

MUJERES DE ALCOHOLICOS: UNA EXPERIENCIA GRUPAL

ROBERTO PEREIRA TERCERO
(Psiquiatra)

LOURDES ETXEBARRIA URRESTI
(Psicóloga)

Módulo Psicosocial de Rekaldeberri, calle Villabaso, 24, Bilbao

Nos proponemos relatar aquí una experiencia llevada a cabo en el Módulo de Rekaldeberri con un grupo de esposas de pacientes alcohólicos, los cuales habían iniciado un tratamiento de desintoxicación y deshabitación en nuestro centro. La atención a la esposa del enfermo alcohólico, como persona directamente afectada por la situación patológica del alcohólico, nunca ha sido desatendida en nuestro módulo, llevándose a cabo grupos de apoyo e información desde hace varios años (1). En esta ocasión nos planteamos profundizar más en el terreno vivencial personal de estas mujeres, al margen de las reuniones fundamentalmente informativas que continuaron llevándose a cabo.

INTRODUCCION

A) Características del grupo

El grupo se formó con las esposas de los alcohólicos que en ese momento estaban iniciando su tratamiento en el módulo.

Se citó entonces a nueve mujeres, de las cuales acudieron siete, aceptando todas ellas la propuesta que se les hacía.

Sus edades estaban comprendidas entre 34 y 45 años; todas ellas tenían hijos (una media de tres, con un promedio de edad de once años), y llevaban entre doce y veinticuatro años casadas.

El nivel socio-económico de pertenencia era medio-bajo, siendo la profesión de los maridos: obreros (2), empleados de parkings (2),

(1) Tres años atrás se realizó también en el módulo una experiencia grupal con hijos de alcohólicos, que no tuvo continuación.

camionero, vendedor y pequeño propietario. La profesión de las mujeres era la de amas de casa, compaginando una de ellas esta tarea con la de interina por horas.

Dos de ellas eran nacidas en Bilbao, una en la provincia de Bizkaia, siendo las demás emigrantes, procediendo de las provincias de Badajoz, Burgos, Lugo y Zamora. Todas ellas viven en barrios suburbanos de Bilbao.

A sus maridos se les aplicó el tratamiento habitual en el centro: desintoxicación ambulatoria, deshabitación con tratamiento medicamentoso y psicoterapia de apoyo, acudiendo dos de ellos a un grupo de psicoterapia grupal durante un tiempo.

B) Metodología

El grupo se desarrolló semanalmente, con una duración de una hora, en dos períodos definidos, de cuatro meses cada uno, interrumpidos por las vacaciones del verano.

Se utilizó una técnica no directiva, en un marco de referencia psicodinámico, pero sin inscribirse en un encuadre psicoanalítico ortodoxo. Se enunciaron un mínimo de reglas:

- Día y horario fijo; compromiso de asistencia por ambas partes, anunciando con antelación las ausencias.
- Al comienzo del segundo período se anunció que se llevaba a cabo para hablar específicamente de sus problemas personales, pidiéndoles que evitaran en lo posible hablar del alcoholismo de sus maridos.

Los terapeutas, varón y hembra, estaban ambos presentes en los grupos, interviniendo cada uno cuando le parecía oportuno, sin ninguna adjudicación previa de roles. Se tomaron notas sólo al principio, registrando en una reunión post-grupal los aspectos más destacados de cada grupo.

C) Objetivos

Los dos períodos de los que constó el grupo fueron claramente definidos desde su principio. En la primera parte se les anunció que se iba a llevar a cabo el grupo durante cuatro meses; una vez finalizado este período, se evaluaría la posibilidad de continuar o no. El objetivo de esta primera parte era el de conseguir una toma de conciencia sobre su situación real, a un nivel vivencial, buscando la colaboración en el tratamiento de sus maridos a través de la mejora de su situación vital.

En el caso de conseguir este primer objetivo, pasaríamos en un segundo período a profundizar en sus problemas personales, con el fin de aumentar su autonomía personal, y consecuentemente disminuir su interdependencia con la situación patológica presentada por el alcoholismo de sus maridos.

