

PSICOTERAPIA DE GRUPO EN EL ALCOHOLISMO

DR. EMILIO BOGANI MIQUEL

Jefe del Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías
Hospital psiquiátrico de Bétera (Valencia)

PSICOTERAPIA Y ALCOHOLISMO

Se echa en falta un manual en castellano sobre psicoterapia y alcoholismo. Los clínicos realizamos un trabajo cotidiano y frecuentemente empírico que nos distancia de la sistematización teórica.

Cuanto sigue es, fundamentalmente, la traducción literal de 20 años de trabajo con pacientes alcohólicos; ellos suplieron el vacío bibliográfico.

La psiquiatría que me ha tocado vivir ha sido gratuitamente secretaria, sin convencerme, lo cual me ha permitido permanecer en un *expectante ecléticismo*. No obstante, soy consciente de lo subjetiva que puede resultar esta exposición. Pero para delimitar mi postura y justificarla, debería previamente renegar de corrientes al uso, fuertemente asentadas en la moda del hacer psiquiátrico y probar dialécticamente las causas de mi rechazo.

Digamos sin embages que el psicoanálisis es una teoría encaminada al mejor conocimiento del subconsciente. De él se ha hecho una mística, un clan masónico y cerrado preñado de piruetas insostenibles al servicio de un mercantilismo de la salud del individuo, y que, hoy por hoy, nadie se atreve a criticar. Es oportunismo. Lo grave para la psiquiatría no radica en el psicoanálisis, sino en los que se autotitulan psicoanalistas. Vivir del psicoanálisis con verbalizaciones floridas y edipianas, es un recurso existencial, pero ni es ciencia ni lo honran. Al contrario, desprestigian lo que conlleva de válido.

Psicoanalistas "ortodoxos" rechazan trabajar con nosotros, porque el material humano del servicio estaba muy deteriorado. Al parecer, el psicoanálisis practicante se circunscribe a personas de más de 15 años, menos de 50 y con dinero; su praxis no es institucional, prefiere el diván al manicomio. Su predio no es la oligofrenia, ni el encefalograma del ictafín; cuando se queda sin ámbito, ama-

manta a los esquizofrénicos para regresarlos, elucubra con los psicópatas (como hacemos todos) y, al fin, se centra con los neuróticos y depresivos de la burguesía. De los alcohólicos y toxicómanos, según W. Feuerlein, opina lo siguiente: "...se comprobó que no cabía esperar resultados satisfactorios del procedimiento analítico clásico...". "La terapia analítica debía iniciarse con un tratamiento en régimen de internamiento, en el que se fomentará la transferencia y se potenciará una relación regresiva madre-hijo." Más tarde se abandona esta meta terapéutica para reforzar el YO debilitado y aumentar su tolerancia a la frustración. A TODO ESTO NO SE EXIGIA LA ABSTINENCIA ABSOLUTA. Y tampoco estas formas de terapia ofrecieron resultados satisfactorios. "...el alcoholismo sería siempre el síntoma de una neurosis. En consecuencia, sólo si se abordase analíticamente aquélla, la excesiva ingesta de alcohol cesaría de por sí automáticamente". Entiendo que estas y otras afirmaciones del mismo rango pudieran sostenerse en su día, en plena euforia expansionista del psicoanálisis, si bien me parece grave que se perdiera de vista la capacidad adictiva del alcohol. La terapia psicoanalítica conservaría su vigencia en aquellos pocos casos en que el abuso alcohólico constituye realmente el síntoma de una neurosis subyacente. He aquí que de nuevo coincido con Feuerlein, del mismo modo que ante un alcohólico psicótico me parecen vigentes los neurolepticos. Creo, no obstante, que la inmensa mayoría de los alcohólicos que tratamos pertenecen a la etiqueta de alcohólicos sociales.

