

65
2 es.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**ESTUDIO COMPARATIVO DE RASGOS DE
PERSONALIDAD ENTRE DOS GRUPOS DE
ENFERMOS ALCOHOLICOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
CHAPARRO AGUILAR RAUL

DIRECTOR DE TESIS: LIC. CELSO SERRA PADILLA.

ASESOR ESTADISTICO: PSIC. AURORA AYALA NUREZ. U.C.I.I.

FAC. DE PSICOLOGIA U.N.A.M.

33515

MEXICO, D. F.,

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3

C A P I T U L O 1

A L C O H O L I S M O

1.1. Antecedentes del alcoholismo.	7
1.2. Definiciones de alcoholismo.	13
1.3. Clasificaciones de alcoholismo.	19
1.4. Fases del alcoholismo.	22

C A P I T U L O 2

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INGESTA DE ALCOHOL.

2.1. Psicológicos.	28
2.2. Sociales.	32
2.3. Cognitivos.	36
2.4. Biológicos.	38
2.5. Proceso cíclico.	44

C A P I T U L O 3

ALCOHOLICOS ANONIMOS.

3.1. Antecedentes de la Asociación de Alcohólicos Anónimos.	48
3.2. Como trabaja Alcohólicos Anónimos.	51

C A P I T U L O 4

M E T O. D O.	86
---------------	----

C A P I T U L O 5

5.1. Resultados.	94
5.2. Interpretación de resultados	95
5.3. Conclusiones.	97
5.4. Limitaciones.	101
5.5. Sugerencias.	103

ANEXOS	105
--------	-----

REFERENCIAS	107
-------------	-----

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito conocer si existen diferencias en el perfil de personalidad obtenido con el 16FP de Raymond B. Catell, entre un grupo de alcohólicos activos que han fracasado durante el programa de A.A. y un grupo de alcohólicos en remisión que han tenido éxito en el mismo, a través de un estudio comparativo.

La muestra estuvo conformada por 60 sujetos alcohólicos masculinos con edades entre 20 y 55 años de edad, agrupados en el programa de A.A; una vez obtenida la muestra se dividió en los grupos 1 y 2 bajo los siguientes criterios de inclusión : el grupo 1 se conformo con 30 sujetos con un promedio de abstinencia de un año máximo y que durante el periodo de tratamiento hayan sufrido una o más recaídas. El grupo 2 se conformo con 30 sujetos con un promedio de abstinencia de dos años como mínimo y que durante el periodo de tratamiento no hayan tenido recaídas.

El instrumento que se utilizó fue el cuestionario de 16 factores de la personalidad de Raymond B. Catell en su forma A de 187 reactivos que permitió la obtención del perfil de personalidad de los sujetos.

Los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que en 13 de las 16 escalas que integran el perfil de personalidad no presentan diferencias estadísticamente significativas a nivel de .05, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en

tres de las escalas (inteligencia, emotividad, y actitud cognitiva) a nivel de .05, concluyendo que se acepta la hipótesis nula que habla de que no habrá diferencias estadísticamente significativas en el perfil de personalidad del 16FP entre los grupos.

I N T R O D U C C I O N

El concepto de "Alcoholismo" como una enfermedad, fue formulado por primera vez por Benjamín Rush (1784, en Batalla, 1982), quien lo consideró como una enfermedad del cuerpo, una perversidad del alma y una corrupción de la moralidad atribuidos a predisposiciones y condiciones ambientales.

En la actualidad existen diversas definiciones de alcoholismo y analizándolas se observa que existen tres elementos fundamentales que todos reconocen al tratar de concluir sobre el problema del alcoholismo, no cabe duda que intervienen factores fisiológicos, psicológicos y sociales.

La definición adoptada durante el Seminario Latinoamericano sobre el alcoholismo, celebrado en Chile por la O.M.S., propone al alcoholismo como: "un trastorno clínico de la conducta, que se caracteriza por la dependencia física, psicológica y social hacia el alcohol, expresado a través de dos síntomas: a) incapacidad de detener la ingestión del alcohol una vez iniciada y b) la incapacidad de abstenerse de beberlo definitivamente (O.M.S., 1960 en Madden 1987).

Agregando que cuya dependencia al alcohol le produce alteraciones mentales y físicas que interfieren en sus relaciones interpersonales y en su adecuado funcionamiento social y económico.

