi 2 veces por semana (1'55), y el último, que lo hace algo más de una vez cada 15 días (0'61), siendo poco significativas entre el primero y el segundo.

## **CONCLUSIONES Y COMENTARIOS**

1.º Respecto al diagnóstico mayoritario de B.E.R. con alcoholomanía y alcoholización, creemos importante destacar que nuestro servicio (enclavado dentro de un centro psiquiátrico de urgencias de noventa camas, con una demanda asistencial de casi 3.000 ingresos anuales, de los cuales un 60 % son por patología de origen alcohólico), se ve forzado a seleccionar este tipo de pacientes que a nuestro entender permiten terapias eficaces más "rentables".

2.º Algo más de la mitad de los pacientes había realizado anteriormente una media de casi 2 intentos de tratamiento específico para el alcoholismo, bien sea de forma facultativa o autoadministrada.

3.º Respecto a la escasa incidencia de manifiesta patología psíquica posterior, que parecería reforzar la hipótesis etiológica de conducta socialmente condicionada, frente a las que considerarían el alcoholismo como síntoma de una patología primaria encubierta, consideramos que sólo desde una óptica muy ingenua se puede concluir que la única terapia que presta un servicio de alcoholismo es la asistencial aparente, obviando así toda una realidad que abarcaría de igual modo los inconscientes individuales y los colectivos y cuyo papel dentro de las instituciones consideramos de primera importancia.

4.º La aparente incidencia y caracterización del síndrome hipomaníaco, permite abrir un cierto debate, conscientes de que un buen número de interrogantes quedan pendientes. ¿Nos hallamos ante un

síndrome patológico o frente a la reacción lógica de la reinserción de un paciente desintoxicado orgánicamente al que se ha concienciado de la necesidad de abstinencia, dentro de una sociedad altamente alcoholómana? ¿Hasta qué punto la "seguridad en sí mismo", la euforia y la expansividad no forman parte de una defensa necesaria frente a la pesadilla que son hoy por hoy las terapias de deshabitua-ción y los internamientos psiquiátricos?

5.º Se observa un marcado incremento de las ingestas alimentarias en la práctica totalidad de pacientes.

6.º Los consumos de café y tabaco no sufren grandes variaciones, sin embargo el incremento de bebidas substitutivas "sin" alcohol afecta a más de 1/3 de la población.

7.º Amplia mejoría en el campo laboral, que repercute tanto en el rendimiento como en la remuneración económica.

8.º Una de las cuestiones ampliamente debatidas en los grupos de discusión es la conveniencia o no de variar los lugares y los sujetos de relación social que habían acompañado el hábito alcohólico. Del resultado de nuestro estudio se desprende una tendencia mayoritaria al mantenimiento de los mismos.

9.º Mejoría importante de las relaciones conyugales y familiares, aunque, como hemos dicho, las primeras tienden a empeorar discretamente a partir de los 6 meses de abstinencia.

10. La situación de integración en los grupos de discusión y la actitud receptiva predominan en los 3 grupos.

11. La actitud de liderazgo en dichos grupos aumenta significativamente a partir de los 6 meses de abstinencia.

12. Tendencia a estabilizarse la media de asistencia a los grupos en una vez cada 15 días, después de haberse iniciado con una vez por semana durante los tres primeros meses de abstinencia.

13. Aun en el caso de que nuestra investigación no aportara nada nuevo al estudio y a la comprensión de lo que denominamos enfermedad alcohólica, creemos que algunos aspectos interesantes se han puesto de manifiesto durante la realización de este trabajo y que quizá sean por sí mismas dignas de mención: en primer lugar tanto el aspecto formal y organizativo del estudio como el espacio de acogida del paciente precisan de una labor de equipo, del mismo equipo que desarrolla la actividad asistencial, y en segundo lugar queremos destacar el papel de los propios pacientes a la hora de potenciar iniciativas dentro del equipo, tanto en el terreno asistencial como en el preventivo.