Criticar es fácil. Convencer, difícil. Además, psiquiatras bien formados, con una metodología dialéctica probada durante años, "creen" en la práctica psicoanalítica. Dejemos abierta la polémica y pasemos a otros menesteres. Antes de comenzar, como planteaba al principio, a exponer mi personal punto de vista sobre el tratamiento grupal de los alcoholadictos, abramos otro interrogante. ¿Tiene razón de ser el desprecio, frecuentemente ignorante, del que actualmente es víctima la teoría del aprendizaje? Y en caso afirmativo, ¿cuál es la etiología de este rechazo? No insistiré más, pero la cuestión queda pendiente.

Antes de pasar a describir la estructura, funcionamiento, contenido y teleología del grupo, me entretendré brevemente en unas consideraciones previas que considero de interés.

1. PRIMERA ENTREVISTA. Del tacto con que ésta se efectúe suele depender el éxito o el fracaso de la posterior relación terapéutica. Las situaciones que se dan con mayor frecuencia son:

- a) Acude la familia sin el paciente. Describen minuciosamente el comportamiento arbitrario y violento del enfermo y su negativa a reconocer su alcoholismo. Como alternativas le sugerimos que dialoguen abierta y serenamente con él, bus-

cando un momento de sobriedad. De fallar este recurso, proponemos que sea visitado por un alcohólico rehabilitado. Si ello no es posible o no da resultado, apuntamos la posibilidad de que sea ingresado aprovechando una embriaguez rayana al coma, diciéndole al despertar que perdió el conocimiento y el médico de urgencia que le reconoció consideró necesario que se hospitalizara.

- b) Nos visita la familia con el paciente, pero le traen engañado, diciendo que la consulta es para otro familiar. En tales casos, deshacemos rápidamente el equívoco e intentamos reconducir la situación.
- c) El paciente accede a venir, pero más presionado que convencido. Evitamos enfrentamientos y discusiones, simulamos una cierta complicidad con él, para progresivamente adivinar síntomas, desdramatizar la situación e intentar un período de abstinencia, con tratamiento ambulatorio e información semanal en grupo.
Cuando el enfermo acude voluntariamente, el proceso se simplifica, y, a priori, el pronóstico es más optimista.

2. ACTITUD DE LA FAMILIA. Quizá la actitud más frecuente es la de un reproche moralizador, con una retaila de amenazas que se incumplen, chantages afectivos, negación del acto sexual, etc. Si en la entrevista hay una intransigencia y agresividad del cónyuge, transcurrido un momento de tensión, aligeramos el clima, pidiéndole al familiar que nos deje solos.

Tampoco es infrecuente que la familia adopte una postura resignada y pasiva, e incluso, en ocasiones, los padres del enfermo culpan al esposo, no al alcohólico, de los supuestos excesos del otro.

Quando se trata de personas inteligentes y colaboradoras, a veces tropezamos con la dificultad de la desinformación. En tal caso informamos al familiar, en presencia del enfermo, sobre las peculiaridades de la enfermedad alcohólica. Con frecuencia les entregamos un folleto explicativo dirigido a los familiares y otro sobre conceptos básicos, al propio enfermo.

Como consideraciones de orden general señalamos de pasada la nula o escasa utilidad de los consejos repetidos durante años hasta la saciedad. La mala prensa que ofrece la imagen del psiquiatra frecuentemente y que no voy a analizar aquí. Por último, la posibilidad de que el familiar del alcohólico haga un desarrollo celopático reactivo, al ver que el terapeuta consigue en breves días una abstinencia que el familiar perseguía en vano durante años.

3. REGIMEN DEL TRATAMIENTO. Este puede llevarse a cabo ambulatoriamente, y sólo cuando fracase será aconsejable separar

al paciente temporalmente del medio sociolaboral; la afectación somática o el temor a un grave síndrome de abstinencia justifican la hospitalización.

La información primero y los grupos de discusión después tendrán el mismo contenido. La información debe durar unas 10 sesiones y los grupos de discusión unos seis meses con reuniones semanales. Evidentemente, todo ello viene muy condicionado por el aprovechamiento y actitud individuales.