La clave de la enfermedad no está en la cantidad que se beba, ni en la frecuencia con que se beba, sino en la pérdida del control para beber (Cormillot, 1992).

Todo indica que desde los tiempos más lejanos de la historia, las bebidas alcohólicas han ocupado un lugar de privilegio en la vida del hombre.

En la actualidad es un hecho que el alcohol forma parte de muchos eventos y situaciones de la vida cotidiana , y, que beber es una conducta fuertemente condicionada y avalada en nuestra cultura (Cormillot, 1992).

Si bien el consumo de alcohol ha estado siempre presente en las diferentes épocas y culturas de la historia de la humanidad, su estudio, definido como una problemática social da inicio a partir de la segunda mitad del presente siglo. Tras un periodo de indefinición e incertidumbre, actualmente, los Psiquiatras, Psicólogos, Médicos, y profesionistas de otras disciplinas parecen estar de acuerdo en definir al alcoholismo como una enfermedad en la que multiplicidad de factores propician su desarrollo; de ahí la dificultad de conocer su etiología formas de prevención y desde luego sus opciones de tratamiento.

Dentro de los tratamientos y terapias que han surgido para la atención de el paciente alcohólico y sus familiares, en nuestro país ha tenido en los últimos 10 años un auge considerable la propuesta

de los grupos de A.A sus miembros reconocen haber logrado dejar la bebida en forma más efectiva que la alcanzada a través de otras terapias. Además reportan haber encontrado un estado de mayor equilibrio y armonía en todas sus funciones, el cual les ha permitido la reorganización de sus vidas . La oportunidad de realizar trabajos que aporten información acerca del funcionamiento de esta propuesta de tratamiento propician el intercambio de experiencias y conocimientos, entre este tipo de asociaciones de autoayuda y la comunidad de profesionistas dedicados al estudio, tratamiento y prevención de el alcoholismo.

El presente trabajo tiene como objetivo principal el describir el papel que juega la personalidad del enfermo alcohólico para el éxito o fracaso del mismo dentro del programa de A.A.

En el primer capítulo de este trabajo son presentadas la descripción de los aspectos generales del alcoholismo tales como sus antecedentes, definiciones, clasificaciones y sus fases.

El capítulo 2 versa sobre los factores que influyen en la ingesta del alcohol abordando las diferentes posturas de autores que han tratado de definir la etiología del alcoholismo.

En el capítulo 3 se habla brevemente de los antecedentes de la asociación de A.A así como una descripción de el modo de trabajar de

los grupos de A.A. Además hace un análisis en términos psicoterapeúticos de como trabaja esta organización.

El método realizado para esta investigación se describe en el capítulo 4

Finalmente los principales hallazgos encontrados, así como las conclusiones de este trabajo son presentadas en el capítulo 5 denominado resultados y conclusiones.

C A P I T U L O 1.

1.1. ANTECEDENTES DEL ALCOHOLISMO

El alcoholismo ha sido a través de la historia del ser humano un problema de "Salud Pública", ante el cual las distintas comunidades han adoptado diferentes actitudes y medidas en su contra, desde rígidas y severas hasta el establecimiento de normas moderadas. El pensamiento mágico, religioso y moralista han sido los enfoques que han predominado hacia el alcoholismo. (Roiz, 1975 en Velasco, 1988).

La ingestión de bebidas alcohólicas ha acompañado al hombre desde la más remota antigüedad y nuestro país no ha sido la excepción. Ya entre los pueblos pre-cortesianos se conocía la manera de elaborar el Octli o pulque mediante la fermentación del aguamiel que se extrae de los magueyes. Esta bebida tuvo gran importancia en la vida de los aztecas, al grado que en su mitología, existe una diosa productora de pulque llamada Mayahuel, que "fue raptada del cielo por Quetzalcóatl habiendo hecho surgir de sus huesos los primeros magueyes que habían de ofrecer el pulque a los mexicanos".

La afición de los mexicanos a esta bebida tuvo consecuencias muy funestas, por lo que todo emperador azteca al tomar posesión de su cargo, hacia hincapié en que el "Octli o pulque es raíz y principio de todo mal y de toda perdición, porque este Octli y esta borrachera es causa de discordia y disensión y desasosiego de pueblos y reinos, es como un torbellino que todo lo revuelve y desbarata y que trae todos los males juntos". (Cabildo, 1965 en Velasco, 1988).

