

FRANÇOIS BESANÇON
FRANCISCO VERJANO

Alcohol: Hablemos

Una puerta de salida

Alcohol: hablemos

Una puerta de salida

Alcohol: hablemos

Una puerta de salida

François Besançon

Francisco Verjano



© François Besançon y Francisco Verjano, 2001

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos, S. A.
Juan Bravo, 3-A
28006 Madrid (España)

E-mail: ediciones@diazdesantos.es
Internet: <http://www.diazdesantos.es>

ISBN: 978-84-7978-486-7
Depósito legal: M. 21.258-2001

Impresión: Edigrafos, S. A.

A g r a d e c i m i e n t o s

Dando valor a la importante ocasión que se me brinda al publicar este texto, quiero expresar mi sincera gratitud a las personas que, en algún grado, me han ayudado al facilitarme datos e información...

En primer lugar al Dr. Francois Besancon, que ha confiado en mi labor como traductor y adaptador, haciéndome el honor de sugerirme figurar a su lado como coautor del libro.

A la Dra. Alicia Rodríguez Martos, que ha supervisado mi tarea, me ha aportado valiosas informaciones, me ha hecho interesantes sugerencias, y con quien tuve el placer de compartir momentos de trabajo amenizados de distendido humor.

A Pepe, de Alcohólicos Anónimos, que respondió inmediatamente a mis peticiones de datos, y que amablemente me facilitó cuanto le pedí.

Al Dr. Josep M^a Oller, del Organ Tècnic de Drogodependencies de la Generalitat de Catalunya, que me proporcionó datos sobre los centros de tratamiento de Alcoholismo y Drogodependencias del territorio nacional.

Al Sr. Josep Honrubia, alma de la Asociación de Alcohólicos Rehabilitados "Adearh" de l'Hospitalet del Llobregat, persona que siempre encuentro dispuesto a colaborar con mis peticiones, y al que tengo en gran aprecio.

A Margarita Castell, que fue capaz de encontrar tiempo entre sus muchas ocupaciones para poder revisar aspectos de la traducción que podían mejorarse.

A mis compañeros del equipo de trabajo del ambulatorio de l'Hospitalet del Llobregat y del Hospital Sant Jaume de Calella, que son una escuela continua de formación.

Agradecimientos

A mi familia, aliento de mis logros.

Y por descontado a todos los pacientes con problemas del alcohol, pues ellos son los que cada día me recuerdan que junto a todos los síntomas y enfermedades hay siempre un ser humano que sufre.

P r ó l o g o

Alcohol: hablemos

Hablemos... He aquí la clave de este libro, distinto a todos. No estamos ante un texto divulgativo o didáctico acerca de los problemas relacionados con el alcohol. Si se describe alguna sintomatología de la enfermedad, es para entender mejor al paciente.

Hablemos... plantea la cuestión de la comunicación, a menudo tan difícil con quien se encuentra atrapado en las redes del alcohol. Incluso personas sin dependencia del alcohol ofrecen a veces resistencias cuando se trata de comentar sus hábitos de bebida.

La familia, los amigos, el compañero de trabajo y el propio médico se encuentran a veces frente a un muro de incomunicación o embarcándose en un diálogo de sordos. Las mejores intenciones de ayudar parecen estrellarse contra una puerta cerrada y, a veces, provocan incluso reacciones opuestas a las esperadas.

La intención de este libro es tender un puente entre la persona afecta de problemas de alcohol y el otro (familiar, amigo o profesional) que intenta ayudarle. Este puente no es un camino fácil: robusta piedra sobre sólidos pilares. Se trata de un puente colgante, que oscila cuando uno lo atraviesa, pero capaz de llevarte al otro lado. El texto ayuda a comprender no sólo la naturaleza del problema alcohólico, sino el sufrimiento, reacciones emocionales y conducta del enfermo y de quienes le rodean. Desde esta comprensión será más fácil ayudar al bebedor a reconocer sus problemas y a encontrar motivos y ánimos para resolverlos.

Cada cual (cónyuges, padres, compañeros, profesionales, miembros de grupos de auto-ayuda) podrá verse reflejado en este libro y encontrar en él una guía sobre lo que se debe y lo que no se debe hacer, así como un apoyo moral para desarrollar mejor su papel en esta difícil tarea de darle la mano a alguien que sufre y hace sufrir a quienes le aman.

Alicia Rodríguez-Martos

P r e s e n t a c i ó n

¿Es usted compañero o familiar de una persona atrapada por el alcohol? ¿Sabe que es precisamente en los casos más graves donde se ven los más importantes restablecimientos? ¿Sabe a qué se debe?

Cualquier posible comunicación parece bloqueada. Ocultando su sufrimiento, se retrae detrás de una máscara. ¿Se ha cansado usted de sugerirle que beba menos o ha querido hacerle admitir que él, o ella, bebe demasiado? Está abocado a fracasar. ¿Se pierde usted en conjeturas sobre la causa o las causas, intentando cortar el mal de raíz? Puede ser muy tarde o muy pronto, ya lo veremos. ¿Ha sido usted colmado de insultos, y acaso tiene miedo? Más de un millón de familias españolas viven cotidianamente esta experiencia.

El objetivo de esta guía es proporcionarle confianza en sí mismo para dar los primeros pasos. Es inútil ser un especialista, sobre todo en los casos graves. Paradójicamente, si el caso es leve, no es usted quien está mejor situado para intervenir, siendo sobre todo el médico de cabecera quien mejor lo está. Por el contrario, si el caso es grave, se tienen buenas opciones en primera línea. Para el diagnóstico, tratamiento y re inserción por descontado que deberá buscar ayuda y apoyo en profesionales.

Como en el socorrismo, o en la donación de sangre, también éste es un acto de proximidad, de fraternidad. Aprendiendo y preparándose, descubrirá un mundo mal conocido, donde tanto la reflexión como el corazón encuentran su sitio.

Durante toda mi vida como gastroenterólogo hospitalario, no comprendí a estos enfermos, los más numerosos de los que veía todos los días. Mucho más tarde, me percaté de que es fácil acceder a su cara oculta, gracias a algunas sencillas claves, que apenas se enseñan en las universidades. Las claves las encontré en los relatos que me explicaron los bebedores restablecidos, así como en sus escritos. Pedí opinión a mis enfermos alcohólicos y me

Presentación

respondieron que los relatos eran veraces y que se identificaban plenamente con ellos. En efecto, se llega a un punto en que todas las experiencias confluyen.

Las claves de la comunicación son muy diferentes según de quién se trate: a) del alcohol-dependiente cuando sigue inmerso en el alcohol, b) del dependiente que ya ha salido a flote, o c) del bebedor de riesgo que no ha desarrollado aún la dependencia. Las tres primeras partes de la obra corresponden a estas tres situaciones. Para poderse comunicar hay que saber reconocer la dependencia. Pero para reconocerla, hay que saber comunicarse. Los capítulos separan ambas vertientes, aunque estén entremezclados en la práctica.

La cuarta parte del libro pone en escena a otros protagonistas, para comprender sus papeles y saber cómo ayudarles. La quinta parte, al final, se dirige sobre todo a los profesionales sanitarios que deseen detalles sobre los medios de diagnóstico, tratamiento, y evaluación de resultados. Los anexos aportan direcciones útiles, una relación de organismos docentes y referencias bibliográficas.

I n t r o d u c c i ó n

La primera vez que leí el libro me quedé confundido, desde luego no era uno de los libros sobre alcoholismo que yo había leído hasta el momento. ¿Un libro científico, científico-divulgativo, de autoayuda?. La base del planteamiento del Dr. Besanson tenía principios bien simples: observar lo que funciona y trasladarlo a los afectados por el alcohol. Y por afectados había que entender no solo « los bebedores sino también a los que estaban en contacto con él. Estaba ante un intento de tecnificar la empatía, ese vago concepto que podría sintetizarse en algo así como "ponerse en lugar del otro para comprenderlo mejor".

Recuerdo que cuando iniciaba mi trabajo como médico, me sorprendía y dejaba perplejo la gran diferencia existente entre las intenciones y los comportamientos de las personas, algo que era notable en mi campo profesional, aunque no solo sucedía en la vida de nuestros pacientes, pues bastaba con echar un vistazo a mi alrededor. ¿Cómo era posible que una persona continuara con un comportamiento destructivo no obstante conocer las consecuencias de ello? ¿Y como podía convencerlo de que podía cambiar su vida? ¿No habíamos parado a pensar sobre esto los profesionales? ¿No estaríamos los profesionales ignorando el como teníamos que comunicarnos mientras poníamos más acento sobre lo que teníamos que comunicar?

En algunas ocasiones, incluso me había sorprendido a mi mismo queriendo que la realidad se acomodara a las teorías, en lugar de tratar humildemente de saber como era la realidad. Por ello consideré preciso recurrir al auto-cuestionamiento como base de aprendizaje y mejora de mi trabajo.

El libro se presentó como una excelente ocasión para dar forma de realidad a la observación de que integrar diferentes técnicas, provenientes a su vez de distintos enfoques terapéuticos (y no sólo terapéuticos) permite que amplíemos nuestra concepción sobre las personas afectadas por el alcohol. Me animó pensar que mis dudas eran compartidas por el Dr. Besanson, ya que me parecía evidente que a lo largo del libro, y he procurado respetarlo, existía una doble pulsión entre el rigor científico y lo práctico entendido como realidad del paciente.

Es indudable que la base formativa que proporcionan las facultades universitarias son un mirador sobre el comportamiento humano en general, y en

este caso, la problemática del alcohol, pero sin embargo no son el único mirador existente. Podemos aprender a diagnosticar y a tratar, aunque creo importante resaltar que el diagnóstico es la respuesta que tenemos al acertijo de síntomas del paciente y que a veces, los profesionales permitimos que el rompecabezas tenga más importancia que el paciente. Esto es terrible, pues despersonaliza al paciente en un momento en que necesita toda la fuerza de identidad individual que pueda reunir para convencerse de poder cambiar. ¿No constituyen las nuevas técnicas terapéuticas —aunque bien es posible que no sean tan nuevas— un mejor modo de escuchar al otro, de ser empático, o sintónico para poder transmitir nuestros conocimientos? En nuestro tema, opino que nos será más útil pensar que cuando la jerga profesional disocia al paciente de su propio estado y lo confunde, más que ilustrar, quizás sea el momento de olvidarla.

Las propias dificultades que detectan los profesionales especializados en cuanto a establecer comunicación y conseguir que sus intervenciones alcancen el nivel de eficacia y calidad adecuado para facilitar los cambios, ¿no obligan a dirigir la mirada hacia otras configuraciones ideológicas y técnicas? Muchas de estas técnicas son comunes a otros campos profesionales, y ponen su acento en los aspectos comunicativos entre las personas.

Es posible que alguno de los lectores pudiera pensar: Lo que Vd. me dice ya lo sé, y ahora dígame Vd.: ¿cómo se hace para sintonizar con los pacientes para que estos cambien? Hoy por hoy solo tengo una respuesta, les diría: Hablando...y además comunicándonos al hacerlo. Hablemos...o callemos para poder escuchar y percibir, ya que así es como nos comunicamos. La capacidad de escuchar al otro está íntimamente relacionada con la capacidad de motivar de cualquier persona. Intuitivamente, cuando hablamos de motivar a alguien o a algún grupo nos imaginamos ofreciendo buenas razones, argumentando bien, animándoles, dicho de otro modo, comunicando de un extremo a otro. En ningún momento introducimos la escucha en el proceso de motivación, por eso, entre otras razones, fracasa con tanta frecuencia.

Ahora, después de haberlo traducido y adaptado para que mis colegas puedan leerlo, pienso que este libro tiene una intención clara, y es que continuemos aprendiendo a utilizar la más formidable de todas las herramientas que poseemos: Nosotros mismos.

Francisco Verjano Díaz

Bibliografía

-
- La pasión de mejorar. Eugenio Ibarzábal. Edit. Díaz de Santos
PNL para la salud. Ian McDermott, Joseph O'Connor. Edit. Urano 1996
La comunicación eficaz. Lair Ribeiro. Edit. Urano. 1994

Índice

Primera parte LA COMUNICACIÓN EN PLENA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

1 Casos	3
2 ¿Cómo identificar la dependencia?	9
I. ¿Cuáles son los signos de la dependencia y para qué sirven?	9
II. ¿Qué pronóstico tiene la dependencia alcohólica?.....	19
III. Visión panorámica de la dependencia alcohólica en el mundo	20
IV. ¿Se parecen todas las dependencias?.....	25
V. Algunas simples conclusiones	27
3 Para comunicar, confianza	29
I. Obstáculos y falsos caminos	29
II. La relación afectiva	30
III. <i>Slalom</i> de compasión y esperanza	31
IV. Busque ayuda	35
V. Conclusión: tenga confianza en sí mismo	38

Segunda parte COMUNICACIÓN CON LA PERSONA RECUPERADA

4 Nuevos problemas en la vida sin alcohol	41
I. ¿Cómo sobreviven las recaídas?	41
II. El deseo irresistible de beber	44
III. "Borracheras secas".....	44
IV. Las fantasías de las personas recuperadas	45
V. Libertad con la abstinencia	45
VI. "Las causas", factores y circunstancias	48

5 Comunicar desde un nuevo estado.....	59
I. Informar.....	59
II. Motivar.....	60
III. Entrenamiento.....	61
IV. Clima de alegría y afecto.....	62

Tercera parte

COMUNICACIÓN CON EL BEBEDOR DE RIESGO

6 Riesgos del bebedor	65
7 ¿Moderación o abstinencia?	75
I. Prioridades y riesgos.....	75
II. Elección entre moderación y abstinencia	79

Cuarta parte

PERSONAJES PARTICULARMENTE IMPLICADOS

8 Familia y parientes	83
I. La esposa, el marido	83
II. La madre, el padre	86
III. Otros familiares, amigos.....	87
IV. Compañeros, lugar de trabajo	87
V. El clero, el arte.....	89
9 Profesionales interesados	91
Trabajadores sociales, enfermería, auxiliares de clínica, comadronas, tocoginecólogo, médico de cabecera, psicólogo, dietista, quinesioterapeuta, terapeuta ocupacional, técnico en psicomotricidad, administrador hospitalario, policía, magistrado, juez de menores, maestro, camarero...	
10 Colaboradores diversos	97
I. Asociaciones de alcohólicos rehabilitados.....	97
II. Grupos de influencia	99
III. Sectas, fraudes	99
11 ¿Pueblos de vanguardia?	101
12 Conclusiones	105

ANEXOS

Anexo 1: Herramientas profesionales	109
A. Métodos de diagnóstico	111
B. Métodos de tratamiento.....	115
I. Psicoterapia de grupo	115
II. Psicoterapias individuales	116
III. Técnicas cognitivo-conductuales y similares	117
IV. Técnicas centradas sobre las emociones y el inconsciente . . .	118
V. La medicación como apoyo	123
VI. ¿Cómo elegimos frente a la oferta?.....	124
C. Métodos de evaluación de resultados.....	127
 Anexo 2: Direcciones útiles y organismos de formación.....	133
A. Direcciones útiles	135
B. Organismos de formación	139
 Bibliografía	141
 Índice terminológico	155

PRIMERA PARTE

La comunicación en plena dependencia alcohólica

Comenzaremos por considerar algunas cuestiones generales, antes de exponer cómo puede reconocerse la dependencia alcohólica y cómo podemos aprender a comunicarnos con sus víctimas, más allá de la máscara modelada por el sufrimiento.

1

Casos

Empezaremos viendo unos casos ...

Ricardo y el "gran momento". Faltaban pocas horas para la conferencia y estaba nervioso. Llevaba bastantes días sin beber, me había preparado a conciencia, había comprado ropa para el gran momento, y tenía el discurso bien estudiado, en vísperas del acontecimiento quería estar pronto en casa para descansar. Camino de casa, pasando por el bar musical, vi dentro a unos amigos que estaban tomando unas copas. Maquinalmente, entré y respondí "sí" a la también maquinal pregunta del camarero: ¿Quieres tomar una copa? Miré el reloj y vi que eran las 21 horas. A la primera copa siguió una segunda, después una tercera, y así... hasta que fueron las tres de la madrugada. Cuando volvía a casa caí varias veces al suelo, lastimándome el labio. A duras penas conseguí llegar. Fue muy difícil levantarse por la mañana. La imagen que me devolvió el espejo del cuarto de baño era deplorable: labio inflamado, además de un terrible dolor de cabeza.

La sala de conferencias estaba atiborrada de gente, y no pasaron desapercibidos ni mi aspecto ni las dos veces que vomité, aunque traté de salir del paso con excusas inventadas. El dolor de cabeza iba siendo cada vez más insoportable. Al llegar el momento de la conferencia ya no conseguí permanecer de pie, y caí redondo al suelo. Me ayudaron a levantarme y tan sólo tuve fuerzas para escapar de allí a toda prisa y refugiarme en el bar, donde pasé el resto del tiempo emborrachándome. Sólo me repetía que "con lo mucho que me había costado llegar hasta allí y ahora, por mi mala cabeza, lo había perdido todo".

Por supuesto que aquel episodio era el corolario de una ya dilatada carrera como bebedor, a pesar de mi juventud. Aunque tenía ante mí muy buenas perspectivas profesionales trataba de justificar mis desatinos con una historia personal de agresiones, malos tratos y padres separados. No me daba cuenta de que yo también me maltrataba, y que cuando surgía la rabia que tenía acumulada, entonces también el alcohol podía ser mi mejor compañero.

Contemplarme a mí mismo, en un estado límite, y sentirme ridículo, me sirvió para reaccionar y buscar ayuda exterior. Tomar contacto con mi propio sufrimiento me motivó y animó a considerar aquel "gran momento"... para decirme a cambiar. Decidí contactar con un centro de alcoholismo. Hoy, después de más de dieciocho meses sin tomar alcohol, los grupos de terapia son mis mejores salas de actos, mi mujer espera un hijo y mi prestigio es reconocido en el trabajo.

María, de 39 años, había pasado un año sin levantarse de la cama, sin salir de casa, y sin apenas comer. Separada desde hacía 14 años y con un hijo adolescente, había tenido desde hacía muchos años una vida desdichada. Su hijo luchaba para ayudarla a salir de su estado. Incluso acudió en un par de ocasiones al psicólogo, pero las visitas no tuvieron mayor continuidad. Sólo en el alcohol había encontrado fuerzas para funcionar bajo mínimos.

Tras seis años conviviendo con su marido, y después de un calvario de agresiones físicas, decidió un día "coger la puerta e irse con lo que llevaba puesto". Entre lo que llevaba puesto, lo más preciado era su hijito, de dos años. Tuvo que dormir varias veces en la calle, pedir dinero a conocidos y desconocidos, aunque consiguió salir adelante.

Una larga historia de pérdidas de seres queridos había plagado su vida desde los 34 años hasta hoy. Fallecieron sus padres, su tía, su ex-esposo, etc. Los problemas económicos eran acuciantes, llevaba doce años en paro, realizando sólo trabajos domésticos o cuidando niños, con remuneraciones muy bajas, sin osar solicitar mejoras salariales o contrataciones. "*¿Cómo podía pedir más...? ¡Hasta podían echarme!*". La trabajadora social de su barrio pensó que sería adecuado hacer un tratamiento para su depresión. Cuando llegó al centro pesaba 34 kg, sus manos temblaban, estaba deprimida y ansiosa. Tras iniciar su tratamiento entendió algo: *Que ella era lo importante*. Ir descubriendo su propio valor fue un camino por donde se fueron asentando las bases de su recuperación, y para ello fue preciso vivir sin alcohol. Cuando hoy se mira a sí misma se siente satisfecha: trabaja contratada y está bien remunerada, se ha liberado del alcohol, y tiene pareja.

Ernesto. La primera vez que acudió al centro fue acompañado por su esposa, y sólo lo hizo para no oír más a su mujer insistiendo sobre sus problemas con el alcohol. Había tenido importantes problemas físicos: una pancreatitis, y un delirium tremens hacía dos años, que lo mantuvieron durante dos meses al margen del alcohol. A pesar de ello, negaba que el alcohol pudiera ser la

causa de lo que ocurría. A su entender, aquel desenlace era atribuible a otras circunstancias: mucho trabajo y muchas horas con clientes, problemas con su mujer, problemas económicos que podía explicar claramente, etc. Ahora la disyuntiva era o tratarse o separarse.

Esta situación límite había tenido un principio de novela rosa. Ernesto conoció a su mujer en Ibiza, mientras pasaba un verano de vacaciones junto a sus padres, y ella realizaba el viaje fin de curso con las compañeras de clase. De aquel enamoramiento germinó una relación con boda y residencia final en Suiza. Al cabo de dos años su esposa, teniendo ya su primer hijo, le propuso volver a España porque prefería vivir en ella. Ernesto dejó todo lo que le era familiar, estudios de Magisterio, familia y amigos, y vino a España. Aquí no tenía a nadie, se sentía muy solo. Desde su servicio militar había empezado a tomar alcohol, de manera muy moderada, pero cuando estuvo aquí, encontró el vínculo ideal para hacer amigos: el alcohol. Sus padres murieron al cabo de pocos años.

Durante el contacto con el centro, se inició un largo proceso, en el que hizo su desintoxicación e inició los grupos terapéuticos. Aquello fue lo que le hizo cambiar. De una postura en principio irónica y escéptica, pasó a escuchar más activamente lo que allí se decía, para acabar implicándose como participante activo y líder del grupo. Cuando se marchó, al cabo de dos años, sus palabras fueron de agradecimiento para todos los miembros.

Rosa había sido diagnosticada de pancreatitis aguda hacía ocho años. Tres años después sufrió una intervención ginecológica muy traumática. Su segundo hijo nació antes de término y con un peso bajo. Todas estas señales sólo habían cimentado una desastrosa relación con su marido y hecho que se sintiera desgraciada. Su marido pensaba separarse cuando los hijos fueran mayores, y no era consciente de que, en aquel momento de su vida, su relación con ella se asentaba sobre la funcionalidad doméstica de su mujer. Ambos se llevaban mal y Rosa había sido agredida en varias ocasiones... Habían empezado a relacionarse muy jóvenes, Ella tenía 15 años y, cuando se casaron, estaba embarazada de su primera hija. Tomaba alcohol para ser igual que su marido, 10 años mayor que ella, e integrarse en los ambientes que frecuentaban. Nunca había sabido decir no a la familia del marido, y ni tan siquiera la vivienda estaba a su nombre, sino al de su cuñado. El consumo de alcohol iba en aumento conforme pasaban los años, al igual que la mala relación y la violencia de su marido. Cada día que pasaba estaba más atemorizada. Su hermana, anticipándose a una inminente separación, decidió llevarla a un centro de alcoholología. Se sucedieron las desintoxicaciones, las visitas médicas, psicoterapéuticas,

y los grupos de terapia, hasta que aquel itinerario autodestructivo fue desviándose hacia la autocrítica, los trabajos domésticos, los cursos formativos, la búsqueda de trabajo, las ocupaciones sociales.

Las relaciones familiares fueron apaciguándose hasta retornar la paz a casa. Dos intervenciones quirúrgicas para tratar su páncreas concurren durante los cuatro años de su tratamiento, había llegado a estar muy afectada físicamente y, a pesar de la recuperación, quedaron secuelas en su organismo. Hoy, aunque su salud no es del todo buena, su calidad de vida personal es satisfactoria.

Juan. Tenía 34 años. De talante simpático y divertido, le gustaba destacar en las fiestas, las bromas y con las mujeres. Bebía alcohol desde la adolescencia, no habiéndolo considerado nunca un problema. Hacía los 25 años el consumo ya se había hecho tan importante que, presionado por su entorno familiar y por los problemas que había creado (pérdida de trabajo, deudas, agresividad física hacia su pareja, la pérdida de visión de un ojo), decidió buscar una salida e ingresó en un hospital psiquiátrico para desintoxicarse. Después de estar un mes ingresado, reorganizó del todo su vida, manteniéndose sobrio durante siete años. Un nuevo cúmulo de problemas y la idea de poder volver a controlar el consumo después de su larga abstinencia hicieron que volviera a beber. En un año volvió a reactivarse su dependencia del alcohol. Hizo otro tratamiento con desintoxicación e inició posteriormente grupos de terapia. Al cabo de dos años y medio, fue dado de alta recuperado. A los 46 años, volvió a acudir al centro, habiendo reiniciado su consumo de alcohol por los problemas y las fantasías de hacer un uso controlado. Otra vez desintoxicación y grupos de terapia, y esta vez también un tratamiento especial de psicoterapia. Su pareja no lo había dejado en ningún momento, no obstante sufrir directamente las consecuencias de su carrera bebedora, pues pensaba: "y si lo dejas, ¿qué le ocurrirá?"

Luden, jesuita y cantautor guitarrista, explica bien su recaída en su obra testimonial *El niño que jugaba con la luna* (Aimé Duval, Sal terrae). El, al que nada parecía predisponerle, salvo acaso su carácter ansioso, y el sufrimiento por la distancia entre sus sueños y la realidad, se dejó atrapar tontamente. Llamado por aquí y por allá para dar recitales, surcaba las carreteras de Francia y alrededores, llegando frecuentemente con retraso. Con el tiempo justo de montar su material, tenía que salir a escena sin haber comido. El empujón indispensable lo había encontrado en el alcohol. Poco a poco, acabó engan-

chado al alcohol, llegando a tener alucinaciones de predelirium al cabo de siete años. Tres meses después de un tratamiento muy competente y cuidado, explica: "las razones que me habían hecho beber permanecían intactas. No era feliz, estaba angustiado con la idea de recaer. Los mismos deseos, los mismos miedos, los mismos enfados iban a empujarme hacia la misma botella. Y llegó... Durante una boda, un sobrino se acercó a mi mesa: ¿Bebes una copa con nosotros?... Nada más que una. Es preciso, me dije, ponerme a tono con la fiesta, no tengo que diferenciarme... El champán me pareció fuerte y desagradable al paladar. Ningún interés por volver a tomar otra copa... pero una angustia extraña comenzaba a invadirme... Al día siguiente, y al otro, dos vasos de vino tinto. Es normal, me dirá usted. Al contrario, es catastrófico... Todo se desencadena inexorablemente: la desesperación, el autodesprecio, la vergüenza, estaba atrapado en un círculo vicioso... Mi cabeza rumiaba maldades durante el día y sobre todo por la noche... Quería amar a la humanidad, y la vergüenza me hacía apretar los dientes.

Mi médico me dijo: Hay un grupo de Alcohólicos Anónimos en Versalles. Hacen su reunión todos los viernes. Si quieres ir, vendrán a buscarte... En efecto, una bella señorita vino a verme: Me llamo Christiane, soy alcohólica, vengo a buscarle para la reunión de esta noche. Si usted quiere... Echaba miradas curiosas a su cara sosegada, sosegada, sosegada... Es alcohólica y lo dice... En la reunión, había ya una veintena de personas, que se presentaban tranquilamente, sin mirarme. Sólo entendía una frase: Me llamo Juan, soy alcohólico... Me llamo Louise, soy alcohólica... Algo monumental se fisuraba en mi cabeza. La vergüenza. Y después, la rigidez. Y después, la desesperación, que pronto iba a desaparecer para siempre.

Jack London, primer alcohol-dependiente que publicó el relato de su vida en "*John Barleycorn: las memorias alcohólicas*", en 1913, aseveró no estar nunca enganchado a pesar de sus homéricas borracheras. Durante casi toda su vida, que no duró más que cuarenta años, fue uno de esos innumerables "bebedores de riesgo" de los que trataremos en la tercera parte del libro. "*La primera vez que me embriagué, tenía cinco años. En una calurosa jornada, cuando mi padre trabajaba en nuestro campo, me envió a traerle un cubo de cerveza... Debía de ser una cosa prodigiosamente buena... Podía confiar en los mayores... En todo caso, el cubo estaba demasiado repleto... Escondí mi figura y sorbí el líquido que mis labios encontraron bajo la espuma... Pensando que el buen sabor de la cerveza me sería revelado luego, realicé varias veces la prueba... Mi padre no se percató de nada... Recuerdo vagamente que me transportaba en sus brazos, que el mundo entero giraba y cabeceaba alrededor de mí, y experimenté terribles náuseas... Durante*

las semanas y meses que siguieron, no tuve mayor interés por la cerveza que por el fogón de la cocina después de haberme quemado ".

La segunda vez fue a la edad de siete años, algunos instantes después de haber asistido a una pelea entre borrachos. Un joven italiano le ofrecía un vaso de vino y, 2. SU entender, le pareció que sería peligroso rehusarlo... Lo mismo ocurrió con un segundo... *"No se había visto parecido heroísmo en un chiquillo... Estaba paralizado de pavor. Mi único movimiento consistía en llevar a mis labios una procesión interminable de vasos... El vino permanecía inerte en mi estómago paralizado por el miedo... Toda una banda de italianos se maravillaban a la visita del pequeño prodigio... Esta experiencia, tan terrible como fue, no me empujó jamás a reanudar un estrecho conocimiento con la divina botella... Excepción hecha de mi madre, todos los mayores me parecían contemplar el incidente con tolerancia...un episodio divertido y magnífico, que rompía la monotonía de la vida que se llevaba sobre cierta costa fría y brumosa... "*

"Nunca me gustó esa sagrada droga... a pesar de toda mi repugnancia por la bebida, confieso que los momentos más brillantes de mi vida de niño los he pasado en las tabernas... No bebía alcohol más que por su acción estimulante... Vida y el alcohol eran todo uno. Los cabarets son clubes de pobres...Las borracheras provocan acontecimientos extraordinarios... Hombres tales como Joe "elganso" los utilizaban como puntos de referencia para señalar su existencia... Fue gracias a la bebida que llegué a ser camarada de Nelsony su socio... En una docena de bares... Gasté mis 180 dólares en un espacio de doce horas... Llegó a no pasármese la borrachera durante tres semanas... Todos los caminos que seguía estaban empapados de alcohol". Poco después surgirían las primeras ideas de suicidio.

Felizmente, sus pulsiones de evasión tuvieron como resultado numerosas travesías en velero, durante las cuales no experimentó ninguna abstinencia cuando no existía a bordo nada de beber. *"En compañía de gente que no bebe, nunca he añorado el alcohol. Durante las escalas recuperaba el tiempo perdido".* Más tarde: *"En un estado azotado por la prohibición, como era Iowa en 1894..., me acuerdo de haber bebido en casa de peluqueros, fontaneros y en almacenes de muebles."* Habiendo decidido estudiar, se abstuvo del alcohol durante dieciocho meses. Estudiaba diecinueve horas al día. Súbitamente, experimentó por el alcohol *"por primera vez en mi vida, no un deseo corporal, sino un deseo cerebral. Mi ánimo, agotado y chiflado, buscaba el olvido..."* " Más tarde, escritor de renombre, era tan capaz de olvidar el alcohol estando solo, como de salir vencedor de una apuesta entre bebedores a la que fue invitado por un club de estudiantes revolucionarios británicos, etc. Su excepcional vigor le hizo escapar de mil muertes desde su infancia. Su vida empezó a deteriorarse a partir de empezar a beber solo.

2

¿Cómo identificar la dependencia?

El diagnóstico es uno de los más fáciles que existen y, sin embargo, éste será el capítulo más largo de la obra, dada la cantidad y riqueza de los signos, que incluso puede reconocer el no profesional.

Mencionaremos brevemente el pronóstico, para comprobar que su gravedad es comparable a la del cáncer.

Por último contemplaremos la dependencia dentro del *Panorama Alcohólico Español*, así como en el contexto de las otras dependencias.

I. ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS DE LA DEPENDENCIA, Y PARA QUÉ SIRVEN?

El diagnóstico es muy fácil: no existen muchas enfermedades que ofrezcan tantos signos específicos. Basta con la evidencia de un solo signo específico. Aquí, "específico" querrá decir que el signo se observa sólo en la dependencia: del alcohol y, a veces, de otras drogas. Por otra parte, los signos específicos se encuentran tan a menudo que bastaría con buscar sólo dos: el temblor matinal calmado por el alcohol, y la convicción de sentirse esclavizado. Pero no hay que satisfacerse sólo con ellos, pues también interesan otros signos para comprender y resolver la dificultad de comunicación.

Poco conocidos, los signos fueron ya descritos en lo esencial, en 1819, por el médico alemán C. Von Brühl-Cramer, que ejerció en Siberia y después en Moscú. Lo que llamó "Trunksucht" podría traducirse por "alcoholmanía",

término propuesto y empleado en nuestro país por Alonso Fernández¹ hacia los años 1960-1970. En cuanto al término "dependencia", se remonta a 1946, pero no se extendió hasta después de 1976.

A. Panorama de los signos de la dependencia alcohólica

Hay muchas maneras de ordenar la lista y clasificarlos. *Se propone una clasificación relativamente fácil de entender*, que se cita en el Anexo junto a otras técnicas de diagnóstico.

1. Estado de abstinencia: *delirium tremens*, *signos matinales*

El estado de abstinencia aparece cuando un alcohol-dependiente se encuentra privado del alcohol durante algunas horas por el sueño, accidentes, hospitalización, encarcelamiento, decisión de abstenerse... "El cuerpo protesta" dicen los afectados.

El **delirium tremens** es la cumbre del estado de abstinencia, con agitación incesante, temblor generalizado, confusión mental, agresividad, insomnio, alucinaciones terroríficas agravadas por la oscuridad, sudores, deshidratación. Espontáneamente, puede durar de dos a diez días, en caso de sobrevivir.

Este espectáculo prácticamente ha desaparecido de nuestros hospitales, ya que las medicaciones actuales, administradas desde un principio, son eficaces. Es más corriente observar **predelirium**, donde los mismos signos aparecen atenuados, cediendo en dos o cinco días. Habitualmente las graves secuelas cerebrales pueden prevenirse. Más de un tercio de los alcohol-dependientes han sufrido o sufrirán un predelirium o un delirio.

Los **signos matinales de abstinencia** (tabla I) tienen menor intensidad que el predelirium, pero son observados con más frecuencia porque lo preceden. Ceden después de uno o dos vasos de cerveza, al cabo de media hora o una hora. El **temblor** es el más generalizado (85% de los casos). Puede ser lo bastante intenso como para producir las prisas matinales por los primeros vasos de alcohol. La **angustia** es también frecuente, pero queda oculta, la persona nunca la comenta. Habrá que hablar de ella. Es una angustia de muerte, terrible,

¹ Alonso Fernández (1981) hizo la descripción de los perfiles del bebedor, estableciendo conceptualmente las tres tipologías básicas: El "bebedor excesivo regular", el "bebedor enfermo psíquico", y el "bebedor alcoholómano".

Tabla I. Signos de abstinencia, y otros signos que pueden ligarse a la necesidad del alcohol

Su grado de especificidad se designa por: E (específico). ? (dudoso), y N (no específico pues es observable en otras situaciones, por ejemplo, en la depresión).

	<i>Especificidad</i>
1. Delirium tremens, o predelirium	E
2. Signos matinales de abstinencia	
· Temblor	E
· Angustia	N
· Sudoración	E
· Náuseas ± vómitos	E
3. Otros signos que pueden relacionarse con la necesidad de alcohol	
· Ser cotidianamente incapaz de pararse después del segundo o tercer vaso	?
· Estar obligado a aumentar la dosis para obtener el efecto exigido	?
· Volver a sentir nuevamente deseos de alcohol cuando desaparece el efecto	?
· Estar convencido de hallarse atrapado en una rueda	E
· Estar obsesionado por el aprovisionamiento	E
· Sufrimiento por la situación, desesperación	N
· Intensas ganas de tomar alcohol, por momentos	?
· Alucinaciones, convulsiones	N

sobrevenida con la dependencia* Por su intensidad y su horario, es bien diferente de la ansiedad que pudiera existir anteriormente. No es específica, en la medida en que ciertas enfermedades mentales implican también angustia, que el alcohol puede ayudar a calmar. La **sudoración, náuseas y vómitos** (las primeras copas se vomitan) son menos frecuentes (dos tercios de los afectados), pero más específicos. El cuadro matinal se enriquece eventualmente con una aceleración del corazón, con una subida de la tensión arterial.

2. Otros signos que pueden relacionarse con la necesidad de alcohol

Sin ceñirse al horario matinal del estado de abstinencia, otros signos expresan a su manera la necesidad crónica de alcohol que caracteriza la dependencia (tabla I).

La **tolerancia** sobreviene primero, pero la palabra se ha tornado ambigua. Su primer significado se refiere a una especie de entrenamiento, que le permite al bebedor **tomar cada vez más alcohol**. No puede considerarse como dependiente, porque es capaz de moderarse. Algunos bebedores aceptan mal el alcohol, ganando poca tolerancia, lo que no les impide engancharse a fuerza de recomenzar, como le ocurrió al escritor americano Scott Fitzgerald. El segundo significado se refiere a que el bebedor está obligado a aumentar la dosis para obtener el efecto necesario. El efecto, en este estado, no es tanto un placer como una "necesidad". Si esa necesidad se torna cotidiana, aparece el primer estadio de la dependencia.

El **fracaso de las decisiones de moderación** es una experiencia común en todos los dependientes del alcohol. Comienza por la **incapacidad repetida de pararse después de la segunda o tercera copa**. Este comportamiento puede observarse desde el principio de la carrera bebedora, aunque las embriagueces no son aún más que episódicas. Constituye ya un déficit de libertad, aunque es habitual considerarlo al principio como signo de alarma más que como prueba de dependencia. Se podría hablar de accesos agudos de dependencia, preludios de la dependencia en el sentido crónico usual. Observemos que para muchas personas es mucho más difícil moderarse que abstenerse.

La **reparición del deseo de beber alcohol**, una vez desaparecido el efecto, es propia de la primera etapa de la abstinencia. Preventivamente, la persona toma una copa cada vez que va a salir su casa.

La **convicción de estar metido en un círculo vicioso** se instaure pronto o tarde, con intermitencias. Tan pronto aparece como desaparece. Los dos signos precedentes sugieren esta convicción, y el estado de abstinencia matinal se impone definitivamente. "No podría vivir sin alcohol, y tampoco podría vivir con él" (*Alcohólicos Anónimos*, obra que será citada a partir de aquí con la abreviación *A.A.*). La **obsesión por aprovisionarse** de alcohol vuelve sin cesar. Una vez establecida la comunicación afectiva con el alcohol-dependiente, éste no suele negar su esclavitud respecto del alcohol.

Al cabo del tiempo se instaure un **sufrimiento sobre esta esclavitud**, y una **desesperación por salir**, desesperación continuamente ahogada en alcohol. "*Los dos últimos meses, he bebido para matarme más deprisa y he conocido los sufrimientos del infierno, la rabia y la desesperación*" (A.A.), observando *Las botellas rojas*, pintadas por Nicolás de Staël² poco antes de lanzarse por la ventana de su estudio; cabría pensar que las botellas nos estarían dando un aviso.