DESARROLLO DEL GRUPO

A lo largo del desarrollo del grupo aparecen ciertos temas y formas de relación que, por su importancia y continua repetición, vamos a destacar:

1. La "defensa habitual".
2. La culpa.
3. El rol.
4. La elección de pareja.
5. La formación del sentimiento grupal.
6. La agresividad.

Intentaremos pormenorizar al describirlos, el mecanismo básico de funcionamiento del grupo, en relación con su problemática, y en su relación con los terapeutas.

1. La "defensa habitual"

Hemos dado este nombre al mecanismo fundamental de defensa que utilizan, a todo lo largo del desarrollo del grupo. Siempre que aparecen temas angustiosos, que el grupo no podía soportar, o bien se rozan terrenos personales peligrosos, se acude a ella. Pasan a hablar entonces del alcohol y del alcoholismo de sus maridos, de su situación social debido a ello, remarcando cuidadosamente su situación de víctimas.

Este mecanismo se puso más en evidencia en la segunda parte del grupo, en la que el planteamiento inicial era hablar de ellas mismas y de sus problemas, aunque desde la primera sesión grupal aparece constantemente.

Su aparición adopta una forma circular, tanto en cada sesión como a lo largo del tratamiento. Comienzan éstas adoptando una postura cautelosa y defensiva, con el tema "habitual" del alcoholismo de sus maridos. Conforme transcurre la sesión van bajando las barreras, pudiendo tratar temas personales, reapareciendo la barrera defensiva al ir finalizando la hora.

El mismo mecanismo se observó en el transcurrir del tratamiento. En las primeras sesiones, el tema "habitual" era prácticamente el único que apareció. Poco a poco fueron apareciendo temas personales, que ocupaban la práctica totalidad de las sesiones al final de la primera parte y comienzo de la segunda. Conforme el tratamiento

llegaba a su fin, iban dedicando progresivamente más tiempo a reorganizar sus fuertes defensas.

Encontramos varias razones para la utilización de esta rígida y difícil de desplazar barrera defensiva. La primera, indudablemente, es que están convocadas como esposas de enfermos alcohólicos en tratamiento. Es decir, nosotros ya hemos puesto la etiqueta a sus maridos, y no es difícil para ellas situarse como víctimas. Y generalmente se sitúan como víctimas de sus maridos, no de la enfermedad de sus maridos. He ahí una dificultad constantemente presente en todas ellas, que se evidenció en un roll-play en el que pusieron al descubierto su agresividad. A pesar de haber leído, escuchado y afirmado con frecuencia que el alcoholismo es una enfermedad, y como tal, el que la padece no es "responsable" de su sintomatología, en su interior guardan una fuerte y profunda agresividad hacia sus maridos, fraguada, bien es verdad, en numerosos días de conflictos. Por tanto, si ellas necesitan algún tipo de tratamiento (cosa que está presente al aceptar venir a los grupos), es debido al perjuicio que les ha podido causar su marido. Son víctimas de la "enfermedad" del marido.

En segundo lugar, a lo largo de las sesiones, manifiestan reiteradamente su sensación de soledad y aislamiento. Dicen sentirse cogidas entre dos fuegos, sus maridos por un lado, y por el otro la "sociedad" (familia de origen incluida), que con frecuencia ven aliada a sus maridos y, por ende, al mantenimiento de la enfermedad de éste. Su única alianza, ésta constante, es con los hijos.

Esta sensación produce una actitud constantemente paranoide hacia familia, sociedad, etc., que se va a generalizar hacia los terapeutas cuando éstos expresen firmemente su neutralidad, es decir, lo que para ellas significa falta de apoyo. Tienden a ver en el resto de la gente a enemigos, que continuamente les están echando en cara su fracaso.

Sin embargo, las propuestas de independización que aparecen son vistas con mucho recelo, examinadas con desconfianza, y finalmente rechazadas con firmeza. Las dificultades que oponen, basadas en consideraciones realistas (básicamente, una gran dificultad para conseguir una autonomía económica), no dejan de tener un fondo de dificultad infantil para desenvolverse en un mundo de adultos del que, además, se sienten desplazadas. Efectivamente, nunca se ha fomentado su autonomía personal, y ésta termina estableciéndose como uno de los objetivos del grupo.