Para combatir esta situación, se dictaron leyes muy rígidas en contra de los alcohólicos, al grado de que había pena de muerte para el individuo joven que fuera sorprendido en estado de ebriedad. Sólo bebían con prudencia "los ancianos, cuyas pasiones habían perdido la peligrosidad que el alcohol imprime a los actos de los jóvenes".

Durante los siglos posteriores a la conquista, la población se desbordó en la ingestión excesiva de bebidas alcohólicas, probablemente a la supresión de las leyes pre-cortesianas, o bien como un mecanismo de huida de un pueblo viviendo las difíciles condiciones de la ignorancia y la opresión. (Cabildo, 1965 en Velazco 1988).

Lo anterior refleja la preocupación que existía entre los integrantes del pueblo prehispánico sobre el alcoholismo, y, es lógico que en la actualidad la preocupación sea igual o mayor puesto que en casi todo el mundo, el alcoholismo es un problema creciente de Salud Pública y ha merecido desde 1950, la atención de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 1960 en Madden, 1987).

En el siglo XIV el paso de la fermentación a la destilación permitió incrementar la producción de bebidas alcohólicas con mayor concentración de etanol, aumentando las probabilidades de alcoholismo.

Actualmente en la región de los indios Chamulas todos los pobladores toman, a los niños se les habitúa al aguardiente desde la primera infancia. Existen niños que son alcohólicos confirmados, no existiendo castigo para ellos. (Ibarra, Alarcon y Pedroza, 1973).

En el Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo celebrado en Viña del Mar, Chile, por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), México ocupó el segundo lugar de los países estudiados por su alta tasa de alcoholismo, basado en las defunciones por cirrosis hepática.

Se han tomado como indicadores de los daños producidos por el alcoholismo: la mortalidad por cirrosis hepática por alcoholismo, Psicosis alcohólica y alcoholismo como intoxicación aguda. (Roiz, 1975 en Velazco 1988).

En 1967 la tasa de defunciones atribuibles al alcohol fue de 19.42 por cada 100,000 habitantes siendo para 1971 de 20.49, estos valores nos representan un incremento de 0.91 de 1967 a 1975. (Gueraceb, 1976).

La cirrosis hepática se ha mantenido dentro de las diez principales causas de defunciones, ocupando el noveno y décimo lugar atribuyéndole el 32.15% al alcohol.

Se ha calculado que el 32% de los suicidios se cometen en estado de ebriedad y el 30% de atropellamientos son producidos por conductores que manejan en estado de embriaguez. El período anual de defunciones atribuibles al alcohol es de 54.57%.

En 1970 hubieron 33,321 defunciones por accidentes de tránsito y hechos de sangre en donde el 70% se atribuye directamente al alcohol, lo que significa que en un año murieron 23,325 mexicanos en choques, volcamientos, riñas, suicidios y atropellamientos con la presencia del alcohol. (Ibarra, Alarcon y Pedroza, 1973).

Actualmente en México existen varios estudios epidemiológicos sobre alcoholismo que intentan conocer los cambios que este fenómeno ha tenido a lo largo del tiempo; pero su comparación se dificulta por la diferencia de parámetros empleados, y, especialmente, por la diversidad de grupos poblacionales a los que se hace referencia (población general, enfermos hospitalarios, adultos, adolescentes, población urbana, etc.). (S.S.A. 1994).

Como ejemplo de estos estudios en 1980 la U.N.A.M. llevó a cabo una encuesta entre 5,225 estudiantes universitarios, en la cual se encontró que el 27.6% no bebían, el 45.6% eran bebedores ocasionales y los bebedores habituales constitufan el 26.7%. Las mujeres reportaron mayores porcentajes en los grupos de no bebedores y de bebedores ocasionales y menor porcentaje en el grupo de bebedores habituales, esto es el 11.9%, contra 32% en los hombres. (S.S.A. 1994).

El Instituto Mexicano de Psiquiatría (I.M.P.) y la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, en 1990, realizaron un estudio a nivel nacional denominado Encuesta Nacional de Adicciones. Esta encuesta arrojó cifras que señalan que la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, en la población urbana de 12 a 17 años es de 27.6% y para los individuos de 18 a 69 años es de 33.5%.

Estos tienen una frecuencia de embriaguez de cuando menos una vez al mes, también se encontró que uno de cada ocho adultos mexicanos mayores de 24 años tienen problemas con el alcohol y un gran número de ellos son alcohólicos. Es importante señalar que

estas cifras subestiman la magnitud del problema por considerar solamente a la población urbana.