² Nicolás de Staël (1914-1955), pintor e ilustrador francés de origen ruso.

Como si este estado crónico no fuera suficiente, **intensos deseos** de tomar alcohol sobrevienen con intermitencia, a diferentes horas que las de abstinencia matinal.

Estos trastornos, que acaban de ser presentados como unidos a la necesidad de alcohol, son bastante menos aparentes que los de la abstinencia matinal.

El enfermo los oculta a los demás, y frecuentemente a sí mismo. Puede preguntarse usted cómo obtener la confidencia. Es posible y a la vez fácil, con tal de que se haga mediante el impulso de una relación afectiva, que será la clave de la comunicación.

3. Otros signos de la abstinencia

Los alcohol-dependientes presentan con frecuencia trastornos diversos, sin que se sepa cómo relacionarlos con la necesidad del alcohol (tabla II). Por último, cuando la persona haya logrado vivir fuera del alcohol, todavía persistirán algunas secuelas del mismo.

a. Trastornos frecuentes en los alcohol-dependientes

La **pérdida del placer**: dos tercios de pacientes la padecen. Después de beber ya no sienten bienestar ni buen humor. El placer gustativo desaparece frecuentemente. *"Cuando estoy de fiesta con mis amigos, no existe ningún placer: no es más que para olvidar las preocupaciones"* dicen a menudo. Algunos (10%) le dirán que no han experimentado nunca placer y que no han buscado más que la ruina. *"No he podido nunca superar el asco físico. Detestaba el alcohol, pero lo bebía con el fin de embriagarme"* (Jack London). Cuando ha existido placer anteriormente, su pérdida marca una similitud con la dependencia a la heroína. Es precoz, precede en varios meses o años el estado de abstinencia. Su valor como advertencia debería ser conocido por todo el mundo. Por otra parte, muchos afectados (familia, amigos) tienen escrúpulos en recomendar al dependiente vivir sin alcohol. Creen privarlo de un placer, ignorando que éste ha desaparecido hace mucho tiempo y para siempre.

El **disimulo** es una etapa fundamental. Destacan las **consumiciones furtivas**, es decir, que durante una fiesta la persona se esconderá para beber dos copas de más. El ingenio de las mujeres para esconder las botellas es notable y desafía la imaginación. Después de haber multiplicado las "promesas del alcohólico", la persona **niega sus excesos**: las niega a otros, pero también a sí mismo. *"Todos los alcohólicos son fabuladores. Es su manera de escapar de la realidad. Se inventa una película, y acaba creyendo sus propios embustes"* (Le Moigne).

Tabla II. Signos de la dependencia al alcohol diferentes al deseo de beber

	<i>Especificidad</i>
Trastornos observados en el curso de la alcohol-dependencia	
Falta de placer después de beber	?
Consumos furtivos	?
Negación a otros, a sí mismo	?
Vergüenza	N
Resentimiento, rabia contra sí u otros	N
Ausencia de otras emociones que las ya citadas	N
Pérdida de la comunicación con los conocidos	N
Rupturas afectivas y sociales	N
Insomnio, pesadillas	N
Calidad de vida detestable	N
Regresión de la tolerancia	N
Secuelas observadas durante la abstinencia	
Deseo intenso de alcohol, a veces	E
Recuerdo desagradable de la dependencia	E
Aceleración de la dependencia después del primer trago	E

Toda clase de justificaciones son alegadas: "*¡Si encontrara trabajo... Si mi mujer volviera conmigo... Si mi espalda me hiciera menos daño..., no tendría ninguna razón para beber!*". En efecto, si la bebida resta posibilidades de realizar sus supuestos deseos, realizarlos nunca ha curado de la bebida.

El disimulo es un signo de dependencia fácil de reconocer; sin embargo no es específico ni constante. Puede dudarse cuando existe en ausencia de los signos de abstinencia. Muchas mujeres disimulan sus consumos durante mucho tiempo antes de ser descubiertas. El disimulo es inconstante porque depende del entorno. En el sur de la India, por ejemplo, es feroz en la ciudad y desconocido en el pueblo. Desconocido también parece serlo en algunos países, como en el Camerún o entre los esquimales.

En nuestro entorno, ¿qué significado tienen las "mentiras"? Al principio, una defensa contra un bien intencionado hostigamiento. Más tarde, constituye una máscara de hierro impuesta por el alcohol al que ha atrapado. La máscara no ha sido elegida, es padecida. Se podría sostener que su portador es disimulado sin pretenderlo antes que ser disimulador.

El disimulo viene a romper con el exhibicionismo en la bebida al inicio de la carrera alcohólica, que se da con frecuencia en los varones. Esta ruptura podría ser interpretada como signo de dependencia, aunque todavía está por estudiar.

"Toute honte bue" (Toda la vergüenza bebida) es el título que Laura Charpentier dio al relato de su vida. La vergüenza entristecía a Saint-Exupéry, en *El pequeño príncipe*, así resumida: *"Tengo vergüenza porque he bebido... Bebo porque tengo vergüenza"*. ¿Dónde comenzaron las cosas? ¿Cuál de las relaciones entre vergüenza y angustia, se presenta como signo de dependencia en primer lugar? La vergüenza, cuando surge en la consciencia, puede ser rechazada de dos formas: Siendo anegada en el alcohol, o siendo sobrecompensada por un delirante orgullo, de grandiosas actitudes y pretensiones, o por un rechazo de toda frustración. *¿Interviene la vergüenza en la infantil regresión de la afectividad, en el disimulo, y en el odio donde será cuestionada?* El autor Maisondeu nos amplía la información. "Entre 29 testimonios de vida que referimos en *Los alcohólicos anónimos*, conté siete casos, entre los cuales hay cinco mujeres y un religioso, en que la vergüenza es espontáneamente mencionada". Queda aún por estudiar la constancia y especificidad de la vergüenza como signo, y utilidad si se pone en evidencia.

Si en el alcohol-dependiente se multiplican los cambios de humor y se vuelve irritable, es debido a que vive embargado por la ira y el odio. Molida a golpes en muchas ocasiones y cubierta de insultos aún más hirientes, su compañera es testigo de ello. En ocasiones la celotipia delirante (celos enfermizos y patológicos) es cotidiana, estando el sujeto ebrio o sin estarlo. Cuando en la intimidad la esposa se esfuerza disimulando su repulsión, es frecuente que el alcohol-dependiente lo interprete como un indicio de infidelidad. Sin embargo, en los relatos de sus vidas (las referencias están en la bibliografía), Laura Charpentier, Lucien, Mamadou Gologo, y Adda Boudaoud (A.B.) revelan que cólera y odio están dirigidos tanto contra sí mismo como contra otros. *"Ignoro a mi familia, el odio está allí. La muerte no me quiere. Querría morir, querría desaparecer, quería ocultarme. Tengo vergüenza de mí. Sólo es por el odio y el sufrimiento que existo... Tengo miedo de la verdad... Me baño en la vergüenza"* (A.B.). También, en los testimonios de Alcohólicos Anónimos: *"Me volví un hombre cínico, intolerante y arrogante, contrariamente a lo que había sido normalmente". "La alegría de vivir me dejó. Luego el odio se adueño de mí y me encerré en mí mismo. En casa, mi esposa y yo podíamos pasarnos más de una semana sin hablarnos. No osábamos más que a mirarnos"* (A.A.).

⁷ Rumiar: repetir, dar vueltas en la cabeza a un pensamiento.

Emociones como la angustia, el sufrimiento, la desesperación, la vergüenza, la cólera y el odio invaden el campo de la conciencia hasta tal punto que se puede ignorar la **pérdida de otras emociones**, sobre todo las emociones positivas de la vida cotidiana. "Rumiaba maldades en mi cabeza a lo largo del día y sobre todo de la noche: "No puedes controlarte, Lucien, no sabes ya qué decir. Ves a la gente reír y divertirse, y tú tienes alma de enterrador... Querrias amar a la humanidad, y el odio de ti mismo te hace apretar los dientes. Eres un témpano de hielo, frío y duro".

Cualquier comunicación efectiva está anulada, sobre todo con los familiares mientras que una fachada de insignificantes palabras aún da el pego en los lugares de trabajo.

A medida que pasa el tiempo, la dependencia incrementa las dificultades en todos los dominios de la vida. Las **rupturas afectivas o sociales** se producen pronto o tarde, con el distanciamiento de la pareja, pérdida de la vivienda, desempleo o ruina, miseria.

Son comunes el **insomnio y las pesadillas**. Las **convulsiones y alucinaciones** son más raras. La **calidad de vida** deviene detestable.

¿Cómo es que en este estado el alcohol-dependiente continúa bebiendo? No es por placer. Tampoco es tanto para sentirse bien como para sentirse menos mal, que es muy diferente. Lo hace para acallar la abstinencia, la desesperación, la vergüenza, y las preocupaciones que se acumulan. No funciona sin alcohol, **bebe simplemente para funcionar**, y en cierta manera tiene razón. Desde luego, este funcionamiento no llega nunca a ser normal, como lo muestran los tests psicofisiológicos.

La **regresión de la tolerancia** no aparece más que en un estadio tardío, corrientemente después de años de dependencia. Se ha visto que al principio de su carrera el bebedor toma cada vez más alcohol. Al final, dos o tres copas lo tiran por tierra. Mucho tiempo después del viraje de la exhibición al disimulo, se ve el viraje de la tolerancia a su regresión. Estos jalones merecen la atención de los biólogos. Es curiosa la regresión de la tolerancia pues sorprende ver empeorar el estado de la persona cuando está bebiendo menos.

En la tabla II, se inscribe como dudosa la especificidad de los tres primeros signos en razón a su precocidad. Muchos signos carecen de especificidad en la medida en que se observan en otros trastornos mentales como la depresión, la paranoia, la esquizofrenia. Sin embargo, los signos adquieren pleno significado

en los numerosos casos en que los mencionados trastornos estaban ausentes anteriormente al resbalón con el alcohol.

b. Secuelas en el abstinente

Debajo de la tabla II figuran los signos que subsisten en el antiguo dependiente que vive sin alcohol. Pueden volver los deseos intensos de beber alcohol. Guarda casi siempre un recuerdo infernal de su época de dependencia. Sobre todo, permanece oculta una secuela, que no se revela más que después de la primera copa: la dependencia se desarrollará 700 veces más rápidamente que la primera vez. Más adelante veremos las consecuencias prácticas de este signo constante y específico.

c. Otras clasificaciones, otros signos

Otros medios están disponibles para el diagnóstico de la dependencia alcohólica: se recogen en el Anexo, al final de la obra.

B. ¿Cuánto tiempo es preciso para ser dependiente del alcohol?

Antes de responder, señalemos la evolución gradual de la dependencia, que avanza de forma subrepticia.

Primer grado, estar obligado a aumentar la dosis para obtener el efecto deseado. Esta obligación o necesidad corresponde ya al concepto de dependencia. Es el segundo significado, el más discutible, de la palabra "tolerancia". El antiguo término de acostumbramiento ha caído en desuso.

En el estado de abstinencia matinal, la dependencia es evidente.

Entre los dos, la incapacidad cotidiana de pararse después de la segunda o tercera copa, ofrece la gran ventaja de ser un signo objetivo, constatado aunque el interesado rehuse de entrada toda confidencia. El disimulo y la negación aparecen como confirmaciones evidentes, si el interesado es de sexo masculino. Recordemos que frecuentemente muchas mujeres se ocultan mucho antes de estar enganchadas.

Son precisos 13 años, de media, para quedar enganchado físicamente con síndrome de abstinencia. Encuestando en París a enfermos hospitalizados y sujetos recuperados, hemos comprobado que se empieza a beber "como todo el mundo" hacia los 19 años, y que la dependencia se hace evidente hacia los 32 años, con amplias variaciones individuales. En los Estados Unidos, la edad media

de inicio de la dependencia sería actualmente de treinta años. Es cierto que allí el consumo adicional de otras drogas es más corriente.

Sabemos que el 61% de la población adulta bebe alcohol en alguna medida, y el abuso de alcohol afecta a más de un millón (el 4%) de la población. Según una encuesta del año 1993 del Plan Nacional de Drogas, alrededor del 90% de los españoles de más de 16 años decía ser consumidor de alcohol. Con estos datos, hay que entender que la dependencia es la punta sobresaliente del iceberg de toda una gama de problemas y riesgos que conlleva el consumo de alcohol. El inicio del tratamiento del síndrome de dependencia alcohólica está en torno a los 40 años, según se deduce por la edad media de los ingresos hospitalarios.

El alcoholismo mediterráneo tradicional desarrollaba la dependencia lentamente (unos 15 años). Con el nuevo modelo de consumo, a base de atracones de fin de semana, la dependencia puede surgir en pocos años. El establecimiento de la dependencia es lento en comparación con la heroína o la cocaína, aunque en algunos casos se llega muy rápidamente a estar enganchado. Ha podido verse una mujer pequeña y delgada afectada de temblor matinal, no habiendo bebido cotidianamente más que tres cuartos de litro de vino rosado durante solamente nueve meses. Recuperada, ha podido vivir sin alcohol.

La relación existente entre el consumo y la dependencia se discutirá más adelante.

C. ¿Cómo emplear todos los signos?

Si está usted abrumado por la extensión de las tablas I y II, preguntándose cómo puede memorizarlo y además qué hacer con todo, indica que llegó el momento de simplificar.

El temblor matinal que se calma al beber alcohol puede ser suficiente como guía, al ser específico y casi constante. Una vez establecida la relación afectiva, al paciente no suele costarle reconocer que se siente atrapado por el alcohol. En todos los casos de dependencia comprobada, se encuentran el temblor, la sensación de estar atrapado o, lo más corriente, ambos síntomas.

Comunicarse con el afectado significa interesarse por su angustia, sufrimiento, desesperación, sus rupturas afectivas y sociales, y por su calidad de vida. Al apoyarse sobre estos signos no específicos y compartirlos, pueden usarse después como palancas terapéuticas.

Por último, para comparar los resultados de diversos tratamientos, se necesitan criterios, que serán evocados en el Anexo. Así pueden seleccionarse los signos según las circunstancias y el uso a que se destinen.

II ¿QUÉ PRONÓSTICO TIENE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA?

Distinguiremos el pronóstico inmediato del delirium tremens como signo de abstinencia, y el pronóstico a largo plazo de la dependencia, estado crónico.

En los años 50, un tercio de los delirium tremens todavía finalizaba en defunción. Si se compara la evolución espontánea de los estados de abstinencia de las diversas drogas, sólo la abstinencia de los barbitúricos es tan peligrosa como la abstinencia del alcohol. Cuando el alcohol se convierte en una droga para el individuo, es una droga tan dura como cualquier otra.

Los trastornos derivados del consumo de alcohol aparecen a lo largo de los años, en distintos momentos, a medida que pasa el tiempo. Instalada la dependencia, no es raro que la vida del alcohol-dependiente se convierta en un infierno.

¿A largo plazo como finaliza la dependencia? Entre cien casos que se estudiaron y siguieron en Inglaterra, al cabo de diez años se contabilizaron las siguientes situaciones:

- 26 tentativas de suicidio, de las que cinco se consumaron.
- 29 separaciones conyugales, lo que hace admirar la paciencia del cónyuge.
- 7 ingresos en las prisiones de su Graciosa Majestad, pero también 14 delitos de embriaguez al volante, y otros 25 delitos exentos de ingreso en prisión.
- 40 ingresos en el hospital, con una duración media de cinco meses, varias veces superior a lo que dura una hospitalización ordinaria.

Los costos no han sido cifrados y los accidentes de trabajo no han sido individualizados, tampoco los daños a terceros.

Al cabo de diez años la mortalidad fue de un tercio. Un tercio abandonó el alcohol. El último tercio, no habiendo superado la dependencia, está en principio condenado a su evolución, diez años más tarde, con una mortalidad de al menos un tercio. Otro estudio estima que la probabilidad de muerte al cabo de diez años es 9,5 veces la de la población general.

Recordemos que en la mitad de los casos se trata de personas jóvenes. Es legítimo expresar la mortalidad en años de vida perdidos. Sabiendo que la edad media de los cánceres es netamente más elevada, puede afirmarse que la mortalidad por dependencia alcohólica es, en años de vida perdidos, comparable a la mortalidad por cáncer. Por otra parte, el alcohol asociado al tabaco interviene como factor de riesgo de varios cánceres, como el de garganta.

El infarto de miocardio encabeza las causas inmediatas de muerte por delante del suicidio y la cirrosis, por dos razones: los alcohol-dependientes fuman casi todos, lo que predispone al infarto. También para el infarto, el riesgo de muerte en el curso de pocas horas por trastornos del ritmo o insuficiencia cardíaca es mucho más elevado cuando el corazón está empapado de alcohol. Una célebre cerveza belga se llama "la muerte súbita": ¿Aludirá a la experiencia? A mucha gente le encanta repetir que "el alcohol es bueno para el corazón", pero todo radica en la dosis que se tome.

El abuso de alcohol implica un gasto económico medible.

El consumo excesivo de alcohol en nuestro país alcanza un impacto económico estimado, como mínimo, en 6.377-171 millones de pesetas. De éstos, se calculan 228.429 millones/año en costes directos (utilización de recursos sanitarios, pérdidas materiales derivadas de accidentes de tráfico, actuaciones de la Administración derivadas de la actividad criminal, etc.), y los costes indirectos (subsídios, pérdidas de productividad, etc.) en 409.228 millones de pesetas/año. El alcohol produce alrededor de 20.000 muertes al año, suponiendo más del 6% de la mortalidad total del país, y 224370 años potenciales de vida perdidos.

No hablar más que de muerte sería desinformar, si se descuidaran otras desgracias y su duración: las enfermedades, la desesperación, el infierno que vive la familia.

III. VISIÓN PANORÁMICA DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA EN EL MUNDO

¿Es rara la dependencia, en relación con otras enfermedades alcohólicas?
¿Cuánto es necesario haber bebido para ser dependiente del alcohol? ¿Quién es alcohólico?

A. Su frecuencia

En un estudio realizado en Francia (véase la tabla III), se pudo comprobar que entre los adultos que abusan en sus consumiciones cotidianas, un tercio padecen dependencia, y otro tercio ya han sufrido una enfermedad alcohólica u otros daños expuestos anteriormente (tentativas de suicidio, accidentes, problemas policiales, rupturas sociales, etcétera).

Las enfermedades alcohólicas existen en número de una treintena. Aunque sea muy común pensar en la cirrosis no hay que olvidar que se producen muertes por sobredosis, sobre todo cuando hace frío y hiela; demencias definitivas (un cuarto de las enajenaciones); lesiones cerebrales y oculares afectando al feto durante embarazos regados en alcohol. Claro está que el alcohol no es causa exclusiva de algunas de ellas: también contribuyen los virus de la hepatitis, la malnutrición, y la falta de vitamina B₁. Sin embargo, en las poblaciones que no abusan del alcohol, estas enfermedades no son más que rarezas, salvo la cirrosis, en la que el alcohol tiene un papel principal, siendo responsable de una tercera parte de las mismas.

Para percibir la frecuencia de la dependencia alcohólica en la población general mayor de 18 años, los investigadores americanos no vacilaron en llamar a números de teléfono escogidos al azar, después de haber avisado previamente por carta. Lejos de ser rechazados, pudieron recoger cerca de 44.000 respuestas, identificando criterios de dependencia en un porcentaje cercano al 3,8% de las personas telefonadas. De esta manera se deduce que más de cinco millones de americanos adultos sufrirían dependencia alcohólica. De otros países conocemos, por ejemplo, que los alemanes cuentan más de diez millones en su territorio; y que el gigante chino empieza a despertar...

Un grupo de 134 médicos generalistas franceses adoptó los mismos criterios para distinguir, entre su clientela adulta: 1) los casos de dependencia (con o sin las enfermedades u otras afectaciones del alcohol); 2) las enfermedades o afectaciones sin dependencia; 3) grandes bebedores que no están afectados, que se denominarán más adelante bebedores de riesgo. La tabla III muestra que persiste preponderancia masculina, y que los bebedores excesivos no afectados no son más que una minoría. Sabiendo que la clientela de los médicos no representa más que imperfectamente la población general adulta, no se arriesga uno a equivocarse estimando que la dependencia alcohólica afecta más de un millón de franceses. ¿Quién sostendría actualmente que no es más que una rareza? El diagnóstico es, de largo, el más frecuente en el hospital, en los servicios de medicina general.

En el caso de España, y en estimaciones a la baja, se calcula que la dependencia al alcohol puede estar afectando a más de 1.600.000 españoles (tabla III).

Si son colosales los sufrimientos infligidos a las personas, también son colosales los gastos económicos impuestos a las familias y las empresas, directamente o por medio de las mutualidades (accidentes, enfermedades, fraudes,

Tabla III.

Clientela adulta de los médicos generalistas FRANCESES.
Porcentajes de sujetos afectados de dependencia, otros cuadros o enfermedades debidas al alcohol, y de los bebedores de riesgo

	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Dependencia	13	2
Otros cuadros	6	3
Bebedores de riesgo	7	5
Total %	26	10

Proporciones de la clientela de los médicos generalistas y hospitales ESPAÑOLES, y su relación con el coste directo ocasionado por el alcohol

	<i>Trastornos ocasionados por el alcohol</i>	<i>Nº visitas al año</i>	<i>Costes directos</i>
Atenciones/visitas ambulatorias	15-20%	8 millones	Supone un 3,4% del total de la medicina general 15,8% del total del coste
Atenciones/visitas hospitalarias	25-30% de las admisiones	<i>análisis por edades (1)</i> abuso de alcohol.....29,4% SDA41,4%	40% del total del coste
	10-15% de las urgencias	Enfermedad hepática relacionada con el alcohol53%	

Extraído de "El alcohol y su abuso: impacto socioeconómico". Portella y otros, 1998; en referencia a datos del Registro Conjunto Mínimo Básico de datos de alta hospitalaria (CMBD)

pérdidas de trabajo, descalificaciones, invalideces, seguros de desempleo, pensiones de inserción, costas de justicia y encarcelaciones). Incluso hay países pobres, subdesarrollados, en que los gastos derivados de atender el daño a la salud derivado del alcohol desvían los recursos económicos necesarios para sobrevivir.

La opinión pública parece no inmutarse por las grandes cifras. Por ejemplo, cuando en Estados Unidos se evalúan las pérdidas anuales en 50 mil millones, a los que hay que añadir 30 mil millones de dólares de ingresos perdidos, los números son tan grandes que parecen que no pueden concernir más que a otros.

Es un deporte nacional negar estas realidades. ¿Entre nosotros? ¿Alcohólicos como electores? ¡Al contrario, vividores, como usted y yo! "¿Borrachos, entre nuestro selecto personal?" ¿Está usted seguro, está por encima de toda sospecha? El alcoholismo es un tema tabú, la otra cara de la moneda.

B. Del consumo a la dependencia

Las relaciones entre consumo y dependencia no son estrechas. Sería imprudente vaticinar lo que le espera a un bebedor, basándose sólo en su consumo habitual.

Se puede beber como una esponja y no ser afectado: dicho de otra manera, se puede permanecer en estado de bebedor de riesgo hasta el final de una feliz vejez... La memoria popular amplifica el número y frecuencia de estas excepciones. En caso de daños, no se puede predecir cuáles llegarán primero. Probablemente serán los accidentes de tráfico o laborales. La edad media del debut de la dependencia es más precoz que la de otras enfermedades relacionadas con el alcohol.

Una cuestión repetidamente planteada es la del límite seguro o dosis cotidiana de alcohol que se puede beber sin daños. Pues bien, no existe una respuesta que sirva para todos. Para cada individuo la respuesta puede ser diferente y le compete al médico el darla. Por ejemplo, la dosis cae a cero en el caso del alcohol-dependiente recuperado (veremos más adelante por qué es así), o cuando se toman ciertos medicamentos. Está próxima a cero en una mujer embarazada, después de ciertas hepatitis, y en un sujeto delgado. Un hombre de peso normal, en buen estado de buena salud psíquica y física, no corre gran riesgo mientras no sobrepase un cuarto de litro entre comida y cena. Recordemos el caso, citado anteriormente, de una mujer pequeña y delgada afectada por temblor de abstinencia al cabo de sólo nueve meses de consumo cotidiano de tres cuartos de litro de vino. El alcohol es más nocivo en ayunas. Durante el embarazo, la cerveza es el alcohol que parece ser más nocivo para el feto.

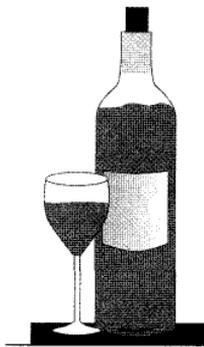
La copa de destilados contiene el doble de alcohol. *En España, la U.B.E. (Unidad de Bebida Estándar) se ha estimado en 10 gramos (véase la tabla IV).*

La relación entre consumo y daños por alcohol es mucho más estrecha a nivel de población que de individuo. Un estudio publicado en el año 1998 lo establece, por comparación entre países y por análisis de la evolución en el mismo país. En Suecia, han calculado que la mortalidad imputable al alcohol caería a la mitad si el consumo nacional disminuyera el 25%, o si el de los grandes bebedores disminuyera el 36%. Esta última proposición puede ser plausible en estadística, aunque el médico tiene todos los números para fracasar aconsejando al gran bebedor reducir en un tercio su ración cotidiana: tendrá generalmente más ventajas y casi igual facilidad en abstenerse que en disminuir sus consumos, como se verá en el capítulo 7. De todas formas, las autoridades noruegas y canadienses se propusieron como objetivo una reducción del 25% de los consumos, teniendo en cuenta las transgresiones del monopolio del OH del estado en el mercado negro.

A nivel individual, la reducción necesaria dependerá de lo que cada cual estuviera bebiendo, como veremos en el capítulo 7.

Tabla IV. Unidad de bebida estándar (UBE). No existe una única unidad internacional, con idéntico contenido de alcohol puro. En Europa, la UBE equivale a 8-10 g, con variaciones regionales

Un vaso estándar de vino



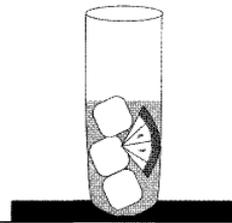
10 g

Una cerveza



10 g

Media copa de licor



10 g

C. ¿Quién es alcohólico?

No se sabe bien qué significa esta palabra utilizada como nombre sustantivo, al haber recibido significados diferentes. Para los que todavía la emplean, como, por ejemplo, los Alcohólicos Anónimos, el alcohólico es el alcohol-dependiente. "*Soy un alcohólico*", repiten en sus sesiones y esta identificación les sirve para recordar que no pueden beber. Por eso no les conviene a Alcohólicos Anónimos cambiar su nombre.

Salvo esta excepción, son preferibles términos claros: dependencia alcohólica, enfermedades alcohólicas, otros trastornos, y "bebedor de riesgo". El último término es preferible al de "bebedor excesivo", ya que los expertos aún no han acabado de discutir la definición: lo que es excesivo para uno no lo es siempre para otro. "Bebedor de riesgo" es preciso: el daño no ha sucedido, incluso puede ser que no se produzca jamás, pero la probabilidad de que suceda puede ser cuantificada.

La palabra "alcohólico" empleada como adjetivo y no como sustantivo, parece adecuada para calificar, por ejemplo, las cirrosis, la dependencia, etcétera.

IV. ¿SE PARECEN TODAS LAS DEPENDENCIAS?

¿La dependencia alcohólica es una e indivisible? ¿Se parece a otras dependencias?

A. ¿Dependencia alcohólica una e indivisible?

Se imponen dos matices: el síndrome es raramente completo, y hemos visto que hay gradación en la lenta constitución de la dependencia. No existen dos casos que se parezcan, cuando tenemos en cuenta las diversas maneras de beber, edades, afectaciones y causas. Mientras que esto es válido al principio, al final todos los dependientes se parecen: la misma esclavitud, las mismas rupturas, el mismo pronóstico, iguales inicios de tratamiento.

A igual consumo la mujer tiene mayor riesgo de dependencia y de otras enfermedades alcohólicas. Depresión, tristeza, son corrientes como punto de partida, tanto a los 20 años como a los 90. Cuando la mujer descubre que el único antidepresivo que tiene acción inmediata es el alcohol, se arriesga a engancharse rápidamente si con la soledad empieza a beber, aburriéndose en la casa y acordándose de la publicidad televisiva mostrando la botellas de aperitivo en el

botellero del refrigerador. La vergüenza puede cerrar pronto el círculo vicioso de soledad y alcohol. En efecto, la mujer está discriminada al no poderse beneficiar de la complicidad general que envuelve al bebedor varón. Si tiene hijos, la bebedora está mal vista, y lo sabe. Mucho antes de estar enganchada da pruebas de una increíble imaginación para disimular sus compras y provisiones. Cuando quien bebe es la mujer la disociación de la pareja es más frecuente. La mujer denota negligencias en sus tareas domésticas y educativas con los hijos, mentiras y cambios de humor, y descuido en el aseo personal. La depresión, con riesgo de suicidio, puede agravarse. La pildora anticonceptiva está corrientemente contraindicada. El embarazo, en algunos casos, acaba con malformaciones incurables.

B. ¿Se parece a otras dependencias?

La palabra dependencia está de moda, a propósito de lactantes, ancianos, disminuidos, de los hijos respecto a sus padres... se habla de dependencia afectiva y, sobre todo, de drogas. Se habla, asimismo, de "dependencia sin drogas": dependencia de juegos de azar, de voyeurismo, del teléfono erótico, de las compras, de bulimia, de cleptomanía, de la promiscuidad sexual, de conductas de riesgo, de ciertas tentativas de suicidio, del ejercicio físico, de la televisión y también del trabajo. También es fácil confundir todas las fascinaciones y todas las trabas con las que uno mismo amplía o limita su propia libertad, con riesgo de borrar la especificidad de la dependencia alcohólica en su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento.

Las dependencias de otras drogas se asemejan a la dependencia alcohólica en algunos aspectos: pérdida del placer, obligación de aumentar las dosis para obtener el efecto deseado, retorno del deseo de beber cuando el efecto desaparece, incapacidad de controlarse, convicción de estar atrapado en un mecanismo, agitación e irritabilidad de algunos estados de abstinencia (salvo de la cocaína), angustia, sudores, náuseas, insomnio, rupturas afectivas y sociales, calidad de vida detestable; y, por último, después de la desintoxicación, intensos deseos y tendencia a recaer. Los redactores de cuestionarios sirviéndose de criterios diagnósticos, como el DSM y el CIÉ citados en Anexo, han revisado el conjunto de dependencias de drogas, resaltando la obcecación por el consumo, al precio de un gran dispendio de energía y múltiples daños.

En laboratorios que estudian el cerebro, se buscan moléculas y procesos eléctricos comunes en las dependencias: el mismo alcohol hace aparecer en el cerebro moléculas parecidas a las del opio. De todos modos, los estados de abstinencia a la morfina o heroína difieren de la abstinencia del alcohol por

numerosos signos (intensos dolores, pupilas dilatadas, bostezos, lagrimeo, carne de gallina, diarrea), y por ausencia de riesgo mortal.

El delirium tremens (excepto el que se ve en la abstinencia de los barbitúricos) y el temblor sí son específicos de la dependencia alcohólica cuando se compara con otras; la regresión de la tolerancia en un estadio tardío, la lentitud de la instauración de la dependencia; y las modalidades del tratamiento.

V. ALGUNAS SIMPLES CONCLUSIONES

Ante este cúmulo de hechos, ¿se pregunta usted acaso cómo sacar algunas conclusiones simples, que le sirvan para comunicarse con la persona afectada?

Pocos signos son suficientes: el temblor y la angustia matinales, la esclavitud. Retenga sobre todo que la persona sufre, y que además le oculta ("es la única enfermedad que se esconde al médico"). La persona afectada estará horrorizada de que la llamen alcohólica, y además no se sabe demasiado bien qué quiere decir ese nombre. Es frecuente que haya perdido el placer, y siempre la libertad. No bebe tanto para sentirse bien como para sentirse menos mal, que es diferente. Está obligada a beber para funcionar. Comprende la gravedad de su pronóstico. Se desespera, ignorando que existen muchas excelentes recuperaciones.

3

Para comunicar, confianza

Tenga confianza cuando empiece a dar los primeros pasos. Ya sabe usted tanto como cualquier afectado. Le quedan por identificar algunos obstáculos y falsos caminos, observando que todo se basa en la relación afectiva. Si su primera misión ha sido cumplida, llegará el momento de proporcionar ayuda y, por supuesto, sin romper el mutuo afecto.

I. OBSTÁCULOS Y FALSOS CAMINOS

Un cuadro de Edgar Degas, "L'absinthe" (la amargura), revela la soledad interior de una mujer sentada en la mesa, agobiada. Párpados y hombros caídos, boca asqueada, los muertos ojos hacen adivinar la pérdida de comunicación, mentiras insoportables, el retorno de la agresividad...

Debe probar suerte por la mañana, con preferencia en las horas después de levantarse, porque es cuando el recuerdo del sufrimiento continúa fresco. Al mediodía, la consciencia está demasiado nublada. Espere por la noche una oleada de palabras, o insultos, a veces tan súbitamente olvidada como empezada.

¿Piensa usted en falsos caminos que giran alrededor del problema, cree que tiene que intimar más y mejor, o acaso que tendrá que discutir para arrancar una confesión?

¿Le da vueltas al problema? ¿Quizás es que teme usted ser mal recibido, y querría ganar "poco a poco" la confianza del interesado? Pierde usted el tiempo, pues se arriesga mucho a provocar hostilidad. Los que tienen experiencia aconsejan hacerlo sin rodeos, derechos hacia el problema del alcohol. Es preferible que el consorte eventual del enfermo no asista a la primera conversación.

¿Acaso piensa asustar al enfermo, hablándole "muy seriamente" de su salud, de su empleo, o de su pareja? El pronóstico es, en efecto, muy grave, pero las amenazas están abocadas al fracaso, ya que el miedo y la desesperación son cotidianos, a consecuencia de la angustia matinal. Hasta es posible que hayan intervenido el empresario y el policía anunciando las consecuencias del comportamiento. ¡No quiera usted repetirse sobre lo mismo! No explique tampoco en qué consiste la dependencia alcohólica. Este libro no es para la víctima.

En el testimonio de su vida, el jesuita Lucien detalla: "lo que no me ha servido para nada: mi valor... la violencia en mi contra... los llantos por mí... el dinero... la arrogancia... la inteligencia... las promesas hechas a Dios y a sus santos... la oración, también la oración".

La relación afectiva no quedará establecida más que dentro de la verdad, pero no es la verdad respecto a los consumos lo que hay que considerar en primer lugar o más importante. No intente que el enfermo confiese cuánto bebe, contradecir sus embustes, aparentar que duda de sus palabras, ni argumentar sobre el motivo que sea. En suma, no pretenda arrancar la máscara: haría mucho daño.

Apartemos "la paja" para ir derechos "al grano".

II. LA RELACIÓN AFECTIVA

El "grano", la base sólida sobre la cual construir la relación afectiva es, evidentemente, el sufrimiento.

El sufrimiento está a flor de piel. Si habla es para lamentarse de todo y de todos. Aunque los lamentos le parezcan fuera de lugar, ya que no hablan del sufrimiento de ser un esclavo del alcohol, deje que esos lamentos en apariencia desviados afluyan durante el tiempo que sea necesario y apréstese a crear una corriente de empatía.

"¿Has sufrido una depresión?" es la pregunta clave que entonces propongo. Existen dos razones para ello. La primera es que hay varios parecidos entre la depresión y los signos propios de la dependencia: angustia desde que se levanta, inquietud por salir, vergüenza, pérdida de emociones positivas, dejadez, pérdida de comunicación. La segunda razón viene dada por la experiencia como profesional. Sabiendo que una persona sobre cinco ha sufrido o sufrirá depresión, me parece asombroso que cuando la conversación gire sobre sus pasadas

enfermedades ninguno lo comente espontáneamente. No hay que andar con tapujos, es suficiente que, en un tono sencillo, pida sistemáticamente: "¿Ha sufrido Vd. depresión?". La respuesta no acostumbra a ser escamoteada. Tiene en la mano los mejores triunfos para que el alcohol-dependiente se reconozca actualmente deprimido, sobre todo por la mañana. Por otra parte, intente conocer si rumia ideas de suicidio, es vital.

Si el término depresión no le sugiere nada, remita la conversación sobre sus diversos lamentos, y lance de golpe: "En el fondo, ¿no serás una persona angustiada por naturaleza?". En ocasiones esta situación se da: desde antes de iniciar su carrera bebedora algunos son ansiosos, sin estar verdaderamente deprimidos. Interésese por la fuerte angustia matinal del dependiente (una angustia de muerte, mucho más intensa que una banal ansiedad), y también por las pesadillas.

Compadeciéndose por el sufrimiento de la depresión o angustia, es posible que haya llegado usted a ser el único, o casi, con quien el alcohol-dependiente tiene una relación afectiva. Se le aferrará con fuerza.

Llegó el momento decisivo para decir: "Con esa depresión, con esa angustia por la mañana, tienes motivos para ir a buscar una copa para calmarla, como si fuera una clase de medicina". En ese momento, cállese.

Es como abrir una compuerta. El afectado ha visto que usted se ha dado cuenta, que ha percibido su cara oculta de sufrimiento y esclavitud. Si la relación afectiva es fuerte, la conversación continuará en la sinceridad. En el fondo, y una vez caída la máscara de la negación, no espera nada más que le saquen de allí.

Aunque el consejo pudiera parecer sorprendente, vaya derecho al grano. No crea que somos los únicos en darlo. La Sociedad Francesa de Alcohología, en enero de 1994, reunió a sus miembros con las asociaciones de bebedores recuperados para debatir las primeras palabras a decir al alcohol-dependiente. El acuerdo se hizo porque las palabras expresan: Tú sufres, y yo sufro contigo. Debe usted traducirlo a palabras que surjan de uno mismo, ó incluso mejor, póngalas en los propios lamentos del enfermo.

III. SLALOM DE COMPASIÓN Y ESPERANZA

La conversación discurrirá en cuatro episodios, alternando compasión y esperanza, como los virajes de un *slalom*, en que la mayor parte del tiempo la ocupa el recorrido entre las puertas.

A. Compasión inicial

Compasión significa compartir el sufrimiento, el sufrimiento matinal para comenzar.