4. **MEDICALIZACION.** Uno de los "slogans" más exitosos desde los orígenes de la lucha antialcohólica en el Estado español reza así: "El alcoholismo es una enfermedad, no un vicio". Si bien esto es moneda común entre nosotros, hay que reconocer que el grueso del cuerpo social no lo vive de este modo, y que el concepto de alcoholismo está preñado de connotaciones morales. Tanto por rigor científico, como por estrategia terapéutica, resulta necesario que los pacientes y sus familiares amanezcan a esta idea. Así pues, una detenida anamnesis de diseño dinámico y biográfico, como un estudio analítico y somático, son tan útiles como reforzadores del patrón médico. El paciente, en ese compás de espera, entre la sorpresa de su abstinencia y su rápida mejoría psicofísica, vive con esperanza el futuro inmediato, se desbloquea y se presta a colaborar.

5. **INCORPORACION AL GRUPO.** Hay que saber aprovechar este momento, para incorporar al enfermo a un grupo de información. Suele hacerlo de buen grado si la vergüenza o un orgullo desmedido no lo malogran. En previsión, solemos pedir la colaboración de algún alcohólico más maduro, para que allane dificultades y contamine de optimismo y confianza al nuevo miembro. Dormir bien, temblar menos, sentirse aceptado, etc., facilitarán el proceso. Cuando empiece a sentirse aceptado, en parte liberado de su dependencia al alcohol y miembro de la nueva comunidad, podemos pensar en incorporar también a sus familiares.

El enfermo alcohólico, que durante años se ve rechazado y censurado, inseguro y hostil consigo mismo, súbitamente se ve rodeado de personas con idéntica problemática. Se identifica con ellos a sabiendas de que no podrán reprocharle nada, pues su problema es común. Las resistencias, las insinceridades, van cediendo, y acaba viendo su imagen real, reflejada en el grupo.

Este mecanismo de integración es todavía más sencillo cuando el paciente está ingresado en una comunidad terapéutica, conviviendo las 24 horas y beneficiándose de los más veteranos y de los más lúcidos. Es algo así como una psicoterapia libre y permanente.

6. EL TERAPEUTA. En cirugía cardíaca se puede ser frío y distante; lo exigible es, en primer lugar, una buena formación, un buen equipo y los medios idóneos. En psiquiatría, y quizá de modo particular en el alcoholismo, los conocimientos son necesarios, pero no suficientes. El terapeuta debe ir variando sus actitudes en la medida en que evoluciona el enfermo, amoldar su postura según las características particulares del individuo e incluso, en relación a la coyuntura familiar. A veces convendrá recordar que se es médico para enfatizar en las secuelas somáticas del alcoholismo; otras, comprensivo y condescendiente para que el enfermo se sienta cómodo y no acorralado; en ocasiones, escéptico y serio. Todo este cambio de actitudes no se adquiere con unas normas pre-establecidas; es el fruto de la experiencia y de la propia personalidad de base del terapeuta.

COMPOSICION DEL GRUPO

En las reuniones informativas, el número de miembros puede variar considerablemente por sus características didácticas. Conviene que el grupo sea abierto y a él se incorporen como contrapunto manipulable alcohólicos abstinentes con buen nivel de información y funcionando a menudo como un "yo auxiliar". Confieren fiabilidad y aportan experiencia. Compete al terapeuta, conocedor de las características del abstinente, pedirle participación o efectuar preguntas intencionadas.

Los distintos niveles de rehabilitación agilizan la información y la enriquecen.

El grupo debe ser mixto, y habida cuenta de que en las fases iniciales no conocemos las peculiaridades de los enfermos, resulta imposible y desaconsejable cualquier criterio de homogeneización. De otra parte, sería vivido como marginación. Todo ello obliga al terapeuta a esforzarse en simplificar el lenguaje y hacerlo asequible a la totalidad de sus miembros. Esporádicamente, y de modo puntual, puede elevarse el nivel ante la demanda concreta de algún paciente.