Un estudio periódico sobre las tendencias del consumo de las drogas es el que realiza el Centro de Información en Farmacodependencia adscrito al Instituto Mexicano de Psiquiatría, el cual realiza la aplicación de la cédula "Informe Individual sobre Consumo de Drogas", llevada a cabo en el Area Metropolitana. En su aplicación de junio de 1992, con una muestra de 389 sujetos de 44 instituciones de atención a la salud y de procuración de justicia, se encontró que el consumo de alcohol se ha incrementado de 36.6% en 1986 a 53.7% para 1992. A la edad de 15 a 19 años (31.3%) se presentó el consumo por primera vez, y, la edad en la cual se inició propiamente el consumo de alcohol es de 15 a 24 años, el cual representa el 63.6%. (Ortiz, Rodríguez, Romero, Pérez, González. 1992)

Estos estudios como muchos otros han dado como resultado el admitir que la característica principal del alcoholismo, como se ha mencionado antes, es su complejidad como fenómeno individual y social, lo que lleva a considerar la existencia de diversos factores predisponentes y desencadenantes, es decir, rasgos de personalidad que tienen un papel importante en la etiología del alcoholismo. Se puede decir que en una forma paralela para obtener una definición y conocer algunos aspectos relacionados con este fenómeno, se han intentado precisar estos rasgos significativos del alcoholismo a partir de investigaciones o estudios. Algunos de estos estudios se basan en la aplicación de pruebas de personalidad, otros, a través de la evaluación de los alcohólicos en consulta externa.

Teniendo en consideración las limitaciones obtenidas en los estudios previos, las investigaciones realizadas en México sobre este problema, también han tratado de encontrar definiciones estrictas es decir, los estudios se enfocan exclusivamente hacia la descripción de los alcohólicos teniendo así las definiciones que se analizan en el siguiente apartado.

1.2. DEFINICIONES DE ALCOHOLISMO.

Se han dado diferentes definiciones sobre alcoholismo porque es difícil definir los límites hasta donde una persona bebe normalmente y cuando deja de hacerlo para ser considerado un alcohólico. Es importante tomar en cuenta las circunstancias individuales, los factores físicos, psicológicos y sociales. No todos los sujetos tienen la misma resistencia a las bebidas alcohólicas ya que la naturaleza del cuerpo, la salud mental, la personalidad y la alimentación son factores que aumentan o disminuyen la tolerancia hacia el alcohol en diferentes grados.

La causa de que el consumo de alcohol se haya convertido en una característica prominente del intercambio social esta en que las personas tímidas e inhibidas se hacen más sociables. (Mayer, 1974).

El alcohol actúa como depresor de las funciones psíquicas, influyendo principalmente sobre el aprendizaje, memoria o el tiempo de reacción. El cambio más característico de la personalidad bajo los efectos del alcohol es la disminución de las inhibiciones, produciendo una pérdida de control tanto sobre el mundo exterior como interior. (Warner, 1975)

El concepto de alcoholismo como una enfermedad fue formulado por Benjamín Rush en 1784, considerando al alcoholismo como una enfermedad del cuerpo, una perversidad del alma y una corrupción de la moralidad, atribuidos a predisposiciones y condiciones ambientales. (Batalla, 1982)

Keller (1958), define al alcoholismo como "una enfermedad crónica psicosomática, la cual se manifiesta así mismo como un desorden de la conducta, caracterizado por ingerir repetidamente bebidas alcohólicas en un grado que excede al uso dietético aceptado por las costumbres sociales de la comunidad y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales y con su capacidad para el trabajo".

Desde el punto de vista neurofisiopatológico, el Dr. Juan Marconi (1967, Pag.34) define al alcoholismo como "una enfermedad crónica caracterizada por un desorden fundamental del Sistema Nervioso Central, el cual se manifiesta en un grupo de síntomas y señales que le dan un carácter imperioso al deseo irresistible de ingerir alcohol". La enfermedad se manifiesta por estados primarios y secundarios de dependencia física hacia el alcohol, la patología persiste una vez que la molestia del Sistema Nervioso Central queda establecida, persistiendo crónicamente aún cuando el individuo deja de beber por mucho tiempo, ya que, el solo volver a tomar un trago restablece los síntomas indicativos de esta dependencia física.

Jorge Valles (1969), menciona que la necesidad por el alcohol nace en el hipotálamo, el cual, al lesionarse ya no se recupera, por lo que el alcohólico no podrá volver a tomar en una forma moderada u ocasional.