Se había callado usted. Cuando retome la palabra, será para acabar de reconocer la dependencia, junto a los otros signos matinales de abstinencia calmados por el alcohol (temblores, sudores, náuseas, vómitos) y la convicción de estar atrapado por el alcohol.

Jack London escribió sobre su propia situación: *"No existe otra salida que exagerar la bebida en busca del apaciguamiento que la divina botella promete siempre, pero no da nunca "*. De ruptura en ruptura, la vida se torna un infierno. El enfermo adivina la gravedad de lo que le espera. Prosiga usted: "Cuando bebas otra vez será para estar bien. Mientras tanto, no es más que para sentirte menos mal. Ahora, tomas alcohol, sufriendo cada vez más por ello".

Ponga todo su interés en compadecerse..."Aunque haya visto a más de uno, me trastorna ver a un hombre en ese estado".

B. La primera inyección de esperanza

Explique que se trata de una enfermedad, y que como enfermedad puede curarse. La angustia quedará en su mayor parte aliviada. Observar su estado como una enfermedad libera a la persona de una excesiva culpabilidad, sin eximir de responsabilidad. En seguida dígame: "He visto a personas tan afectadas como tú, e incluso más graves, que se han restablecido soberbiamente. ¿Qué te parecería encontrarte con una de ellas?

En su desesperación, la idea de escapar actúa como un electroshock. Acuérdesse de Lucien y la bella señorita: "Me llamo Cristina, soy alcohólica".

Si ha pasado usted bien las dos puertas del *slalom*, tiene derecho a señalar una pausa. No hay urgencia, a menos que existan ideas suicidas. Una jornada de reflexión puede hacer más apetecible la cita propuesta para la mañana siguiente.

C. ¿Luchar? No: compadecer de nuevo

Como aquel que se ahoga y se debate contra su salvador, el alcohol-dependiente luchará para evitar el titánico esfuerzo que le espera. Procura no entrar en el juego.

Abra el debate: "Los que he visto recuperarse, ha sido parando completamente. Y tú, después de la experiencia, ¿qué solución es la que te conviene: disminuir o parar?"

Espere una formidable resistencia. "La abstinencia aparece al instante en su cabeza con las dimensiones de una montaña infranqueable cuya cima se pierde entre las nubes" (Le Moigne). El enfermo tiene razón, pues no puede llegar a funcionar sin alcohol. Guárdese de soltarle que su vida tendrá que estar definitivamente fuera del alcohol. Respondería: "¡Quieres matarme!".

Argumentará mil malas razones para beber, sobre todo las desgracias que se amontonan. No hay que confundir las causas tardías, elementos de un círculo vicioso, con las causas más originales. Es natural interesarse por las causas, pero no es el momento adecuado para ello. Es demasiado tarde para esperar acabar con la dependencia suprimiéndolas. Es demasiado pronto para aprovechar las causas con miras a prevenir las recaídas: por eso las "causas" no nos interesan más que en la segunda parte de la obra: si entra usted en este juego, querrá hacerle admitir que sus razones para beber son razones evidentes para continuar: "racionalizaciones justificativas" bien conocidas. Se han visto desafortunados que se encierran en sus falsas razones durante a veces más de diez años. ¿No facilita el enredo en ese sistema cuando el contacto empieza por un interrogatorio sobre el consumo (como es costumbre en Estados Unidos), en lugar de apartarlo a un lado, como la paja? Cogidos en flagrante delito de mentira, se vengará mediante racionalizaciones. Yendo derecho al sufrimiento, es preferible no introducir ninguna pregunta sobre la bebida. El volumen de alcohol ingerido puede interesar frente a una cirrosis, pero para nada frente a una dependencia. De todos modos, ellos mismos lo dirán más adelante, y entonces sin mentir. La máscara de hierro caerá por sí sola.

Con paciencia, vuelva sobre la cuestión clave: "Después de tu experiencia, ¿qué es lo que ha funcionado: disminuir o parar?". La verdad empezará a caer con cuentagotas: el lamentable fracaso de innumerables tentativas de moderarse; a veces el éxito de unas demasiado cortas tentativas de abstinencia. Cuando la persona no hace teatro, sabe que es mil veces más difícil moderarse que abstenerse. Será esencial rebasar la compasión experimentada por su humillación tras los fracasos, y por su desesperación en escapar. La tercera puerta del *slalom* está más orientada hacia la compasión que hacia la lucha. Cuando señale que el placer había desaparecido desde hacía tiempo y que la persona no bebe más que para sentirse menos mal, hágalo en tono compasivo.

Se ha dado un gran paso cuando la víctima del alcohol ha convenido que el medio para salir es parar de beber. El segundo paso será cómo hacerlo.

Lo intentará todo con tal de eludir el fantástico esfuerzo que le espera. ¡Cómo querría una poción mágica, una pastilla milagrosa! Si existiera, se conocería. Los progresos actuales todavía nos dejan lejos de ello. En el fondo, la mencionada poción tendría el inconveniente de mantenerlo en una confortable posición pasiva, ignorando los esfuerzos necesarios para perseverar. Con la misma filosofía, no es conveniente pronunciar la palabra "curación". No hay que ignorar que muchas curaciones se desarrollan con una pasiva indiferencia del propio protagonista. Es posible que la persona espere que sean los otros quienes acudan a "quitarle los malos pensamientos de su cerebro para reemplazarlos por buenos". Si este pensamiento anida en la cabeza del afectado, la recaída estará abonada.

D. De nuevo la esperanza: mediante ayuda y esfuerzo

"Pararé cuando quiera". Esta mentira, que todos repiten, es la pura verdad. Es cierto, no parará más que cuando quiera... con todas sus fuerzas. Será preciso que parta de él, y sobre todo que no esté prescrito por ninguna autoridad. La mentira es ocultar la cantidad de veces que el enganchado ha intentado dejarlo, fracasando lastimosamente. No es extraño oír decir a rehabilitados: "Mentirse a sí mismo". O: "Mi orgullo era delirante".

Admita la pura verdad sin destapar la mentira, pero remítalo a las humillantes experiencias de fracaso, a la desesperación por escaparse; sobrecompensado por fanfarronadas del tipo: "Me saldré solo". En el punto donde se encuentra, pocas posibilidades le quedan para que salga solo (aunque se conozcan brillantes excepciones). Hay que hacerle aceptar ayuda de una mano amiga: "Es verdad que eres el único en poder hacerlo, pero no podrás hacerlo tú sólo". Comprenda su ambivalencia: Vive sumido en un debate de opiniones contrarias, aunque en el fondo no pida otra cosa que escapar de allí. Abierto el camino y con su consentimiento, diríjase hacia otro camino cercano: "Ahora, que están las cartas sobre la mesa, ¿en qué personas tienes confianza? ¿Aceptarías librarme de guardar el secreto?". Es lo opuesto a lo que ocurría antes de abrirse, cuando repetía: "Te prohíbo hablar a ...". De esta forma podrán ser varios los allegados en verificar, conjuntamente y en adelante, que su motivo de conversación preferido será el alcohol.

No tema usted implicarse: "Nos faltan toneladas de amor", dijo una vez una joven rehabilitada.

Encontrarse con un bebedor recuperado vale por todos los discursos: Sí, se puede vivir sin el alcohol, y es del todo natural dejarse ayudar. Por eso, obtenga de

la persona su conformidad para poder informar de su decisión a dos personas: un bebedor recuperado y un médico especializado. Mantenga a los dos al corriente, pero que sea él mismo quien descuelgue su teléfono, la misma mañana, para llamar al recuperado y para la visita médica. Si hiciere usted por él las llamadas, el riesgo sería que se echara atrás en cuanto haya girado la espalda.

Propóngale volverse a ver al día siguiente, pero no le pida ninguna promesa que sobrepase sus actuales fuerzas, puesto que son ínfimas: ya es mucho que prometa parar 24 horas, o igual algunas horas, por grande que sea su afecto por usted. Mañana será el momento de volver nuevamente al asunto. Anticípelo sobre todo la liberación y calidad de vida a reencontrar. Él, que ocultaba ferozmente sus consumos, descubre, en contacto con usted y el bebedor recuperado, que no se oculta nada, la alegría de liberarse de la máscara, y la posibilidad de hablar de sus padecimientos.

IV. BUSQUE AYUDA

Fue necesario estar solo para romper el hielo, pero no continuará usted solo. Rodéese de ayuda en tres direcciones: entorno familiar, amistoso, y profesional del alcohol-dependiente, profesionales implicados y grupos de bebedores recuperados, organizándose para que todo el mundo haga un buen trabajo.

Un posible y seductor modelo de organización es el Club 5 (traducción de *Connect Fivé*), practicado por Cheryl King y propuesto por ella en el congreso de la Asociación Americana de Suicidología en 1999, a favor de la persona con riesgo de suicidio: simplemente porque había funcionado con alcohol-dependientes. *Aunque hoy por hoy no existe en nuestro país, no deja de ser interesante explicar cómo se configura y funciona el Club 5.* En el entorno del alcohol-dependiente, si es posible, identifique a tres personas con quienes tenga confianza, procure librarse de guardar el secreto, reúnalos y vayan los cuatro a orientarse por un quinto, que deberá ser un colaborador profesional.

Son necesarias algunas precauciones. En los raros casos en que el alcohol-dependiente es menor de edad o está bajo tutela, es necesario que los padres se agreguen a los cinco, así como los adultos de los lugares que frecuente el joven. La siguiente etapa será una gestión inhabitual, solicite una consulta para cuatro junto al médico, generalista o psiquiatra, que conozca ya al enfermo o a su familia. Si lo conoce, no puede decir nada debido a su obligación de guardar el secreto profesional, pero recibirá con interés las noticias de lo que hayan logrado y puede conducir en el sentido de: "Si pasa esto o lo otro, les aconsejo

hacer esto o aquello". Entonces, los cuatro deberán arreglarse para encontrar por turnos al joven y mantener el contacto al ritmo de un encuentro o una entrevista telefónica por semana durante seis meses. Será preciso que vuelvan a ver al médico.

Si el médico de familia no deseara pilotar el Club 5, se le pide que designe a un colega próximo, bien sea en la ciudad o en un C.A.S. o consulta especializada.

De este modo cae el muro de incompreensión que separa algunas veces a los profesionales de otros colaboradores. En cuanto a ustedes cuatro, encontrarán la ventaja de una formación que complemente útilmente lo que están leyendo en este libro y la ventaja de avanzar en la misma dirección. Por ejemplo, no se escuchará un consejo sobre beber mientras otro haya acordado con el alcohol-dependiente que la solución fuera abstenerse.

Si ni le enfermo ni usted conocen a un médico especializado, infórmense sobre los centros y sobre todo sobre los tiempos de espera para una primera cita en un C.A.S. o una consulta hospitalaria especializada (véase el Anexo).

A veces es necesario recurrir al psiquiatra. Será urgente si están presentes ideas de suicidio. Estará indicado cuando los trastornos mentales preceden al inicio de la carrera alcohólica: depresión, neurosis o psicosis, alguna vez esquizofrenia (un tercio de los casos, dicen algunos psiquiatras). El psiquiatra debe renunciar a su acostumbrado silencio, que será muy mal tolerado por el alcohol-dependiente.

El médico tiene que valorar si la desintoxicación del alcohol debe hacerse en un lecho hospitalario. Por ejemplo, si el domicilio no es digno de ese nombre o si la persona ya ha padecido un delirium tremens, si hay convulsiones, si están presentes ciertas enfermedades psíquicas o físicas diferentes de la dependencia, o concurre una dependencia a otras drogas o medicamentos; si está tentado de suicidarse, o si existe riesgo de actuar con violencia. La hospitalización obligada -involuntaria- se impone a veces. Si no concurren las anteriores circunstancias, y en cifras que oscilan desde la mitad hasta las tres cuartas partes de los casos en Inglaterra y Suecia, es posible para el médico organizar la desintoxicación a domicilio. La desintoxicación dura varios días. Consiste en mitigar la abstinencia mediante tranquilizantes, con ayuda de vitaminas indispensables, mucha agua, calorías y sales minerales. Del mismo modo, si el enfermo permanece atontado durante varios días, y parece no comprender nada, deben multiplicarse las palabras de optimismo o afecto, justificadas ante la inmensa angustia que vive. Las dosis de tranquilizantes varían de un sujeto a otro y de un momento a otro. Pueden ser impresionantes. En caso de predelirium el enfermo debe ser atendido varias veces al día, especialmente por personal de enfermería experimentado

en adaptar las dosis. En seguida, el médico organiza la continuación del tratamiento, que debe hacerse en grupo. En el caso de la hospitalización para la desintoxicación, algunos días pueden bastar, con tal de que el seguimiento sea cuidadosamente organizado. En Saint Cloud y en Londres, entre otros lugares, existen centros abiertos solamente durante el día que llegan a desintoxicar de lunes a viernes, verificando cada mañana que la persona no ha tomado alcohol. Algunos centros han realizado acuerdos con "hoteles sin alcohol". Esto cuesta seis veces menos caro que una hospitalización. Otra ventaja de la ausencia de camas es que el centro es generalmente capaz de ofrecer las visitas sin demora.

También las asociaciones de bebedores recuperados tienen un papel esencial antes y después de la desintoxicación. Antes de la desintoxicación, como prueba viviente de una vida liberada de la esclavitud, soledad, culpabilidad, y mentira. Esta prueba vale tanto para la familia como para el enfermo. Por ejemplo, cada vez que un "Alcohólico Anónimo" inicia una conversación, sus primeras palabras son constantemente: *"Me llamo ..., y soy alcohólico"*. Es igual si lleva quince años sin tomar alcohol, no dice "era" sino soy, reconociendo una permanente debilidad frente al alcohol, secuela oculta que trataremos más adelante. Liberándose de la mentira, libera a su interlocutor, que había sido el alcohol. El testimonio de su vida, el día a día de su desesperación, después el fantástico esfuerzo, y finalmente su éxito. El recuperado convidará al enfermo a reuniones donde todos se recuerdan recíprocamente la esclavitud, la alegría de liberarse, el cuidado para no perder la cabeza. Sí, su motivo preferido de conversación será el alcohol. El dependiente dejará desvanecerse sus malolientes mentiras, y reaprenderá a comunicarse para identificarse con los otros, adhiriéndose progresivamente a su éxito.

Las asociaciones descubrieron intuitivamente lo que los profesionales confirman: después de la desintoxicación, una buena manera de prevenir las recaídas será integrarse en un grupo de autoayuda o discusión. Las asociaciones serán detalladas en el Anexo 2.

En general, se evita tratar juntas a personas enganchadas al alcohol y toxicómanos de drogas ilegales: metidos en grupos, no se identifican entre ellos. El tráfico y el pillaje se instalan en la institución. Ni unos ni otros se encuentran a gusto, situación comprobada en algunos lugares, mientras que en otros son los afectados por el alcohol quienes llegan a ayudar a los toxicómanos. Los casos de politoxicomanías son ahora numerosos. Y comprenden los tratamientos llamados de sustitución propuestos a los toxicómanos. Cuando un politoxicómano manifiesta que quiere deshacerse totalmente, su tratamiento acumula dificultades. ¿En qué orden desintoxicar o sustituir? ¿Cómo tratar los trastornos mentales asociados que obstaculizan con frecuencia? ¿Cómo hacer tolerar las medicaciones contra los virus de la hepatitis y el VIH?

Ha logrado usted ayudar al afectado. Eso no significa romper el lazo establecido con el enfermo: telefonéelo, propóngale nuevas citas ("¡Cómo has rejuvenecido!"), "toneladas de amor" para verter sin cesar a su manera, ¡pero cuidado! Insaciable en todas partes, puede acabar invadiendo, y no hace falta dejarse engullir.

Cabe la posibilidad de un fracaso. Nunca crea que será definitivo. Repita usted que es una enfermedad como cualquier otra, y que se cura con éxito. Déjele su número de teléfono y el de un recuperado, indicando que por la mañana es buena hora. Cuando menos lo espere sonará el teléfono. Es posible que esté "harto de estar hasta la coronilla".

En la práctica lo que anima al alcohol-dependiente a tratarse, como lo confirma un estudio reciente, es que el malestar íntimo alcance una intensidad suficiente, y que los que puedan ayudarle estén disponibles. Su papel, el de cualquiera, se deriva de ello: que, por confianza hacia usted, el enfermo abandone sus pueriles ilusiones sobre su estado, acepte su mediación y, finalmente que sea él mismo quien llame a quienes le estén ayudando.

V. CONCLUSIÓN: TENGA CONFIANZA EN SÍ MISMO

El anunciado propósito era inspirar confianza en sí mismo, en especial frente a una persona gravemente afectada. Piense en que las posibilidades que usted dispone son realmente buenas, con tal de que no se trate de alguien con quien esté en conflicto cotidiano: más adelante volveremos al tema.

¿Tiene usted miedo? ¿Duda en meterse donde no le llaman? Es natural. ¿Aceptaría comparar su papel con el del socorrista o el donante de sangre? Por el hecho de que ningún colaborador profesional se haya mostrado disponible o eficaz hasta el momento y ahora que sabe hasta qué punto es grave el pronóstico, piense en que participa a título de asistencia a una persona en peligro, igual que cualquier ciudadano. El papel que usted tiene no es sustituir, sino acelerar recurrir al profesional. Convénzase de que ahora ya sabe lo suficiente para actuar.

¿Qué arriesga, excepto insultos irresponsables? Muy poco, al lado de las posibilidades de éxito, y las muchas posibilidades también de ganar una calurosa amistad.

SEGUNDA PARTE

Comunicación con la persona recuperada

Aunque el tratamiento sea ahora conducido por otros, piense que eso no rompa sus relaciones con el enfermo. Será preciso armonizar sus opiniones con las de los terapeutas. Los mensajes serán muy diferentes a los precedentes, porque todo ha cambiado. Los nuevos problemas que se plantean serán discutidos paso a paso, junto a sus soluciones más habituales.

4

Nuevos problemas en la vida sin alcohol

La persona se restablecerá lentamente, no llegando a sentirse del todo bien hasta uno o dos meses después de la desintoxicación. Durante este tiempo, "el alcohol está siempre en la cabeza". Desafortunadamente, el "recuperado" no podrá nunca ser declarado curado. ¿Por qué? Para comprenderlo, hay que mirar con detalle el carácter fulminante de las recaídas.

Hay que interesarse por las ganas de beber, por las borracheras secas, por las fantasías de los recuperados, por la libertad de los abstinentes y, por último, discernir las causas de tales reacciones: todo servirá también para prevenir las recaídas.

I. ¿CÓMO SOBREVIENTEN LAS RECAÍDAS?

El alcoholismo como enfermedad, sigue la mayoría de las veces un camino repleto de altibajos. La recaída es un proceso gradual en el que la persona acaba reanudando el patrón habitual de bebida, y para mejor entenderla se la puede considerar enmarcada en un proceso que se pone en marcha desde el momento en que la persona toma la decisión de cambiar. Es decir, según sea la propia convicción inicial que tenga el alcohol-dependiente, "guiará" y "filtrará" de forma consciente o inconsciente sus pensamientos, emociones y comportamientos respecto al alcohol.

En Cataluña se está realizando un estudio prospectivo de 20 años iniciado en 1988. Se sigue a 851 pacientes alcohol-dependientes atendidos en la Red Asistencial de Drogodependencias de Cataluña. Los resultados actuales, a los cinco años de seguimiento, son de una abstinencia del 53%, resultado semejante a la mayoría de los estudios realizados.

Aquel que se ha mantenido un año abstinentes tiene en principio un buen pronóstico, aunque continúa siendo vulnerable, ya veremos por qué. Igual ocurre después de quince años sin tomar alcohol, habiéndose visto recaídas fulminantes.

Las recaídas pueden ser en ocasiones fulminantes. La primera copa, bebida siempre "sólo para probar", es seguida por una segunda, una tercera... La botella de alcohol cae antes de finalizar el día, y la víctima no saldrá de la borrachera en varios días. Todas las asociaciones de recuperados lo han comprobado. Todos repiten al unísono: "desconfía de la primera copa. Yo mismo he interrogado a numerosos recaídos restablecidos de nuevo: ¿Por qué la segunda, por qué la tercera copa? Sus respuestas me decepcionaron: al principio, no desearían más que una. Las otras siguieron maquinalmente, a manera de un antiguo hábito. No fue por placer: el placer raramente existe en el momento de la primera copa, y habitualmente falta con la segunda. En definitiva, la misteriosa incapacidad de optar por la moderación persiste, indeleble. ¿Podría el encadenamiento de copas explicarse por una vana búsqueda del placer perdido, y después por un sentimiento culpable, yendo a buscar el olvido en el alcohol? O, después de las respuestas de los recaídos, quedar sin más explicación que la de un maquinal hábito.

Por encima del consumo, interesa la dependencia. Aún está por estudiar la velocidad con la que se reactiva la misma dependencia. A 31 sujetos que habían experimentado secuencialmente la dependencia, una abstinencia de al menos dos meses, recaída en la dependencia y nuevo restablecimiento, se les preguntó: "¿Cuanto tiempo había transcurrido entre el momento en el que habían comenzado a beber como todo el mundo, y en que el estado de abstinencia fue evidente?". La primera vez el intervalo había durado 13 años; es decir, habían empezado hacia los 19 años de media, para encontrarse enganchados hacia los 32 años. La segunda vez, bastaron siete días para reactivar. Siete días en lugar de 13 años, la aceleración fue 700 veces mayor.

Así el abstinentes, que cree volver a ser el mismo que era antes de empezar su carrera alcohólica, no es, de hecho, el mismo. Estar recuperado **no significa estar curado**, porque subsiste una secuela oculta, que es la vertiginosa aceleración de la dependencia después de la primera copa. Da lo mismo si ha perseverado diez años, también el sujeto vuelve a caer rápidamente. Son hechos que se imponen aunque la vida sin alcohol sea definitiva. Es necesario enseñar tanto al recuperado como a su entorno: todos ignoran que jamás estará curado. En ocasiones, la recaída puede ser una de las raras urgencias en alcoholología.

Si no están prevenidos quienes le rodean, se arriesgan a no entender nada. La primera anomalía que llama la atención es la pérdida de comunicación, el mutismo desde el primer día. El olor lo confirma. Es inútil pedir todavía más. Si quienes le rodean están prevenidos, sabe a quién telefonar de urgencia. Aún es necesario que subsista un entorno protector.

Una ingesta puntual de alcohol tras un período de abstinencia puede ser considerada un resbalón, y puede ser, en principio, reconducible. Dicho de otro modo, un desliz puntual tomando alcohol no implica necesariamente una recaída, aunque sí que la mayor parte de las recaídas se encontraron el camino despejado por una sucesión de resbalones.

Conocer la importancia de factores como las emociones negativas, la presión social incitando y estimulando el consumo, y la sintomatología abstinencial, sobre todo en el primer momento, abre las puertas para prevenir las recaídas facilitando al recuperado la disminución del impulso psicobiológico a beber, y aumentando las propias defensas frente al mismo impulso.

Innumerables artículos y obras de los años 1980 se preguntaban si, después de la dependencia, la moderación era posible, y a quién podía recomendársela. Con reservas, se admite que la moderación no es imposible, pero no se obtiene más que de forma excepcional del orden de un caso sobre 100 (casos de bebedores excesivos, leves o incipientes de dependencia). Ninguna característica de la persona permite predecir esta posibilidad. En consecuencia, está contraindicado recomendar lo que no funciona, por así decirlo nunca, sobre todo por quien conoce la gravedad del pronóstico de la dependencia. Lo que ha podido despistar es que algunas dependencias se reinstauran lentamente. Por ejemplo, en tres veces entre los 31 casos de recaída estudiados, la dependencia se reinstauró con retraso. La fantasía de alcanzar la moderación era explicable, pero finalmente acabó mal.

Serge Reggiani, que había experimentado la dependencia, concluía por sí mismo: "Una copa es demasiado. Dos copas no es bastante". Cuando Jacques Prévert fue preguntado sobre por qué se abstenía, respondió: "Porque ya me lo he bebido todo". Otra secuela oculta ha sido descubierta en el laboratorio: una avidez excesiva de los trombocitos de la sangre por la serotonina, avidez que subsiste igual después de 11 años de abstinencia.

En caso de desarraigo social o de pertenencia a una clase social desfavorecida puede aumentar el riesgo de recaída. Está incrementado en el caso del tabaquismo, del insomnio (puede conducir a beber para dormir) y de trastornos mentales asociados.

Una vez dicho esto, y para mejor situarla dentro del proceso de recuperación del alcohol-dependiente, entendemos los profesionales que la abstinencia, o vida sin alcohol, no es un fin en sí mismo, sino sólo un medio, para mejorar rápidamente la calidad de vida, como veremos más adelante.

II. EL DESEO IRRESISTIBLE DE BEBER

Puede ocurrir que en plena calma, el abstinentes se sienta embargado por unos intensos deseos de tomar alcohol, es lo que los ingleses llaman "*craving*". No es nada nuevo para él, pues había experimentado las mismas apetencias cuando vivía con alcohol (véase tabla I, pág. 21).

Los deseos de beber acostumbra a atormentar los primeros meses de la vida sin alcohol, disminuyendo hasta casi desaparecer a lo largo del primer año. El intervalo con que pueden presentarse las recaídas es imprevisible. Las circunstancias desencadenantes son con frecuencia previsibles, y pueden ser el encuentro con un bebedor, una situación decepcionante, un olor, un escaparate con botellas de licor, un anuncio televisivo...

Hay una información capital: los deseos de beber no duran más que dos o tres horas, después se desvanecen espontáneamente. Advertido, el abstinentes utiliza cada vez mecanismos de defensa: beber abundante líquido no alcohólico, o realizar cualquier actividad que lo distraiga del tipo limpiar los zapatos, sacar brillo al parquet, lavar el coche, darse una larga ducha; seguir a pie o en bicicleta un itinerario conocido y exento de tentaciones, etc. Si por desgracia la persona recuperada cede a ese deseo imperioso, el propio consumo provocará a menudo una urgencia de seguir bebiendo y los deseos recidivarán, cada vez más frecuente e imperiosamente.

III. "BORRACHERAS SECAS"

También puede suceder que en plena tranquilidad, el abstinentes se sienta poseído por una alegría o una cólera súbitas, como durante una borrachera. Sus ideas no son claras... Si está conduciendo, hará bien en pararse, ¡aunque la alcoholemia sea nula! Es preciso tanto advertir a los que le rodean como a él mismo. De no advertirlo, surge temor a una recaída...

Una borrachera seca desaparece mucho antes que una verdadera. Los frenos son los mismos que en el caso de los deseos de beber. ¡Que sobre todo el

abstinente no intente calmar sus disgustos mediante el alcohol, como hacía maquinalmente con las anteriores borracheras!

Aunque si aparecen pueden hacerse esperar más de un año, las borracheras secas son mucho más raras y la mayor parte de los abstinentes no las tienen nunca. Son menos peligrosas que los deseos de beber.

IV. LAS FANTASÍAS DE LAS PERSONAS RECUPERADAS

"Borrón y cuenta nueva" es una de las fantasías más peligrosas. Una vez desintoxicada, la persona recuperada puede creer otra vez ser el mismo que al principio de su carrera como bebedor. Y, seguro de sí mismo, puede creerse firmemente capaz de beber con moderación, como antes. Como se ha visto anteriormente, nada le permite adivinar la secuela oculta: después de la primera copa se enganchará 700 veces más deprisa.

Otra posible fantasía será pretender ignorar las circunstancias y causas que lo habían llevado hasta allí, ya que algunas subsisten. Volveremos sobre ello.

La fantasía de reencontrar el placer es del todo comprensible. ¿Recuerda que la mayor parte de los bebedores perdieron el placer después de beber, mucho antes de que se evidenciara la dependencia?. No beban tanto para sentirse bien, como para hundirse o sentirse menos mal. ¡Cuántos camelos a propósito del placer! Nadie estará sorprendido. El abstinente que espera placer —placer gustativo como bienestar— casi nunca lo encuentra con la primera copa. Todavía menos con la segunda o la tercera. Como lo testificaba Laure Charpentier y al igual que muchos otros. La inútil búsqueda del placer puede llevar al recaído a obstinarse tomando las siguientes copas y acabar bebiendo como antes.

V. LIBERTAD CON LA ABSTINENCIA

Todo el mundo aprecia su libertad. ¿No aparecen a veces escrúpulos que desaniman al colaborador cuando piensa que está ayudando a elegir la vida sin alcohol, que recortará las alas del otro, o como mínimo reemplazará la esclavitud de la dependencia por la de la abstinencia?

Es curioso que falten documentos sobre el tema. Una asociación de bebedores recuperados tuvo la buena idea de llamarse "Vía libre", aunque sin analizar

nunca esa realidad. En su autobiografía, "El niño que jugaba con la luna", Lucien, el jesuita de la guitarra, titula el último capítulo: "Libertad para dejarlo". Allí habla de su alegría por vivir, pero la palabra libertad no puede encontrarse, excepto en una frase accidental: "La verdad libera" (citando implícitamente a San Juan 8, 32).

Entre los profesionales, cada vez es más patente la importancia de centrar la comunicación sobre la persona afectada y no tan sólo sobre su sintomatología, aunque el asunto pueda inspirar desconfianza a ciertos investigadores nórdicos, impregnados de la cultura conductista, según la cual la psicología se remite a estudiar los comportamientos. Por ello, ¿un estudio sobre la libertad no obligaría a definir lo que previamente se entiende por ese nombre, sin tomar como base ideas preconcebidas?

La solución puede ser realizar la definición en base a un cuestionario —una de las herramientas básicas de los psicólogos— solicitando que los abstinentes encuentren por sí mismos las palabras para describir su vivencia: "Si usted experimentó su libertad como completa en su primera abstinencia, ¿qué palabras encuentra para expresarla como la sentía?". O "si usted no ha experimentado más que una libertad incompleta, ¿cómo era?".

Fueron realizadas estas preguntas a 34 personas que habían experimentado la dependencia alcohólica en alguna ocasión, una abstinencia de al menos dos meses, una o varias recaídas en la dependencia, y de nuevo la vida sin alcohol. La edad media de la instauración de la dependencia era de 32 años; diez personas eran del sexo femenino.

La libertad había sido experimentada como completa por 22 abstinentes sobre 34. La describieron 15 veces en términos negativos, y 28 veces en términos positivos (tabla IV). Los términos negativos expresan la esclavitud de la que habían salido: libertad en el sentido de una liberación. Los términos positivos expresan 20 veces aptitudes recobradas, tales como la libertad y su uso para una mejor vida. En consecuencia, un tercer grupo de ocho respuestas relaciona directamente calidad de vida y orgullo, mientras que la pregunta atañía a la libertad. Es posible que las respuestas no respondan más que a medias a la cuestión planteada.

Los doce abstinentes que habían experimentado una libertad incompleta no solamente la habían expresado como tal (cinco veces), sino que habían mencionado un déficit de comunicación, vergüenza, o tres veces la terrible frase: "No lo hice por mí mismo" (tabla V).

Tabla IV. El sentimiento de libertad completa durante la primera abstinencia después de la dependencia alcohólica: expresiones espontáneamente utilizadas por 22 personas para describirla

A. Términos negativos, expresando una liberación:

Liberado de una esclavitud

Liberado de una obsesión

Liberado de una angustia

Liberado de beber

B. Términos positivos, expresando capacidades:

Volverse emprendedor

Capaz de tomar cualquier decisión sin necesidad de estar obligado a beber

Capaz de hacer amigos, de encontrar compañera

Capaz de comunicarse

Capaz de abandonar la mentira

Capaz de experimentar emociones

Capaz de reconstruir cualquier cosa

C. Términos positivos, expresando la cualidad de vida:

Feliz, dentro de su piel

Un orgullo

Tabla V. El sentimiento de libertad incompleta o limitación durante la primera abstinencia: expresiones espontáneas utilizadas por 12 sujetos para describirla

A. Falta de libertad:

Haber perdido la libertad de beber

Sensación de estar encerrado

B. Falta de comunicación o vergüenza:

Impresión de ser castigado

Impresión de que me miran a mis espaldas

Vergüenza, no poder mirar a la gente a la cara

No ser como los demás

C. Una sufrida decisión:

No lo hice por mí mismo

Cinco de ellos indicaron sentir su libertad como incompleta o limitada durante su primera abstinencia, mientras que fue experimentada como completa la o las veces siguientes. El sentimiento con el que se experimenta la libertad es algo capital para conducir a largo plazo el tratamiento.

El principal resultado de esta investigación es tranquilizar a quien tenga dudas o escrúpulos, por creer que puede estar atentando contra la libertad del otro, por recomendar que la vida sin alcohol sea definitiva. Todos los abstinentes comparan favorablemente su estado con la anterior esclavitud. De todos modos, la abstinencia no ha de ser prescrita con autoridad. Guiar a la persona para que acabe por prescribírsele a sí misma es evitar la reacción "No lo hice por mí mismo".

En cada reunión de abstinentes, es recomendable comparar la libertad actual con la esclavitud anterior, para abortar la perpetua tentación de la primera copa pues de esta manera se ayuda a desmontar la fantasía del control.

VI. "LAS CAUSAS", FACTORES Y CIRCUNSTANCIAS

Llegó el momento de interesarse por las causas de la dependencia alcohólica. Mientras el sujeto vivía con alcohol, era muy tarde o demasiado pronto. Ahora, será útil para ayudarlo y no recaer en la dependencia, para reconstruir su personalidad. Conocer las posibles causas puede servir para prevenir que el bebedor de riesgo acabe convirtiéndose en dependiente, y para que el abstínente no recaiga.

Todo el mundo se apresura dando su opinión. La primera idea que surge en la mente es que suprimiendo "la causa" se suprime el problema. Desafortunadamente pensar así presupone que no hay más que una sola causa, y como resultado de ello el curso de una larga historia de círculos viciosos que han acabado embrollándose. También sobreentiende que se puede suprimir la causa.

"Es un problema de la sociedad", oímos decir con frecuencia. Para los familiares, para el médico, el problema es el de un individuo que sufre y hace sufrir, y no hay dos casos parecidos. ¿Hay que esperar, inactivo, a que cambie la sociedad? ¿Qué sociedades lo han logrado? "Una mujer bebe para olvidar la tristeza". ¿La causa es la tristeza? ¿Será la causa de la tristeza la soledad, un temperamento depresivo, o ciertos factores de este temperamento? Los últimos factores son los más antiguos. Se ha sostenido que la antigüedad les confiere supremacía entre las causas. Con todo y ser tentador pensarlo, aún queda por

demonstrarlo con estudios que lo confirmen. En efecto, para demostrar cualquier relación causa-efecto, la ciencia necesita de estudios comparativos organizados entre grupos, como se verá en los Anexos. En su defecto, señala los diferentes comportamientos en las distintas circunstancias. De ello resultan hipótesis, pero a la espera de comparaciones organizadas, la ciencia evita privilegiar una hipótesis sobre otra. Es preferible la sensatez y prudencia aunque nos dejen en una posición humilde. No exigimos que sea una única causa, y hablamos de diversos factores, en plural.

Se verán por turno todas las circunstancias y factores externos, también otros como el carácter y la herencia que podrían llamarse internos. Los numerosos casos familiares están a caballo entre las dos categorías.

A. Circunstancias y factores externos de la alcoholización y la recaída

Se puede a su vez clasificarlos en "indirectos" o "directos", estando estos últimos ligados directamente al alcohol (tabla VI).

Tabla VI. Factores externos y circunstancias de la alcoholización y de la recaída

1. Factores indirectos:

Decepciones, separaciones, duelos, soledad
Conflictos, problemas profesionales o económicos
Desempleo: profesiones liberales o comunes
Pérdida o dificultades de alojamiento

2. Factores ligados directamente al alcohol:

Costumbres familiares
Adiestramiento por los camaradas
Oferta comercial generalizada, ausencia de elección
Publicidad
Desinformación
Ausencia e información

1. Factores indirectos

No insistiremos sobre las decepciones, separaciones, conflictos y sucesos, pues cualquiera puede convencerse de sus consecuencias, e insistiremos en la soledad, ya sea en casa o en el trabajo. "La soledad es mala consejera". Tomar alcohol como compañero de soledad producirá un desencanto después de la luna de miel.

El desempleo es lo primero que salta a la vista cuando se contempla a la población marginal. Muchas veces, cuando el paro ha aumentado, los consumos globales han permanecido estables. En ocasiones los trabajos fatigosos y repetitivos pueden empujar a tener más sed; estando las bebidas agradables y sanas raramente disponibles cerca, puede ocurrir que se vaya a buscar el efecto anestésico del alcohol.

Algunos oficios fomentan el ambiente bromista, de camaradería o juergas, e incluso la soledad: pintores y otros obreros de la construcción, camareros, lavanderas que tienen calor y frío, vigilantes (a causa de la soledad), antaño los militares, pilotos de aviones, periodistas, comerciales, y otros trabajadores de la prensa. En algunas profesiones el alcohol forma parte del mismo trabajo: en muchas ocasiones las prostitutas son obligadas a beber con los clientes. Las telas de Toulouse-Lautrec expresan la soledad afectiva, la desesperación por escapar... "Bebo porque tengo vergüenza... Tengo vergüenza porque he bebido".

Las profesiones más comunes están repletas de riesgos: el desarraigo familiar y cultural del alistamiento militar, la sensación de soledad en la multitud, la introducción de bebidas alcohólicas transgrediendo reglamentos y normas de trabajo; faltas de consideración, de comunicación; participación y éxito profesional. Por un círculo vicioso, puede caerse fácilmente en la espiral de lo peor.

El lamentable estado de la vivienda, al principio de la era industrial, pobló las tabernas ante las cuales, las noches de paga, se dijo que las mujeres iban a llorar. "Me gusta... Las enormes risas, el retumbar de las voces de hombres que, jarra en mano, han cerrado las puertas sobre el mundo grisáceo y se aturden la sesera para acelerar su pulso, su buen humor y su locura" (Jack London).

En nuestro clima es casi insostenible vivir en la calle si no se está empapado de alcohol. Antes de aparecer el paro, la mayor parte de los "sin domicilio fijo" lo eran por elección. En Francia se denominan "*clochards*", vagabundos que pagaban sus consumiciones de vino haciendo algunos trabajillos, a la llamada de la campana de los mercados. En la actualidad, la mayoría de las personas que viven en la calle y, por consiguiente, en el alcohol, lo hacen debido al paro o

la prisión. Cabe preguntarse si no existe un lugar para esperar el final de la estación fría, o una hospitalización para ofrecerles más posibilidades mientras están en la calle. No hay que menospreciar esta posibilidad: a la vista están los resultados de los médicos de Boston que reencontraron 100 casos de 100, después de 10 años, para comprobar una inesperada proporción del 22% de éxitos. Habían limitado el alojamiento a las cinco primeras noches de cada semana, para estimular el retorno al trabajo y los lazos familiares. La mejor baza que encontraron fue la calificación profesional. Todos los que fracasaron en su inserción profesional y familiar, y quedaron sin asistencia, recaeron en la dependencia alcohólica.