En este tipo de reunión el grupo no es forzosamente circular, tiene más bien la distribución de una pequeña aula. Habitualmente nos apoyamos en esquemas simples que dibujamos en una pizarra. No es excepcional que los dibujos que dejamos al término de una sesión, los encontremos modificados y enriquecidos en la siguiente reunión.

Las informativas son bisemanales y tienen una duración media de 90 minutos. No somos estrictos en ello y a veces, si la dinámica y participación lo aconsejan, lo prolongamos un poco. A su término, preguntamos si todo quedó claro o si alguien desea añadir algo.

Aunque sería de desear que todos los pacientes intervinieran por igual, en la realidad esto no ocurre, por lo que debemos dar entrada de cuando en cuando a los miembros más pasivos y, a veces, frenar a los invasores.

Excluimos por sistema, o le rogamos que no participe, al enfermo que se incorpora al grupo habiendo bebido. Excepcionalmente, y si ya le conocemos, presumiendo el cariz de sus intervenciones, podemos utilizarle. Puede servir para que el grupo se vea reflejado evocando las propias embriagueces.

FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO

Un grupo terapéutico no es la suma de sus miembros, sino la dinámica que de él se deriva, de su cohesión y de sus intereses comunes.

En los GRUPOS DE DISCUSION, las afinidades, niveles socio-culturales, edad, etc., adquieren mayor importancia que en los INFORMATIVOS. Si bien en la práctica no podemos a menudo seleccionar o excluir, no debemos perder de vista la conveniencia de cierta homogeneidad. El ideal sería poder estructurar grupos de alcohólicos jóvenes, de matrimonios, de mujeres de alcohólicos, etc.

El grupo de discusión estará integrado por alcohólicos con un par de meses de abstinencia y habiendo recibido ya la información. Estos grupos serán más participativos, con menos ingerencia del terapeuta. En todo momento el planteamiento será dialéctico, excluyendo las actitudes mágicas y místicas.

Puede iniciarse con un relato de la biografía alcohólica de sus miembros si el grupo no se conoce, o con el relato individual cuando se incorpora un miembro nuevo. Para facilitarle la entrada puede pedírsele a un paciente que ya lleva tiempo en él, que refiera su patobiografía.

Los grupos deben ser catárticos y desculpabilizadores. Se pueden iniciar con lo que de común tiene la conducta desviada del alcohólico para posteriormente valorar la normalización del comportamiento, tras un período de abstinencia.

Para desculpabilizar suelo utilizar como chivo emisario a la sociedad de consumo y la tradición cultural. Otro punto de máxima importancia es el trueque del concepto de vicio por el de enfermedad. Las metáforas, las parábolas y las anécdotas o ejemplos son frecuentes en esta fase. De otra parte, esta técnica distiende a intermitencias la tensión del grupo y mantiene el nivel de atención. No es preciso que sea el terapeuta el que intervenga en esta fase. Disponer de un alcohólico rehabilitado lúcido y con pasta de líder es de la mayor utilidad.

Debe evitarse el monólogo y el coloquio de pequeños grupos.

Debe evitarse que se ridiculice o acorrale a cualquiera de los participantes, pues ello provoca retranqueos defensivos a veces difíciles de recuperar.

CONTENIDO DEL GRUPO

A) Fichas de los esquemas utilizados en las reuniones informativas (se adjuntan).

B) Contenido de los grupos de discusión.