La definición adaptada durante el Seminario Latinoamericano sobre Alcoholismo, celebrado en Chile por la O.M.S., proponen al alcoholismo como "un trastorno crónico de la conducta que se caracteriza por la dependencia física, psicológica y social hacia el alcohol, expresado a través de dos síntomas:

- a) Incapacidad de detener la ingestión del alcohol una vez iniciada.
- b) La incapacidad de abstenerse definitivamente de beberlo.

El mismo Comité define al alcohólico como aquel bebedor excesivo cuya dependencia hacia el alcohol le produce alteraciones mentales y físicas que interfieren en sus relaciones interpersonales y en su adecuado funcionamiento social y económico. (1960).

Considera al bebedor excesivo como "cualquier forma de ingerir bebidas alcohólicas que por su intensidad sobrepasa los límites tradicionales o patrones sociales establecidos para este tipo de ingesta". (Ibarra, 1973, Pag 27).

El Dr. Jellineck (1968, Pag. 39.) define al alcoholismo como "cualquier uso de bebidas alcohólicas que cause cualquier tipo de daño al individuo y/o a la sociedad". El partió de la noción básica de daño o lesión provocado por el uso de etanol. Afirma que si una lesión orgánica o una anomalía fisiológica puede inducir a una forma anómala de ingestión de alcohol, ésta última debe ser considerada como un proceso patológico.

Jellineck (1960) ha reunido una extensa bibliografía sobre alcoholismo y clasifica las siguientes definiciones de acuerdo a los criterios que se reproducen a continuación:

a) Definición que considera al alcoholismo como un progreso de adicción farmacológica.

"La pérdida del control sobre el uso del alcohol, cambio de tolerancia, síndrome de abstinencia y el dejar todos los demás intereses en favor de una preocupación por el uso de alcohol, son todos los criterios de adicción". (Pfeffer, 1956 en Jellineck, 1960).

B) Definición del alcoholismo en términos físicos y fisiopatológicos.

"Una enfermedad química, es un desbalance entre el cerebro delantero y el posterior, el alcohol, al deprimir la función del cerebro anterior, ayuda al escape de la ansiedad. El recurso frecuente a dicho escape establece un reflejo condicionado" (Dent, 1941 en Jellineck, 1960).

C) Definiciones que destacan al alcoholismo como una enfermedad psicológica.

"El alcoholismo pertenece a las enfermedades con estrés deprimente, en sus aspectos psicológicos y fisiológicos". (Wilkins, 1956 en Jellineck, 1960).

"El alcoholismo es una enfermedad (interpretada en términos psicodinámicos), y un reflejo condicionado con componentes en un nivel farmacológico". (Wexber, 1949 en Jellineck, 1960).

D) Definiciones que hacen referencia a variables psicosociales.

"La adicción al alcohol es una enfermedad dependiente de un estado psicológico y hecho posible por una variable sociológica de actitudes hacia beber por el efecto reductor de tensión del alcohol". (Ullman, 1953 en Jellineck, 1960).

Griffith E. (1986), dice: "Alcoholismo, en su sentido general, es el daño en la salud de un individuo o en el deterioro de su adaptación social y familiar provocado por el consumo de alcohol, ya sea ese daño agudo o crónico".

En la actualidad la American Society of Addiction Medicine (A.S.A.M): Sociedad Americana De Medicina De Adicciones y el National Council on Alcoholism and Drug Dependence (NCADD): Consejo nacional de alcoholismo y Drogadependencia ,definen el alcoholismo de la siguiente manera :

"Es una enfermedad primaria y cronica, producida por factores genéticos, psicosociales y ambientales .Es progresiva y mortal.

Esta caracterizada por continuas o periódicas perdidas del control de la bebida, abuso del alcohol a pesar de las consecuencias adversas que produce, distorsiones del pensamiento y notable negación." (Cormillot 1992).

Según la organización Mundial de la salud:

Son alcohólicos aquellos que beben en exceso y cuya dependencia respecto al alcohol a alcanzado un grado tal, que determina la aparición de visibles perturbaciones interpersonales, intrapersonales, físicas y en el adecuado funcionamiento social y económico.

También lo son quienes muestran los signos iniciales de estos fenómenos. En síntesis , el bebedor alcohólico a perdido la capacidad de abstenerse de beber y una vez que a comenzado a hacerlo, no puede detenerse (Cormillot 1992).