En las grandes ciudades de nuestro país y durante la época invernal, existen servicios municipales que tienen como función recoger a personas necesitadas facilitándoles cobijo. Si se detectan problemas de alcohol o de otras sustancias, se les pueden facilitar las direcciones de los servicios de tratamiento.

El bebedor, después de la desintoxicación, es invitado por el grupo a rememorar las circunstancias particulares por las que perdió su capacidad de moderación: una decepción, duelo, altercado, problema familiar o de dinero, etc. Cuando se derrumba la propia autoestima, constituye un riesgo exponerse a beber para compensarlo, pudiéndose entrar en un círculo vicioso, y a su vez la dependencia derrumbará la autoestima.

2. Factores ligados directamente al alcohol

El alcohol o sus promotores intervienen directamente sobre la incitación al consumo, la oferta, y creando una desinformación que se suma a la ausencia de información.

En ciertas familias el **hábito de beber** se inicia pronto. ¿Será una simple transmisión de costumbres ancestrales, casi sagrada como, por ejemplo, en Polonia, o acaso la expresión de una predisposición hereditaria, de la que hablamos? Cuando el primero en beber hace del hogar un infierno, alguno de los familiares puede sucumbir a la tentación de beber a su vez para soportarlo.

La incitación a la bebida por parte de los compañeros del trabajo no está limitada solo a las profesiones caricaturizadas más arriba. Como dijo Le Moigne: "entre nosotros, un hombre que no bebe es enseguida sospechoso".

¿Los vinos de honor, aperitivos y otras ocasiones de fiesta son verdaderamente invitaciones si no se ofrece como posibilidad escoger también, por ejemplo, excelentes bebidas sin alcohol? De no ser así puede empujarse a recaer a los invitados alcohol-dependientes restablecidos de la dependencia alcohólica.

El escritor Jack London, teniendo 40 años, un año antes de morir, se preguntaba cómo había llegado hasta aquel punto. Sin titubear, señaló **la oferta**: desde su infancia, el alcohol estaba en todas partes por los alrededores de San Francisco. Sugirió que la prohibición se extendiese a todo el territorio americano, aun habiendo comprobado su ineficacia en el estado de Iowa. En los Estados Unidos, el mensaje fue recibido como un electroshock, y la prohibición votada. Al cabo de una docena de años fue preciso derogarla, pues dio origen al negocio de la Mafía, la cual en América, y desde entonces, no se ha desembarazado más que del alcohol. Mejor que el precepto hinduista de abstenerse, sólo la prohibición islámica es la que a grandes rasgos resiste. Las prohibiciones no han sido la forma más adecuada de reducir la oferta de alcohol, aunque han sido instructivas.

Con las sustancias capaces de crear dependencia, sea el alcohol u otras, aún no se ha podido discernir qué es lo más importante, si la oferta o la demanda. Para algunos la historia parece designar la oferta, contrariamente a la opinión de otros, que consideran la demanda como factor más determinante.

Sin pretender exponer un extenso dossier, existen dos hechos concernientes a oferta y demanda. La ex-URSS redujo su producción de alcohol en 1987 al 39% de lo que tenía en 1984, y volvió a aumentarla al 55% en 1990, bajo la presión del descontento popular. Los suicidios y las muertes en carretera, en 1987, habían bajado al 67% del nivel de 1984, para elevarse, respectivamente, en 1990, al 75 y 84%.

Para hacerse una idea aproximada de lo fácil que es en nuestro entorno adquirir alcohol puede exponerse un ejemplo: un litro de vino de mesa corriente cuesta entre las 100-125 pta. Y conociendo que el salario mínimo interprofesional (S.M.I.) en la actualidad es de unas 67.000 pta., se deduce que bastan alrededor de unos 14 minutos de trabajo para obtener un litro de vino. Cabe también imaginar los pocos minutos de trabajo, traducidos a dinero, que tendrán que realizar quienes dispongan de salarios por encima del S.M.I. para abastecerse de alcohol.

La oferta de alcohol es, sobre todo, determinante para los que beben por hábito, los bebedores "aborregados", es decir, los más numerosos.

Varios países superan a Francia y España³ en la oferta de alcohol como, por ejemplo, Brasil, donde el ron clandestino es tan abundante y barato que hasta llega a servir como carburante de motores, e incluso llega a ser más barato que la leche.

Las manipulaciones del precio del alcohol, en los dos sentidos, pueden engrosar la oferta. El principio de tasación al beneficio del tesoro público es perverso, porque lo que le interesa al estado es la promoción de las ventas. Si se tasara a beneficio de otro beneficiario, como la Seguridad Social, podría interesar menos ya que el tributo sería inferior a lo que el exceso de bebida cuesta al tesoro.

Existen redes de alcohol barato. ¿Es prudente hablar de ello? ¿Será verdad que los recursos de algunos grupos residen en parte sobre las ventas de alcohol en la proximidad de lugares de trabajo? *En ciertas zonas de España existe una elevada prevalencia y gran arraigo por la destilación ilegal y clandestina de alcohol.*

Las agencias de **publicidad** juran que su eficacia sólo se limita a hacer preferir una marca. Cierto, para eso son pagadas ¿Pero no habrían sostenido también lo contrario para el conjunto de los vendedores de alcohol? Si no fuera así, ¿cómo entender la unanimidad de éstos contra las restricciones de publicidad? En cuanto a la administración, tan exigente con los científicos, ¿no habrá descuidado el método experimental para evaluar lo indicado de las restricciones de publicidad? Hoy día, la publicidad del alcohol se instala con fuerza en Internet, en inglés para empezar. Se pueden adivinar las ocasiones para interpretar nuestras leyes para empezar a saltárselas hasta desmenuzarlas.

La desinformación enraiza en muchos refranes populares, y no desdeña fabulaciones pseudocientíficas ("*el agua hace barro y el vino sangre*", *refrán popular catalán*).

La industria tabacalera subvenciona, en los Estados Unidos, una flota de publicaciones cuyo contenido puede resumirse así: "los científicos mienten cuando explican los daños causados por el tabaco. ¿Por qué mienten? Porque son los enemigos de la democracia: Quieren destruir vuestros derechos y vuestra libertad".

³ Según fuentes del Word Drink Trends del año 1996, España es

- el tercer productor mundial de vino
- el octavo productor mundial de cerveza
- el 14º productor mundial de bebidas destiladas
- en total, ocupa el quinto lugar en consumo mundial de alcohol, con 10,2 litros de alcohol puro *per capita*

¿Quién va a moderar sus apetencias? ¿Los consumidores? ¿Las profesiones que viven del alcohol? De todos puede ser. En este dominio, como en tantos otros, lo que caracteriza el debate es que ninguno de los protagonistas razona en términos de resultados.

Una desinformación a la que no se presta adecuada atención consiste en discutir las causas de la alcoholización, no considerando más que la demanda de alcohol. La oferta se aparece en la sombra, como anteriormente se ha visto a favor de la cocaína.

La **ausencia de información** es llamativa en todos los medios. Por ejemplo, todo lo que el alcohol evoca en un alto funcionario francés es que los reglamentos que lo contemplan son una de las más bellas creaciones intelectuales de la Inspección de Finanzas y Hacienda. El mismo cuerpo médico, tan entusiasmado de ordinario examinando las cosas de cerca, ¿forma parte de esta cultura?

¿A qué edad informar? La preadolescencia, en la que toda información puede producir un efecto contrario, se inicia hacia los doce años. Los destinatarios de la información están entonces en último año escolar o en primer año de instituto. *Aunque el objetivo de este libro no es la prevención puede exponerse que existen hoy día debates sobre si lo más adecuado en una sociedad consumista, a la vez que productora y consumidora de alcohol como la nuestra, no sería "enseñar a beber", teniendo la moderación como modelo de este aprendizaje. Fomentar desde la infancia la instalación de hábitos sanos en los que no entre a formar parte el alcohol iría creando una base educativa y de personalidad que ayudaría a que, en el futuro, intervenciones más especializadas abordasen el tema del alcohol con mejor resultado.*

Volviendo a las personas recuperadas del alcohol, ante la oferta, con la publicidad, con la desinformación, y el hecho de faltarles información, tanto durante su infancia como más tarde: la información deberá tener mucho espacio en sus reuniones de grupo, sobre las que ya hablaremos.

B. Factores internos: ¿psicología, herencia?

Por ciertas personas, el deseo de tomar alcohol y el riesgo de recaída pueden intensificarse a causa de una depresión, de otros problemas psíquicos, de un temperamento particular, de una manera de experimentar su historia, y hasta es posible que de una herencia.

Dando idea de la importancia de estos factores internos podemos decir, por ejemplo, que el 60% de las mujeres alcohol-dependientes en Suecia estaban anteriormente afectadas por trastornos psíquicos y, en la mitad de los casos, se trataba de una depresión mayor.

La depresión merece el primer puesto por su frecuencia, y por el riesgo de suicidio. Una persona de cada cinco ha sufrido, sufre, o sufrirá depresión. Más de un deprimido encuentra en su camino el único antidepresivo que proporciona acción inmediata, el único que no es de partida desagradecido: el alcohol. De hecho, el alcohol tiene acción desinhibidora (disipa la timidez) al mismo tiempo que a bajas dosis calma la ansiedad habitual de los depresivos, aunque no es verdaderamente un antidepresivo. El peligro es que el deseo de repetir dosis volverá cada vez más rápidamente, junto con la obligación de aumentarlas. Si se engancha, el sujeto acumulará el sufrimiento de su depresión inicial con el sufrimiento matinal propio de la dependencia. Los anti-depresivos son ineficaces mientras beba, y en ese caso varios pueden hasta llegar a ser mortales. Sabemos que con frecuencia la depresión es una enfermedad hereditaria, y esta herencia predispone a la dependencia alcohólica. Por ejemplo, en la familia del escritor Ernest Hemingway, premio Nobel, abundaron los casos de depresión. En lo que a él respecta, las depresiones se sucedieron hasta su suicidio.

Otros trastornos mentales implican vulnerabilidad. La esquizofrenia no es excepcional. Hoy día los manicomios se han vaciado de enajenados. En libertad, demasiados esquizofrénicos dejan de tomar sus medicaciones. Su angustia es tan terrible que el alcohol puede aparecer rápidamente en su camino. Otros trastornos, como la histeria o un estado límite, predisponen en menor grado.

"Eres un angustiado por naturaleza ": ¿recuerda esta pregunta a realizar en el momento de establecer la relación afectiva? (pág. 45). Puestas aparte la depresión y su ansiedad, quedan muchos ansiosos que no están deprimidos. La ansiedad es menos grave, todo y siendo penosa de soportar. El diagnóstico sobrepasa al médico. Las personas que sufren ansiedad o que son habitualmente ansiosas, son difíciles de tratar mediante medicación, y no extraña que sean bastantes quienes aprecian los beneficios en los primeros contactos con el alcohol: el alcohol apacigua a bajas dosis. A dosis elevadas, es a la inversa, conlleva ansiedad y depresión (efectos ansiógeno y depresógeno). Superada la dependencia y ya restablecidos, los abstinentes recuerdan la angustia de la dependencia como cien veces peor que la ansiedad original. Mónica Weber es testigo, así como Lucien: el "niño que jugaba con la luna" que había padecido siempre la distancia entre su sueño y la realidad, marcado por la desdicha

propia de los pobres. ¿Están igualmente predispuestas las personas que padecen fobias o ataques de pánico? Algunos psiquiatras han respondido al tema así como realzado el papel predisponente de la ansiedad.

Si se les deja abusar de tranquilizantes, los ansiosos y deprimidos se tornan más vulnerables. Los calmantes usuales son la benzodiazepinas y el meprobramato, bajo gran cantidad de marcas comerciales en el mercado. La toma simultánea de una dosis elevada de alcohol y benzodiazepinas es frecuentemente mortal. Dejando aparte este extremo, las dos dependencias, el alcohol y los tranquilizantes, constituirán un círculo vicioso. El alcohol se busca para combatir bien sea el embrutecimiento, bien sea la abstinencia a los calmantes. Se buscan los calmantes contra la angustia, el insomnio, las pesadillas, la ira de la abstinencia. Al final, los calmantes acaban por adormecer la energía precisa para escaparse.

Una pérdida de conocimiento prolongada después de un golpe en la *cabeza* deja una vulnerabilidad al alcohol, justificando un esfuerzo preventivo. Con frecuencia, también el alcohol es causa de golpes en la cabeza.

Dejaremos los trastornos psíquicos para interesarnos por los **rasgos de carácter**. Desde la infancia o adolescencia, desde sus primeros contactos con el alcohol, algunas personas han sido incapaces de optar por la moderación. El primer consumo desencadena la necesidad de otro. Pasada la borrachera, se juran no volver a hacerlo... en vano. Todavía no se trata de una dependencia crónica, más bien podría hablarse de ataques agudos de dependencia. Se ignora hasta qué punto los rasgos de carácter predisponen a daños ulteriores. Al cabo de los años, se han comparado niños sometidos a tests psicológicos, para ver quién se sumergiría en la dependencia alcohólica. Así se han podido comparar y distinguir como más a los más frecuentemente vulnerables, y también más jóvenes, las "personalidades antisociales" o "sociopáticas": niños impulsivos, hiperactivos, poco reflexivos, incapaces de fijarse metas, intolerantes a las frustraciones, ávidos de fuertes y nuevas sensaciones y transgresiones, en definitiva, los que se aburren con facilidad. "Necesito siempre lo nuevo. Puedo realizar grandes esfuerzos con vistas a logros que me reportarán felicitaciones, pero los pequeños y rutinarios trabajos cotidianos me son cargantes. Tengo una constante necesidad de sensaciones fuertes, y reacciono negativamente a la menor contrariedad" (A.A.). El malestar y el deseo de transgredir son exaltados durante los conciertos de *rock*, donde entre otros tóxicos el alcohol corre a raudales. Los rasgos de carácter pueden depender sea de la herencia, sea de perturbaciones familiares o del entorno: el sentimiento de haber sido un niño rechazado o menos querido que otro, o el hecho de haber nacido en un hogar destrozado por el alcohol.

La "personalidad antisocial" es menos frecuente que la depresión. Por consiguiente, muchos futuros alcohol-dependientes están libres de trastornos psíquicos aparentes, y los tests psicológicos no permiten entonces de ninguna manera predecir la vulnerabilidad. Nadie puede creerse a salvo. El electroencefalograma ha descubierto una disminución de la amplitud del "componente P3 de los potenciales evocados tardíos" después de exponer a estímulos visuales que exigen discernimiento. Trastornos de la atención, del análisis de la información, y de los procesos de decisión, localizados en el cerebro prefrontal, podrían relacionarse. Particulares reacciones circulatorias aparecerían después de haber recibido ligeras descargas eléctricas. Estos mismos sujetos reaccionarían en exceso a los acontecimientos dolorosos, y también en similar caso sobrevalorarían en exceso la ayuda del alcohol. Reaccionarían de forma particular más de una hora después de haber bebido alcohol. Este conjunto de anomalías es frecuente en los niños de "alto riesgo", muchachos de siete a trece años nacidos de padres alcohol-dependientes. Incluso los padres, convertidos en abstinentes, tienen con frecuencia las mismas anomalías. Será preciso esperar muchos años para recensar, entre los muchachos estudiados, a los que acabarán siendo efectivamente alcohol-dependientes. Sería prematuro decir hasta qué punto estas anomalías son signos constantes o específicos de una predisposición hereditaria.

Para estudiar la herencia hay que superar la objeción según la cual los hábitos consumidores se transmiten en las familias como costumbres ancestrales. Para estudiarlo ha sido necesario seguir a gemelos univitelinos y bivitelinos, hermanastros y niños adoptados. Con estos condicionantes, la herencia se revela capaz de doblar el riesgo de convertirse en dependiente al alcohol.

Toda clase de pasiones ha enturbiado el debate sobre la herencia, que puede apaciguarse subrayando que de ningún modo se trata de una fatalidad, sino sólo de una simple predisposición. Una objeción de orden práctico. Cuando se vive con el alcohol, durante la época de "racionalizaciones justificativas" el enfermo invocaba una fatalidad familiar para desresponsabilizarse, tener motivos y continuar. No es el momento adecuado para derivar la conversación hacia una "causa" tan cómoda de explotar. Desde el punto de vista teórico, el peso de la herencia desagrada a los que quieren privilegiar otras causas. No debe caerse en el simplismo: los progresos en genética muestran la complejidad de los factores hereditarios, ya bien demostrados en animales. En el hombre, es plausible que la genética molecular encuentre un día varios genes que predispongan de forma desigual, sin olvidar los que predisponen a la depresión.

C. ¿Cómo emplear estos factores y circunstancias?

Mientras los factores no fueron de interés cuando el alcohol-dependiente vivía con alcohol, otra cosa distinta será escrutarlos después de la desintoxicación, cuando el psiquiatra y sus auxiliares ayudan al paciente a reconstruir su personalidad. Servirán de forma distinta según su estado psíquico, y según los factores y circunstancias que se hayan identificado. No será lo mismo al aborregado que tomó alcohol por habituación en su lugar de trabajo, que a quien tomó alcohol como medicación, o al que se alcoholiza para destruirse.

Incorporado al grupo, el recuperado señalará las circunstancias que son tentadoras para todo el mundo, y las que lo son en particular para él. Con su conformidad se informa a su familia. En algunas ocasiones, las circunstancias no son más que un pretexto: "el alcohol está en la cabeza antes que estar en la copa". L. Charpentier sugiere una analogía con las aventuras extraconyugales: "en lo sucesivo, una simple cuestión de oportunidad, de ocasión, pero, en secreto, la mayor parte de nosotros tienen ese profundo deseo de cambio".

Se siguen intensas investigaciones para individualizar mejor los tratamientos. Hasta el presente no se ha demostrado que el tratamiento deba ser diferente según las características de las personas que han alcanzado el estado de dependencia.

Para quienes apunten sus intereses hacia la prevención, el estudio de las "causas" sirve para coordinar las acciones sobre los factores envolventes, e identificar a los sujetos de riesgo. De hecho, el rendimiento de toda prevención es mucho mejor de hecho cuando da en la diana. Por ejemplo, pueden ser identificados quienes tienen riesgo de engancharse de jóvenes: nacidos de una familia afectada, teniendo los rasgos de carácter enumerados anteriormente, inclinados a los estados depresivos o a embriagueces agresivas. Debe guardárseles el secreto profesional aunque también sea lícito difundir una información general, que permita a sus padres percibir el riesgo y orientarlos de forma útil. Otro ejemplo: el riesgo de suicidio aumenta en el bebedor cuando la autoestima se hunde; será preferible detectarlo a tiempo para comunicarlo y actuar oportunamente.

Aún es necesario que el cribado, seleccionando a las personas más predisuestas de las que no lo están, se tome con seriedad.

5

Comunicar desde un nuevo estado

Ahora conoce usted los nuevos problemas que afronta la persona sin alcohol, y que le ayuda a reconstruir su personalidad. ¿Cuál será su función?

El médico no puede desvelar a la familia ni compañeros la información confidencial que tiene del paciente ni aunque ésta haya sido revelada en el grupo. Hace ya tiempo que se reconoce que la modalidad del tratamiento en grupo es de las más efectivas cara al proceso de recuperación de las personas alcohol-dependientes. De hecho, son una modalidad terapéutica muy útil para muchos pacientes. Los médicos deben mucho, en ese sentido, a A.A., pioneros en el abordaje grupal del alcohólico.

Los primeros grupos han sido los movimientos como la Cruz Azul a finales del siglo XDC. Observando el desarrollo de "Alcohólicos Anónimos" los médicos se incorporaron en Francia y Estados Unidos en los años 50. *En España puede apuntarse su inicio sobre los años 60, y los grupos siguen utilizándose por el gran potencial terapéutico que muestran en la recuperación de los alcohol-dependientes, sobre todo en su modalidad como grupos de discusión.* No existen dos alcohol-dependientes iguales. Por tanto, metidos en los grupos se identifican entre ellos, mientras que con otros toxicómanos no se reconocen. Es con el grupo como superan su angustia inicial, y su dificultad para hablar de sí mismos.

Los mensajes que emita usted tendrán entonces que armonizar con los del grupo: procurarán informar, motivar y entrenar, dentro de un tono alegre y afectuoso. Por lo general, este trabajo debe durar meses.

I. INFORMAR

Compartir en los grupos la experiencia común permite que los afectados se informen sobre todo lo que precede: vivencia de la dependencia, tiempo requerido

para establecerla, riesgos, *slalom* de compasión y esperanza, y sobre todo los nuevos problemas de la vida sin alcohol. Se habla y trata de ello sin cesar, tomándose todo el tiempo necesario para tal cosa. Se insiste sobre las fantasías: borrón y cuenta nueva o recuperar el placer. Deberá quedar claro que el abstinerente no se priva de un placer, puesto que desde hacía ya tiempo el placer se había desvanecido, y nunca regresará después de la primera copa. Se presta atención sobre los medicamentos y alimentos que contienen vestigios de alcohol: un consumo por ignorancia podría ser la chispa que encendiera el fuego, lo mismo si es un pastel de licor que un jarabe contra la tos.

Las informaciones que precisa el deshabituado difieren de las que se dirigen a prevenir el consumo moderado. Por ejemplo, hay que ser prudente con mensajes del tipo "una copa, bien... Tres, ¡bienvenidos los problemas!" ya que se convierte en un mensaje peligroso. Es necesario explicarlo. Y lo mismo ocurre con el dicho "Un vaso de buen vino nunca ha hecho daño a nadie".

Nadie debe sentirse obligado a contar su vida en grupo pero, poco a poco, se va haciendo espontáneamente. Dentro de esta dinámica la diversidad de factores y circunstancias de las recaídas: ofrecimiento de una copa durante una fiesta, soledad, contrariedad, episodios de desánimo, deseo inconsciente de castigar a alguien o castigarse a sí mismo, simple curiosidad que se vuelve poco a poco en obsesiva.

II. MOTIVAR

Las técnicas que los profesionales utilizan para motivar son descritas en el Anexo 1. Procuran reforzar las motivaciones negativas y positivas. Negativas: sufrimientos pasados, vulnerabilidad frente a la recaída. Desafortunadamente, a veces se precisa que la recaída llegue hasta el fondo para convencerse de la gravedad del riesgo. Positivas: el sentimiento de libertad, que se refuerza conforme pasan las semanas, al ganar calidad de vida.

El grupo podrá ser dinamizado por el médico, la enfermera, el psicólogo, y por miembros de asociaciones de alcohólicos recuperados. En algunos hospitales los grupos empiezan a realizarse en el momento en que los pacientes ingresan para su desintoxicación, como forma de romper e iniciar nuevos caminos en sus vidas.

Estaba condenado al fracaso aludir a sus referencias familiares o profesionales mientras los enfermos vivían con alcohol. Ahora, no piden otra cosa mejor.

III. ENTRENAMIENTO

No obstante, informado y motivado, cuando el abstinerente sale del centro de tratamiento se expone a quedar desamparado frente a la primera tentación. Tiene todavía la necesidad de un entrenamiento colectivo e individual cuyas técnicas, también, son descritas en el Anexo 1.

Los psicodramas (juegos de rol) entrenan al mismo tiempo que motivan y enseñan, para afrontar tentaciones, tener autocontrol, superar pruebas, aprender a vivir en sociedad. En suma, lo que pretenden y ayudan a facilitar es que, frente a la primera dificultad, la persona se habitúe a encontrar alternativas diferentes al alcohol.

El entrenamiento también debe adaptarse a las peculiaridades individuales, según los factores que determinaron su anterior alcoholización, circunstancias tentadoras, casos y alternativas previsibles, tendencia a tomar impulsivamente decisiones incongruentes, etcétera.

Ocurre a menudo que, después de la desintoxicación, tanto el recuperado del alcohol, como el de la droga, se encuentran sin ningún proyecto de vida, incapaces de emplear su tiempo, y habiendo perdido toda autoestima. Para salir de la situación, se alienta "la autoafirmación" en la forma de hablar. Se conduce a la persona a conseguir cualquier cosa, comenzando por los logros más simples. Por eso cada uno hará admirar sus obras en el taller de actividades manualidades. Se les hace retomar el hábito del trabajo doméstico, cocinar, bricolaje, tareas administrativas y fiscales. Se empieza por establecer un presupuesto mensual, a realizar sus compras, así como a seguir un camino saludable. Se enseña también a buscar empleo. Mediante una gradual y progresiva adquisición de responsabilidades en otras obligaciones, actividades, deportes, etc., se reconstruye la autoestima, y la persona vuelve a ser apta para vivir sus proyectos. Este aprendizaje es importante para afrontar la vida cotidiana, donde la pereza desanima muchas veces los proyectos más determinados. En algunos casos, los terapeutas tienen necesidad de recurrir a técnicas especiales, que serán detalladas en el Anexo 1.

La mayor parte de los alcohol-dependientes están enganchados también al tabaco. En ocasiones solicitan ser liberados a la vez de los dos, y puede ayudárseles. De no ser así, se les ruega no fumar todavía más cuando dejen el alcohol. Y quizás sea posible retomar el tema cuando hayan pasado de tres a seis meses, momento en que saborearán plenamente su liberación del alcohol. Olvidar el asunto sería olvidar que muchísimos de entre ellos mueren debido al tabaco.

Evitemos imaginar que son incapaces de frenarse, o que dejar el tabaco les conduzca al alcohol. Si llegaron a decidir dejarlo, es preferible que desde el instante que tomen su decisión, no acaben el paquete iniciado.

Informar, motivar y entrenar no precisa hospitalización durante las 24 horas del día. El lugar del tratamiento en grupo puede ser un centro de día, cinco días por semana. En Ginebra (Suiza), el centro es un apartamento urbano, sin carteles que lo delaten, en un edificio corriente, que fue amueblado por un ama de casa. El equipo asistente hace reinar un ambiente familiar. La gente acude voluntariamente. Es ínfima la cantidad de personas que desaparecen, y la proporción de éxitos duraderos es una de las más claras de Europa.

En ocasiones puede funcionar un tratamiento de breve duración, pero habitualmente será necesario repetir incansablemente los mensajes, porque se precisan varios meses para aclararse y cambiar ideas.

El proselitismo es un rasgo común de las asociaciones de bebedores recuperados, que se muestran apasionados en comunicar lo que han probado y conseguido, y también en reclutar adeptos. Expandir a su alrededor los beneficios que ha obtenido es también como una manera de reafirmarse y sostenerse en su vida cotidiana.

IV. CLIMA DE ALEGRÍA Y AFECTO

El objetivo del tratamiento es que el restablecido viva feliz y libremente su vida sin alcohol. "Cuando comparo mi pasado con el presente, me sorprende por haber perdido tanto tiempo sufriendo. Los Alcohólicos Anónimos me han permitido descubrir la bondad de la gente en lugar de no ver más que sus defectos. Me han permitido aceptarme a mí mismo tal como soy... Por fin, mis pensamientos, mis acciones y mis emociones están en armonía. Tengo una personalidad unificada". (A.A.) La abstinencia es sólo un medio, más que un objetivo en sí mismo. Y, sin embargo, pueden festejarse los aniversarios con bebidas sin alcohol, siendo tan alegres como otros.

Se sorprenderá usted por la riqueza afectiva del restablecido, por su calor, por su deseo de amistad. Él, que había perdido toda emoción positiva cuando vivía con alcohol, se recupera a grandes pasos. "La esperanza del cuidador engendra esperanza, y la esperanza es inherente a la vida" (Chantal Pellegrini). Acuérdesse: "Nos faltan toneladas de amor". A usted, que habrá vertido más de una de esas toneladas, le será devuelta multiplicada por diez. Respetémoslo, poniendo cuidado en no dejarse absorber. Una vez después de un debate, me preguntaron: "¿Por qué sustituye el alcohol?" ¿Estaba equivocado cuando respondí?: "Por amor".

TERCERA PARTE

Comunicación con el bebedor de riesgo

Parece más fácil comunicarse con el bebedor de riesgo que con aquel que padece la dependencia, aunque se trate de situaciones difícilmente comparables, al ser diferentes la mortalidad, el riesgo y la intervención médica. En el caso del bebedor de riesgo, el objetivo no es tratar a un enfermo sino prevenir las consecuencias del consumo excesivo del alcohol bajo sus diferentes manifestaciones: daños y problemas diversos, incluso la dependencia.

6

Riesgos del bebedor

La tabla III, en la página 36, señala el porcentaje de bebedores de riesgo entre la clientela de médicos generalistas franceses. El riesgo podría no consumarse nunca, ni adoptar como forma extrema un infarto de miocardio, una cirrosis, u otras enfermedades. Interesémonos sobre todo por lo que parece poco trascendente: borracheras, señales de alarma, refranes o distorsionadas informaciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la intoxicación aguda (embriaguez, más o menos perceptible) es causa de la mayor parte de los daños relacionados con el alcohol. La indulgencia frente a ello es tradicional en España y otros países occidentales.

Hay que tener en cuenta que la conducta alcohólica será mejor o peor tolerada según sea el contexto social en el que se produzca. Así, mientras que en España la indulgencia es nota tradicional, tolerándose a las personas embriagadas, en otros lugares puede no tolerarse en absoluto si de la embriaguez se derivan actos que rompen las normas sociales tradicionales.

Por ejemplo, en Benin, al sur de la India, si un padre de familia se orina en los calzones sobre la plaza del pueblo y sí, en su locuacidad, revela sus pactos secretos de iniciado, se le desacredita para siempre. Todo y siendo complaciente con la persona, se puede ser intolerante con los actos.

En los actuales momentos, las pautas de bebida tradicionales de nuestra sociedad han ido modificándose. De beber regularmente a lo largo de la semana se está pasando, en la población mayoritariamente joven, a "ir de fiesta el fin de semana", y tomar alcohol bebiendo mucho y rápidamente durante la noche, con frecuencia en ambientes de música ruidosa.

Incluso en ausencia de borrachera, un pequeño grado de intoxicación puede acarrear consecuencias adversas. Por ejemplo, dos o tres vasos de cerveza, en función del sexo, pueden bastar para que el nivel de alcohol en sangre (alcoholemia) alcance los 0,5 gramos por litro, lo que perturba ya la conducción

del vehículo y expone a contravenir las normas. A 0,8 g/l el riesgo de accidente está aumentado diez veces y constituye un delito, exponiéndose a penas como la retirada del permiso de conducción o la prisión. Lo que todavía es mal conocido, es la lentitud de eliminación del alcohol: se precisa una hora para eliminar 0,10 g/kg de peso de alcohol. Así, para que la alcoholemia disminuya un gramo por litro, son precisas más de seis horas. Ahora que la ley⁴ se aplica más seriamente, evoluciona la mentalidad.

En un caso publicado en un diario francés ("La Provence"), la joven difunta reunía el exceso de velocidad, la inexperiencia al volante, no llevar puesto el cinturón de seguridad, fatiga después de una noche de fiesta, la impaciencia del retorno y una alcoholemia residual de 0,38 g/l. Otros tres factores (litigados por la familia) concernían al vehículo y cuatro a la infraestructura de carretera. Así, la prevención no debe olvidar el alcohol, ni sólo limitarse a él.

Disculpen por haber puesto en primer lugar a los muertos, como si esto fuera periodismo. Los médicos no estamos menos al tanto de las consecuencias dolorosas e incapacidades definitivas. Frente a un accidente laboral, existen muchas reticencias para buscar alcohol. Puede comprenderse mejor para proteger a los interesados. Los despidos individuales tienen frecuentemente por causa real la repetición de embriagueces. *En España, el artículo 54 del Estatuto de los Trabajadores "señala como causa de despido disciplinario la embriaguez habitual o toxicomanía, si ésta repercute en el desarrollo del trabajo de forma negativa".*

Los incendios se dan con frecuencia en estado de embriaguez (especialmente los que fuman en la cama después de toda clase de consumos) y no es raro que finalicen con una tentativa de suicidio. En tiempos de paz, son numerosos los quemados que tienen una alcoholemia elevada. En muchas ocasiones, los traumatismos se relacionan muy frecuentemente con el alcohol. La mayor parte de la gente que sufre una embriaguez ocasional no necesita recurrir al hospital; sin embargo, algunas intoxicaciones agudas pueden cursar con gran agitación y agresividad en personas predispuestas, incluso con niveles de alcohol en sangre relativamente bajos ("embriagueces patológicas"). En otros casos la embriaguez es tan profunda que deriva en un estado de coma etílico, de riesgo vital. Este tipo de borracheras precisan de atención médica urgente y pueden

⁴ En la nueva normativa de Tráfico del 7 de Mayo de 1999 los niveles de alcohol considerados sancionables alcanzan:

- 0,5 g/l los conductores de vehículos en general.
- 0,3 g/l los conductores noveles (en los primeros dos años) y profesionales.

darse tanto en jóvenes bebedores de fin de semana como en personas alcohol-dependientes que a menudo deben recurrir al hospital por causa de una intoxicación, pero también al presentar problemas de socialización y trastornos mentales adicionales.

Tras los posibles daños de las borracheras, más tarde puede consumarse el riesgo de perder la libertad sin percibirlo.

Las mujeres son más vulnerables a todos los riesgos: dependencia, cirrosis, polineuritis (dolor en las pantorrillas, después parálisis), malestar psíquico, embarazo, malformaciones, familia destrozada.

También los hijos corren el riesgo de resultar afectados por el consumo de alcohol de la madre; abortos, malformaciones diversas, bajo peso y talla al nacer, retraso mental... e incluso un posible síndrome alcohólico fetal al nacer.

Existen **señales de alarma** que el bebedor de riesgo raramente advierte. Las más frecuentes son las siguientes:

- Beber solo, beber para olvidar un problema, convertir el alcohol en una medicina.
- Sufrir una habituación exponiéndose a un ambiente social bebedor.
- Estar obligado a aumentar las dosis para obtener el mismo efecto. El organismo se va acostumbrando (tolerancia); primer paso en pos de la pérdida de libertad y dependencia.
- Ser habitualmente incapaz de frenar después de la segunda o tercera copa: verdadera pérdida de libertad, primera etapa de la dependencia.
- Haber perdido el placer de beber, aunque este signo falta una de cada tres veces, por lo que su presencia no es exigible.
- Comprobar el retorno del deseo de tomar alcohol cuando el efecto se desvanece. ¿No está ya metido y atrapado en la rueda?
- Disimular los consumos después de haber hecho anteriormente alarde de ellos.

Si faltan indicios, o éstos se disimulan, hay que interesarse por la fatiga, fracturas, contusiones, así como por los trastornos del sueño más o menos combatidos por el alcohol.

Ante los tópicos con los que el bebedor justifica su consumo, sea capaz de responder, si tiene ocasión. Por ejemplo:

"Un vaso de buen vino no ha hecho nunca daño a nadie". Depende de los que sigan a continuación... El buen vino contiene tanto alcohol como el peor, y la cirrosis del buen vino no es diferente del malo. Lo mismo pasa con el champán.

"El alcohol proporciona fuerzas". Anestesia la fatiga, pero ésta continúa existiendo. Los deportistas evitan tomar alcohol antes del ejercicio.

"El alcohol es un alimento". Sus calorías son "vacías" y sólo sirven todo lo más para engordar.

"El alcohol da calor, quita el frío". Anestesia frente al frío, y resta importancia al abrigarse. Con la piel congestionada, el calor se escapa por los vasos sanguíneos de la piel dilatados, al igual que se desprende calor de un radiador. En suma, el enfriamiento interno es más rápido.

"El alcohol apaga la sed". Cuantos más grados tiene el alcohol, más sed da. Los sudores del estado de abstinencia dan aún más sed. Persisten desde el inicio de la desintoxicación, siendo común y recomendable beber hasta varios litros de agua al día.

"Es bueno para el corazón". Todo estriba en la dosis. Para los grandes bebedores, la primera causa de muerte es el infarto. Un importante tema de conversación es que en Dinamarca, entre otros, se encontró una mortalidad cardiovascular más elevada en los abstinentes que en los que no bebían más que un vaso de vino por día: la curva en J de la mortalidad. ¡Cuántos bebedores se afanan en añadir ostensiblemente vino a su habitual consumo de otras bebidas! El gran error científico del autor del estudio fue tomar una correlación por una causalidad, escribiendo que, si los abstinentes hubieran bebido, les habría salvado la vida. La opinión cambió en 1998, pues es peligroso aconsejar beber vino a un abstigente debido a que no se sabe cómo acabará la relación de esa persona con la bebida. Por lo pronto, sabemos que no le conviene a las mujeres, jóvenes, fumadores y obesos. Sobre todo, el autor había olvidado las particularidades de los abstinentes; pobreza y mala salud son más frecuentes entre ellos. *Aunque existen estudios experimentales que indican que un consumo moderado de alcohol parece disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular, sin embargo esta capacidad protectora disminuye y es sustituida por riesgo cuando aumentan los consumos.*

La disminución del riesgo de muerte por enfermedad vascular coronaria sólo se comprueba con dos consumiciones cada dos días y no mejora con consumos de 1-2 bebidas al día, incrementándose el riesgo por encima de este nivel. Por otra parte, la mortalidad individual no presenta la misma relación con respecto al consumo de alcohol que la colectiva. El riesgo poblacional ocurre con consumos per capita muy inferiores al riesgo individual, teniendo en cuenta la distribución más o menos uniforme del consumo. A nivel colectivo, el mínimo riesgo de mortalidad se daría a 3 l/per capita y año, en poblaciones de elevado riesgo cardiovascular, y a 2 l/per capita alano, en poblaciones de bajo riesgo coronario. Teniendo en cuenta que alrededor del 90% de los países industrializados rebasan esos dos litros y que en España rondamos los 10, se evidencia la impropiedad del mensaje beber sano.

"Es un medicamento". Sin duda, atenúa la ansiedad y las inhibiciones. Tomarlo todos los días como medicamento es uno de los más seguros caminos hacia la dependencia.

"Al hombre le va el alcohol". Entre hombres y mujeres, sobre todo es el peso del cuerpo lo que marca la diferencia. En el peor de los casos, quienes tienden ávidamente al alcohol desde la juventud tienen un mayor riesgo de convertirse en alcohol-dependientes más tarde. Es el resultado de las consecuencias del adiestramiento a tomar alcohol. Es preferible no llegar a la situación de tener que aumentar las dosis para obtener efecto.