Una tercera razón, enlazada estrechamente con la primera, es el sentimiento de "participar en la locura" de sus maridos. Esto, que aparece desdibujado desde un principio, va tomando forma a lo largo del grupo. La aparición cada vez con mayor frecuencia de trastornos personales, ocasionales pérdidas de control, progresiva

irritabilidad e inseguridad, aumento de la autoagresividad con depresiones cada vez más seguidas, aparición de sintomatología psicósomática, etc., hace que se pregunten "¿estamos enfermas?", "¿quién es el enfermo de cara a la sociedad?". Estas preguntas les provocan una gran inseguridad, lo que produce a su vez una fuerte alianza autoafirmativa entre todas ellas, intentando englobar a los terapeutas. Este proceso se concretó en uno de los últimos grupos, en el que una de las participantes acudió tras haber sido atendida en el Servicio de Urgencia de un hospital tras una crisis de angustia, siendo después diagnosticada de neurosis. Esto despertó en el grupo un gran pánico, que les hizo reaccionar de una manera muy regresiva, pidiendo a los terapeutas-padres que resolvieran sus problemas. Ante la pasividad de éstos reaccionaron positivamente, buscando salidas por sí mismas.

Finalmente, la respuesta que dan a las propuestas para profundizar en sí mismas es clara y terminante: piensan que no es necesario, que es peligroso y tienen miedo de "perder el control".

2. La culpa

Es el tema más presente a lo largo del tratamiento. Hay un sentimiento profundamente arraigado de que hay una "causa" del alcoholismo, y éste sentimiento tiende a buscar una culpabilidad que, por diversos motivos, se centra en ellas mismas.

Habría que distinguir dos vertientes por las que se canaliza esa culpa. Una socio-familiar, que señala a la esposa como incapaz de conseguir que su marido deje de beber, o incluso como culpable de que éste beba. De hecho, cuando el marido deja de beber, la estima social y personal de la esposa aumentan. Otra individual, fruto de su propia historia personal. Nos detendremos a analizar ésta última más detalladamente.

Durante varias sesiones grupales apareció una fuerte relación entre este sentimiento de culpa, y un hecho muy concreto, que nosotros denominamos la "redención matrimonial". Todas las componentes del grupo, excepto una, admitían conocer que su marido bebía antes del matrimonio. Este conocimiento les hizo cargarse con una fuerte responsabilidad: la de "curar" a sus maridos, administrándose ellas mismas como medicina. El estrepitoso fracaso de la "cura" les hace preguntarse qué es lo que ha podido fallar, qué es lo que han hecho mal, o qué es lo que no han sabido hacer. La respuesta la ofrecen unida a algo fundamental: el sentimiento del fracaso sexual en su matrimonio. Burdamente se expresaría en algo así como "se han ido con la botella porque no hemos sabido retenerlos en la cama". No es ajeno a este profundo sentimiento de fracaso su propia actitud idealizadora del matrimonio (que aparece claramente en un roll-play, donde sus expectativas en este terreno

se manifiestan por una representación de "la pareja feliz"), que no hay que olvidar que representa para ellas la mitad de su "carrera vital". La otra mitad es la maternidad, que en cierta forma les compensa. La doble dedicación al marido y a los hijos es el único objetivo de sus vidas; el fracaso de este objetivo es su gran frustración.

3. El rol

Un tema que aparece con insistencia a lo largo de las sesiones, es el del "rol".

La sensación de fracaso matrimonial hace se cuestione su rol de esposas. No así el de madres, que queda a salvo, preservado de toda crítica. Esta posición maternal se fortalece con la postura "irresponsable" del marido. En efecto, sienten que el esposo no toma en ningún momento la responsabilidad que le corresponde como padre o esposo. Actúan entonces como si éste fuera un hijo más del que deben ocuparse. Sin embargo, esta situación prepotente, que no deja de agradarle, se ve arrasada cuando aparece el esposo embriagado, reclamando estruendosamente su lugar.