A través de la exposición anterior se comprende que es muy difícil, por la complejidad de los factores que integran la génesis y el desarrollo del alcoholismo, llegar a una definición completa y satisfactoria.

La definición que se acepta para fines de este trabajo es la dada por el Dr. Marx Keller (1958), por considerarla la más adecuada, ya que contiene los siguientes elementos:

- 1.- Señala que el alcoholismo es una enfermedad, y coloca al trastorno dentro de los problemas de salud.
- 2.- Distingue al alcoholismo de la intoxicación alcohólica aguda, al establecer la cronicidad como aspecto básico.
- 3.-- Implica que la característica esencial es, la ingestión excesiva de alcohol, pese a la desaprobación general, es decir, cierta dependencia, lo cual incluye al alcoholismo dentro de las farmacodependencias físicas y/o psicológicas.
- 4.- Señala la existencia de un daño físico o mental.

1.3. CLASIFICACION DEL ALCOHOLISMO

La clasificación "Jellineck", denominación que corresponde al apellido del notable investigador norteamericano Emmanuel Jellineck, fue modificada desde el Seminario Latinoamericano, efectuado en Chile en el año de 1960, en donde el tema central fue justamente el alcoholismo. De acuerdo con esas innovaciones surge la siguiente clasificación para América.

1.- ABSTINENCIA DE ALCOHOL.

Es la ausencia absoluta del consumo de alcohol o su consumo en cantidades moderadas, no superiores a cinco oportunidades en el año, y en ocasiones excepcionales.

2.- CONSUMO MODERADO DE ALCOHOL

Consiste en consumo habitual menor a 100 ml. de alcohol absoluto por día, y/o la presencia de menos de dos estados de embriaguez al año.

3.- CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Se caracteriza por el consumo habitual (mas de tres días a la semana), a causa de la dependencia psicopatológica o sociocultural, de más de 100 ml. de alcohol absoluto (o lo que es lo mismo, más de un litro de vino, más de dos litros de cerveza, más de un cuarto de bebidas tales como coñac, whisky, tequila, ron, vodka, etc.), al día, o en caso análogo, la presencia de doce o mas estados de embriaguez al año.

4.- CONSUMO PATOLOGICO O ALCOHOLISMO.

Es una enfermedad caracterizada por la presencia regular de dependencia al etanol, siendo su índole de tipo socio-cultural, psicopatológica o física. Esta dependencia se manifiesta como una tendencia inmodificable a la ingestión alcohólica, contra la cual el paciente se encuentra poco menos que indefenso.

Existe una clasificación dada por el Dr. Alberto Cormillot en 1992 en su libro *Beber o no Beber*, en la cual diferencia tres tipos de bebedores.

1) Bebedor no problemático.

(A) Bebedor Ocasional: Raramente beben alcohol, solo lo hacen en acontecimientos especiales y raramente llegan a la ebriedad.

(B) Bebedor Moderado: Bebe con más frecuencia que el anterior pero nunca más de una o dos copas, no busca llegar a la ebriedad y de hecho lo evita, no le trae trastornos o complicaciones.

2) Bebedor Problema.

A) Bebedor Social: Siempre que están en una situación social necesitan tomar alcohol para sentirse más sueltos, pueden no beber en otras situaciones pero en las reuniones sociales no limitan su consumo.

B) Bebedor Fuerte: Son personas que beben mucha cantidad de alcohol en diferentes momentos del día, la bebida es una parte importante de su vida, en algunos casos pueden padecer complicaciones físicas por su manera de beber, pero como no han perdido el control sobre la bebida, rara vez llegan a tener complicaciones familiares, laborales o sociales. Suelen elegir donde y con quien emborracharse.

C) Ebrios Ocasionales: Son bebedores fuertes que en ocasiones buscan voluntariamente emborracharse, ya que borrachos pueden ocasionar problemas a ellos y a los que los rodean, su forma de beber se relaciona con una idea de diversión y no con una necesidad física.

3) Bebedor Alcohólico.

La brecha que separa este bebedor de los bebedores problema es la pérdida de control sobre la ingestión.

El alcohólico ya no puede controlar ni elegir el momento en que va a beber, la cantidad ni los efectos del alcohol en su organismo.

Tiene trastornos progresivos en las distintas áreas de su vida; física, mental, emocional, familiar, social, laboral y espiritual.