"¿Yo alcohólico? Nadie me ha visto nunca borracho". Una persona puede convertirse en dependiente o cirro tica sin haber llegado jamás a estar ebria. *Esto apunta inicialmente hacia la manera de beber en España, la manera dependiente. En efecto, en la cultura mediterránea, a diferencia de la anglosajona, se bebe durante toda la jornada sin buscar forzosamente la ebriedad: "La cerveza o el vaso de vino para desayunar, después el carajillo o la copa de alcohol fuerte para entrar en calor y darse ánimos ante el trabajo; el vino o la cerveza para acompañar la comida; y para acabar el día, repetir el vino o la cerveza durante la cena".*

Bien habituados, algunos beben así sin llegar a estar jamás borrachos. Pueden pasar varios años antes de que se tornen "alcoholómanos". Afinando la percepción de lo que ocurre, el dependiente se preocupa de permanecer "entre dos vinos" para impedir el estado de abstinencia. No estará, por descontado, forzosamente borracho, aunque esté alcoholizado.

Las pautas tradicionales de bebida de alcohol en el área mediterránea y anglosajona son diferentes, En el área mediterránea el alcohol está presente durante todo el día, se bebe a diario durante las comidas, intercalando muchas veces alcohol

entre ellas. En contraste, la pauta anglosajona gira en torno a no tomar o tomar muy poco alcohol entre semana, para desatar un consumo elevado los días delfin de semana. En el presente, existe inclinación hacia el modo anglosajón de beber en el caso de la población mayoritariamente joven.

"Hay personas que nacen alcohólicas". Sobreentendido: "Son los otros". Si hay herencia, sólo es una predisposición, y en nada una fatalidad. El tema ya ha sido tratado en el Capítulo 4.

"*In vino veritas*", es decir, "la verdad está en el fondo del vaso". La lengua se suelta, el alcohol hace hablar, ser elocuente, dando apariencia de ser un estimulante, pero ninguna función mejora. Ninguna. Bajo el alcohol, es evidente la pérdida de cualidades. Si muchas veces en la vida corriente existen personas con menos cualidades que pretensiones, este hecho se evidencia bajo los efectos del alcohol. Una única reserva: la objeción que sigue a continuación.

¿Y los artistas? ¿Qué diríamos de los poetas báquicos chinos y persas, como Abu-Nawas? ¿De Moussorgski, Frans Hals, Van Gogh, Gauguin; Utrillo, Modigliani, Musset, Baudelaire, Edgar A. Poe, Verlaine, los premios Nobel de literatura, etc.? Nadie ignora que, en efecto, de siete laureados por el Nobel de literatura nacidos en Estados Unidos, cinco sufrieron dependencia alcohólica: Sinclair Lewis, Eugene O'Neill, William Faulkner, Ernest Hemingway y John Steinbeck. Una veintena de otros grandes escritores americanos han tenido el alcohol como compañía, todos ellos del sexo masculino.

¿El talento empuja al artista hacia el alcohol? ¿o es el alcohol quien lo empuja hacia el talento?

Ante la primera pregunta, podría objetarse que una cohorte bastante numerosa de escritores americanos ilustres no tuvieron problemas con el alcohol, empezando por las mujeres, y al igual que casi la totalidad de los escritores franceses y británicos. Sin tener necesidad de incriminar al genio, los factores familiares usuales de la alcohol-dependencia están presentes: familiares próximos de Faulkner y O'Neill convertidos también en alcohol-dependientes, depresión alrededor de Hemingway. Depresión, ansiedad y carácter antisocial son frecuentes tanto en los genios como en los alcohol-dependientes, sin que esto pruebe que sea el mismo genio lo que empuje hacia el alcohol. El entorno tiene también su peso. Un artista que bebe y tiene éxito se arriesga a creer estar en buen camino y ser reforzado por los que le rodean, y por sí mismo, a continuar bebiendo. Por el contrario, muchos genios empiezan siendo poco conocidos, y si lo viven como una injusticia les expone a consolarse... En los Estados

Unidos, es sobre todo la generación de la Prohibición quien pagó su tributo al alcohol. Como recuerda Dardis, en el entorno literario, muchos espíritus independientes consideraban como un deber moral violar la ley en cualquier ocasión. Personas que apenas habían probado el alcohol opinaban que beber era "socialmente correcto".

¿El alcohol exalta el talento? Detrás de esta palabra abstracta pronunciada en singular, talento, cuidémonos de imaginar un único molde. Los testimonios son confusos y contradictorios. Cuando Claude Monet fue en febrero a pintar en Noruega algo tan difícil como la nieve, se quedó estupefacto al ver lo que consumían los habitantes del lugar, y que además no cesaban de invitarlo. Él quiso mantenerse al margen. El escritor Jack London, en vías de la dependencia alcohólica, se obligaba a escribir mil palabras cotidianas (el editor le pagaba por palabras) por la mañana, antes de beber una gota de su whisky. Escribió la casi totalidad de su obra en estado de "bebedor de riesgo". Eugene O'Neill estuvo obligado a dejar de beber por un temblor permanente, secuela cerebral de sus excesos. Fue entonces cuando produjo sus obras más reputadas, en las que, por otra parte, el alcohol figura como tema. En revancha, Faulkner, que había sostenido que la civilización comenzaba con la destilación, atestiguaba: "Por costumbre, escribo de noche. Tengo siempre a mano mi whisky". Hemingway se escandalizaba al ver degradarse el talento de Faulkner y de Fitzgerald bajo el dominio del alcohol, aunque rehusaba enérgicamente admitir que estaba en el mismo camino. Hasta que un día, sin que podamos más que conjeturar si fue debido a su dependencia o a la angustia de su depresión acabó por dispararse con su escopeta.

A falta de testimonios se ignora, entre los artistas conocidos, quién era dependiente, deshabituado o simple bebedor de riesgo en el momento de producir su obra. En el último caso, era común que un pintor pasara una mañana ardiente y austera en el taller antes de debatir junto a sus amigos, durante horas alrededor de algunas botellas, sobre lo que debe o no debe ser la pintura. Toda la cuestión está en la dosis y la duración. Simplemente al liberarse de sus inhibiciones, el artista puede ser por más tiempo él mismo, sobre todo cuando padece extremo nerviosismo, como Maurice Chevalier. Por fortuna, se dispone hoy día de medicaciones contra el nerviosismo.

Por encima de la simple desaparición de inhibiciones, la obra de arte puede dar una impresión de jovialidad o irregularidad que la diferenciará. Si abandonamos entonces el dominio de la ciencia para reemplazarlo por el de los gustos. ¿Las pinceladas donde se aprecia la vivacidad de Frans Hals y Vincent Van Gogh al final de su vida son las de un genio o las de la negligencia? Las

hipótesis no son excluyentes. Maurice Utrillo tenía necesidad de apoyarse sobre los mismos edificios, y Amadeo Modigliani sobre las mismas figuras ideales, inaccesibles. ¿Era para colmar un vacío interior? Recluido, delirante, perseguido, ¿Chaim Soutine expresaba mediante carnes sanguinolentas su regresión sádico-oral? ¿Lo mismo Francis Bacon? ¿No apuntan las repeticiones obsesivas de Andy Warhol hacia su dependencia?

El alcohol estuvo presente en el *blues*. Entró con fuerza en el *rock* junto a la droga, hacia 1969: Rolling Stones, festivales de Woodstock y Altamont. El *rock* sudista y el *pub-rock* han visto ampliar su concurrencia entre cerveza y éxtasis. En los Estados Unidos se ha visto emerger recientemente un *rock* ascético, abstinente, "políticamente correcto": ¿un rock erradicador del alcohol? La ciencia ficción sigue una trayectoria similar.

El término "creatividad", en la pluma de Tom Dardis, puede parecer equívoco. Varios de los mejores artistas han proclamado que no tenían otra elección que beber para alcanzar la cumbre de su creatividad. Enganchados a la larga al alcohol, destrozaron su creatividad, nos dice. ¿Hay que entender la creatividad en un sentido cuantitativo, para concluir que el alcohol ha acrecentado más que agotado su producción y sus rentas? Con esta perspectiva, remarquemos que sólo se conocen las obras existentes, y no las que el alcohol ha impedido existir, ni las que ha echado a perder al punto de ser impresentables. Conceptuemos la creatividad al contrario, en un sentido cualitativo, para decir que en el arte sólo cuentan las obras cumbre, y éstas son tan poco numerosas que sólo faltaría penalizarlas por "*dopping*".

Las "drogas sin drogas" han sido evocadas anteriormente. ¿Es la creación artística una de ellas? P. Frayse interpreta la creación como una necesidad repetitiva de proyección y encarnación de las pulsiones, fuente de un comportamiento adictivo; eso significa que muchos artistas serían vulnerables a las dependencias. ¿Podemos suponer que el hecho de crear protegería a la mayor parte de ellos de recurrir a las drogas?

Ejerciendo su propio arte, el médico tiene dificultades cuando atiende a un artista conocido que se ha convertido en bebedor de riesgo. A este último, los riesgos le tienen sin cuidado mientras que los éxitos, además del alcohol, ocupan buen lugar en su cabeza. En estado de dependencia, la persona se convierte en enferma. Para cualquier médico, las prioridades son entonces la salud, la calidad de vida y de relaciones. La obra puede no resentirse para nada de la abstinencia recomendada, como fue el caso de O'Neill. De todos

modos, recordemos que el método autoritario debe evitarse. Es preferible el *slalom* de compasión y esperanza.

El médico del que se considera un artista desconocido, y que es un bebedor de riesgo, puede mostrarse relativamente directivo. En términos positivos, puede incitar a abandonar un juego perdedor en provecho de un juego ganador. Como todo terapeuta, funda su acción sobre probabilidades, sin ignorar que el artista desconocido de hoy podría ser mañana un Van Gogh.

7

¿Moderación o abstinencia?

Una persona bien situada en la primera línea para la comunicación es el médico generalista, que contacta con el grueso de la población bebedora de riesgo más con los alcohol-dependientes. Puede darse el caso, de todos modos, de que la conversación sobre el alcohol no sea atractiva para el médico o que éste no haya sido aún consultado en razón de la joven edad del bebedor.

La "intervención breve"⁵ está a la orden del día. Es debido a que una visita de un buen cuarto de hora con el bebedor de riesgo puede ser tan eficaz como un programa más largo. Por otra parte, la eficacia no es ni constante, ni siempre suficiente. En general la intervención breve impide el agravamiento, puede reducir el consumo medio en una copa por día, y alerta contra los daños de las embriagueces y la pérdida de libertad. Su intervención puede lograr tanto como la del médico o la enfermera, no teniendo necesidad de otras competencias que las que contiene el libro.

Su intervención breve consistirá en discernir los principales riesgos, elegir y explicar prioridades y, por último, aclarar la elección entre moderación y abstinencia.

I. PRIORIDADES Y RIESGOS

Los principales riesgos derivan de las embriagueces, sobre todo en los jóvenes, pero a veces también del consumo cotidiano, como suele ocurrir en el caso de los adultos. Las prioridades se deducen.

⁵ Pueden encontrarse referencias bibliográficas sobre la intervención breve y entrevista motivacional en la bibliografía.

Si se trata de borracheras, su mejor papel consistirá en explotar sus consecuencias, que no faltarán. ¿Ha sido una embriaguez exuberante? (inicio de incendios) ¿Violenta (disputas en el trabajo, delitos)? ¿Confusa (embarazo, sufrir agresiones, accidentes, estafas)? ¿Triste (tentativas de suicidio)? Si se pregunta a la gente en la calle sobre los motivos para beber con moderación, el que colocan en primer lugar, en Francia, es "*Debo conducir*". La ley parece entonces bien integrada en las mentalidades, mejor en los jóvenes que en los mayores. *En España, el conducir bajo los efectos del alcohol también ocupa lugar entre las preocupaciones. Entre la población joven, tiene mucho relieve la importancia de la accidentalidad por conducción de vehículos a motor, que llega a ser la primera causa de mortalidad por debajo de los 34 años en algunas comunidades. Los estudios apuntan a que los jóvenes tienen mayor riesgo de accidente que los conductores adultos, con igual nivel de alcoholemia. Conductas impulsivas y arriesgadas, distracciones al salir en grupo, falta de experiencia, fatiga acumulada, exhibicionismo, uso de otras drogas, etc., son algunas de las causas que se suponen están asociadas a este riesgo.*

Si lo que le preocupa son los consumos cotidianos, la prioridad será hacerle partícipe de su inquietud por su salud y libertad. "¡Salud!" repiten todos durante los brindis del año nuevo. Cierto, cada uno la tiene, pero hay que hacer un serio esfuerzo cotidiano para decidirse a hacer el mínimo para mantenerla. La suerte será que el bebedor de riesgo, a menos que sea una mujer, no disimule apenas sus consumos. En el fondo, no estará descontento por esclarecer su relación con el alcohol. Se puede informar de los posibles daños sin agravar una oculta desesperación, a diferencia de los alcohol-dependientes.

Hablando de riesgos y por poner un ejemplo, los médicos de Nueva Zelanda ponen el acento de sus intervenciones sobre los riesgos cardíacos. Aunque no sea sólo debido al alcohol, el infarto de miocardio es la primera causa de muerte, y en muchas ocasiones no faltan signos de advertencia: elevada tensión arterial, anomalías en el electrocardiograma. Cuando el médico habla a la gente de su corazón, escucha, mientras que el hígado parece ser un órgano demasiado lejano ("mi hígado no lo conozco"). La cirrosis proviene de la acumulación de consumos: *un camión cisterna con diez toneladas de vino es habitualmente necesario para producirla. Una cirrosis no se cura. Todo lo más puede estabilizarse. Antes de instaurarse, no hay más que una voz de alarma: la pérdida del apetito, inexplicable, durante tres a seis meses. Da fe de la hepatitis necrótica que preludia la cirrosis.*

Si por azar está usted ubicado en primera línea, propóngale al bebedor consultar con su médico de cabecera y, si en ese caso los resultados no fueran

adecuados, aquél o usted pueden proponerle ser visitado en un centro especializado. Para nada está contraindicado simultanear este centro con su médico, y en algunos casos es hasta aconsejable.

El médico de familia puede exponer a los ojos del bebedor anomalías objetivas, como, por ejemplo, el exceso de peso, que no le impresiona ("Estoy fuerte"); por el contrario, el exceso de ácido úrico, algunas grasas o azúcar en sangre demuestran que la salud está amenazada. Niveles excesivos de gamma-GT, de CDT, de transaminasas, muestran que el hígado ha dejado de ser normal.

Si se trata de un joven que bebe demasiado todos los días no trate de promover un cambio por razones de salud. Los jóvenes no tienen ninguna preocupación por su salud, salvo que se hable de droga o de SIDA: ¡las enfermedades alcohólicas son para los mayores!

Al joven le interesa más su libertad, explíquelo que puede acabar enganchándose, siendo esclavo del alcohol, que la esclavitud llega poco a poco, sin casi darse demasiada cuenta. Explíquelo cómo se avanza por ese camino.

Estar completamente enganchado es experimentar la abstinencia cada mañana, después de una mala noche: temblor, angustia, sudores, a veces vómitos con las primeras copas (alcohólicos)... Eso no se calma más que con alcohol. Cuando el alcohol se ha convertido en una droga para la persona, es tan duro como las drogas más duras. En efecto, la abstinencia puede acabar en un delirio agitado. El delirio dura varios días y pone la vida en peligro. Por fortuna, existen restablecimientos magníficos.

La pérdida de libertad es gradual. Aquí se refieren los sucesivos hitos dentro de este proceso.

- ¿Está obligado a aumentar su dosis de alcohol para obtener el efecto deseado?
- ¿Se ha vuelto incapaz todos los días de frenarse después de la segunda o tercera copa?
- ¿Ha intentado moderarse, sin poder conseguirlo?
- ¿Se siente atrapado por el alcohol?

Conforme se desarrolla la dependencia y se experimenta la abstinencia del alcohol, el bebedor llegará a tener la misma desesperación que un condenado a galeras.

Existen señales de alarma que vale la pena conocer:

- ¿Toma alcohol como una medicación? Por ejemplo, para calmar la ansiedad o para superar momentos de vacío.
- ¿O para olvidar un disgusto?
- ¿Bebe solo?

Sobre todo pretendemos sugerir al joven actividades alternativas de tiempo libre no vinculadas al alcohol tales como las prácticas deportivas, profesionales, artísticas, de preferencia en grupo. Si se declara enemigo de la droga, y se le proporciona la oportunidad de asistir a una reunión "abierta" de un grupo de alcohólicos recuperados o de AA, comprobará lo que es estar enganchado. Puede también admitir la importancia del alcohol en los fracasos sentimentales que pululen a su alrededor.

Para concluir la entrevista y preparar otra ocasión para reanudarla, se le puede prestar un libro o recomendar su lectura. Son desaconsejables las biografías escritas por no bebedores: no son más que observadores de la bebida, dejando de lado la cara oculta de la dependencia. La vivencia no se lee más que en las autobiografías, es decir, en los testimonios de vida, donde los alcohol-dependientes revelan su infierno. El más pedagógico emana de un jesuita, y no le sorprenderá: Luciano, seudónimo de un célebre cantante y guitarrista, en "El niño que jugaba con la luna". El mérito de Jean Louis Le Moigne es que fácilmente cualquiera se reconoce en él. *En lengua castellana disponemos del libro "Alcohol. Adorno y tragedia", escrito por Josep P. Carrete, testimonio de su adicción y superación del alcohol.*

En África, puede leerse a un colega musulmán de Mali, el Dr. Mamadou Gologo. Disponible en todas partes, de Jack London, "John Barleycorn: memorias alcohólicas" (Referencias al final de la obra). Para una mujer, después del libro de Lucien, los de Laure Charpentier o, si lee alemán, el notable testimonio de Monika Weber, seudónimo de un secretario de Estado del gobierno alemán.

Los profesionales expertos en drogas dicen a los padres que la mejor prevención consiste en dosificar firmeza y confianza. Firmeza: para expresar sus propias convicciones, poner límites, manifestar que nadie puede vivir sin límites; educar y controlar la energía que el joven deberá utilizar para labrarse su camino en la sociedad. Confianza: en el futuro, así como en el joven mismo, confianza a mantener en caso de fracaso, de momentos de vacío. En el último caso, al igual que en las reacciones de huida, muy pocos padres son capaces

de preguntar solamente: ¿Qué es lo que no quieres? Si las cosas no se arreglaran por suerte, si el joven careciera de autoestima, podría ser el inicio de una depresión, del todo curable. Sería entonces importante tratarla, a causa del riesgo de suicidio.

Si se descarta la hipótesis de la depresión, se puede, con simpatía, preguntar a qué juega el joven, en el caso del "Análisis Transaccional", del que se tratará en el Anexo 1.

Corrientemente, al joven no le pasa nada, ni pide nada, le gusta beber, y no se podrá hacer más que esperar. Esperar a que se aparte, que no es tan raro. En su defecto, esperar a la solución menos mala: por ejemplo, que la policía haga el favor al joven de pararlo para hacer la prueba del alcohol, cerca de la salida de una discoteca.

¿Y las mujeres? Es fácil confundir la dependencia alcohólica con cuadros de ansiedad y/o depresión.

II. ELECCIÓN ENTRE MODERACIÓN Y ABSTINENCIA

Es papel del bebedor de riesgo, junto con su médico, esclarecer su elección por la moderación o la abstinencia, y tiene usted que insistir en el mismo sentido. Si se elige la abstinencia será por diferentes razones que en el caso de la dependencia. La moderación es teóricamente posible con los "bebedores de riesgo", pero en determinadas condiciones. Después de haber asistido por mucho tiempo a toda clase de bebedores en la Fundación de Adicciones (Toronto, Canadá), la doctora Martha Sánchez-Craig⁶ determina estas condiciones:

1. Comenzar por estar dos semanas sin alcohol, durante las cuales no debe aparecer ningún signo de privación. Si se presenta alguno, hay que renunciar al beber controlado.
2. No beber nunca solo.
3. No beber nunca para olvidar una pena.

⁶ La Dra. Martha Sánchez Craig hace tratamientos para beber controladamente a bebedores excesivos o dependientes en grado incipiente o leve.

4. No utilizar el alcohol como una medicación.
5. Ser capaz de abstenerse tres días por semana.
6. No más de dieciséis consumiciones por semana para un hombre, y doce para una mujer.
7. No más de cuatro consumiciones en un día. Para una mujer no más de tres.
8. En este encuadre, no más de un vaso por hora.

Insiste la autora: "El consumo real de nuestros clientes que han logrado convertirse en bebedores moderados era de menos de 16 consumiciones por semana". Recordemos que estas directrices no se dirigen ni a la población general, ni a personas restablecidas de su dependencia, sino a bebedores de riesgo después de haber obtenido una abstinencia temporal.

Todas estas condiciones muestran que para el gran bebedor, sobre todo si ya ha iniciado una dependencia, la moderación suele ser más difícil de conseguir que la vida sin alcohol. Hecha la comparación, corresponde al afectado decidirse, de acuerdo con su médico. No se inmiscuya recomendando ni la hospitalización, ni un tratamiento intenso y prolongado. En esa situación, no está más que excepcionalmente indicado. Ha de obtener, con confianza, que la persona le diga lo que realmente ha acordado con su médico. También ha de desmontar la repulsión por "el agua de las ranas", compartiendo en la mesa variedad de jugos, cafés, tés, infusiones, y simplemente agua natural.

Conforme pasa el tiempo es posible que existan recaídas y abandonos. Con los consumos conviene no ser ni despreocupado ni obsesivo, pudiendo ser aceptables si son espaciados en el tiempo. Si tiene usted la impresión de fracasar en la primera intentona no se preocupe, ya que la experiencia muestra que meter el dedo en la llaga produce resultados a largo plazo. Actúe pensando que no está solo cuando intente una intervención breve y que, como dicen muchos alcoholólogos: "Es preciso que suene el alcohol desde todos los lados. Los resultados finales serán consecuencia de los daños que se hayan producido, de las intervenciones, y de la evolución de la personalidad del afectado".

CUARTA PARTE

Personajes particularmente implicados

Este libro está destinado a muchas personas. Hasta ahora, lo que ha leído se dirige sobre todo a quien se encuentre a una distancia adecuada: lo bastante próximo como para realizar un acto de salvamento, y lo suficientemente alejado como para no haber sido puesto fuera de juego. Dirijámonos ahora a los que tienen un papel especial: familia y parientes, profesionales, asociaciones de recuperados y algunas comunidades. También hablaremos de sectas.

8

Familia y parientes

I. LA ESPOSA, EL MARIDO

Las palabras que siguen son para Vd., esposa, porque las mujeres son en número las que más sufren los efectos dañinos del alcohol bebido por sus parejas. Si la pareja del alcohol-dependiente es masculina, también podemos hablar casi en los mismos términos.

Lo que ve la esposa es la bebida, la negación, la celotipia delirante, los insultos y golpes, y el desastre económico final. Lo que no ve más que excepcionalmente es el sufrimiento oculto del alcohol-dependiente y, en algunos casos, el incesto que el hombre puede reiterar en la persona de su hija. El futuro de ésta quedará marcado entonces por muchas perturbaciones, y comprende un riesgo incrementado de sucumbir también en el alcohol y, sobre todo, en las drogas.

Le tienta decir: "¿Por qué me haces esto a mí?" o "¿Cómo puedes hacer esto a los niños?" o "¡Qué vergüenza para la familia!". Sería desastroso poner a un niño en contra de uno de sus padres. También sería ineficaz que desaparecieran todas las botellas y el dinero. Escondería las unas, y se endeudaría por el otro.

Ha sido usted indulgente durante el estado de dependencia, imaginando que el amor sería una medicina, o esperando que el alcohol redujera las fricciones de la familia. Algunas mujeres encuentran como ventaja que el bebedor les deja hacer todo lo que quieren. Hoy día todo ha cambiado. Has sido indulgente: Él bebe. Severa: Él bebe. Repite sus pretendidas razones para beber, insulta, agrade. En esta insostenible situación, no amenace usted nunca con una ruptura. Sería agravar la desesperación y la bebida. Toda amenaza se vuelve un *boomerang*. Si la ruptura llega a ser ineludible, no la anuncie más que después de haberse asesorado y cuando hayan concluido los preparativos de la misma.

Lo peor sería que a fuerza de verlo beber y fracasar, acabara usted enferma y que también creyera que existen razones para que todo ocurra, razones para olvidar las penas: en definitiva, que está equivocada. A veces no es raro que, para soportar esa vida, se ponga usted a beber a su vez: el pronóstico individual y de pareja se tornará desastroso.

Sin llegar a este extremo, no vive usted más que para comprobar los consumos, intentando obstaculizarlos. También está tentada de abandonar su cuidado para no estar atractiva. Más se encalla, más se encierra en una obsesión que la priva de libertad. Esta dependencia en espejo es llamada codependencia (*hacer propio el problema ajeno sintiéndose responsable de su resolución*).

Es posible que estuviera usted predispuesta a ello. Antes de que el alcohol se instalara en el hogar, muchas esposas destacaron por sus sentimientos altruistas, su deseo por salvar al otro. ¿No habrá elegido casarse con alguien vulnerable al alcohol? O, ya al corriente de los excesos, ¿habría imaginado que el amor sería curativo? Cierto es que el amor es necesario, aunque no baste por sí solo.

Sus papeles sucesivos pueden haber sido el de víctima, de salvadora y, finalmente, el de perseguidora. Una mujer, Melody Beattie, ha vivido lo que expresa, por haber sido a su vez alcohol-dependiente, además de codependiente. La trata a usted duramente: "El codependiente sabe lo que el alcohólico... debe hacer o no debe hacer... Se pregunta sin descanso porque no está conforme... Se vuelve hostil, dominador, manipulador, socarrón, culpabilizador... Nada sorprende que el alcohólico viva con un marido o una mujer similares".

Se pidió a los alcohol-dependientes dibujar una mujer. Era horrorosa y amenazante. ¡Lástima que no se haya pedido nunca a las esposas de alcohol-dependientes dibujar a un hombre! Su pareja alcohol-dependiente lleva por dentro su sufrimiento y por fuera su máscara. Usted también sufre desde hace mucho tiempo y, a su vez, también lleva máscara. Ninguno de los dos ha elegido la máscara. ¿Aceptaría usted hacerle el juego a esta persona? ¿Su propia ansiedad le parece insoportable, lo mismo que a quienes le rodean? ¿Se ha vuelto una dominadora que no domina nada? ¿Se ha tragado tantos embustes que ya no sabe distinguir la realidad? ¿Ha sufrido tanto, y tanto han cambiado los dos, que su sufrimiento le parece incommunicable?

Mientras el enfermo viva con el alcohol, está en mala posición para sacarlo. No está a la distancia adecuada para ello. Su principal papel será sostener, no sin mérito, y también pedir ayuda a un pariente menos cercano que usted: tía, tío, primo, hermano o hermana (que no hayan sido juzgados como preferidos en relación al futuro paciente).

Los servicios sanitarios son a veces recurridos por familias en situación de crisis, convencidas de que es necesario "desintoxicar de urgencia". Puede comprenderse, pero la solución será del todo opuesta. La urgencia está en calmar el juego, preparar el lugar de acogida, y pedir una visita para una desintoxicación dentro de un plazo aceptable. Durante este tiempo, será preferible renunciar a impedir la bebida. Frecuentemente, se dice que no hay urgencias en alcoholología, salvo que sea cuestión de suicidio o recaída. Esto merece una reflexión, aceptando una analogía con las consultas para otros toxicómanos. Algunos servicios hacen esperar para la primera visita, poniendo a prueba la voluntad de salirse y valoran como resultados positivos que los inconstantes renuncian, y crece la proporción de buenos resultados. La contrapartida, en el caso de los cocainómanos, es que el 83% asisten a la primera cita si se les propone el mismo día; el 57% si es para el día siguiente, y el 30% si la demora alcanza los siete días. Queda por saber si el resultado final es diferente en número y no solamente en proporción; y si tiene consecuencias a aplicar en los centros de alcoholología. A la espera, mientras el enfermo permanezca en un medio desfavorecido, más rápida debe ser la solución.

Esperando que su pareja acepte tratarse, lo urgente es que tome sus distancias con el problema del alcohol. No tiene por qué cargar el peso sobre su espalda. La separación o el divorcio pueden acabar siendo lo más viable. No es raro que uno u otro sean temporales. Si hay niños en casa, conozca que la Organización Mundial de la Salud (sección europea) ha promulgado una Carta de derechos frente al alcohol, que dice al respecto: "Se tiene derecho a una vida familiar, social y profesional al abrigo de accidentes, actos de violencia y otras consecuencias nefastas del consumo de alcohol. Se tiene derecho a recibir, desde un estado precoz de la existencia, una educación y una información objetivas y fiables sobre los efectos del alcohol". Situar estos objetivos era un paso necesario. Hacerlos respetar es otro asunto.

Incluso algunos médicos alcoholólogos se han formado en terapia familiar para ayudarle a usted. Los grupos de parejas de alcohol-dependientes desempeñan también un papel muy útil, por ejemplo, los grupos mixtos (familiares y alcohol-dependientes) de terapia en los centros ambulatorios u hospitalarios de drogodependencias. El grupo no sólo sirve para el enfermo, pues yendo usted también entenderá mejor la enfermedad del alcohol-dependiente, aprenderá a aceptar sus propios límites y responsabilidades, calibrará mejor su realidad y falsas esperanzas con las que vivió durante años, aprenderá a valorarse a sí misma y a conseguir sus propios objetivos.

Una vez realizada la desintoxicación, lo preferible sería que tuviera la elegancia de:

- Guardar silencio sobre todo lo que ha soportado.
- No exigir promesas para el futuro.
- No ejercer ninguna vigilancia, no inquietarte por alguna sonrojez, palidez, fatiga, cambio de humor. El paciente recuperado no ha de tener la sensación de que se le observa a sus espaldas.

Su papel como esposa no será menos importante después de la desintoxicación. Cuando llegue el momento de informar, motivar, y entrenar, manténgase en contacto estrecho, a fin de jugar a fondo su parte en la motivación: la compasión por los sufrimientos pasados, las felicitaciones por el éxito de un esfuerzo fantástico, y por la calidad de vida sin alcohol. Proporcione usted sus fuerzas para apoyar el restablecimiento en sus logros y sucesivos proyectos. Sin decir nada, prívase de cualquier bebida alcohólica en la mesa, para que no se sienta tentado. Con habilidad, distancíese de responsabilidades que debió asumir al tener que suplirlo.

Las toneladas de amor que prodigue le serán calurosamente devueltas, siendo usted la primera sorprendida por el retorno de la afectividad.

II. LA MADRE, EL PADRE

¿Puede la madre de un alcohol-dependiente sacarlo del problema? En Mali, donde el doctor Mamadou Gologo era gravemente dependiente, su madre no se dejó intimidar por su inferior nivel educativo. 'Esta noche te hablo con el corazón en la mano porque es evidente que sufres más que nunca. Un hombre que sufre comprende mejor. Tengo confianza en ti; tengo fe en tu próxima curación...'. Junto a él se reunió con un lejano santón. "Interceda en nuestro favor cerca del Señor, a fin de que nos beneficie con su gracia, recompensa que da a todos los que se la piden con humildad". El santón, después de una larga reflexión, le respondió: "Valiente mujer...has rehusado a condenar a tu hijo como otras mujeres habrían hecho, es ya muchísimo más de lo necesario para que Dios te atienda. La esperanza es un arpa de dulce y pura voz, pero escuchada solamente por Dios y aquel que la toca!... La caída que ha sufrido es una prueba para que el cielo le acepte, para que superándola tenga confianza en sí mismo y en Dios". Coaligados, la madre y el santón, utilizando sus sentimientos y las palabras que tenían, depositaron su fe en el Islam, es decir, dentro de su cultura, en la misericordia divina. Ganaron, haciendo honor a su civilización.

De ordinario, la madre está, por desgracia, en mala posición. Aunque intenta repetirse que todas las desgracias son debidas a la falta de su nuera, por otro lado se siente confusamente equivocada. Cuando el hijo ha perdido su pareja, no es raro que vuelva a casa de su madre. ¿Qué no haría por cuidar al hijo que tiene a su lado? Incluido darle algún dinero, cuyo uso quiere ignorar...

Si la madre y el padre se tornan codependientes, y son puestos fuera de juego, pueden incorporarse útilmente a las reuniones para familiares. Si no es así, al igual que cualquier otro, pueden ir derechos al sufrimiento de su hijo, y recorrer el *slalom* de compasión y esperanza.

Una vez realizada la desintoxicación, el papel de los padres incorpora el de la esposa, o la sustituye en caso de ruptura: prodigar toneladas de amor, pero también fomentar la asistencia regular a las reuniones de grupo, mejorar la cualificación profesional, la difícil búsqueda de empleo, y al final, volver a vivir en pareja. Es preferible que renuncie Vd. a proteger en exceso a su hijo. También es posible que por nueva o conocida no acabe de agradarle la pareja que establezca su hijo, mas no deje de aceptarla como beneficiosa y signo de recuperación.

Los padres del alcohol-dependiente piensan e imaginan con mayor facilidad la vergüenza de la familia que la vergüenza y depresión ocultas en la víctima. ¡Deben aprestarse a percibir y tener antenas para detectar el riesgo de suicidio!

III. OTROS FAMILIARES, AMIGOS

Los familiares mejor situados para ser eficaces son los que no sean demasiado próximos: primos, tías y tíos, sobrinas y sobrinos, hermanos y hermanas, estos últimos a condición de no haber sido celosos, acusados, por ejemplo, de ser los preferidos de la madre. Tendrán que superar el temor a meterse donde no les llaman. Tendrán que ser animados de cerca por quienes, demasiado próximos, han sido puestos fuera de combate.

Los amigos a añadir son ante todo amigos de la infancia y por descontado no los amigos bebedores excesivos.

IV. COMPAÑEROS, LUGAR DE TRABAJO

En España, la prevalencia del consumo de alcohol en la población trabajadora supera a la propia de la población general, estando en situación laboral activa la

mayoría de los pacientes en tratamiento por dependencia al alcohol o con antecedentes de problemas superados.

Si usted es compañero de trabajo del afectado por el alcohol, y si usted mismo sabe resistir a la diosa botella, es usted el primer destinatario de este libro. Su deber es respetar la confidencialidad en relación con la patronal. Por el contrario, quedarse inerte, inmóvil, sería permitir que se eternice el sufrimiento y poner en peligro el empleo. ¿No se debe asistencia a la persona en peligro? Nadie está mejor situado que usted para discernir comportamientos incompatibles con un contrato de trabajo y la incapacidad de frenarse después de la segunda o tercera copa; de oír quejas fuera de tono, para establecer la relación afectiva y comunicar. En seguida, tome usted contacto con familiares próximos, proponga y organice citas con un bebedor recuperado, una enfermera de empresa (excelente confidente), un médico bien seleccionado. Cuando el médico de empresa esté disponible, conviene concertarla con él, sabiendo que está ligado al secreto profesional, y en particular cara al empresario.

Atención si se espera con una fiesta al que vuelve después de realizar una cura. Es un secreto a voces que sólo puede romper el convaleciente. Tiene derecho de decirle a todos: "Podéis suponer por qué se marchó. Por esta vez, dejémosle tranquilo". Vd., su compañero, pregúntele con antelación si acepta testificarlo y elegir ostentosamente las bebidas sin alcohol que están encima de la mesa. Será una posible ocasión para solicitar previamente del comité de seguridad e higiene la autorización para montar un grupo salud-alcohol, y que no sólo estas iniciativas partan de la dirección o del médico de empresa. Éste puede ser eventualmente consejero técnico del grupo compuesto por restablecidos. En algunas empresas e instituciones, los grupos pueden realizar una importante función encuadrando y relacionando la ingesta de alcohol con los problemas originados en el trabajo

Puede suceder que la dirección se de cuenta del problema por sí misma, alertada por las reiteradas interrupciones del trabajo, pretextos para estar saliendo cada dos horas. Ésta no ignora los costos: descalificación, absentismo, suplencias, deterioro del clima laboral, disputas, accidentes, cotizaciones. No se puede comunicar útilmente con el bebedor más que en un estadio precoz, antes de que se deteriore el trabajo. De ser tardía en exceso, la prescripción de curarse o "coger la puerta e irse" tiene el riesgo de adoptarse de forma rápida. Por eso no hay que tardar en abrir los ojos y contactar. Lo engorroso, de ocuparse temprano, es ocuparse de muchos bebedores de riesgo y de uno en uno... Si se forma un grupo, debe solicitarse a la dirección que preste un local durante las horas de trabajo. Una vez hayan evolucionado las mentalidades,

será sin demasiadas fricciones que se respetará el código de trabajo y se negociará el reglamento interno.

El éxito ha coronado la tenaz acción de varios médicos de empresa, particularmente en una gran administración donde hay mucho que realizar. Antes de constituir los grupos activos, fue necesario que pasaran años para hacer una composición de lugar suficiente como para identificar los factores de alcoholización y obstáculos para el cambio. Los primeros resultados conocidos y los documentos jurídicos aceptados por las instancias concernientes constituyen un remarcable precedente.

V. EL CLERO, EL ARTE

En las islas británicas, una buena parte del clero ha recibido formación adecuada, conforme a su misión bíblica de "llevar a los cautivos la liberación". Los alcohol-dependientes saben que no escucharán condenas. No esperan más que un milagro, algo que será discutido más adelante.

¿Tiene el arte función de comunicación sagrada? Desde las prohibiciones de Moisés, Mahoma y Calvino, el debate dista mucho haber concluido. Dejemos de lado las representaciones divinas, recogidas por el historiador Alain Becanson en "La imagen prohibida", para centrarnos en las representaciones humanas edificantes, del arte budista o cristiano.

Tomemos el tema del "Juicio Final" en los frescos, en las iglesias orientales, está suspendido sobre la puerta de salida: para que cualquiera, imaginando vivos sonidos, como un alma difunta, a través del ataúd, vea su juicio. ¿Consigue su objetivo esta intención moralizante?

¿Podría renovarse la pintura de este tema de forma más misericordiosa? No es usual clasificar en el arte religioso los lisiados de Jacques Callot o del Guernica de Pablo Picasso; los pobres hermanos Le Nain, de Jean François Millet, de Vincent Van Gogh joven; los desequilibrados de Francisco de Goya, los payasos de Georges Rouault, ni las prostitutas de Henri de Toulouse-Lautrec. ¿En qué sentido podemos encontrar ejemplares estas pinturas? Y, sin embargo, en el día del juicio, según Mateo 25, 40, "cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis". Con esta perspectiva, "L'absinthe", de Edgar Degas, comunicaría con nosotros al punto de ser considerada imagen ejemplar.