Este mecanismo va hipertrofiando el rol de madre, a costa del de esposa, con una concomitante pérdida de la sexualidad. Se inscribe aquí entonces la alianza o coalición que se establece con los hijos, preservando por encima de todo lo que puede aún justificar su vida, el rol de madres.

4. La elección de pareja

El tema de cómo escogieron su pareja lo presentan en relación clara y estrecha con la imagen de sus padres. En efecto, hay una coincidencia generalizada en relacionar la imagen del novio con la del padre. La de este último aparece en general salvaguardada, advirtiéndose con frecuencia una idealización de ésta, que a veces incluye globalmente al conjunto de la familia de origen.

Sin embargo, aparece por debajo un padre ausente o bien poco protector, lo que produce una inmediata atribución al "novio" de las cualidades que no perciben en el padre. Dan entonces una imagen de los novios bastante idealizada, viéndoles como protectores y plenos de atenciones.

Paralelamente aparece una queja dirigida a la madre, a la que culpan de no haberlas "guiado" adecuadamente. Se definen como "Inocentes e ingenuas" en aquella época, quejándose repetidamente de la falta de una "consejera" que no hallaron en su madre.

Ya se ha dicho que todas, excepto una, declaran conocer que sus actuales maridos bebían antes de casarse. Sin embargo, se

manifiestan unánimemente incapaces de haber tomado conciencia de lo que ello suponía, culpando a la madre por no haberlas instruido convenientemente. La imagen que transmiten de sí mismas es la de niñas desorientadas, que se dejan llevar por un novio paternalista y protector, ante el que no saben defenderse, dado su desvalimiento y la crucial falta de ayuda y guía de su madre.

Se advierte aquí la petición clara que hacen a los terapeutas: que sean esos padres atentos que echaron en falta, pidiéndoles protección, guía y consejo.

5. Formación del sentimiento grupal

El grupo, como ya hemos visto, se formó en torno a un fin preconcebido, asignando a sus miembros un rol previo: el de esposas-víctimas en busca de un apoyo mutuo.

Este rol previo influye decisivamente en la cohesión del grupo, y en la relación transferencial con los terapeutas. En efecto, la transferencia con los terapeutas (varón-hembra) la realizan en principio con una imagen paternal bondadosa, depositando en ellos su problema de una forma muy regresiva, buscando incluso la intervención activa de los terapeutas en la resolución de sus conflictos. Son frecuentes las preguntas en torno a los efectos químico-biológicos producidos por el alcohol, buscando el claro posicionamiento de los terapeutas "en su bando".

La postura neutral adoptada les desconcierta. Cuando las intervenciones no refuerzan su rol de víctima (de su marido primero, y después de la sociedad) reaccionan con sorpresa y se deprimen.

Son frecuentes entonces las intervenciones quejándose de la incompreensión de las familias, especialmente por parte de sus padres, o bien secundariamente por parte de los padres del marido.

Poco a poco el grupo avanza en su consolidación, y va formando una "alianza" en la que intentan integrar a los terapeutas. Según van fracasando estos intentos, la reacción depresiva se torna en paranoide, comenzando entonces a aparecer con mucha frecuencia contenidos persecutorios en torno a éstos.

La desconfianza abarca entonces al motivo por el que están realizando el grupo: "Si los terapeutas no están aquí para aliarse con nosotras, entonces debemos estar aquí o bien porque estamos locas, o bien porque nos tienen de cobayas de un experimento." En cualquiera de los casos, los sentimientos paranoides aumentan, reforzando entonces la alianza entre los miembros del grupo (hermanas) ante los terapeutas (padres).

Se produce en ese momento un movimiento inesperado: "Ya que ponen en peligro con sus intervenciones el 'grupo ideal' que hemos formado, vamos a mantener el 'ideal del grupo' lejos de su alcance." Comienzan a reunirse al margen de las reuniones grupales, formando su propio grupo.

Por otro lado, el "ideal del grupo", formado en un equilibrio precario, exige un tributo importante: que los cambios de los miembros del grupo sean mínimos, si es que los hay, con el fin de que el delicado equilibrio no se rompa. Se comienza entonces a criticar abiertamente en el grupo las tímidas propuestas de autonomía que se registran. Con la proximidad del final del grupo, la alianza excluyente de los terapeutas se refuerza.