La clasificación que se utilizara para sustentar este trabajo será la de Jellineck ya que se considera la más adecuada.

1.4. FASES DEL ALCOHOLISMO

El Doctor E. M. Jellineck, 1960 llevó a cabo investigaciones con más de dos mil alcohólicos, cuyos resultados ilustran las llamadas cuatro fases del alcoholismo:

- A.- Fase Pre-alcohólica.
- B.- Fase Prodómica.
- C.- Fase Crítica.
- D.- Fase Crónica.

A.- FASE PRE-ALCOHOLICA.

El primer contacto del futuro enfermo con el alcohol es el consumo ocasional de alivio, o sea, una afición en que directamente se considera a las bebidas embriagantes como una droga tranquilizadora, el aficionado bebe regular cantidad y va a su hogar a descansar tranquilamente, sin causar molestias, es un camino cómodo descubierto por él para vivir feliz. Sin embargo, el uso constante del alcohol va modificando el metabolismo químico del organismo y sube la tolerancia para el mismo, o sea, que el bebedor cada día acepta mayores cantidades de licor y siente el mismo efecto que tiempo atrás le hacía una sola copa; en este estado ve a un "borracho" débil, se extraña que él necesite mayor cantidad de licor para llegar a la embriaguez, esta convencido de que cada día "aprende a beber".

B.- FASE PRODOMICA.

Esta fase es puramente sintomática y marca el inicio de la carrera alcohólica, dentro de esta fase se identifican siete características básicas:

- 1.- Amnesia Alcohólica.
- 2.- Beber subrepticamente.
- 3.- Preocupación por el alcohol.
- 4.- Beber con avidez.
- 5.- Sentimiento de culpa por la manera de beber.
- 6.- Evita hablar de alcohol en sus conversaciones.
- 7.- Aumento en la frecuencia de los palimpsestos o lagunas mentales.

En esta fase Prodómica la compulsión aún no se ha desarrollado mucho, y es factible que el enfermo pueda ser encauzado a través de una campaña preventiva contra el alcoholismo.

El joven que a estas alturas comprende que es alcohólico, entiende que no deberá beber más porque el alcohol, que para otras personas es un vehículo de relación social, para él, es un veneno, que despierta en su organismo la compulsión física por ingerirlo y la obsesión mental de seguirlo tomando.

Esta fase puede durar de meses hasta cinco años, según la constitución física y la preparación cultural de su poseedor, las relaciones sociales, la personalidad ética del enfermo, contribuyen a que se alargue esta fase, sin embargo se han visto infinidad de casos, en los que el enfermo no pasa por la fase prodrómica, sino que desde la primera vez que prueba el alcohol entra en la fase crítica; estos casos indudablemente no ofrecen ninguna "defensa física" al desarrollo de la enfermedad y entran de lleno al "calvario alcohólico".

C.- FASE CRITICA.

En esta etapa se presenta una pérdida de control sobre la bebida. Al tomar la primera copa, el sujeto pierde su resistencia hacia el alcohol y no puede dejar de beber o controlar la cantidad de alcohol llegando hasta la intoxicación, una vez que se presenta ésta, puede abstenerse de beber voluntariamente durante períodos variables.

Se presenta una racionalización hacia la bebida, considerando que todavía puede manejar la situación, busca y encuentra explicaciones para convencerse que no ha perdido el control sobre la bebida, se vuelve contra la depresión y contra los reproches de quienes le rodean.

En esta fase se desarrolla la enfermedad propiamente dicha, en la cual, una vez que cae el alcohólico, sigue su curso hasta llegar a su destrucción; se inicia con la necesidad de beber más de una copa.

Se reconocen 23 subfases características de esta fase:

- 8.- Pérdida del control (agresividad).
- 9.- Razona su comportamiento de bebedor.
- 10.- Trata de neutralizar las presiones sociales.
- 11.- Ilusión de grandeza (comportamiento fanfarrón).
- 12.- Conducta marcadamente agresiva.
- 13.- Remordimientos persistentes.
- 14.- Períodos de abstinencia completa
- 15.- Modifica sus hábitos de beber.
- 16.- Alejamiento de los amigos.
- 17.- Renuncia de los empleos.
- 18.- La bebida llega a ser el centro de sus actividades.
- 19.- Pérdida de los intereses externos.
- 20.- Nueva interpretación de sus relaciones interpersonales.
- 21.- Compasión de sí mismo (mártir).
- 22.- Fuga geográfica (escondarse, perderse, etc.).
- 23.- Cambio en las costumbres familiares.
- 24.- Resentimientos irrazonables.
- 25.- Protección de su abastecimiento de alcohol.
- 26.- Descuido de su propia alimentación.
- 27.- Primera hospitalización.
- 28.- Disminución del apetito sexual.
- 29.- Celos de los alcohólicos.
- 30.- Beber en ayunas todos los días.