9

Profesionales interesados

Usted, como familiar o allegado de la persona atrapada, tendrá necesidad de saber a quién recurrir para que le ayude y para que la persona se beneficie de la mejor ayuda posible.

Lo que sigue no pretende enseñar nada a los profesionales interesados, a menos que su formación anterior, sus absorbentes actividades lo hayan mantenido al margen de las nuevas corrientes ideológicas en alcoholología. Incluso si no existe siempre acuerdo entre los profesionales, evitan contradecirse mutuamente, pues de no ser así el alcohol-dependiente no haría caso más que a su cabeza. Encontrarán en el Anexo 1 detalles sobre técnicas especiales de diagnóstico, tratamiento, evaluación de resultados, información sobre organismos y referencias bibliográficas.

Se citarán uno a uno los profesionales interesados: trabajadores sociales, auxiliares de clínica, enfermeras, comadronas y toco-ginecólogos, médicos, psicólogos, endocrinos y dietistas, kinesiterapeutas, terapeutas ocupacionales, monitores de educación física, técnicos en psicomotricidad, sin olvidar las administraciones hospitalarias, magistrados, maestros ni a los camareros.

El **trabajador social** (anteriormente asistente social) está en primera línea. No es cómoda su posición. Aunque haya recibido una "formación alcoholológica", raramente tiene confianza en sí mismo. Sobre todo, ocurre que el alcohol-dependiente puede desconfiar bastante de él. ¿Sabe que está al servicio de sus derechos? Es posible que imagine que distribuye o deniega el dinero, y de ser así negará entonces ferozmente sus consumos. Al fin y al cabo, el trabajador social está sumergido entre los papeles que le invaden, corriendo peligro de convertirse en prioridad y no permitirle disponer de tiempo. El amontono de muchos *dossiers* del PIRMI (salarios sociales, pensiones de ayuda económica) pueden darle al alcohólico la impresión de que no se le tiene en cuenta o de que no

contempla su realidad personal. El 22% de los éxitos obtenidos con los indigentes por Myerson (citado en la página 65) tendrían que hacerlo más optimista cuando el desempleo haya remitido. Mientras tanto, sufre comprobando a su vez que, aunque disponga de asistencia, no se escapa de la recaída.

Después de la desintoxicación, al trabajador social le será tanto más fácil facilitar la reinserción del paciente cuanto menos tiempo haya estado hospitalizado. El trabajador social no olvidará a la hija o la nuera del alcohol-dependiente. El incesto está lejos de ser raro, aunque precisamos que no es patrimonio de los alcohol-dependientes y que no sería aconsejable hacer planear una sospecha generalizada sobre todos los afectados.

Otros **trabajadores familiares** están disponibles como consejeros en economía social y familiar, educadores de prevención. La experiencia con trabajadores familiares en alcoholología está poco desarrollada.

Los **auxiliares sanitarios** y **enfermeras** acostumbran a ser, salvo excepciones, ineficaces en comunicarse con los alcohol-dependientes, que son los enfermos más numerosos de los admitidos en medicina general. En un célebre hospital de París, el "Hôtel-Dieu", el personal sanitario los llamaba los "re-vueltos" para nombrar su escepticismo. Cuál no sería la estupefacción de las enfermeras de urgencias, reunidas por iniciativa de un psiquiatra, al ver llegar una dama bien vestida cuya primera frase fue: "Me llamo María Teresa, era enfermera y soy alcohólica". Creían saber cómo era un alcohólico, viendo docenas cada día, y descubrieron la cara oculta, el infierno. Desafortunadamente un servicio de urgencias no es el lugar ideal para disponer de tiempo, ni para conversar por la mañana.

La enfermera o el médico puede entregar a quienes salen desintoxicados una carta indicándoles un teléfono para que pueden telefonar, y concertar una cita en un centro de asistencia para personas con dificultades con el alcohol.

Una vez formadas, las enfermeras sobresalen en mantener el contacto con los alcohol-dependientes después de la fase inicial de su tratamiento. Los resultados han mejorado mucho. Con enfermos excluidos de atención en Inglaterra, son capaces por sí solas de asumir el tratamiento domiciliario.

Las **enfermeras de empresa** cuentan entre las destinatarias de esta obra. Sus contactos cotidianos y confidenciales, su posición en la escala jerárquica, las ubican en una posición cómoda para renunciar a un silencio prudente, pero ineficaz, y probar suerte. Del mismo modo, las **enfermeras de colegios e**

institutos. Son las que ven a jóvenes de riesgo. Tienen que explicar cómo pueden quedar atrapados y cómo el alcohol se vuelve entonces una droga tan dura como las que más.

Las **comadronas** y los **toco-ginecólogos** tienen el privilegio de contactar con la gran masa de población femenina joven, en el momento en que es receptiva a cualquier mensaje de salud. Con anterioridad, se ocupan de prevenir la embriopatía alcohólica. Estar en esa privilegiada posición puede hacerles sospechar que alguno de los padres sea bebedor excesivo o dependiente, permitiéndose comentar los riesgos derivados hacia los hijos al conducir vehículos si se ha bebido, o se está bajo la influencia de drogas, o sufrir el paro por cualquier motivo, en realidad por intemperancia, o ver crecer a su hijo en una familia perturbada por el alcohol. Se puede estimar la utilidad de este mensaje conociendo que del 10 al 20% de los padres de futuros bebés son bebedores de riesgo. No pelagra la paz doméstica por tal "intervención breve", a menos que el padre del futuro bebé sea ya dependiente.

¿Están mejor informados los médicos generalistas? Sí, en lo que concierne a bebedores de riesgo exentos de dependencia. En cuanto a los dependientes, algunos colegas se han formado a través del contacto con centros de drogodependencias ambulatorios, para poder dirigir por sí mismos, con ayuda de enfermeras, una de las primeras fases del tratamiento, la desintoxicación. *En España y desde hace varios años, se disponen cursos de posgrado en drogodependencias, estudios en que se halla incluida la alcoholología (Anexo 2).* Los generalistas están penalizados y es difícil que dispongan tiempo para enfermos tan difíciles.

Poco se dirá sobre medicaciones, salvo recordar el riesgo mortal de permitir tomar ciertos antidepresivos en alguien que continúe bebiendo. Debe imponerse un arbitraje médico. Los investigadores corren detrás de la pastilla milagrosa. Cuando exista lo sabremos. Todo aquello que pueda dar la ilusión de evitar un gran esfuerzo tiene un doble filo. Prescribir un tranquilizante dispensa del esfuerzo tanto al médico como al enfermo y no es admisible más que por un corto tiempo, con vistas a mantener el vínculo. Incluso la vitamina B₉, que se cree inofensiva, precisa de precauciones.

La verdadera dificultad, constatable en todo el mundo, es entablar conversación sobre el alcohol. El médico teme colisionar y poner en fuga tanto a los bebedores como a los no bebedores. Por ejemplo, en Australia se ha observado una pérdida de clientela. Tiene sentido considerar aparte las dificultades que poseen los médicos para hablar de alcohol con sus pacientes y trabajarlo.

¿Facilita la **formación inicial** y la **formación continuada** de los auxiliares sanitarios, enfermeras y médicos generalistas la comunicación con los alcohol-dependientes? Como mínimo, todo alumno o estudiante debería poder redactar dos líneas sobre enfermos alcohol-tabáquicos con la ayuda de unos apuntes dispuestos por sus profesores. Después de las prácticas del internado, el estudiante podría consagrar algunas tardes estando en un **C.A.S.** o en una **unidad hospitalaria de alcoholología**. La lectura de una autobiografía como *Alcohol, adorno y tragedia*⁷ o *El niño que jugaba con la luna*, o de un libro que enseñe comunicación haría que pidiera todavía más explicaciones a sus profesores. En el Anexo 2 se encontrarán precisiones sobre las formaciones profesionales en alcoholología.

Dirigirse a los C.A.S., así como a los C.J.I.P.⁸ o A.B.S.⁹ El médico, la enfermera, el trabajador social, la secretaria, el psicólogo, están gratuitamente a disposición tanto de los alcohol-dependientes desintoxicados o no desintoxicados como de los bebedores de riesgo. Existen en España 511 centros ambulatorios de atención para el alcoholismo y las drogodependencias y 57 unidades hospitalarias de desintoxicación, (véanse direcciones útiles en Anexo 2). El tiempo de espera ante la primera cita tiende a ser breve. Se protege el anonimato de los demandantes de atención. En Italia, algunos centros están abiertos de 18:30 horas a las 20:30 horas. En los Estados Unidos, 16 horas sobre las 24. En España los horarios de atención se inclinan también a ser amplios.

Cuando los C.A.S. se vuelcan en los alcohol-dependientes, raramente les quedan recursos para ocuparse también de los bebedores de riesgo. Éstos son muy numerosos. Están frecuentemente atendidos, aunque de forma inaparente: peso y tensión arterial elevadas, excesivas grasas, elevado *azúcar* y ácido úrico en la sangre. En este estadio una acción preventiva tiene buenas perspectivas. La higiene alimentaria no se limita sólo a las bebidas alcohólicas. La contribución de los dietistas puede ser muy adecuada.

Los **psicólogos** incorporados a los centros u otros establecimientos de alcoholología tienen varias misiones de importancia, de forma notable contribuir a la valoración inicial, ayudándose de cuestionarios que le son familiares; analizar los papeles familiares; participar en la dinamización de grupos; poner en marcha diversas técnicas terapéuticas; organizar valoraciones sucesivas, que desembocan en la enorme labor de la evaluación de los resultados.

⁷ Referencias en la bibliografía.

⁸ Centro de Asistencia Psiquiátrica.

⁹ Área Básica de Salud.

Sería deseable que su formación inicial influyera más en la manera de pensar de otros profesionales.

Los **endocrinos** y **dietistas** se consagran sobre todo a obesos, diabéticos, niños, ancianos y operados. Su experiencia alcoholológica está por desarrollar. En diversos dominios, con tal de que el sujeto no tenga trastornos mentales serios, ganarían manejando la técnica del análisis transaccional, para discernir *a qué juegan* sus clientes. Entre los bebedores, tendría sentido ocuparse con prioridad de los más jóvenes. Desgraciadamente, el español medio, que valora su salud y que se interesa (habitualmente demasiado tarde) por la higiene alimentaria, prefiere con frecuencia comprar revistas y productos antes de que siendo, coherente con sus ideas, llegue a remunerar a un profesional que se preocupe por su caso.

Los **kinesiterapeutas**¹⁰, **terapeutas ocupacionales** y **técnicos en psicomotricidad** tienen un importante papel que desarrollar, como se indica en el Capítulo 5 y el Anexo 1.

Un centro de alcoholología no es una simple yuxtaposición de profesionales que justifican su presencia en virtud de sus competencias iniciales. Cada uno participa en los objetivos terapéuticos actuales del equipo asistencial y colabora en la evaluación de los resultados comunes.

Se consideran las **administraciones** hospitalarias lo suficientemente selectivas y prestigiosas como para situar los estragos del alcohol en el primer lugar entre los diagnósticos. Sin hablar de medicina pidamos a los anestesiistas qué es lo que ven cuando despiertan a los accidentados, sobre todo, los traumatizados. Para poder hablar con mayor rigor de los estragos del alcohol que son atendidos en los hospitales, debería instalarse en un centro hospitalario-universitario un servicio piloto bien dotado, capaz de afinar los diagnósticos y cuantificarlos. Así es cómo la mayor parte de los hospitales, pasados los pocos días de desintoxicación, están cerca del nivel cero en alcoholología. "*¿Tiene derecho a ser tratado un hombre enfermo del alcohol?*" fue el comentario de un egregio profesor francés. No son camas lo que hay que añadir, sino un poco más de voluntad. Siendo el objetivo ver menos "*re-vueltos* ", se trata de organizar los recursos humanos del hospital y la ciudad para coordinar el seguimiento posterior.

Algunos **inspectores de policía**, algunos magistrados y **abogados** se han formado en drogodependencias y realizan a su vez un papel de formadores en

¹⁰ Kinesiterapeuta o quinesiterapeuta: persona que emplea como terapia los movimientos del cuerpo humano.

su entorno, profesional o universitario. En la práctica, ¿están en posición adecuada para recoger la confianza de una dependencia?

El **juez de menores** ("Protección de menores") puede estar implicado si un niño está en peligro físico o psíquico a causa del consumo alcohólico de sus padres.

Los **maestros** del siglo XIX ponían su interés en difundir la poca información de que disponían. Sus valores de referencia no han variado, aunque sus actuales comportamientos son diferentes, salvo raras excepciones. Numerosos médicos eminentes, situados en elevada posición en la educación nacional, propusieron organizar una información para escolares y estudiantes. Demanda desestimada. A decir verdad, no importa qué medida decretada desde las alturas hará aullar a las bases. Es comprobable en la práctica que una decisión no tiene posibilidad de ser aplicada si no ha sido negociada. Es aún más extraño, negociar con miras de llevar a cabo una experimentación comparativa, lo que, repitámoslo, expondría todas las partes a cierta pérdida de poder. La solución parece ser que surge de la asociación de enseñantes motivados, que se informan sobre lo que funciona en el extranjero y que demuestra su eficacia preventiva gracias a un plan experimental apropiado. Por consiguiente, no bastará el entusiasmo: no se podrá probar nada sin importantes investigaciones, cuya procedencia deberá ser examinada de cerca. Hoy día, materiales educativos son propuestos a los enseñantes por comités consagrados a promocionar los vinos.

Los camareros son capaces de evolucionar. En América del Norte, un código de buena conducta fue negociado con el personal de ventas de bebida. Lo mínimo sería cesar la venta de bebidas alcohólicas dos horas antes del cierre de las discotecas (es poco si se recuerda que hacen falta más de seis horas para bajar la alcoholemia en un gramo por litro y cesar de servir a los clientes ebrios). Sería instructivo confrontar la venta de alcohol de estos establecimientos con el número de *tickets* de entrada vendidos. *En Estados Unidos, existen programas destinados a informar y enseñar a los trabajadores de servicios de bebida a reconocer cuándo un cliente ha bebido en exceso, y realizar intervenciones destinadas a prevenir los riesgos. Estas intervenciones se dan en lugares con clientela más o menos habitual, y donde impera una buena relación con aquélla.*

Francia ostenta un inesperado precedente. En la Asamblea Nacional, en la noche del 3 al 4 de noviembre de 1998, quienes servían la bebida dieron un ejemplo de unanimidad. Hacia las dos de la mañana, dejaron de servir alcohol a los diputados que habían hecho el honor al Parlamento de estar todavía presentes. (Fuente: *Le Canard Enchaîné* del 11.11.98). Si camareros de este carácter fueran candidatos a las elecciones, existirían menos abstenciones.

10

Colaboradores diversos

El capítulo precedente ha pasado revista a numerosas categorías de profesionales que están a disposición de cualquiera para atender a las personas en dificultades con el alcohol. Estos profesionales, al igual que usted, tienen interés en colaborar con los muchos voluntarios disponibles: gran parte de ellos han sufrido por sí mismos la dependencia alcohólica, colocándolos al mismo nivel de comunicación que la persona de la que usted se ocupa.

Las asociaciones de bebedores recuperados se diferencian fácilmente de las sectas.

I. ASOCIACIONES DE ALCOHÓLICOS REHABILITADOS

Los servicios que ofrecen sus voluntarios han sido expuestos en la página 51. Ahora esquematizaremos las particularidades de cada uno.

Refiriéndonos sólo a España, diremos que se han constituido excelentes movimientos de alcohólicos recuperados desde los años 60, pasando a formar parte de los servicios públicos y muchas veces colaborando con centros asistenciales. Es probable que la primera asociación existente en nuestro país fuera "La Cruz de Oro" del País Vasco, a principios de los años 60, asociación que tenía como modelo antecesor "Croix d'Or" francesa. Las direcciones de estas asociaciones se indican en el Anexo 2.

Alcohólicos Anónimos nació en 1935 del encuentro entre un recuperado y un médico alcohol-dependiente, en los Estados Unidos. Todos los antiguos dependientes, los adheridos, manifiestan que puede encontrarse en uno mismo y en el grupo suficiente energía y "fuerza espiritual" para salirse. "Compartir su experiencia, fuerza y espíritu con el objetivo de resolver su problema común, y ayudar a otros a restablecerse". La única condición requerida para ser miembro es el deseo de abandonar la bebida. Citemos un testimonio: "Volví en

seguida con AA, después de haber bebido para infundirme valor. A pesar de mi estado, me aceptaron sus miembros y, para mi gran alivio, nadie me hizo jamás reproches". Rasgo típicamente anglosajón, AA nunca ha solicitado ni aceptado subvención. Independiente, no se enzarza en ninguna controversia. No da consejo médico. AA está "abierto a toda forma de creencia o no creencia".

El "programa de los 12 pasos", itinerario propuesto a todo participante, implica al menos la aceptación de valores espirituales y convicción de la presencia de un "Poder" superior a uno mismo. Esta experiencia espiritual, "para los más religiosos de ellos, es ser consciente de la presencia de Dios... El alcohólico tiene todo a perder por una actitud de intolerancia o rechazo frente a la espiritualidad". Los AA declaran haber sufrido una "enfermedad espiritual". En cierto momento de la carrera bebedora, ésta podría haber sido una mezcla o una sucesión de orgullo y desdén hacia la propia dignidad. Más tarde, se podría hablar de una enfermedad de la esperanza, con la desesperación del dependiente, pero también del contagio de falta de esperanza y confianza en familiares y cuidadores. El "programa de 12 pasos" insiste en que cada cual identifique y repare los perjuicios que ha causado a otros, como, por ejemplo, pensiones alimentarias impagadas. Precisamos que los AA tienden a no ser proveedores de empleo, banco, vestidor, servicios de autoayuda material.

Los participantes no se conocen más que por sus nombres y eventualmente sus números de teléfono. Los AA no tienen ficheros, lo que no facilita el análisis de resultados al cabo del tiempo. Son el movimiento más numeroso, con 96.000 en 134 países y, probablemente, más de dos millones de participantes.

En España se cuentan, según cifras facilitadas por A. A., 465 grupos, con un total de alrededor de 10.000 participantes (de ellos 1.000 en Cataluña), existiendo cuatro grupos que se celebran dentro de la institución penitenciaria. El 78% son hombres y el 22%, mujeres. El 50% del total oscila entre los 41 y 60 años, el 37% entre los 26y 40 años, y el 2,5% con edad inferior a los 25 años.

Algunas de sus reuniones admiten a personas no afectadas y puede ser útil a los que deseen comprender a un alcohol-dependiente asistir a estas reuniones abiertas. En la reunión, la primera frase ritual es "me llamo Fulanito y soy alcohólico". La reunión consiste en testimonios de vida, teniendo, por así decirlo, un solo motivo de conversación, el alcohol, la esclavitud y el infierno de la dependencia, la calidad de la vida sin alcohol, el peligro de la primera copa, etc. Es el protagonista preferido de la conversación. El espectador admira lo patético de sus manifestaciones, la fuerza de sus testimonios y su proselitismo benéfico, el calor de su amistad. No obstante esta fuerza, se saben y reconocen débiles para siempre frente a su enemigo, el alcohol: "Soy un alcohólico".

Los integrantes de estas asociaciones tienen la inapreciable ventaja de estar disponibles al teléfono durante todo el tiempo. No rechazan atender a las víctimas del alcohol aunque sea "en pijama" si es necesario, pero es preferible que sea asesorado por sus cuidadores, o por su médico; que esté preparado para la visita matinal de alguien que haya pasado por aquello, por la misma desesperación, y se haya recuperado soberbiamente. Si el visitante esperado proviene de un grupo con referencias espirituales, tranquilice previamente a la persona: no vendrá a alistarla al servicio del grupo. Se respetarán su fe o incredulidad.

Los movimientos tienen la costumbre de cooperar entre ellos, beneficiándose de la experiencia de unos y otros sin abjurar de sus especificidades. Todos procuran preservar sus tradiciones, siendo necesario respetarlas, como lo habrían hecho seguramente sus fundadores, para actualizar sus doctrinas teniendo en cuenta resultados comparados, y la evolución de conocimientos. La mayor parte de los médicos alcoholólogos los ponen en contacto con sus enfermos. No es extraño que, recuperados, vayan a un grupo o de un movimiento a otro, atraídos por el renombre de un animador, otras veces hartos de un programa demasiado estereotipado. ¿Quizás buscando un guía que les conduzca por la niebla de dudas que viven en lugar de conducirse por sí mismos?

En Montreal, los homosexuales tienen sus propios grupos. La asiduidad a los bares denominados "gays" es un evidente riesgo de recaída.

La mayor parte de los recuperados, en sus grupos, prefieren estar entre ellos. Otros admiten la presencia de profesionales voluntarios, tal como ocurre en Italia.

II. GRUPOS DE INFLUENCIA

Numerosas y eficaces en lugares de prevención al otro lado del Atlántico, en nuestro medio las ligas de familiares tienen pocos adheridos en relación con el número de accidentes, violencias, abusos sexuales y suicidios imputables al alcohol.

III. SECTAS, FRAUDES

Algunas sectas proponen "terapias" bajo una fabulación científica. Se las puede reconocer porque acaban por cortar los lazos del enfermo con sus familias, echando mano al poco dinero que les pudiera quedar.

De igual modo, existen personas que venden productos milagrosos que pretenden curar a las víctimas del alcohol sin que lo sepan: fraudes.

11

¿Pueblos de vanguardia?

El récord mundial de éxitos ha sido obtenido recientemente en pueblos del interior del sur de la India. Es la experiencia de Manjakkudi, publicada en 1994 en la seria revista británica *Addiction*.

Todo partió de unas maestras. Notaron que varios niños abandonaban la escuela sin decir palabra y se percataron de que era para reemplazar en el campo a sus padres, que se habían sumergido en el alcohol. En un pueblo ordinario de mil habitantes, se cuentan alrededor de 25 casos de dependencia, con una edad media de 40 años, alrededor del 10% de la población adulta masculina. Esto hace presumir que el 30% de la población adulta está afectada o amenazada. Multiplicado por los 600.000 pueblos de la India...

Las maestras llamaron a un médico de Madras, el Dr. Shanti Ranganathan. Éste solamente les pidió que organizaran el alojamiento de su equipo entre los habitantes del vecindario: el médico, pertrechado de sus medicamentos, la enfermera, tres monitores, bebedores recuperados y un cocinero adecuado para preparar los mismos platos para todo el mundo; también un brahmán.

Los tres primeros días fueron dedicados a la desintoxicación, que se llevó a cabo por el médico y la enfermera. Los siguientes doce días consistieron en reuniones, sentados en el suelo, a razón de doce horas al día. Los tres grupos se componían cada uno de alrededor de ocho enfermos desintoxicados, un monitor y un bebedor recuperado; cada enfermo estaba acompañado de su pareja y de un *padrino* escogido entre los parientes por su autoridad moral. En un lenguaje concreto, esmaltado de locuciones y refranes poéticos del territorio tamil, los grupos lentamente confesaron, informaron, motivaron e instruyeron. Nadie se sorprendió de escucharse desarrollar temas religiosos y morales y ser conducido a rogar a Siva para interceder por la mediación de los buenos dioses: Parvati (que concilia las cosas) y Dourgá (que mata al demonio). Las consultas individuales se sumaban a las reuniones.

Una vez terminada la sesión, las maestras tuvieron ánimo para poner en marcha lo siguiente: visitas periódicas, remisión a consulta en caso de vuelta a beber por primera vez y valoración al cabo de un año. Otras tres poblaciones tomaron parte de la experiencia, después de Manjakkudi: entre los 105 alcohol-dependiente tratados, el 83% permanecían abstinentes al cabo del año, habiendo recuperado la paz familiar, *status* social, ganancias, si así puede decirse, y la estima general.

Este 83% está muy lejos de las mejores estadísticas de las más onerosas instituciones indias y occidentales, que declaran sobre uno a dos tercios de éxitos.

La historia tiene que hacer pensar en que por qué no podría hacerse lo mismo en nuestras poblaciones. La vida comunitaria ha retrocedido muchísimo. Los alcohol-dependientes se encierran en su negación, a diferencia de sus iguales tamil. Las posibilidades parecen mejores allá donde todo el mundo vive en la calle, como en otros países cálidos, o con los esquimales. El triunfo de un pueblo es factible cuando tiene en su seno una mayoría con valores a los que deben adherirse los desviados.

El interés principal de la experiencia tamil es proporcionar confianza en uno mismo. Todos se implicaron, nadie rehusó hablar del alcohol, nadie estaba de más, en su papel de socorrista.

Demuestra también que se puede lograr el éxito aunque esté lejos el hospital, con medios irrisorios y a escala de un pueblo. Esta última ventaja es única. La India nos enseña que todavía los daños del alcohol no están ligados a esta o aquella sociedad.

Los resultados obtenidos subrayan el respeto que rodea a los profesores y la actitud explícitamente religiosa de los grupos. Recordemos el resultado del santón de Mali frente al Dr. Mamadou Gologo (pág. 94), como el de grupos de inspiración cristiana.

De ser creyente, el alcohol-dependiente se inclina demasiado a pedir un milagro, que le dispensaría del esfuerzo. ¿No estaría más de acuerdo con la tradición bíblica, por ejemplo, que se tratara de una alianza? ¿Con todo lo perturbado que se siente, también puede sentirse amado por un Padre (con la misma ternura que por un niño minusválido)? Si siente su corazón como un témpano de hielo y presiente su muerte cercana, con motivo se volverá hacia Aquel que vino a nuestros corazones de piedra y abrazó toda la miseria humana, a fin de tener esperanza en la vida? Los primeros pasos consisten en creer en la propia

curación, y abrirse para salir de la mentira y la rabia, pedir ayuda para multiplicar sus pocas fuerzas, para encontrar su verdadero mensaje, en fin, para rehacer su vida. "Dispon de mí como quieras" es un ruego de Alcohólicos Anónimos, dirigido al Poder espiritual en el que se apoyan.

Una vez restablecido, el creyente no quiere más que agradecer las ayudas recibidas, su liberación, sus reencontradas capacidades, su reconciliación consigo mismo, y con los que pide perdón. Se acepta a sí mismo, con su vulnerabilidad de la dependencia y deficiencias, algo que puede dar profundidad particular a su amor, amistad, esperanza.

¿Para ser realmente capaces de darle las toneladas de amor que necesita, quienes se le acercan no tienen, también ellos, que reconsiderar sus eventuales creencias?

12

Conclusiones

La vivencia cotidiana de la víctima del alcohol no tiene más misterio para usted, gracias a todos los testimonios que contiene el libro. Ésta es la vivencia que le pondrá al día, no tanto en un papel de observador, como gracias a las toneladas de amor, su confianza en sí mismo, y su competencia. Esta vivencia cotidiana será su anclaje para que la conversación aborde el alcohol sin tardanza, el alcohol que se convertirá en tema de conversación preferido. No estará solo más que para este primer paso, decisivo.

A lo largo del peligroso primer año, conforme más deprisa vaya para hablar del alcohol, más necesidad de paciencia deberá tener para consolidar el éxito, acompañándose de otros colaboradores. Pero recibirá la alegría de un inesperado afecto con el interesado así como de la renovación de sus relaciones con el entorno próximo.

A la espera de los nuevos progresos, la ciencia, la religión y la aptitud para las relaciones afectivas están dispuestas en su estado actual. Si presta usted atención y estudia el tema con interés podrá parecerle fácil la comunicación. Y por descontado que conseguirá resultados en seguida, al igual que lo hicieron tantos otros antes que usted.

ANEXOS

ANEXO 1

Herramientas profesionales

Algunos profesionales de la salud que consulten esta obra desearán detalles que podrían parecer fastidiosos a otros lectores. Los detalles serán clasificados en métodos de diagnóstico, de tratamiento y evaluación de resultados. Con miras a informarse o iniciar su formación, encontrarán más adelante reseñas sobre organismos de formación en alcoholología y sobre los principales documentos citados en la presente obra.

A

Métodos de diagnóstico

¿Es una enfermedad la dependencia, o solamente un defecto, entiéndase una desviación del comportamiento? Es un antiguo debate. Incluso en ausencia de delirium tremens, los alcohol-dependientes son enfermos, ante todo porque sufren. Su ansiedad matinal es tan intensa como en la depresión; y la depresión es una enfermedad. Tradicionalmente, se denomina síndrome a un conjunto característico de síntomas. Cuando tiene una evolución, complicaciones y secuelas bien tipificadas, una causa conocida (en este caso el alcohol sean cuales fueren las causas de beber) y, por último, un tratamiento específico, se acuerda habitualmente considerarlo como una enfermedad. En la práctica, no puede prescindirse del médico o del psicólogo para diagnosticar la dependencia y las complicaciones y trastornos mentales asociados frecuentemente, ni para tratar la dependencia (médicos y psicólogos) y algunos estados de abstinencia (médicos). Desde luego sin restar importancia a la contribución de otros colaboradores.

Es posible que existan personas que tengan dudas respecto a si la dependencia alcohólica es o no es una enfermedad, aunque la respuesta puede ser bien simple: en la dependencia alcohólica se expresan muchas características, incluidas las de enfermedad.

Cuando está plenamente establecida el diagnóstico de la dependencia es uno de los más fáciles que existen, ya que pocas enfermedades ofrecen tantos signos específicos. Esto no impide interminables discusiones. Para ayudar a los psiquiatras a hablar el mismo lenguaje, la Organización Mundial de la Salud y la American Psychiatric Association han publicado listados de signos, respectivamente, en los documentos CIÉ 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases). Se puede encontrar la tolerancia, sin distinguir siempre los dos significados descritos anteriormente, el delirium tremens, varios signos de abstinencia, y las ganas de beber son a veces olvidados.

La predilección de los psicólogos anglosajones por los comportamientos les hace incidir sobre la persistencia, durante más de un mes, de los siguientes comportamientos:

Pérdida del control, es decir, que el sujeto bebe todavía más o por más tiempo del que querría. Sus esfuerzos para parar o disminuir son infructuosos. Sin embargo, en el caso donde ya desde el principio las embriagueces episódicas han sido desmesuradas, podemos preguntarnos si la alteración del control no debuta mucho antes de que se instaure la dependencia crónica. Sería más útil especificar: la incapacidad convertida en cotidiana de pararse después de la segunda o tercera copa, incapacidad comprobada fácilmente por quienes le rodean.

Obstinación en continuar bebiendo, a pesar del deterioro físico y psíquico. También aquí, este signo puede comprobarse mucho antes del estado de dependencia, cuando un bebedor joven reitera infracciones de tráfico bajo los efectos del alcohol.

Prioridad de la bebida, en detrimento del trabajo, actividades sociales y otros centros de interés. Mucho tiempo y energía son dedicados a procurarse alcohol, algo que contrasta con la energía que falta para liberarse. Este signo es mucho más específico de la dependencia que los precedentes.

Algunos consideraban el "black out" o "agujero negro", olvido total de lo que había acontecido la vigilia, como una característica de la dependencia. Parece ser más bien una secuela de un estado crepuscular¹¹.

Volvamos a la lista del DSM IV, la más de moda. Comprende la tolerancia en los dos sentidos del término, algunos signos de abstinencia, alteración del control expresada en dos formas, prioridad de la bebida, y obstinación en beber expresada de cuatro maneras. Entre esta docena de criterios, y para que sea otorgado el diagnóstico de dependencia, se ha acordado que es necesario reunir tres.

Las listas del DSM y del CIÉ son fruto de reuniones de expertos, que han primado los comportamientos más frecuentes, en busca de signos tan constantes como sea posible. Ello proporcionará los signos más útiles para eliminar el diagnóstico si están ausentes, más que confirmarlo por su presencia.

¹¹ Estado crepuscular: estrechamiento del campo de la consciencia, no sólo propio del alcoholismo, donde el individuo puede llevar a cabo acciones de las que no recuerda nada con posterioridad.

Para confirmar el diagnóstico, más que su constancia lo que importa es la especificidad de los signos. En Estados Unidos, empiezan a preguntarse si el DSM IV no registra más dependientes de los que realmente existen. Este interrogante parece explicarse por los numerosos casos en que los signos reunidos están entre los siguientes: 1) "disponer de alcohol" mejor que "por adelantado"; 2) conservar sus facultades a niveles de alcoholemia que perturbarían netamente a un consumidor moderado; 3) beber antes o por más tiempo del previsto durante un período de al menos un mes; 4) obstinarse en beber a pesar de los daños físicos. Considerar como dependientes tales sujetos podría comprometer presupuestos terapéuticos que preocupan a los norteamericanos (Grant 1993, Cottler 1993). Por estas razones puede ser suficiente disponer un único signo, mientras sea específico, tal como está indicado en la tabla I, en la página 25.

Numerosos **cuestionarios**, propuestos para descartar la dependencia, han sido revisados por Hillemand y colaboradores en 1998. Por su simplicidad, mencionaremos el cuestionario CAGE, que contiene cuatro preguntas:

- a) ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería **beber menos**?
- b) ¿Le ha **molestado** alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
- c) ¿Se ha sentido alguna vez **mal o culpable** por su costumbre de beber?
- d) ¿Alguna vez lo primero que ha hecho **por la mañana** ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una **resaca**?

La sensibilidad y la especificidad del CAGE, calculadas según fórmulas matemáticas, se acercarían cada una al 90%. En realidad, el resultado depende exageradamente del sentimiento de culpabilidad de quien rellena el cuestionario. *En nuestro país el cuestionario CAGE goza de una especificidad cercana al 100%.*

Los cuestionarios son una mezcla heterogénea. La sensibilidad o constancia, es decir, la frecuencia de respuestas positivas en las personas afectadas, está plagada de preguntas relativas a los consumos: los que beben como esponjas tienen muchas respuestas positivas en la lista, mientras que la dependencia es otra cosa diferente. La especificidad, es decir, la frecuencia próxima al 100% de respuestas negativas en las personas no afectadas es el punto débil de todos los cuestionarios. Es específico, de hecho, una respuesta particular, o un grupo determinado de respuestas positivas. Nunca es el resultado de una lista donde se atribuya a preguntas y respuestas un valor intercambiable.

Sería ideal poner a los investigadores de acuerdo gracias a un marcador biológico de la dependencia humana, pero no existen más que marcadores de la intoxicación crónica, que se citan más adelante. Ciertamente, se sabe que la dependencia implica anomalías bioquímicas, afectando notablemente numerosos neurotransmisores del cerebro. En el laboratorio de fisiología, se detecta la afectación de funciones del cerebro: memoria a corto plazo, capacidades del pensamiento abstracto, atención, concentración, flexibilidad intelectual y estrategias (como la obstinación en el caso Utrillo). Muchas veces, los signos recogidos por OUat en 1990 no son específicos. La dependencia va acompañada también por lesiones, iniciadas por una rigidificación de las membranas envoltentes de las células cerebrales, que acabará en zonas de atrofia. Falta preparar un examen de laboratorio disponible en la práctica corriente. En cuanto a los "marcadores" usuales, proporcionan idea de la magnitud del consumo, pero no de la dependencia.

Los marcadores usuales, Gamma-GT y volumen corpuscular medio de los hematíes, son superados por la CDT (Carbonil Defective Transferrin) pero nada es infalible. Dan una idea del volumen del consumo, pero no de la dependencia. Son un arma de doble filo si se utilizan para desmentir las alegaciones de los alcohol-dependientes. Los médicos experimentados dicen primero: "Desconozco exactamente por qué existe cierta anomalía. Le propongo cesar durante dos semanas todas las bebidas que contengan alcohol, como la cerveza, el vino, los aperitivos. Comience el período cuando usted quiera, y volveremos a hablar refiriéndonos a este análisis". Los marcadores son útiles frente al bebedor de riesgo, permitiéndole demostrar: "lo que bebe es demasiado para usted. Nuevos análisis son indispensables antes de retornarle el permiso de conducir".

Volvamos a los signos clínicos. Más que una herramienta para todo, preferimos elegir una herramienta para cada uso: para demostrar una dependencia evidente, diferenciar variantes, estadios precoces o riesgos, evaluar la intensidad de la dependencia, iniciar la atención, utilizar los signos tanto como palancas terapéuticas como para ordenar la clasificación de los diversos tratamientos, o como para evaluar resultados (como veremos más adelante), y finalmente para comparar la dependencia alcohólica con las otras.

La semiología o ciencia de los signos interesa tanto a médicos como a los lingüistas. Se escrutan los signos, y se interpreta lo que significan. Como contrapartida, podemos apoyarnos en ellos para establecer una relación afectiva con el afectado, haciéndole aceptar las responsabilidades terapéuticas.

B

Métodos de tratamiento

Los tratamientos más utilizados con las víctimas del alcohol se ordenarán de dos maneras, según sean o no practicados en grupo, y según se refieran tanto a los conocimientos y comportamientos, como a emociones y sentimientos. La mayor parte de técnicas comienzan después de la desintoxicación en el caso de la dependencia.

Las intervenciones psicoterapéuticas empiezan después de la desintoxicación.

I. PSICOTERAPIA DE GRUPO

Sus ventajas, comprobadas en primer lugar por los grupos de autoayuda, han sido comprobadas por los psiquiatras. La psicoterapia de grupo no directiva es mal soportada y es preferible que sea semidirectiva. No está dirigida a indagar las causas profundas de la enfermedad, sino a reforzar defensas y encontrar soluciones diferentes que el alcohol en los numerosos problemas que afronta el enfermo.

En España la mayor parte de las psicoterapias de grupo no se corresponden con una definición purista del término siendo, en general, grupos de discusión sobre el alcoholismo. De una u otra manera, lo que es psicoterapéutico es hablar sobre los problemas que influyen en la vida de los alcohol-dependientes.

En el grupo, el enfermo renuncia rápidamente a negar su debilidad frente al alcohol: no temiendo hostilidad, se calma su ansiedad. La atmósfera relajada le permite expresar lo que solo no se atrevería. Su dificultad para hablar de sí mismo se supera gracias al ejemplo de otros. Se reconoce entre los otros, se identifica con ellos y con sus problemas.

Los dinamizadores del grupo deben estar motivados y formados en alcoholología y dinámica de grupos. Teniendo puesta la mirada en objetivos claros,

sus funciones cubren supervisar tanto el estado individual como la cohesión grupal.

Se anima a todos a afirmarse más que a parapetarse detrás de preguntas y desacuerdos. Se potencia que expresen sus derechos, sus necesidades, sus sentimientos e ideas, respetando los de otros, y el tiempo de palabra de otros. Se les enseña la adopción de una postura firme, asentada en mirar a los ojos con cara expresiva, hablar con voz suficientemente fuerte y modulada, a ser explícitos y comprensibles.