Durante varios meses un colaborador apuntaba todos los temas que de modo habitual y espontáneo iban apareciendo en las reuniones. Al término de medio año, extrajimos los más repetidos y elaboramos una breve lista de los de aparición más frecuente. Básicamente son los siguientes:

- a) Concepto de alcohólico.
- b) Concepto de vicio.
- c) Crítica de las normas de consumo habituales.
- d) Trastornos de la personalidad.
- e) Mecanismos de actuación del alcohol.
- f) Repercusiones en el medio familiar, y de modo particular en los hijos.
- g) Deterioro social y laboral.
- h) Pérdida del prestigio personal y del rol.
- i) Desmontaje de los prejuicios.
- j) Desmitificación de los supuestos valores del alcohol.
- k) Aprender a convivir con el alcohol.
- l) Pautas de reinserción.
- m) Análisis de las recaídas.
- n) Abstinencia total y de por vida.
- o) Factores pronósticos.

TELEOLOGIA DEL GRUPO

Las metas que se persiguen son las que expongo a continuación: la abstinencia total y de por vida es la condición "sine qua non" para la rehabilitación. La abstinencia no debe mantenerse por temor sino por convicción. El alcohólico ha de adquirir nuevos hábitos más sanos. Debe recuperar en la medida de lo posible el tiempo perdido, desenterrar aficiones olvidadas e inventar nuevas. Ha de fortalecer el YO en base a un autocontrol exigente y riguroso. Sólo

cuando se sienta íntimamente más satisfecho de su nueva vida que la pseudofelicidad que le confería el alcohol, puede pensar que se está rehabilitando. Debe brindar su experiencia a los alcohólicos en activo. No debe, en ningún momento, bajar la guardia. Durante un período dilatado, pero de duración variable, debe seguir acudiendo a los grupos, y de ser posible incorporarse activamente a una asociación de Alcohólicos Rehabilitados.

GRUPOS ESPECIALES

Cuando el alcoholismo se injerta en personalidades marcadamente patológicas, bien sean neuróticas, psicóticas o psicopáticas, es preciso abordar previamente o a la par, el problema de base. Si el número de pacientes es superior a cuatro, considero aconsejable hacer grupos con independencia del tradicional. Como quiera que pocas veces se da esta circunstancia, solemos tratarles individualmente y sólo en el caso de una notoria mejoría de la sintomatología de base, los incluimos en los grupos de discusión, ya que de otro modo, interfieren negativamente en la dinámica de éstos.

PSICODRAMA

Para conferirle viveza al grupo e interrumpir esporádicamente la rutina realizamos pequeñas incursiones psicodramáticas según la técnica de Moreno. Sobre todo, cuando en el grupo hay alguna personalidad histriónica o enfermos con experiencia en teatro amateur. Cumplimos las tres fases: calentamiento, desarrollo de la escena y coloquio posterior. Utilizamos un "yo auxiliar". Al igual que cuando hablaba del grupo, efectuábamos un análisis de los contenidos, en el psicodrama escenificamos guiones breves y simples. Si el grupo no sugiere alguna escena proponemos situaciones habituales. Así, por ejemplo, dos amigos se encuentran en una mesa de bar, en el que solían coincidir cuando ambos bebían. El abstínente es invitado por el otro a tomar una copa, iniciándose un diálogo en el que cada uno aporta sus argumentos. Otros temas frecuentes son: el regreso a casa en estado de embriaguez y el diálogo con la esposa, el temor de los hijos, la recaída, etc.

Lo aquí expuesto es un guión esquemático de los temas habituales tratados en las reuniones informativas.

1. ¿QUIEN ES ALCOHOLICO?

Toda persona a quien el consumo de alcohol le perjudica física, psíquica o socialmente.

Quienes buscan a través del alcohol modificar la percepción de la realidad.

Quienes tienen dependencia.

QUIENES PIERDEN EL CONTROL. Es decir, cuando no se puede garantizar que la ingestión de una pequeña dosis inicial acabe en un consumo excesivo. Ello supone la frontera entre el bebedor habitual y el patológico.

Los conceptos de cantidad y frecuencia del consumo no son significativos, así como tampoco el tipo de bebida para establecer el diagnóstico.

Diferencias entre: alcohólico, borracho y alcoholizado.

Desmontar el concepto de vicio y demostrar que es una enfermedad (evolución histórica del concepto de enfermedad. Ejemplos.)