Las quejas en torno al final de la terapia se dirigen fundamentalmente a que les dejamos de nuevo solas, sin haber solucionado omnipotentemente, de una forma mágica, todos sus problemas. Esa era su fantasía, en la que se sienten defraudadas. El reforzamiento que se produce entonces de la "defensa habitual" es potente, y su resultado el de continuar el grupo por su cuenta. Nuestras noticias son que así lo han venido haciendo.

6. Toma de conciencia de su propia agresividad

Ya se ha señalado que todas las integrantes del grupo se sitúan como víctimas del alcoholismo de sus maridos. En una de las sesiones se llevó a cabo un roll-play, en el que dos miembros del grupo representaron el momento de la cena; apareció ahí, de una forma muy clara, una tal carga de agresividad hacia el marido, y tales deseos de venganza, que todas quedaron muy sorprendidas. Se observó que la agresividad de la mujer hacia el marido podía ser tan grande o mayor que la de éste, y que la "enfermedad" de aquéllos se olvida ante el deseo de venganza por lo que sienten que les han hecho sufrir.

Es el primer paso para que el grupo admita la existencia de problemas personales y frustraciones ajenas a la influencia directa del alcohol. Esta toma de conciencia les enfrenta a su propia agresividad, a su posible patología.

Se preguntan si sus problemas personales (hablan de que se encuentran cambiadas de somatizaciones) son reflejo de la patología alcohólica de sus maridos, o tienen otras raíces más profundas. Este planteamiento va a encontrar una pronta defensa: "Quizá estamos demasiado cerca de nuestros maridos, y se pueda producir un contagio; debemos alejarnos de ellos."

Esta toma de distancia hacia sus maridos repercutió favorablemente en su autonomía y desarrollo personal; el hecho de aceptar

la segunda parte del tratamiento, en el que se iba a trabajar sobre ellas mismas, iba en ese sentido.

A lo largo de esa segunda parte se plantean a menudo si están ellas mismas "enfermas de los nervios"; pero surge el miedo de profundizar, que unas lo manifiestan como miedo a perder el control y otras como innecesario y peligroso.

Hay un retroceso y consolidación de las defensas, y la respuesta que dan a la existencia de problemas personales es que el alcoholismo de sus maridos las ha afectado como si fuera una enfermedad "contagiosa", cumpliendo el grupo una función "preventiva" frente al contagio.

CONCLUSIONES

Pensamos que esta experiencia ha sido válida y ha cumplido el primer objetivo que nos planteamos, es decir, que el grupo sirviera a las mujeres de los enfermos alcohólicos para ayudarse a sí mismas, colaborando por ello en el tratamiento de sus maridos, a través de la mejoría de su propio bienestar.

En cambio creemos que el segundo objetivo (que se enmarca en la segunda parte del tratamiento) ha fracasado. En nuestra opinión, para llevarlo a cabo de nuevo habría de plantearse de distinta manera: como indicación personal y al margen de que sea o no **jer de alcohólico**. Además sería necesario un planteamiento a largo plazo, contando con la necesaria motivación personal y con una cierta capacidad de introyección. En resumen, que la segunda parte del tratamiento ha de hacerse con criterios selectivos, en función de la necesidad, capacidad, motivación y sin etiquetas previas. Por el contrario, la primera parte del tratamiento puede ser interesante ofrecerlo a todas las esposas con maridos en tratamiento de su alcoholismo, pues pensamos que se obtendrá una pronta mejoría en todos los casos en los que se aplique este apoyo.

Por último, creemos que este grupo ha servido para percatarnos, a través de sus esposas, de las posibilidades que se abren para el tratamiento del alcohólico y, de su familia, con técnicas de terapia de familia. En efecto, hemos constatado, aunque no analizado exhaustivamente, las interacciones que producían en el seno de la familia del alcohólico el desarrollo del grupo. Y vistas las retroacciones surgidas en la familia a causa del grupo nos hacen pensar en lo interesante de un enfoque familiar en el tratamiento de este tipo de pacientes.