Además de la terapia de grupo propiamente dicha, la mayor parte de las terapias pueden hacerse en grupo: actividades corporales, entrenamientos cognitivo-conductuales o de refuerzo de motivaciones, psicodramas (juego de roles), talleres de escritura, programación neurolingüística, análisis transaccional, asociación de ideas, terapias familiares.

Está habitualmente contraindicado orientar a los grupos a sujetos que padecen fobias, con ansiedad patológica, perversidad, o trastornos mentales importantes anteriores a su dependencia.

II. PSICOTERAPIAS INDIVIDUALES

Justo como señala en su libro D. Barrucand, el terapeuta se adapta a la evolución del enfermo al cabo de varias semanas. Al finalizar la desintoxicación el enfermo está a la vez turbado y angustiado.

Es fácil que se sientan mal, que tengan sentimientos de culpabilidad, irritabilidad, agresividad, e incluso no sería extraño que él mismo efectuara maniobras para hacerse rechazar y evitar sufrir el tener que afrontar directamente su problema. "El abandono del tratamiento contra indicación médica alivia al uno y al otro, pero deja entero el problema". Más tarde, el sujeto "se sitúa como víctima de la suerte y de los otros, y pide una ayuda mágica que suprima, incluso que sustituya, el alcohol. No hay que situar demasiado en alto sus ambiciones, es decir, se trata menos de reestructurar a fondo la personalidad que de adaptarse a las posibilidades familiares, socio-profesionales y psicoafectivas del momento. Pero, por otra parte, no hay que bajar nunca la guardia".

El tradicional silencio del psiquiatra y del psicoanalista son percibidos como traumatizantes, haciendo emerger la angustia, culpabilización y depresión. El psiquiatra elegido debe ser directivo y sobre todo tranquilizador, ateniéndose a revalorizar su autoimagen. Naturalmente él diagnostica y trata los trastornos mentales asociados.

III. TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES Y SIMILARES

Después de la desintoxicación, el cuerpo acostumbra a estar anquilosado, torpe y tenso, a la vez que debilitado. De ser posible, hay que volver a ponerlo en funcionamiento por medio de kinesiterapeutas, técnicos en psicomotricidad y terapeutas ocupacionales.

Puede hacerse con juegos, como el ejemplo reciente de un club de tiro al arco, en Provenza. Una vez superada la ansiedad inicial, los voluntarios descubren el placer corporal, la belleza postural, el empeño, el logro. Los depresivos son los que más se benefician.

La **terapia ocupacional** tiene plaza reconocida en la mayor parte de los centros de rehabilitación: cocina, pastelería, trabajos de costura, tejidos, cuero, cestería, madera, modelismo, modelaje, vidriería, pintura, bisutería, herrería, etc. No solo se limita a desarrollar habilidades manuales. Proporciona resultados para admirarlos, reconstruye la capacidad de organizar una jornada, la autoestima, el gusto por la vida en sociedad y las aficiones de calidad: aficiones más activas que la postración delante de la televisión.

Más allá de las actividades corporales, las **técnicas cognitivo-conductuales** se focalizan sobre conocimientos y comportamientos del bebedor. Estas técnicas han sido revisadas en lengua francesa por Racine y Nadeau en 1994; en lengua inglesa, en el "Proyecto Match". *Todavía no se conoce en lengua castellana ninguna publicación al respecto, aunque existen varios grupos profesionales que están investigando el tema.*

Un **programa** típico en doce sesiones semanales implica las siguientes etapas: esclarecimiento de las metas que se fija el paciente, autoobservación y análisis funcional de su comportamiento pasada la alcoholización; identificación de las situaciones de riesgo; habilidad para afrontar el deseo de beber, también para rechazar la copa ofrecida, así como para manejar sentimientos negativos y crisis familiares; aprendizaje de respuestas de sustitución; practicar cambios del comportamiento y reinserción. Puede hacerse todo en grupo, preferentemente en forma de juegos de rol.

Los entrenamientos son un aspecto, y consisten en tres programas principales. Para el **autocontrol**, se les conduce a fijar metas, a controlarse, a contemplar varias soluciones. Para **superar dificultades**, se entrena mediante técnicas de relajación y ganancia de flexibilidad. Cuando un asunto exaspera, se enseña a contemplarlo bajo otra luz. Para **aprender a vivir en sociedad**, se entrena en

crear y mantener relaciones interpersonales, autoafirmarse en sí mismo respetando a la pareja. Aunque todo esto puede parecer pueril, ocurre que el hábito de beber está muy implantado, y frente a la primera dificultad sobrevenida, debe proponerse encontrar otra solución diferente al alcohol.

En Londres, por ejemplo, dentro del programa de tratamiento se ha entrenado en destapar, olfatear y rechazar una botella del whisky preferido. ¿Constituía un juego cruel? ¿Superficial? Hay que reconocer que mejoraron los resultados de forma estadísticamente significativa.

El "refuerzo comunitario" es una combinación que asocia la prescripción de un medicamento con miras disuasivas, el entrenamiento a respetar esa prescripción, una terapia de pareja o familiar, adiestramiento en habilidades sociales, asesoramiento en materia de aficiones y un club de búsqueda de empleo. Han sido publicados resultados brillantes, pero habrá que esperar su confirmación por otros equipos. Actualmente, se tiende a que dicho medicamento no sea siempre prescrito sino eventualmente acordado sobre demanda, por un período limitado de tiempo.

Aunque no es una técnica cognitivo-conductual, antes bien, es motivacional, se practican "intervenciones breves". Lo breve es la duración del contacto con el terapeuta, pero no el tiempo que el sujeto debe consagrar a los procesos de cambio, ni la duración del seguimiento. No se aplica tanto por razones económicas como por razones de oportunidad.

IV. TÉCNICAS CENTRADAS SOBRE LAS EMOCIONES Y EL INCONSCIENTE

Las técnicas de "**refuerzo motivacional**" procuran reconstruir la andadura de las personas que se han restablecido por sí solas. Son técnicas para aumentar la motivación desde el principio. Comprenden cuatro sesiones, a intervalos de una semana, durante un mes. La primera y la segunda rememoran los consumos y el deterioro, para desgranar los motivos de comportarse de manera diferente. Participan la esposa u otro familiar. Durante las dos últimas semanas, el sujeto debe manifestar su responsabilidad y capacidad de cambio. El papel del terapeuta se limita a crear condiciones favorables para que la persona movilice sus recursos interiores así como los del entorno.

En los "**Doce pasos**" de **Alcohólicos Anónimos**, durante las reuniones de autoayuda los terapeutas no son profesionales, sino también víctimas del alcohol.

Tres meses de asistencia continuada son considerados un mínimo, de no ser así consideran inútil avanzar, pues consolidar la recuperación y proselitismo van de la mano. Inicialmente se pide al que vive con alcohol, aceptar la ayuda de quienes son tan vulnerables como él. El grupo lo conduce a aceptar que el alcohol ha configurado una enfermedad progresiva y crónica, que la capacidad para beber moderadamente ha desaparecido, que no hay curación milagrosa, y que la única solución es vivir completamente sin alcohol.

Los doce pasos están codificados, los objetivos son "cognitivos, emocionales, comportamentales, sociales y espirituales". Cognitivos: comprender cómo el alcohol ha nublado el entendimiento y producido deterioro. Emocionales: comprender qué perturbaciones han conducido a la bebida, y en adelante cómo afrontarlas. Comportamentales: comprender la decadencia en la esclavitud y remitirse a la experiencia práctica acumulada por la asociación. Sociales: siendo asiduo y activo en las reuniones, salir de la soledad y establecer lazos de amistad. Espirituales: salir de la desesperación, depositar la confianza no solamente en la ayuda de otros Alcohólicos Anónimos, sino también en un Poder más fuerte que su propia voluntad y, finalmente, reconocer sus faltas y, a ser posible, reparar las consecuencias.

El **psicodrama**, igualmente conocido bajo el nombre de **juego de roles**, consiste en proponer al grupo una acción dramática improvisada. Por ejemplo, pone en escena, en el centro del grupo, a dos asistentes jugando uno de ellos el papel de tentador. Así, durante una fiesta familiar, un pariente ofrece una copa, ¿Cómo rehusarla? La copa se ofrece por cortesía: ¿por qué rechazarla ha de ser menos cortés? El abstinentes tiene que encontrar solo su respuesta, que más tarde se preparará con antelación. Si no lo consigue, pueden sugerirse algunas palabras como "gracias, pero por ahora estoy en tratamiento". Lo que no es falso, y disuade frente a la insistencia. No todo el mundo es capaz de la heroica respuesta de los Alcohólicos Anónimos: "Disculpenme, no bebo porque soy alcohólico".

El juego de roles enseña cómo superar los deseos de beber y las borracheras secas. Evoca las ilusiones señaladas en el capítulo 4: "borrón y cuenta nueva", reencontrar el placer. Evoca también los primeros instantes de la recaída, la libertad en la abstinencia, las "causas", las presiones del empresario y de la pareja, los conflictos, las dificultades económicas, la forma de festejar las salidas, etc. Los juegos forman parte de los terapeutas de cultura comportamental, que no han dejado de poner a prueba las situaciones de exposición a la bebida. También forman parte de los que, siguiendo a su inventor Moreno, observan un psicoanálisis simplificado, donde los "transferts" abundan, requiriendo una competencia psicoanalítica para interpretarlos (Weiner 1967).

Los **talleres de escritura** consisten en hacer que los participantes en el grupo elijan según su imaginación una docena de palabras. Todo el mundo, en su caso, compondrá un texto corto que incluya el mayor número posible de palabras. Cada uno leerá el texto delante del grupo. Este juego es, en realidad, un instrumento proyectivo, que permite hacer emerger las preocupaciones. Entre éstas, sorprende la predominancia de temas morales, proviniendo de sujetos que se habían abandonado a todas las transgresiones. Su culpabilidad se transforma en agresividad, siendo por supuesto los demás los sinvergüenzas.

La **programación neurolingüística (PNL)** procura la reconciliación de la parte alcohólica con la parte sobria de la persona. En efecto, muchas víctimas del alcohol han señalado un desdoblamiento de su personalidad. El ejemplo extremo es el de Alfred de Musset, que se declaraba continuamente acompañado de su "doble". El terapeuta aplica a los sujetos desintoxicados procedimientos de "anclaje"; dicho de otro modo, estímulos que facilitan la evocación de un recuerdo, de una emoción pasada. Así, la magdalena mojada en el té era un ancla para Marcel Proust. El momento decisivo es la "desactivación del ancla". Se ancla una experiencia negativa ligada al alcohol, haciéndosela revivir al sujeto, es decir, que la vuelva a ver, escuchar, tornando de nuevo a sentirse como durante la experiencia. Se ancla enseguida una experiencia pasada de la abstinencia, vivida como positiva. Se hace integrar, mental y corporalmente, las dos experiencias incompatibles.

Las concepciones sobre las cuales se funda fueron elaboradas en el siglo XVI por Ignacio de Loyola, durante sus ejercicios espirituales. En el siglo XX, sin citar a su precursor, fueron formuladas en los Estados Unidos por dos psicólogos.

La PNL, hasta el presente, no ha sido probada más que después de la desintoxicación. Esta limitación es importante. Lo que además le hace falta, como a tantas otras técnicas, para ser recomendada a la comunidad científica en alcoholología, es que sus resultados a corto y medio plazo esperen a ser publicados, además de confirmados. La teoría de la PNL alega que no observa nunca fracasos, sino solamente motivos para retomar nuevamente el problema. Es natural retomar el problema de nuevo por la PNL o por otras técnicas. Por el contrario, una terapia no es creíble si sus partidarios no analizan la totalidad de sus resultados y se reconocen los resultados como tales.

El **análisis transaccional (AT)** adopta el carácter amable de un "juego"¹², para descubrir a que está jugando la persona. Siguiendo a Claude Steiner en su

¹² Juego: en el análisis transaccional, el término juego describe una forma de relación entre personas.

libro "¿A qué juegan los alcohólicos?", se distinguen tres tipos de juegos. "Borracho, y orgulloso de serlo", la persona afectada sobreentiende que no vale nada y que su interlocutor tiene razón. Atrae tanto a sus allegados, como al terapeuta, con ambiguos papeles de cómplice ("la víctima") o de perseguidor, pero nunca como salvador. Si la esposa también acepta las excusas y promesas de cambiar, se convierte en cómplice del afectado. Si las rechaza, se convierte en perseguidora. El juego traducible por "acáricíame y no beberé más" es sobre todo un escenario donde concurren mujeres de tendencias depresivas. Desde que perciben que la relación se distancia, están deprivadas de "caricias", y se remiten a beber para conservar su posición de enfermas: "Ayúdame, nadie me quiere". Otro juego posible, una docena de años más tarde, es que el individuo se convierta en una "esponja de alcohol", y en el que el sujeto persigue un escenario de autodestrucción. Solicita ayuda, pero la utiliza para acusar a los otros de aportarle un socorro inapropiado, y que acabará en consumo de alcohol. Según Steiner, hay que volver a centrar la conversación sobre la ayuda apropiada, que es el tratamiento. Si el sujeto llega en estado ebrio, se le felicita calurosamente por haber venido, mientras que se le conduce amablemente a la puerta. Se acuerda con el sujeto que autorice a sus conocidos a informar al terapeuta sobre su sobriedad, y a que el terapeuta les comunique las informaciones que haya obtenido.

El AT parece ser útil aplicado a las personas jóvenes, que inicien un zigzagueante camino con la bebida. Ayuda a conducir a los interesados a reconocer los papeles que interpretan en sus juegos y así ayudarlos a situarse mejor.

Los dietistas, entre otros, podrían valorar el posible provecho que pueden extraer. En materia de depresión, los numerosos casos de depresión menor, sin riesgo de suicidio, podrán reconocerse en el juego del "acáricíame y no beberé más". El análisis transaccional se recomienda menos frente a los enfermos con depresión severa o dependencia alcohólica. Es preferible que la persona permanezca abstinentemente mientras dilucida su juego, pues mientras permanece bajo los efectos del alcohol, se distorsiona la situación global que vive.

Las concepciones sobre las que se funda este instrumento provienen del movimiento psicoanalítico. Eric Berne, fundador del análisis transaccional, distinguió tres facetas del Yo: el *Yo niño*, que revive la infancia, y se comporta igual que cuando era niño. El *Yo padre*, que se comporta como podrían hacerlo las personas mayores que marcaron su infancia. El *Yo adulto*, capaz de examinar objetivamente lo que pasa en el interior y exterior de sí mismo. Este último puede estar contaminado por los precedentes. Para descubrirlo, se pide a la persona hablar alternativamente con cada uno de los "estados del Yo".

El "permiso" es una "transacción terapéutica" destinada a ayudar al paciente a revocar su decisión de seguir las prescripciones parentales. Por ejemplo, el "permiso de no beber" cuando se sufre incitación a beber. El terapeuta ofrece también su protección contra los pánicos, indicando pequeños medios, aunque sin embarcarse en un juego de salvamento. Ofrece finalmente su "poder terapéutico", afanándose por hacer lo necesario para una "curación rápida". Para los terapeutas de cultura psicoanalítica, el análisis transaccional es un lugar de transferencia y elucidación. Hace descubrir y apreciar la noción de ley, algo que es estructurador. Otra forma es el juego de "contratos", que concluye cuando la demanda de cuidados y resultados es explícita, y cuando la oferta de cuidados está hecha en condiciones definidas. Se hace alusión a los "cambios de escenarios" en términos comportamentales.

Nacido sobre el diván psicoanalítico, el análisis transaccional ha evolucionado curiosamente aplicándose a personas en dificultades con el alcohol: su vocabulario deviene conductista, y actualmente se practica de preferencia en grupos.

La asociación de ideas ha sido presentada como un psicoanálisis simplificado, bien tolerado por las víctimas del alcohol. Sobre el diván, y a propósito de una imagen sugerida por el terapeuta, la persona procura soñar y asociar en voz alta. Enseguida, frente a él, el terapeuta interpreta el sueño, e interviene más activamente que en el análisis tradicional. Obtiene rápidamente muchas informaciones sobre la personalidad y sus preocupaciones morales. Esta modalidad puede practicarse también en grupo.

Salvo excepción, el psicoanálisis es mal tolerado, y no satisface del todo a las víctimas del alcohol. También son interesantes las hipótesis interpretativas sorprendentemente diversas que los médicos de cultura psicoanalítica han elaborado bajo su influencia, como, por ejemplo: oralidad destilada de una mala relación con la madre, carencia narcisista, tendencia homosexual inconsciente.

Las psicoterapias familiares se emplean de varias maneras. Algunas se centran sobre personas del entorno, para examinar si la dependencia del enfermo no conlleva aparejada también dependencia hacia otras personas, y que ya hemos visto bajo el nombre de codependencia. De hecho, observar beber *acaba*, siendo obsesión, y puede acabar poniendo enfermo. Para las parejas que aceptan ser ayudadas los juegos de rol pueden ser muy útiles.

Otros terapeutas examinan cómo los familiares refuerzan sin pretenderlo el comportamiento bebedor, o bien lo que hacen para ser eficaces y lograr el éxito. Se enseña a los cónyuges buenos hábitos que dejaron de ser elementales

para ellos: en qué circunstancias y cómo hablarse, cómo abandonar la recíproca hostilidad, etc.

Otras terapias familiares de orientación denominadas "sistémicas" elucidan cómo el alcohol ha llegado a modificar los papeles adquiridos por los miembros de la familia. A veces, el alcohol provoca o reduce tensiones entre los miembros de la familia. En otras ocasiones el alcohol ayuda a la estabilidad familiar. Recíprocamente, en ocasiones los comportamientos de los familiares consolidan la alcoholización. Después de un inventario de interacciones, se incita firmemente a pasar por alto algunas cosas, a no hablar o responder en lugar del otro. Se prepara al grupo familiar para aceptar y comprender la enfermedad, su tratamiento, las recaídas y el nuevo reparto de papeles después del restablecimiento, así como a definir objetivos claros.

V. LA MEDICACIÓN COMO APOYO

No existe una pastilla milagrosa, ya se ha dicho anteriormente. Eso no quiere decir que no exista ningún recurso medicamentoso. Según la manera de utilizarlos, los medicamentos pueden ser útiles o nefastos.

Nefastos, si los tranquilizantes son prescritos por largo tiempo. Nefastos, si ciertos antidepresivos o tranquilizantes se toman sin dejar de beber, o son prescritos después de la desintoxicación sin una indicación definida.

Útiles, y del mismo modo indispensables durante el curso de la desintoxicación, los mismos tranquilizantes, como el tetrabramato, el clorometiazol, asociados a la vitamina B, y a bebidas abundantes.

Para consolidar la abstinencia se han utilizado clásicamente los medicamentos "interdictores" o "aversivos", como el disulfiram o la cianamida calcica, que desatan una desagradable reacción en aquel que bebe alcohol. *Actualmente, estos medicamentos son menos utilizados. Se tiende a no darlos más que a los enfermos que hacen demanda, en ausencia de contraindicaciones, y por una duración limitada.*

Entre tanto, para consolidar la abstinencia, se dispone hoy en día de medicamentos que actúan sobre los neurotransmisores del cerebro. Los más estudiados actualmente son:

- *La naltrexona, antagonista de los receptores opiáceos.*
- *El acamprosato, antagonista del glutamato.*

Su acción está demostrada, especialmente sobre los deseos intensos de beber (craving), que fueron tema del capítulo 3, y sobre las tasas de abstinencia al cabo de un año. Se trata de un progreso real, pero ningún medicamento es infalible. El médico es el técnico de las indicaciones y del tiempo que dura la prescripción.

Los medicamentos son útiles a condición de ocupar su lugar en un programa terapéutico coherente, que dé protagonismo a los grupos, y sin desconsiderar una terapia individual. Sería artificial oponer los medicamentos a la psicoterapia. Toda medicación aporta un beneficio psicoterapéutico, pues mantiene la comunicación del enfermo con el médico y consigo mismo, recordándole con cada toma su liberación como objetivo.

VI. ¿CÓMO ELEGIR FRENTE A LA OFERTA?

Una dilatada experiencia inspira al Pr. Dominique Barrucand cuando llega a las siguientes conclusiones: "No pienso que sea de interés multiplicar las modas de investigación... Lo esencial está más en la calidad de la relación terapéutica que en la puesta al día del último grito de la metodología...Una perspectiva teórica única, por ejemplo estrictamente psicoanalítica, o en el polo opuesto, estrictamente conductista, me parece abocada al fracaso. De hecho, se comienza a escuchar hoy día al conductista hablar del inconsciente, y lo mismo al psicoanalista hablar del condicionamiento y se ven las diferentes escuelas utilizar técnicas similares, a veces casi idénticas (por ejemplo, relajación, y también biofeedback, vídeo, autobiografías, ayuda de antiguos bebedores, etcétera)".

Con intención similar, en Londres, G. Edwards no aplica tratamientos estándar, y preconiza la "flexibilidad terapéutica"; dicho de otra manera, tratamientos "a la carta". En Boston, Vaillant recoge los buenos resultados, comprobando que no son sólo el producto de un tratamiento particular, sino sobre todo el resultado del esfuerzo personal, del entorno, de casos, de nuevas fuentes de interés. Esto realza la contribución de todos.

Perspectivas amplias, basadas en valorar la utilidad de los tratamientos ayudarían a superar confrontaciones entre profesionales que podrían caricaturizarse como sigue:

— ¡Que superficial es tu investigación! No avanzará nada si no te dedicas a la causa.

- ¡"La causa"! ¿Por qué no ha de haber más de una? ¿Por qué ha de haber todavía más causas internas que externas? Puede morirse antes de que las encuentres. Y además, aunque las encuentres, ¿realmente puedes abordarlas, puedes eliminarlas?
- No quieres cambiar más que el comportamiento bebedor. Si las representaciones mentales no cambian en profundidad, no haces más que poner la persona en contradicción consigo misma. ¿Cómo pretendes que eso se mantenga?
- Pones en evidencia sus razones para beber. Se aferra a ellas como fatalidad, y tiene razones para continuar. Lo agravas. ¡Educalo sobre todo en sus razones para no beber!
- Tu "programa cognitivo" no hace más que repetir lo que todo el mundo conoce ya, habiéndoselo machacado cien veces. ¿Para qué obstinarse?
- Pretendes clarificar. ¿Basta clarificar para cambiar la persona, y para cambiarla en qué sentido? Si tu cliente se declara cambiado, es prueba de que no es una ilusión, y de que dura.
- Se burla de tu estereotipado programa. Quiere que se le quiera.
- ¡Prueba que tu le sirves mejor que yo, y que tus resultados son mejores!... etcétera.

En el mundo de los alcoholólogos, más bien estamos empezando a ver escuelas intelectuales consideradas adversarias reconciliarse alrededor del enfermo. Los psiquiatras y psicólogos que se consagran a la afectividad tienen una parte tan importante como usted cuando tratan de motivar para que se abandone el alcohol, y después prevenir las recaídas. Los de tendencia "cognitivo-conductual" rivalizan en ingeniosidad para informar y entrenar. Reunidos, sus esfuerzos acortan sorprendentemente las hospitalizaciones, favoreciendo los recursos humanos para facilitar un seguimiento muy intenso después del alta, y contribuir a la importante labor de comparación de resultados.

El proceso de establecer comunicación con el alcohólico se desarrolla como un drama de actos sucesivos. Puede parecer extraño en otros dominios que, siendo la misma persona y utilizando el mismo idioma, se requiera disponer de lenguajes tan diferentes sin que ninguno de ellos deje de ser verdad. De principio a fin, como hemos observado, el lenguaje más verdadero, sea cual sea el idioma, es el que asienta su comunicación con las bases de la confianza, la comprensión y el amor.

C

Métodos de evaluación de resultados

Todo profesional debería ofrecer los mejores productos a su cliente. En consecuencia y para ello, ningún profesional debería estar dispensado de analizar y comparar sus resultados, como sistema que facilite distinguir lo que mejor funciona. En el siglo XVIII el cirujano francés Daviel, que operaba ojos afectados de cataratas, tuvo el valor de publicar la totalidad de los resultados su trabajo; puede considerársele como el fundador de la ciencia terapéutica. Hoy día lo común es organizar comparaciones. La sociedad americana, habiéndose gastado 3.800 millones de dólares en 1989, para intentar curar el alcoholismo, lamenta no haber empleado también este dinero para juzgar la eficacia en virtud de lo invertido. Estudiados los resultados de las técnicas aplicadas aisladamente, el palmares de Holder, en 1991, coloca en el podium las técnicas de entrenamiento: saber vivir en sociedad, autocontrol, arte de la superación de los problemas. Inmediatamente después vienen los programas de motivación, algunos medicamentos, terapias familiares y cognitivas. Expresa duda con respecto a Alcohólicos Anónimos. Estima ineficaces los medicamentos aver-sivos, los tranquilizantes, lecturas y vídeo-proyecciones, y finalmente dejan en el último lugar la psicoterapia individual de inspiración psicoanalítica. Ante estas evidencias, ¿no sería de desear que los terapeutas analizaran los resultados de las terapias para convencerse de lo más práctico?

Para comparar costos de tratamientos, escalonados hasta los 300 \$ por día, los mismos autores distinguen las hospitalizaciones, los centros de día, y los tratamientos ambulatorios individuales o grupales. El coste total del tratamiento es nulo en Alcohólicos Anónimos, inferior a 100 \$ para una "intervención breve", e inferior a 350 \$ para los programas de entrenamiento. La mayor parte de otros programas, y sin que hayan justificado ventajas en relación con los precedentes, piden hasta 1.000 \$, mientras que el psicoanálisis culmina con 4.500 \$ como media.

Para reorientarse es indispensable clarificar los **criterios de evaluación de las terapias**. Se es demasiado impaciente sobre el comportamiento bebedor, fácilmente cuantificable a primera vista con ayuda de cuestionarios. Por ejemplo, puede recogerse el número de días de consumo del precedente trimestre, y el número de copas consumidas durante esos días. Este método proporciona satisfacción en el caso en que el objetivo convenido sea la moderación. Por el contrario, si es la abstinencia a perpetuidad lo que se ha decidido en común, es absurdo satisfacerse con una disminución del consumo. Es casi tan absurdo como solo considerar éxitos los casos en que el objetivo ha sido impecablemente alcanzado. No quedaría más que un puñado de casos, y se desconocerían auténticos éxitos, obtenidos después de varios intentos. Los estadísticos han desplegado muchos esfuerzos para expresar la evolución en el tiempo del comportamiento abstinentes, principalmente por la técnica de las "curvas actuariales" de supervivencia. Se quedan desconcertados frente a comportamientos fluctuantes, en que los resultados pueden ser buenos o malos.

En materia de drogas, la tendencia actual de los políticos es a actuar en "la reducción de daños". Esta expresión es utilizada de forma ambigua, y no hay que sobreentender que se permite continuar tranquilamente la dependencia. El objetivo fijado es que el toxicómano abandone comportamientos antisociales (daños a otros y al orden público) asociados a las conductas de búsqueda y obtención de la sustancia. Volvamos al alcohol, y a los objetivos del terapeuta. En este caso, sin impacientarse sobre el consumo de alcohol, es legítimo combatir por prioridad el primero, es decir, el sufrimiento que la dependencia infringe al propio sujeto y a su familia: que el sujeto se libere, y quede liberado del todo durante un período de al menos quince meses sabiendo lo que significa la recaída. Por otro lado, la ausencia de dependencia es un resultado fácil de comprobar, con tal que la relación esté establecida mediando la confianza.

Utilizar la ausencia de signos de la dependencia como criterio de eficacia terapéutica nos conduce a su vez sobre la constancia y especificidad de dichos signos. Cuando se trata de confirmar la dependencia, los signos específicos tendrían que priorizarse. Actualmente, se procura comprobar la ausencia o superación de la dependencia. Los signos más constantes son los que interesa priorizar. La función de un signo constante es que su ausencia descarta el diagnóstico contemplado. En la práctica, la ausencia de dependencia es cierta en ausencia simultánea de temblor matinal y, a constatar o no, consciencia de estar atrapado en una rueda, u obsesión por abastecerse de alcohol.

Para convencer a las administraciones de que puede ser rentable invertir en prevenir y/o tratar el alcoholismo, es pertinente utilizar también criterios

traducibles en costes: accidentes laborales y de circulación, invalideces, gastos sanitarios para las mutualidades. Para convencer a la opinión pública, es pertinente considerar también el *status* familiar, la vivienda, el paro, los actos delictivos.

Como criterios negativos para seguir bebiendo también lo son no sufrir más daños. Desde 1952, Pierre Fouquet, padre de la alcoholología francesa, puso en vigor criterios positivos y no comportamentales: recuperación de la autoestima, aficiones de calidad, proyectos, relaciones, y calidad de vida.

La calidad de vida puede evaluarse en términos cuantitativos, gracias a escalas que contemplan cómo están las capacidades recobradas, las satisfacciones familiares y relacionales, socioeconómicas y profesionales. Los resultados pueden ser muchas veces alterados por otras enfermedades, por la edad, por sucesos independientes. Los criterios empleados bien pueden ser subjetivos, pudiendo expresarse en términos cuantitativos, como se hace para evaluar las medicaciones contra el dolor. Sobre líneas verticales de 10 centímetros, puede señalarse el nivel de su calidad de vida, de su libertad. Antes de extraer conclusiones quedan para estudio las inevitables fluctuaciones según el grado de circunstancias que viva la persona afectada.

Todavía es necesario comparar casos similares, separar unas dependencias de otras, y considerar elementos de pronóstico. Por ejemplo, es más favorable el pronóstico cuando el sujeto vive en pareja, cuando los niños están presentes en el hogar, cuando la actitud de la pareja es positiva, y cuando existió algún fracaso anterior (Favre y cois., 1989). La solución al problema de comparar casos reside en la forma de construir el grupo control, como luego se verá.

Una evaluación convincente requiere una organización colectiva. Mucho antes de iniciarla, se consensúa principalmente sobre:

- Número de pacientes a incluir en la evolución para tener posibilidades de demostrar un progreso terapéutico. Eso obliga a que muchos centros vayan a la par para confirmar un "estudio multicéntrico".
- Características requeridas para que un caso sea incluido en la evaluación, incluyendo el estado en que inicia el tratamiento.
- Qué casos, teniendo estas características, deberán ser excluidos.
- Descripción detallada de los casos, con sus signos y criterios de diagnóstico, su historia, trastornos asociados, entorno.

Anexo 1. Herramientas profesionales

- Las fuentes del reclutamiento de los pacientes, ya que la clientela de un psiquiatra, por ejemplo, es mucho más rica que otra en trastornos mentales asociados.
- Detalles del tratamiento, tratamientos que no han de asociarse, ritmo del seguimiento, acontecimientos interrecurrentes a tener en cuenta. Si el término evaluación está, por ejemplo, fijado a quince meses, este plazo debería ser mucho más tardío cuando se está interesado en criterios de naturaleza económica y mortalidad. El mismo seguimiento sistemático tiene ya de por sí valor de tratamiento. Desde un inicio, debe estar acordado con los sujetos que se les telefonará periódicamente para recoger sus novedades.
- Medidas a adoptar en caso de agravamiento.
- Qué tratamiento se destina al grupo control que servirá como elemento de comparación, al que tampoco es cuestión de dejar sin tratamiento.
- Constitución del grupo control. Para que sea comparable con el grupo tratado en todos los puntos salvo el tratamiento mismo, no se ha encontrado nada mejor que el sorteo al azar. Desde hace una cincuentena de años, este principio riguroso no ha cesado de mostrar sus ventajas, tanto en cirugía como en medicina.
- Organización "en doble ciego", mientras sea posible. Significa que, para no dejarse influir, el enfermo ignora a qué grupo pertenece, ignorándolo también el investigador que sigue los resultados.
- Criterios de eficacia y coste evocados más arriba, así como también la forma como el tratamiento es tolerado y observado, los abandonos del tratamiento. En caso de abandono o cambio de tratamiento, o si desaparece el sujeto a pesar de denodados esfuerzos, seguirá incluido en la evaluación de su grupo de origen, siguiendo el principio de "intención de tratar".
- La formación recibida por los terapeutas, homogeneidad de sus comportamientos.
- Principios éticos, como el consentimiento libre e informado del sujeto para ser incluido en uno u otro de los grupos que serán comparados; y secreto profesional. Algunos se preguntan si es ético abandonar la gente a su suerte, dejándolos ignorar a qué grupo pertenecen. Podría ser la respuesta que de otro modo hay demasiadas causas de error, que no se llega a demostrar la superioridad de un tratamiento y que no es ético elegir un tratamiento antes que otro sin estar seguro de su superioridad.

Hay que tener en cuenta el presupuesto económico acorde con el estudio que se realiza, y para el que los financieros acostumbran a ser más bien raros. Dentro de la partida presupuestaria se prevén diversos apartados: en ocasiones se paga a las personas que entran en el estudio, y si por una parte se asegura el seguimiento de los pacientes, también por la otra nos arriesgamos a falsear los resultados. De la misma manera hay que contratar un seguro por si existieran resultados malos o contratiempos. *Es posible mejorar la financiación de los estudios y aprender a traducir los criterios terapéuticos en criterios de eficacia, lenguaje que tomaríamos como pilar para interesar a los inversores económicos.*

Un grupo de asociaciones de los Estados Unidos se interesaron por los indigentes enganchados al alcohol, de nueve grandes ciudades y, cosa excepcional en el país, solicitaron una subvención pública (Argeriou y cois., 1990). El Congreso les respondió: "¿Para qué sirve lo que hacéis?" Las asociaciones respondieron que querían justamente saberlo, ya que habían trabajado mucho, y se proponían un nuevo esfuerzo importante. No obstante, no era nada fácil realizar un seguimiento, sin perderlas de vista, a personas de humor caprichoso y sin domicilio fijo. Conclusión: "Tendréis los dólares para la totalidad del proyecto, pero yo, el Congreso, os impongo dedicar el 25% del dinero a la evaluación de vuestros resultados".

Conforme más sencillo es un tratamiento, bien como medicación o bien como diseño de programa, mejor se presta a una evaluación sistemática. Los tratamientos usuales comportan varios elementos. Cuando se añade un elemento se compara la nueva combinación con el tratamiento anterior, frente a un grupo control. En consecuencia, cuando existe entusiasmo por un nuevo tratamiento, hay que resistir al primer impulso, que sería administrarlo al mayor número posible de beneficiarios. Para valorar si existen cambios con el nuevo tratamiento no es necesario dárselo más que a la mitad, y privar a la otra mitad, único medio de quedarse convencido. Por ejemplo, el terapeuta profesional que se preguntara si no tendría lugar adoptar algunas sugerencias de la presente obra se mostraría prudente poniéndolas a prueba en un paciente de cada dos.

Lo mismo ocurre cuando el terapeuta prefiere una actitud flexible y ecléctica, el grupo de sus enfermos puede ser incluido en un ensayo comparativo, y hacer un buen papel. Se valora entonces al terapeuta antes que su terapia, lo que puede ser muy instructivo.

No basta con saber que un tratamiento es mejor que otro en el palmarés. Sería preferible elegir entre un repertorio de terapias para adaptarla a las singularidades

del enfermo. Es atractivo disponer de tratamientos diferentes para enfermos diferentes. Actualmente, los americanos dirigen un gigantesco estudio al respecto ("Proyecto Match").

Muchos terapeutas podrían desanimarse ante las exigencias que acaban de ser expuestas. Que estén tranquilos: **no hay un modelo único de evaluación**. Algo que está al alcance de todos, es un ensayo simplificado, con valor de **presunción**. Sería la primera etapa, necesaria, y en nada despreciable. Si los resultados tienen un valor que lo justifique a los ojos de varios equipos, se retoma el estudio con mayores medios: constituye entonces un ensayo de demostración.

Cuando se alcanza el nivel de **presunción**, se comparan sujetos sometidos a tratamiento con "testigos históricos", es decir, con sujetos que se habían tratado antaño diferentemente. Este método está repleto de causas bien conocidas de error. Por ejemplo, los resultados de un equipo pueden deteriorarse porque su excelente reputación hace que le envíen casos más y más graves. Pueden, por el contrario, mejorarse, porque su pericia ha progresado, o porque la reputación del nuevo tratamiento en estudio incita a sus corresponsales a dirigirles casos que les parecen especialmente justificados para el nuevo tratamiento. La mejora de los resultados no estaría entonces imputada en el tratamiento en sí mismo.

Cuando la evaluación adquiere el nivel de **demostración**, se le proporcionan los medios y el tiempo para utilizar criterios a muy largo plazo, para asociar equipos con miras a reunir importantes efectivos, para crear un grupo de control, para obtener el consentimiento libre e informado de los sujetos a incluir en el ensayo y las autorizaciones administrativas, y para trabajar eventualmente a doble ciego.

Mientras tanto, es bueno disponer de medios diversificados. En la duda, en cada etapa, es lícito comenzar por el método menos costoso: breve en su desarrollo, aunque perseverante en su seguimiento.

Los profesionales dedicados a la **prevención** adoptan como objetivo cambiar conocimientos y actitudes más que intentar modificar los comportamientos. Todos consideran demasiado escasas las dotaciones concedidas para los colectivos dedicados a la "prevención". Lo que seguramente es demasiado poco, es la parte dedicada a evaluar la eficacia de la mencionada prevención. Apartarse del consumo peligroso es la "prevención primaria". Prevenir las recaídas de los deshabitados es la "prevención secundaria", tema de los capítulos 4 y 5. Lo que se ha dicho sobre las "causas" (página 90), y los jóvenes se aplica a unos y otros. Es más fácil evaluar los resultados cuando se trata de la prevención secundaria. Estas reseñas científicas no deben desanimar, sino estimular a los que trabajan en la práctica.

ANEXO 2

Direcciones útiles y organismos de formación



Direcciones útiles

Para poder disponer de su localización y contactar con cualquier servicio de atención en Alcoholismo y Drogodependencias en nuestro país.