2. ¿QUE ES EL ALCOHOL?

Definición de droga, según la OMS.

Diferencias entre drogas legales e ilegales.

Cada civilización tiene una droga que le es característica: mescal, México; coca, Perú; hachís, mundo árabe; alcohol, judeo-cristianos (cuenca del Mediterráneo), etc.

Las drogas sintéticas o las que se consumen fuera de su contexto sociocultural de origen, por perder su función inicial de ritual religioso, medicina o complemento dietético, se vuelven más peligrosas.

Breve historia de los orígenes de las bebidas fermentadas y de la destilación.

Etapas:

- Neolítico (aparición de la vasija cerámica). Cultivo vid.
- Alquimistas árabes (destilación, hacia el año 750). Occidente: (traducción por R. Lulio de textos árabes hacia el año 1200).
- Aparición de los cinturones industriales en las ciudades.
- Economía consumista. Publicidad.

El alcoholismo mediterráneo es normativo (vino comiendo, ligado al concepto religioso en sus orígenes). El consumo sajón y eslavo lo es básicamente de bebidas destiladas, tardío y no ligado a la alimentación. Consumo intermitente y compulsivo. El alcohol es "más" droga en tales circunstancias.

Efectos del alcohol en pueblos y culturas que no han convivido con él (esquimales, indios, negros...).

Consideraciones transculturales: tanto por ciento de alcoholización de judíos, latinos e irlandeses en USA.

En España se han superpuesto recientemente las formas de ingesta tradicionales y la de bebidas destiladas fuera de las comidas.

3. ALCOHOL E INTERESES ECONOMICOS

Descripción de la economía de consumo.

Consumo por habitante y año en equivalentes de alcohol puro: Francia: 24 l. España, Italia y Portugal: 13 a 14 l. R. F. A., 10 l. URSS: 1'2 l.

Disponibilidad de la droga. Ausencia de medidas restrictivas.

El vino de 12° es más barato que la leche, los zumos o el agua mineral.

Relación entre disponibilidad y alcoholismo: Hospital Bellevue (U.S.A.), 11.000 ingresos anuales de casos agudos. Año de la prohibición: 2.000 casos.

Valencia (año 1972), 1.500 centros donde beber y 90 "socioculturales". Bétera: 23 bares y ninguna librería para 9.000 habitantes. Bilbao: 1 bar por cada 187 habitantes.

Presupuesto anual de publicidad de bebidas alcohólicas: 2.300 millones de pesetas. Presupuesto del Estado para la lucha anti-alcohólica: 5 millones de pesetas (1971).

Más de 2'5 millones de alcohólicos. Tercera causa de muerte. 20 % de la población activa. Cirróticos fallecidos anualmente: 12.000. Heridos graves en accidente de tráfico: 36.000, y por encima del 35 % de los casos por conducción con alcoholemia superior al 0'8. Accidentes laborales: 150.000. Días de baja por enfermedad: 730 millones. Costos anuales de la enfermedad alcohólica por estimación directa: 20.000 millones de pesetas.

Concepto sociológico de anomia.

4. APRENDIZAJE DEL ALCOHOLISMO

El alcohólico se hace, no nace. Si bien se empieza a aceptar que algunas personas pueden tener una mayor labilidad metabólica frente al alcohol, no se le puede considerar hereditario.

A efectos prácticos existen dos grandes vías de alcoholización:

1. El bebedor social, de consumo habitual, que pasa a ser un bebedor excesivo regular y se alcoholiza, sin precisar de una personalidad prealcohólica anormal.
2. El bebedor intermitente o sintomático, que recurre al alcohol esporádicamente para "resolver" sus problemas.

A la larga confluyen en las tres fases:

- a) Pérdida de control.
- b) Dependencia.
- c) Alcoholización.