F.A.D. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción

Avda. de Burgos, 1 y 3
28036 Madrid
Teléfono: 913 83 80 00
Fax: 913 02 69 79

Plan Nacional de Drogodependencias

c/ Recoletos 22
28071 Madrid
Teléfono: 915 37 27 83

Planes autonómicos de Drogas

Andalucía 900 200 514	Ceuta 956 503 359
Aragón 976 439 988	Extremadura 900 210 994
Asturias 985 106 564 (<i>asistencia</i>)	Galicia 981 541 859
985 106 507 (<i>prevención</i>)	Madrid 901 350 350
Baleares 971 176 868	Melilla 952 675 424
Canarias: Gran Canaria 928 452 287	Murcia 986 362 207/208
Tenerife 922 474 365	Navarra 948 102 621 (<i>no está en servicio</i>)
Cantabria 942 207 900	País Vasco 945 188 104
Castilla-La Mancha 925 267 267	La Rioja 941 291 160
Castilla y León 900 101 100	Valencia 900 161 515
Cataluña 934 120 412	

Alcohólicos Anónimos (AA)

Sede central de España en Aviles
Tel. 985 56 63 45 Fax 985 56 65 43

Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados

Federación Nacional de Alcohólicos Rehabilitados (FARE)

Pza. de los Mostenses, 7-3^a B. Madrid
Telf. 915 41 32 79
Fax 915 59 18 88

Federaciones Autonómicas

Federación Andaluza de Alcohólicos Rehabilitados (FAAR)

c/ Buitrago, 3 - bajo. Marbella (Málaga)
Telf. 952 86 26 87

Asociación Aragonesa de ex-Alcohólicos (ASAREX)

c/ Cánovas, 23 y 25. Zaragoza
Telf. 976 23 67 35

Asociación Alcohólicos Rehabilitados del Principado de Asturias (ARPR)

Carretera de Rubin, s/n (Hospital Psiquiátrico).
Oviedo (Asturias)

Alcohólicos Menorquines Unidos Rehabilitados (AMUR)

Apartado de Correos 421. Mahón
Telf. 971 35 00 11

Asociación Rehabilitadora de Alcohólicos (ARGRANC)

c/ Tomás Morales, 4. Las Palmas
Telf. 928 37 33 19

Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Castilla-La Mancha (FARCAMA)

c/ Franciscanos, 10. Albacete
Telf. 967 22 04 98

Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Castilla-León (FARCAL)

c/ Teresa Gil, 10 - Of. 4. Valladolid
Telf. 983 30 11 23

Secretariat d'Associacions d'Alcohòlics Rehabilitats (SAARCA)

c/ Emperés, 33 - 7º 7. Barcelona

Telf. 932 78 02 94

Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Euskadi (EARFE)

c/ Iparraguirre, 46 - 3º. Bilbao

Telf. 944 32 12 97

Federación de Alcohólicos Rehabilitados de Extremadura (FALREX)

Avda. de la Bondad, 6. Cáceres

Telf. 927 22 50 95

Federación Gallega de ex-Alcohólicos (FEXALGA)

c/ Magdalena, 204 - bajo. El Ferrol (A Coruña)

Telf. 981 35 13 95

Alcohólicos Rehabilitados de la Comunidad Riojana (ARAR)

c/ Huesca, 61 - bajo. Logroño

Telf. 941 22 67 46

Alcohólicos Rehabilitados Asociación Madrileña (ARAM)

c/ Tirecia, 6. Madrid

Telf. 913 04 14 03

Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Yecla (Murcia)

c/ Fábricas, 44. Yecla (Murcia)

Telf. 968 79 05 25

Federación de Alcohólicos Rehabilitados de la Comunidad Valenciana (FARCV)

d Historiador Diago, 24 - 1º. Valencia

Telf. 963 25 25 14

Asociaciones Profesionales

SOCIDROGALCOHOL

C/ Vía Augusta 229, bajos. 08021 Barcelona

Tel 932 01 98 56 - 934 14 75 98 Fax 934 14 75 88

S.E.T.

c/ Numancia 207, bajos. 08034 Barcelona

Tel 932 80 61 02 - 932 91 91 31

B

Organismos de formación

Existe en nuestro país dispersión en la adscripción, organización e impartición de cursos de alcoholología, bien formativos para habilitar profesionalmente, o bien con carácter informativo. La organización y realización de los cursos parte de iniciativas correspondientes a hospitales, facultades universitarias, asociaciones, instituciones públicas, etc.

En la actualidad no existe en nuestro país la especialidad médica en Alcoholismo y/o Drogodependencias.

Con vistas a adquirir una formación profesional y un título de Postgrado, se pueden dirigir hacia las facultades, sin olvidar que las primeras enseñanzas fueron impartidas por asociaciones. Sería deseable que la formación y titulaciones públicas fueran obligatorias para los profesionales que se dedican a las drogodependencias, y que el Estado, a través de la institución universitaria, formalizara y regulara estos estudios de postgrado para adecuarlos a los diferentes licenciados.

En España, la titulación "Experto" o "Master" en Alcoholismo y Drogodependencias se adquiere en uno o dos años. Estos estudios están abiertos a toda clase de licencias o diplomaturas obtenidos después de haber realizado el bachillerato.

Master en Alcoholismo y Drogodependencias (2 años)

C/ Baldiri Reixach s/n. Torre A, 4º piso. 08028 Barcelona.

Telf. 933 33 74 02 Fax 933 34 34 56

E-mail: msanchez@psi.ub.es

Magister en Drogodependencias (2 años)

Universidad de Santiago de Compostela
Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología
Campus Universitario
15706 Santiago de Compostela
Telf. 981 52 37 44 Fax 981 52 37 44

Universidad de Deusto (2 años)

Centro de Salud Mental
d Novias Salcedo, 9. 48012 Bilbao
Telf. 944 13 90 83

Instituto Universitario de Drogodependencias (experto 1 año)

Universidad Complutense de Madrid
Ciudad Universitaria. 28040 Madrid
Telf. 913 94 12 31 Fax 913 94 12 96

BIBLIOGRAFÍA

Se indicarán sucesivamente los testimonios, obras generales y referencias de otras publicaciones

Testimonios de recuperados

- Carrete JP. Alcohol. Adorno y tragedia. Editorial Clie. 1998.
- London J. John Barleycorn: las memorias alcohólicas. Valdemar (Enokia, S.L.) Madrid 1992. 1ª edición.
- Boudaoud A. Renaître. J'ai vaincu mon alcoolisme. Mulhouse, Salvator 1985.
- Charpentier L. L'amour en plus. Paris, Stock 1976.
- Charpentier L. Toute honte bue. Paris, Denoel 1989.
- Gologo M. Le rescap de l'ethylos. Paris, Presence Africaine 1963.
- Le Moigne J-L. Jusqu'au la lie. Temoignage d'un alcoolique gueri. Paris, Robert Laffont 1981.
- Lucien. L'enfant qui jouait avec la lune. 7e edition. Mulhouse, Salvator 1990.
- Reggiani S. Dernier courrier avant la nuit. Paris, L'Archipel 1995.
- Weber M. Die dunkle Seite meines Lebens. Frankfurt, Fischer 1983.

Obras generales

Para todos los lectores

- Pellegrini Ch. Soigner le malade alcoolique. Paris, Lamarre 1994 (escrito por una enfermera, pleno de experiencia y precisión).
- Raab A, Sarda A. Vivre avec un alcoolique. Paris, Josette Lyon, 1988 et 1995 (escrito por psiquiatras, plagado de testimonios).
- Les Alcooliques Anonymes, 3e edition. Montreal, Alcooliques Anonymes du Quebec, 1989.
- Borde M de, Fouquet P. L'alcool: boire et deboires. Paris, Hachette 1991.
- Sánchez-Craig M. C'est assez! Comment arrêter de boire ou reduire votre consommation d'alcool. Toronto, Addiction Research Foundation 1994.

Para profesionales interesados

- Ades J, Lejoyeux M. L'alcoolisme en questions. F 94250 Gentilly, Sanofi-Winthrop 1994.

Bibliografía

- Ades J, Lejoyeux M. Les conductes alcooliques et leur traitement. Paris. Doine. 1996.
- Barrucand, D. Alcoologie, 3e edition. F 63200 Riom, Riom Laboratoires 1984.
- Ferrant JP, Husson M, Benard JY. Abrege d'Alcoologie. F 37390 La Membrolle sur Choisille, Assoc d'Entraide et de Reeduccion 1992.
- Gómez H. La persona alcoolique. Toulouse, Privat 1993.
- Hillemand B. L'alcoolisme. Paris, PUF (Que sais-je ? n° 634) 1999.
- Malka R, Fouquet P, Vachonfrance G. Alcoologie. Paris, Masson 1986.
- Maisondieu J. Les alcooleens. Paris, Bayard 1992.
- Rueff B. Alcoologie clinique. Paris, Flammarion 1989.

Otras referencias

Las referencias bibliográficas diferentes a los libros no han sido citadas en los 11 primeros capítulos, pero las encontrará aquí, junto con las de los otros capítulos, en el orden del texto, cada una referida a su motivo: justificar afirmaciones, completar la información. *Del mismo modo, también figura a continuación la bibliografía empleada en las adaptaciones a nuestro país.*

Bibliografía empleada en adaptar el libro a España

- Alcohol y Salud pública. G. Edwards y cois (1994). Prous Science. 1997.
- Curso de Prevención y tratamiento del Alcoholismo. Unidad Didáctica 1. 1999. Dra. Alicia Rodríguez Martos.
- El alcohol y su abuso: Impacto socioeconómico. E. Portella, M. Ridaó y varios autores. Ed. Panamericana. 1998.
- Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. Dra. Alicia Rodríguez Martos. 1989.
- Problemas de alcohol en el ámbito laboral. Dra. Alicia Rodríguez Martos. F.A.D. 1998.

Sobre la entrevista motivacional y la intervención breve

- Altisent R, Córdoba R, Delgado M, Pico M, Melus E, Aranguren F, Alvira U, Barbera C, Reixa S. Estudio multicéntrico sobre la eficacia del consejo para la prevención del alcoholismo en atención primaria. *Medicina Clínica* 1997, 109: 121-124.

- Fernández San Martín M, Bermejo Caja C, Alonso Pérez M, Herreros Taberneros B, Nieto Candelas M, Novoa A, Marcelo M. Efectividad del consejo médico breve para reducir el consumo de alcohol en bebedores. *Atención primaria* 1997, 19: 127-132.
- Prochaska JO, Prochaska JM. Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Miquel Casas M, Gossop M (eds.). Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en Drogodependencias. Barcelona: Ed. De Neurociencias. *Cifran*, 1993 8 pp.: 85-136.
- McIntosh M, Leigh G, Baldwin N, Marmulak J. Reducing alcohol consumption. Comparing three brief methods in family practice. *Canadian Family Physician* 1997, 43: 1959-1962.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York. Guildford Press, 1991.
- Miller WR, Sovereign RG, Krege B. Motivational interviewing with problem drinking: The drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy* 1998; 61: 251-268.
- Prochaska JO, Di Clementi CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982; 19: 276-288.
- Wilk A, Jensen N, Havighurst T. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journ General Internal Medicine* 1997, 12: 274-283.

Descripción e historia de los signos de la dependencia

- Edwards G, Gross M: Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *Brit Med J* 1976, 1: 1058-1061.
- Hillemand B, Lhuintre JP, Joly JP, Moore N, Libert C. Les grandes etapes de la pensée concernant les problèmes de l'alcoolisation et de l'alcoolisme. *PsychMed* 1989, 21: 1757-1765.
- Vbn Brühl-Cramer C. Über die Trunksucht und eine rationnelle Heilmethode derselben. Berlin, Nicolai 1819.

Cronología de la aparición de signos

- Jellinek EM. Phases in the drinking history of alcoholics. / *Stud Alcohol* 1946, 7: 1-88.
- Jellinek EM. Phases of alcohol addiction. *J Stud Alcohol* 1952, 13: 673-684.

Ausencia de disimulo en los pueblos de la India

- Ranganathan S. The Manjakkudi experience: a camp approach towards treating alcoholics. *Addiction* 1994, 89: 1071-1075.

Regresión de la tolerancia en el estadio tardío

- Ziélkowski M, Maludzinska E, Gruss T, Rybalowski J, Volpicelli J. Decrease in alcohol tolerance: clinical significance in alcohol dependence. *Drug & Alcohol Dep* 1995, 39: 33-36.

¿Qué ocurre con los alcohol-dependientes?

- Edwards G. What happens to alcoholics? *Lancet* 1983, 2: 269-270.

Infarto de miocardio, primera causa de muerte

- Öjesjö, L. Long-term outcome in alcohol abuse and alcoholism among males in the Lundby general population, Sweden. *Brit J Addiction* 1981, 76: 391-400.

Mortalidad a largo plazo y sus causas

- Finney JW, Moos RH. The long-term course of treated alcoholism: I. Mortality, relapse and remission rates and comparisons with community controls. *J Stud Alcohol* 1991, 52: 44-54.

Coste de la mortalidad prematura en Alemania

- Poldrugo F, Brecht JG, Schódlich PT, Comte S. The cost of alcoholism in the Federal Republic of Germany. *Alcohol & Alcoholism* 1995, 30: 545

Cantidad de alcohol-dependientes en Estados Unidos

- Grant BF. Alcohol consumption, alcohol abuse and alcohol dependence. The United States as an example. *Addiction* 1994, 89: 1357-1365.

Cientela de los médicos generalistas: proporción de personas afectadas

- Huas D, Allemand H, Loiseau D, Pessione F, Rueff B. Prevalence du risque et des maladies lies a l'alcool dans la diéntele adulte du generaliste. *Rev Pratic Med Gen* 1993, 7: 39-44.

El consumo inofensivo no es el mismo para todos

- Hillemand B. Education de la santé sur l'alcool necessaire abandon d'un message purement qualitatif. *Bull Acad Nat Med* 1993, 177: 1115-1122.

Nocividad de la cerveza en caso de embarazo

- Lancaster FE, Spiegel KS. Alcoholic and normalcoholic beer drinking during gestation: offspring growth and glucose metabolism. *Alcohol* 1992, 9: 9-15.

En las poblaciones de grandes consumidores, los daños disminuyen o aumentan como el cuadrado del consumo medio

- Ledermann S. Alcool, alcoolisme, alcoolisation; vol 1. Paris, Presses Univ Fr 1956 et vol 2. Paris, Presses Univ Fr 1964.

Suecia espera disminuir la mortalidad alcohólica al 50% disminuyendo el consumo global al 25%

- Norström T. Prevention strategies and alcohol policy. *Addiction* 1995, 90: 515-524.

Signos que tienen o no en común las diversas dependencias

- West R, Gossop M. Overview: A comparison of withdrawal symptoms from different drug classes. *Addiction* 1994, 89: 1483-1489.

Proporcionarles compasión y esperanza a los alcohol-dependientes

- Edwards G. The practical business of treatment 15, The alcoholism treatment service at the Maudsley Hospital, London. *Brit J Addiction* 1991, 86: 143-150.

Su resistencia, sus racionalizaciones justificativas

- Jellinek, anteriormente mencionado.

Desintoxicación en centro de día

- Klijnsma MP, Cameron ML, Burns TP, McGuigan SM. Out-patient alcohol detoxification. Outcome after 2 months. *Alcohol & Alcoholism* 1995, 30: 669-673.

Lo que decide aceptar la ayuda

- Finney JW, Moos RH. Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction* 1995, 90: 1223-1240.

Historia de diversas modalidades de hospitalización o alojamiento

- Hillemand B. Structures d'hospitalisation et d'hébergement pour alcoolo-dependants. Evolution. *Alcoologie* 1995, 17: 461-470.

Aceleración de 700 veces la dependencia después de la realcoholización

- Besancon F. Time to alcohol dependence after abstinence and first drink. *Addiction* 1993, 88: 1647-1650.

Secuela oculta en la sangre

- Hillemand B, Lhuintre JP, Daoust M, Boismare F. Alcoololo-dependance et serotonine: données nouvelles. *Bull Acad Nat Med* 1986, 170: 1045-1050.

Libertad, percibida en la abstinencia

- Besancon F. The sense of freedom felt when being abstinent after alcohol dependence. *Alcoologia* 1996, 6: 35-38.

Éxito relativo de un albergue de noche para sujetos sin domicilio fijo

- Myerson DJ, Mayer J. The origins, treatment and destiny of skid row alcoholic men. *New Engl J Med* 1966, 275: 419-425.

Iniciación precoz al alcohol y futuro riesgo de dependencia

- Hawkins J, Graham J, Maguin E, Abbott R, Hill K, Catalano R. Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *J of Studies on Alcohol* 1997, 58: 280-290.

Menos alcohol temporalmente en Rusia, menos suicidios y muertes accidentales

- Krasovsky CS. Experience of the USSR antialcohol campaign of 1985-1987 and alcohol policies of East European countries in times of change. *Alcoologia* 1995, 7: 19-22.

Daños en países subdesarrollados

- Samarasinghe D. Harm reduction in the developing world. *Drug & Alcohol Rev* 1995, 14: 305-309.

Error, un poco de vino cada día prolonga la vida

- Leino EV, Romelsjö A et al. Alcohol consumption and mortality. II. Studies of male populations. *Addiction* 1998, 93: 205-218.
- Fillmore KM et al. Alcohol consumption and mortality. III. Studies of female populations. *Addiction* 1998, 93: 219-229.

Publicidad

- Got C. La Santé. Paris, Flammarion 1992.

Publicaciones sostenidas por la industria del tabaco

- Cardador MT. Tobacco Industry smokers' rights publications: a content analysis. *Am J Publ Health* 1995, 85: 1212-1217.

Frecuencia de la depresión y otros trastornos psíquicos entre los suecos alcohol-dependientes

- Haver B, Dahlgren L. Early treatment of women with alcohol addiction (EWA): a comprehensive evaluation and outcome study. I. Patterns of psychiatric comorbidity at intake. *Addiction* 1995, 90: 101-109.

Alcohol y medicamentos tranquilizantes: de una dependencia a la otra

- Kamal S, Grivois H, Besancon F. De l'abus des benzodiazepines a la dependance alcoolique. *Sem Hôp* 1987, 63: 3583-3586.

Rasgos de carácter anunciando predisposición

- Ades J, Jejoyeux M. L'alcoolisme en questions. F 94250 Gentilly, Sanofi-Winthrop 1994.
- IREB. Facteurs predictifs du niveau d'alcoolisation des Francais. Paris, IREB (19 av. Trudaine, 75009 Paris), 1996.
- Jones MC. Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males. *J Consult Clin Psychol* 1968, 32: 2-12.
- Vaillant G. The natural history of alcoholism revisited. Cambridge Mass., Harvard Univ Press 1995.
- Zuckerman. Is sensation seeking a predisposing trait for alcoholism? En: Gottheil E et al: *Stress and Addiction*. New-York, Brunner-Mazel 1987.

Ausencia de rasgos de carácter en la mayoría de los casos

- Schuckit MA, Klein J, Twitchell G, Smith T. Personality test scores as predictors of alcoholism almost a decade later. *Am J Psychiatry* 1994, 151: 1038-1042.

Disponer alcohol desde temprana edad es un predictor de la dependencia

- Schuckit M, Smith T. Assessing the risk of alcoholism among sons of alcoholics. *J of Stud Alcohol* 1997, 58: 141-145.

¿Predisposición revelada el electroencefalograma?

- Begleiter H, Porjesz B. Neurophysiological phenotypic factors in the development of alcoholism. En: Begleiter H, Kissin E The genetics of alcoholism. Oxford, Oxf Univ Press 1995 (pp. 269-293).
- Deckel AW, Bauer L, Hesselbrock V. Anterior brain dysfunctioning as a risk factor in alcoholic behaviors. *Addiction* 1995, 90: 1323-1334.

Circunstancias de las recaídas

- Baumgarth M, Chaille Y de. La rechute alcoolique. Reflexions sur ses causes et ses consequences. *Concours Med* 1986, 108: 2303-2306.

¿Elección de un tipo de tratamiento según las características del sujeto? Ningún estudio lo ha justificado hasta el presente

- Vaillant GE. Sometimes "glory" means the emperor has no clothes. *Addiction* 1995, 90: 1044-1046; véase también su libro citado anteriormente.

Carácter de los sujetos que se enganchan jóvenes

- Varma VK, Basu D, Malhotra A, Sharma A, Mattoo SK. Correlates of early- and late-onset alcohol dependence. *Addictive Behaviors* 1994, 19: 609-619.

Después de la desintoxicación, tratamiento de grupo

- Oulés J, Saucet D, Laborde MP. Une experience de psychotherapie de groupe des alcooliques internes. *Annales Med Psych* 1954, 1: 72-74.

Para entrenar, identificar las circunstancias tentadoras

- Annis HM, Davis CS. Relapse prevention. *Alcohol Health and Research World* 1991, 15: 204-212.

Hacen falta varias semanas o meses para aclarar las ideas

- Begleiter, anteriormente citado.

Anomalías cardíacas que sirven de advertencia

- Howden Chapman PL, Huygens I. An evaluation of three treatment programmes for alcoholism: an experimental study with 6-and 18-month follow-ups. *Brit J Addiction* 1988, 83: 67-81.

El alcohol como causa en el 20% de las muertes entre 15 y 34 años

- Scragg R. A quantification of alcohol-related mortality in New-Zealand. *Austr & New Z J Med* 1995, 25: 5-11.

Las motivaciones de los consumidores moderados

- Besançon F, Fassier M, Lorentz F. Les motifs conscients des buveurs moderes. *Alcoologie* 1998, 20: 88
- Besarçon F, Curtet F, Chambón S, Blaise AS. Conscious motives of young people withstanding drugs and alcohol. *Alcoholism Clin Exp Research* 1998, 22: 141 A.

Artistas afectados por el alcohol

- Dardis T. The thirsty muse. Alcohol and the American writer. New-York, Ticknor & Fields 1989.
- Fraysse P. Le pinceau ivre. *Soc & Represent* 1995, 1: 85-102.
- Mignon P. Rock et alcool. *Soc & Represent* 1995, 1: 103-110.
- Nourrisson D. Les crayons de la morale. Alcool et caricature. *Soc & Represent* 1995, 1: 125-142.

Máximos consumos en bebedores de riesgo, después de la abstinencia

- Sánchez-Craig M, Wilkinson A, Dávila R. Empirically based guidelines for moderate drinking: 1-year results from three studies with problem drinkers. *Am J Publ Health* 1995, 85: 823-828; véase también su libro, en las obras generales.

Víctimas del incesto, futuros drogadictos

- Pribor EF, Bucholz K, Shayka JJ, Marión SL, Lewis CE. The relationship between sexual abuse and substance dependence among men and women. *Alcoholism Clin Exp Res* 1994, 18: 491.

Esposa convertida en codependiente

- Beattie M. Vaincre la codependance. Paris, Lattés (Pocket) 1993.

Vicisitudes de las representaciones en el arte sacro

- Besançon A. L'image interdite. Une histoire intellectuelle de l'iconoclasme. Paris, Fayard 1994.

Eficacia de las enfermeras

- Patterson D. Community psychiatric nurse aftercare for alcoholics: a five-year follow-up study. *Addiction* 1997, 92: 459-468.
- Ryann T., Rothwell V. Residential alcohol detoxification: new role for mental health nurses. *Brit J of Nursing* 1997, 6: 280-284.

Pueblo, en el sur de la India

- Ranganathan, *citado anteriormente*.

Métodos internacionales del diagnóstico de la dependencia

- CIM 10—ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Genève, OMS et Paris, Masson 1992.
- American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, *Amer Psych Assoc* 1994.

Censar más dependientes de los que existen puede ser caro

- Cottler LB. Comparing DSM-III-R and ICD-10 substance use disorders. *Addiction* 1993, 88: 689-696.
- Grant BF. Comparison of DSM-III-R and draft DSM-IV alcohol abuse and dependence in a general population sample. *Addiction* 1993, 88: 1709-1716.

Cuestionarios diagnósticos

- Hillemand B, Moore N, Lhuître JP, Zarnitsky C, Libert C, Joly JP. Les tests et échelles de dépistage de l'alcoolisation et de l'alcoolisme. *Rev Alcoolisme* 1988, 33: 156-189.

Afectación de las funciones del cerebro

- Ollat H. Alcool et fonctions cognitives. *Alcoologie* 1990, 12 (fascic. suppl.): 3-39.

Métodos de tratamiento cognitivo-conductuales

- Racine S, Nadeau L. L'efficacité des programmes de traitement pour les troubles liés à l'alcool. *Alcoologie* 1994, 16: 83-91.

Sistemas de tratamiento: Proyecto para adaptación a las particularidades de los casos

- Project MATCH Research group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match posttreatment drinking outcomes. *J Stud. Alcohol* 1997, 58 (1): 7-29.

Psicodrama, también denominado juego de roles

- Weiner HB. Psychodramatic treatment for the alcoholic. En Fox R. Alcoholism, behavioral research, therapeutic approaches. New-York, Springer 1967 (pp 218-233).

Programación neurolingüística

- Cayrol A, Saint Paul J de. *Mente sin límites. La Programación Neurolingüística.* Barcelona. Robin Book 1994.

Análisis transaccional

- Steiner C. *À quoi jouent les alcooliques... Une nouvelle approche de l'analyse transactionnelle.* París, Épi 1981.

Dólares empleados en intentar curar la bebida

- Huber JH, Pope GC, Dayhoff DA. National and state spending on speciality alcoholism treatment, 1979 and 1989. *Am J Publ Health* 1994, 84: 1662-1665.

Eficacia y coste de los métodos terapéuticos

- Holder H, Longabaugh R, Miller WR, Rubonis AV. The cost effectiveness of treatment of alcoholism : a first approximation. *J Stud Alcohol* 1991, 52: 517-540.

Jugar teniendo en cuenta elementos pronósticos

- Favre, Gillet C, Patris A. Resultáis preliminaires concernant le devenir de 185 patients alcoolo-dependants. *Alcoologie* 1989, 11, 119-128.

Calidad de vida, criterio terapéutico

- Fouquet P, Robert R. Essai sur les critères de guérison de l'alcoolisme. *Anuales Medico-Psychol* 1952, 1: 236-241.

Organización de una comparación terapéutica

- Guidelines on evaluation of treatment of alcohol dependence. Bruxelles, Plinius Maior Society, 1994 (Supplement of Alcoholism 1994, vol 30).
- Morley JA, Finney JW, Monahan SC, Floyd AS. Alcoholism treatment outcome studies, 1980-1992: methodological characteristics and quality. *Addictive Behaviors* 1996, 21 (4): 429-443.

El presupuesto de la evaluación

- Argeriou M, McCarty D. Treating alcoholism and drug abuse among homeless men and women: nine community demonstration grants. New-York, Haworth 1990.

Una campaña debe ser a la vez generalizada y acertada

- Howard JH, Boyd GM. Community organizing, public policy and the prevention of alcohol problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1996, 20 (8 Suppl): 265 A- 269 A.
- Holder HD et al. Summing up: lessons from a comprehensive community prevention trial. *Addiction* 1997, 92 (Suppl 2): S 293- S 301.

ÍNDICE TERMINOLÓGICO

- Abstinencia, 6, 8, 10-14, 16, 17, 19, 23, 26, 27, 32, 33, 36, 41-48, 56, 62, 68, 69, 72, 75, 77, 79, 80, 111, 112, 119, 120, 123, 124, 128
- Adiestramiento a beber, 49, 69
- Adistramiento a rechazar, 117-119
- Advertencias, 13, 76
- Amor, 83, 84, 86, 103
- Análisis Transaccional, 79, 95, 120-122
- Angustia, 7, 10, 11, 15, 16, 18, 26, 27, 30-32, 36, 47, 55, 56, 59, 71, 77, 116
- Artistas, 70-73
- Asociación de ideas, 116, 122
- Asociaciones de recuperados, 42
- Ayuda, 3, 4, 11, 29, 34-48, 45, 48, 54, 57-59, 61, 84, 85, 91, 93, 94, 97, 98, 103, 111, 115, 116, 118, 119, 121-124, 128, 135
- Bibliografía, 15, 75, 94
- Borrachera, 7, 8, 41, 42, 44, 45, 56, 65-67, 76
- Borracheras secas, 41, 44, 45, 119
- Calidad de vida, 6, 14, 16, 18, 26, 35, 44, 46, 60, 72, 86, 127
- Causas de la bebida, 5, 25, 33, 41, 45, 48, 49, 54, 57, 58, 96, 111, 115, 119, 124, 125
- Celotipia, 15, 83
- Centros de tratamiento, 4-6, 36, 37, 61, 62, 77, 85, 92-95, 97, 117, 127, 129
- Círculo vicioso, 7, 12, 26, 50, 51, 56
- Clero, 89
- Codependencia, codependiente, 84, 122
- Colaboradores, 35, 36, 38, 45, 97, 105, 111, 113
- Colegas, 36, 78, 93
- Comadronas, 91, 93
- Compañeros de trabajo, 51, 87, 88
- Comparaciones, 49, 127
- Compasión, 31-33, 60, 73, 86, 87
- Comunicar, comunicación, 1, 9, 12-14, 16, 18, 27, 29, 30, 37, 39, 43, 46, 47, 58, 59, 62, 63, 50, 75, 88, 89, 92, 94, 97, 105, 124, 125
- Consumos, 14, 24, 30, 35, 50, 66-69, 76, 80, 84, 91, 113
- Costes, costo, 19, 20, 22, 88, 127, 129
- Criterios diagnósticos, 112, 129
- Criterios terapéuticos, 19, 128, 130-132
- Cuidados, 122
- Daños, 19, 21, 23, 24, 26, 53, 56, 63, 65, 67, 75, 76, 80, 102, 113, 128, 129
- Delirium Tremens, 4, 10, 11, 19, 27, 36, 111
- Delitos, 19, 76
- Demanda de alcohol, 52, 54
- Dependencia alcohólica, características, 1, 9, 10, 14, 15, 17, 19, 25, 27, 47, 111
- Dependencia alcohólica, factores y circunstancias, 48,-58, 60
- Dependencia alcohólica, instalación, 11, 12, 17, 18, 23, 54, 56
- Dependencia alcohólica, recaídas, 6, 34, 41-44, 49, 54, 60, 85, 92, 99, 119, 128
- Dependencia alcohólica, secuelas, 17, 37, 42, 43, 45, 46, 112
- Dependencias diversas, 13, 25, 26, 36
- Depresión, 4, 11, 16, 20, 30, 31, 36, 54, 55, 57, 70, 71, 79, 87, 111, 116, 121
- Desempleo, 16, 23, 49, 50, 92
- Deseos internos, 14, 17, 124
- Desesperación, 7, 11, 12, 16, 18, 20, 30, 32-34, 37, 50, 76, 77, 83, 98, 99, 119
- Desinformación, 49, 51, 53, 54
- Desintoxicación, 5, 6, 26, 36, 37, 41, 51, 58, 60, 61, 68, 86, 87, 92-95, 101, 115-117, 123
- Diagnóstico, métodos, 10, 17, 112-114

Índice terminológico

- Direcciones útiles, 94, 133, 137
- Disimulo, 13-15, 17
- Divorcio, 85
- Educación 85, 91, %
- Embriaguez, 19, 65, 66, 16
- Embustes, 13, 30, 84
- Emociones, 14, 16, 30, 41, 43, 47, 62, 115, 118
- Empresas, 22, 88
- Enfermedades alcohólicas, 20, 21, 25, 77
- Enfermeras, 91-94
- Esclavitud, 12, 25, 27, 31, 37, 46-48, 77, 98
- Espíritu, 71, 97
- Esposa, 4, 5, 15, 83, 84, 86, 118, 121
- Estado de abstinencia, 10-12, 17, 42, 68, 69
- Estragos, 95
- Falsos caminos, 29
- Familiares, 48, 49, 51, 56, 60, 70, 85, 87, 88, 92, 94, 98, 99, 116, 117, 122, 123, 127, 129
- Familias, 22, 51, 57, 85, 99
- Fantasías de los recuperados, 41
- Formación en alcoholología, 109, 139, 140
- Fracaso, 12, 30, 33, 34, 38, 60, 78, 120, 124, 129
- Frecuencia (prevalencia), 10, 21, 23, 53, 87
- Herencia, 49, 54, 55, 56, 57, 70
- Hospitales, 10, 22, 95, 139
- Incapacidad de moderarse, 12, 77
- Información, 15, 44, 49, 51, 53, 84, 57-59, 91, 96
- Jóvenes, 5, 56, 58, 68, 75-77, 93, 95, 121, 132
- Juego de roles, 61, 116, 117, 119, 122
- Kinesiterapeutas, 91, 95, 117
- Libertad en la abstinencia, 119
- Madre, 8, 67, 86, 87, 122
- Maestros, 91, 96
- Magistrados, 91, 95
- Máscara, 1, 14, 30, 31, 33, 35, 84
- Medicamentos, 23, 36, 60, 101, 123, 124, 127
- Médicos, 7, 9, 21-24, 27, 35-37, 48, 51, 54, 55, 59, 60, 65, 66, 72, 73, 75-77, 79, 80, 85, 88, 89, 91-94, 96-87, 111, 114, 122, 124
- Mentiras, 14, 26, 29
- Moderación, 12, 42, 43, 45, 54, 56, 75, 76, 79, 80, 128
- Mortalidad, 19, 20, 24, 63, 68, 69, 76, 130
- Motivación, 86, 118, 127
- Mujeres, 6, 13-15, 17, 22, 50, 55, 67-70, 79, 83, 86, 98, 121
- Niños, 4, 56, 57, 83, 85, 95, 101, 129
- Oferta de alcohol, 52, 53
- Panorama alcohólico español, 9, 20
- Parientes, 81, 83, 85, 87, 89, 101
- Paro, 4, 50, 93, 129
- Placer de beber, 12-14, 16, 26, 27, 33, 42, 45, 60, 67, 117, 119
- Predisposición, 51, 57, 70
- Prevención de la dependencia, 54, 58, 66, 92, 99, 132
- Prevención de la recaída, 33, 37, 41, 43, 125, 132
- Profesionales, 3, 35-37, 44, 46, 49, 60, 66, 78, 91, 93-95, 97, 99, 109, 116-118, 124, 129, 132, 137, 139
- Profesiones favorecedoras, 49-51, 54
- Profesores, 94, 102
- Programación neurolingüística, 116, 120
- Pronóstico, 9, 19, 25, 26, 30, 38, 42, 43, 84, 129
- Psicoanálisis, 119, 122, 127
- Psicodramas, 61, 116, 119

- Psicólogos, 4, 46, 60, 94, 111, 112, 120, 125
- Psiquiatras, 35, 36, 56, 58, 92, 115, 116, 125
- Publicidad, 25, 49, 53
- Pueblos, 101
- Rabia, 3, 12, 14, 103
- Rasgos de carácter, 56, 58
- Razones para beber, 33, 83, 125
- Recaída, 6, 33, 34, 37, 41-44, 46, 49, 54, 60, 80, 85, 92, 99, 119, 123, 125, 128, 132
- Recuperados, 17, 37, 41, 42, 45, 60, 78, 81, 97, 99, 101
- Relación afectiva, 13, 18, 29-31, 55, 88, 114
- Restablecidos, 42, 51, 55
- Resultados, 19, 41, 51, 54, 76, 80, 85, 89, 91, 94, 95, 98, 99, 102, 105, 109, 114, 117, 118, 120, 122, 124, 125, 127-132
- Rueda, 11, 67, 128
- Sectas, 81, 97, 99
- Secuelas, 6, 10, 13, 14, 17, 111
- Signos, 9-14, 16-19, 27, 30, 32, 57, 76, 111-114, 128, 129
- Soledad, 25, 26, 29, 37, 48-50, 60, 119
- Sueño, 6, 10, 55, 67, 122
- Sufrimiento, 1, 6, 11, 12, 15, 16, 18, 22, 29-32, 55, 60, 83, 84, 86-88, 128
- Suicidio, 8, 19, 20, 26, 31, 35, 36, 52, 55, 66, 76, 79, 85, 87, 99, 121
- Tabaco, 20, 51, 61, 62
- Talleres de escritura, 116, 120
- Técnicos en psicomotricidad, 91, 117
- Tentaciones, 44, 61
- Testimonios, 15, 71, 78, 98, 105
- Tolerancia al alcohol, 12, 14, 16, 17, 27, 67, 111, 112
- Toxicomanías, 37, 66
- Trabajadores familiares, 92
- Trabajadores sociales, 92
- Trastornos mentales, 16, 36, 37, 43, 55, 67, 95, 111, 116, 130
- Tratamientos, elección, 124
- Tratamiento, métodos, 115, 127
- Urgencias, 22, 42, 85, 92
- Vagabundos, 50
- Vergüenza, 7, 14-16, 26, 30, 46, 47, 50, 83, 87, 120

Alcohol: hablemos

Una puerta de salida

¿Está siendo víctima del alcohol su pareja, uno de sus familiares, quizás algún amigo o compañeros de trabajo? Poco a poco, toda comunicación se vuelve imposible. Escondiendo su desespero, él o ella se ocultan detrás de una máscara. ¿Está dispuesto a convencerle de que debe beber menos? ¿Estará condenado al fracaso? ¿Ha sido colmado de insultos? ¿Es posible incluso que tenga miedo? Más de un millón de familias españolas viven cotidianamente esta experiencia.

Si está usted casi a punto de renunciar... ¿Sabe que es en los casos más graves donde se observan los mejores restablecimientos? ¿Cómo es eso?

Las claves varían según se trate de:

- Una persona inmersa en su dependencia del alcohol.
- Un convalciente que se ha recuperado.
- Un bebedor de riesgo simplemente amenazado por la dependencia y otros daños.

La finalidad de esta manual, plagado de testimonios, **es proporcionar suficiente confianza en uno mismo** para dar los primeros pasos. De poco sirve ser un especialista, sobre todo en los casos graves. Por supuesto, no estará solo; debe rodearse de personas de confianza y para el diagnóstico, tratamiento, y reinserción tendrá el respaldo de uno o varios profesionales especializados. Si ya es usted un profesional especializado, o si desea profundizar en el tema, podrá consultar los instrumentos de diagnóstico, tratamiento y evaluación de resultado, así como la relación de organismos a conocer, y otros documentos sobre los que se apoya el texto. Las informaciones complementarias están puestas aparte, las claves son simples. **La comunicación, el afecto y el aporte de amor que la víctima del alcohol espera serán más importantes que los conocimientos que espera usted del libro.**

François Besançon

Doctor en Medicina y doctor en Ciencias, miembro de las Sociedades Francesa y Europea de Alcoholología. Su experiencia en personas atrapadas en el alcohol y sus familias, adquirida en el hospital de l'Hôtel-Dieu de París, le permite compartir contigo las claves para comunicarse y obtener éxito.

Francisco Verjano

Licenciado en Medicina, Master en Drogodependencias y Experto en Programación Neurolingüística (PNL).

Su labor como director médico de un ambulatorio especializado en atención a personas con problemas derivados del alcohol, junto a su formación en técnicas de comunicación y desarrollo personal, han servido como vehículo para traducir y adaptar esta obra en nuestro país.

ISBN 84-7978-486-5



9 788479 784867

E-mail: ediciones@diazdesantos.es
internet: <http://www.diazdesantos.es>