MECANISMO DE ACCION. El alcohol no es un euforizante, sino un anestésico y, como todos ellos, actúa primero, sobre las estructuras filogenéticamente más recientes y produciendo desinhibición y pérdida de control y autocrítica.



Son condiciones para encauzar la dependencia: cantidad suficiente, frecuencia y resultados gratificantes. Con el tiempo su consumo deja de ser un acto reflexivo y se automatiza (ej.: del aprendizaje del conductor).

Ejemplo del perro de Pavlov. Ratas sometidas a opción de alcohol y agua. Hábitos. Tics. Pautas de consumo individual.

No olvidar nunca que se trata de una droga.

5. JUSTIFICACIONES. PSICOLOGIA DEL ALCOHOLICO

Los enfermos somáticos colaboran, los alcohólicos niegan.

El concepto de vicio les fuerza a montar estrategias defensivas.

Se sienten censurados social y familiarmente, por lo que tienden a negar o minimizar las ingestas.

La autocrítica está relajada. El fracaso continuado de los propósitos de enmienda genera frustración y culpabilidad. Defensivamente, responsabilizan al resto del mundo de sus recaídas.

Turbidez de conciencia cronificada que dificulta la lucidez dialéctica con el entorno y consigo mismo.

Recurre a las excusas: si al llegar a su casa hay tensión, so pretexto de que aquello no es un hogar, sino un infierno, se va al bar. Si hay calma, dice que aquello parece más un cementerio que un hogar. Si fallan las excusas anteriores, dice que se quedó sin tabaco y se va al bar.

La turbidez de conciencia y las relaciones tensas durante años acaban configurando una nueva personalidad, con rasgos comunes en la mayoría de los alcohólicos; hecho este que no suele valorarse suficientemente cuando se habla de la personalidad pre-alcohólica. Por el contrario, tener en cuenta esta evolución psicogénica explicaría la tendencia a la fabulación, la mitomanía y la insinceridad del alcohólico.

Al estancamiento durante años de un programa vital, debe añadirse el factor del deterioro psicorgánico, presente en todos los alcohólicos en grado variable.

También debe tomarse en consideración la pérdida de prestigio y de credibilidad y la alteración de los roles, por lo que la imagen paterna se resiente.

Las frecuentes distimias distorsionan la percepción de la realidad. El comportamiento es a menudo compulsivo, desiderativo y pueril.

6. CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO

El diagnóstico de alcoholismo viene determinado por dos factores ajenos al mismo. 1.º Por la preparación técnica del profesional. 2.º Por la existencia de trastornos conductuales graves. Un alcohólico pacífico, puede morir de su alcoholismo, sin diagnosticar.

CONSECUENCIAS FISICAS: Anorexia (que no tolerancia disminuida al alcohol por comer poco). Temblores, pituitas, rampas, despeños diarreícos alternando con estreñimiento, gastritis, insuficiencia hepática, pérdida de visión, disminución de la libido, insomnio, disminución de las defensas, etc.

CONSECUENCIAS PSIQUICAS: Irritabilidad, distimias, explosividad, "black-outs", pérdida de memoria, epilepsia alcohólica, celopatía, paranoia, alucinosis, delirium tremens, demencia, etc.

CONSECUENCIAS SOCIALES: Familiares: miedo, agresividad, odio, pérdida de prestigio, alteración de los roles, agresiones, incesto, abandono de la familia.

CONSECUENCIAS SOCIALES: Accidentes de tráfico, accidentes laborales, pérdida de cualificación, absentismo, subempleo, incapacidad y despido. Hurtos, juicios de faltas, delincuencia.

CONSECUENCIAS BIOGRAFICAS: Una pobre edición de sí mismo. Vida acortada en 15 años.

7. TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Debe quedar claro que la abstinencia no es una prohibición, sino una liberación. La reflexoterapia no es un castigo, sino un aprendizaje inverso. La hospitalización es un recurso, no una reclusión. Separarse temporalmente de su medio, desdramatiza las relaciones deterioradas y propicia la reflexión. El Disulfiram y la Cianamida son como un apoyo, una muleta de utilización transitoria, hasta que pueda serenamente y sin ansiedad psicofísica, valerse por sí mismo. Es preciso establecer un balance de salud, averiguar la afectación hepática, neurológica, etc. Al disminuir la ansiedad se le confiere libertad progresiva, para que empiece a ser responsable. La información y la convivencia con otros alcohólicos le ayudarán a conocer su proceso. El ingerto subcutáneo de Disulfiram no es una bomba de relojería, sino un apoyo y un compás de espera para reflexionar.

8. SITUACION SOCIOFAMILIAR

La falta de responsabilidad familiar (solteros, viudos o separados sin hijos, hijos únicos mimados, transeúntes desarraigados, etc.), restan adherencia al esfuerzo rehabilitador. La falta de estabilidad afectiva, disciplina horaria, orden doméstico, etc., son también elementos de signo negativo. Una familia desconfiada, desinformada y proclive al reproche, puede ensombrecer el pronóstico. El alcohólico debe entender que la abstinencia era necesaria, pero que el alcanzarla no significa un mérito por el que se le deba condecorar. No debe hacer chantajes por su nuevo estado, recordando que en cualquier momento puede volver a beber. Ha de admitir que, si en sus años de irresponsabilidad, la esposa suplió el rol de cabeza de familia, recuperarlo lleva tiempo. Debe desmontarse el estereotipo machista. Trocar los amigachos por amigos y el pensamiento mágico por el lógico. La abstinencia ha de basarse en la convicción, no en el temor. La familia ha de ser una estructura de diálogo, no de autoritarismo intransigente.

BIBLIOGRAFIA

- F. K. TAYLOR: *Un análisis de la psicoterapia grupal*, Ed. de la Escuela. Buenos Aires.
- ASYA L. KADIS, JACK D. KRASNER, CHARLES WINICK y S. H. FOULKES: *Manual de psicoterapia de grupo*, Fondo de Cultura Económica, México.
- J. L. MORENO: *Psicodrama*, Hormé, S.A.E., Buenos Aires.
- L. BONNAFE, B. MULDWORF, P. BEQUART, V. LAFITTE y otros: Ed. Nuestro tiempo, Buenos Aires.

- JEAN-MARIE AUBRY, YVES SAINT-ARMAND: *Dinámica de grupos*, Ed. Desarrollo social, Madrid.
- J. L. MORENO: *Psicoterapia de grupo y psicodrama*, Fondo de Cultura Económica, Méjico.
- GENNIE y PAUL LEMOINE: *Una teoría del psicodrama*, Granica Ed., S. A., Buenos Aires.
- CARLOS MARTINEZ BOUQUET, FIDEL MOCCIO y EDUARDO PAVLOKSKY: *Psicodrama psicoanalítico en grupos*, Ed. Kargieman, Buenos Aires.
- JUAN A. PORTUONDO: *Psicoterapia de grupo y psicodrama*, Biblioteca Nueva.
- M. A. GASSULL: *La enfermedad alcohólica*, Químicos Unidos.
- E. BOGANI: *El alcoholismo, enfermedad social*, Plaza Janés.
- DOROTHY STOCK WHITAKER, MORTON A. LIEBERMAN: *Psicoterapia de grupos*, Ed. Troquel.
- CATHERIN B., CLEMENT, PIERRE BRUNO, LUCIEN SEVE: *Pour une critique marxiste de la théorie psychanalytique*, Editions sociales, París.
- W. FEUERLEIN: *Alcoholismo: abuso y dependencia*, Salvat.
- J. ANCELIN SHTZENBERGER: *Introducción al psicodrama*, Aguilar.
- A. DE MIJOLLA, S. A. SHENTOUB: *Pour une Psychanalyse de l'alcoolisme*, "Collection science de l'homme", Payot.
- MARSHALL B. CLINARD: *Anomia y conducta desviada*, Paidós.