Este período de la alcoholomanía puede ser corto o largo de acuerdo con la constitución física del enfermo o el grado de cultura o formación ética; él trata por todos los medio posibles por no llegar a la ruina y se sobrepone por cortos períodos a caer en el desprestigio social, no obstante su lucha, sus resistencias sucumben ante la compulsión física y la obsesión mental por la bebida, y la enfermedad sigue su marcha.

D.- FASE CRONICA.

En esta etapa la necesidad de beber tiene un carácter obsesivo e impulsivo, se puede realizar cualquier acto con tal de conseguir su objetivo, llegando a beber cualquier cosa que lo contenga, aquí, se observa un menoscabo de las facultades mentales, con trastornos en el pensamiento, temblores persistentes y con una disminución en la tolerancia hacia al alcohol que puede llevarlo a un estado de estupor.

Se reconocen quince aspectos característicos de esta fase:

- 31.- Período de embriaguez prolongada.
- 32.- Marcado deterioro moral.
- 33.- Disminución de las capacidades mentales.
- 34.- Trastorno Psicótico inducido por el alcohol, con ideas delirantes y/O con alucinaciones (DSM IV, 1995).
- 35.- Bebe con personas socialmente inferiores, llegando a perversiones y degeneraciones.
- 36.- Consumo de productos industriales.
- 37.- Disminución de la tolerancia para el alcohol.
- 38.- Temores indefinibles.
- 39.- Temblores persistentes.

- 40.- Inhibición psicomotora (S.N.C. en decadencia).
- 41.- La ingestión del alcohol toma un carácter obsesivo (el alcohol se ha apoderado de la mente del enfermo, no puede prescindir del alcohol ni un momento).
- 42.- Vagas aspiraciones religiosas.
- 43.- Todo el sistema racionalista se quebranta.
- 44.- Hospitalización definitiva.
- 45.- Pérdida de la vida.

Finalmente al alcohólico le espera la muerte, en un hospital de enfermedades mentales, por accidente debido a los peligros que se expone o va a un centro de readaptación social por algún delito cometido bajo los efectos de embriaguez.

C A P I T U L O 2

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INGESTA DE ALCOHOL

2.1. FACTORES PSICOLOGICOS

Desde hace muchos años, sobre todo bajo la influencia del psicoanálisis, la búsqueda de una "personalidad prealcohólica" o de los rasgos de carácter "típicos del alcohólico" ha llevado a diversos autores a sostener hipótesis que de hecho son divergentes unas de otras y aún contradictorias. Tienen la intención común de poner en evidencia las tendencias específicas que dentro del plano etiológico llevan a los individuos al consumo excesivo de alcohol.

Dentro de este modelo esta incluido un alto rango de interpretaciones de la etiología del abuso de alcohol, basada en teorías de la personalidad psicodinámicas y psicoanalíticas.

Algunas investigaciones han señalado que las características más comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son las siguientes:

Se trata de personas neuróticas e incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduros, tendientes al aislamiento, dependientes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad (Emrick, 1975).

También se dice que suelen ser sujetos que sufren en la infancia privación emocional y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares; pero la verdad es que todas las características dichas anteriormente, así como experiencias infantiles, pueden darse en los individuos que desarrollan diferentes formas de neurosis e incluso en quienes alcanzan un desarrollo normal de la personalidad (Niño Hurtado, 1983).

Enrick (1975), observo que la teorías psicodinámicas del abuso del alcohol se basan en una combinación de tres supuestos que son:

1)El alcoholismo representa una necesidad de poder y de autonomía.

2) El alcoholismo es el resultado de tendencias inconscientes de autodestrucción, homosexualidad latente o fijación de la etapa oral de desarrollo psicosexual.

3)El alcoholismo esta relacionado con las necesidades de reprimir hostilidad y dependencia.

La evidencia de estas explicaciones esta en la actualidad inconclusa, en parte debido a la falta de estudios en los que estos factores son usados para prevenir-predecir el abuso del alcohol que exhiban un comportamiento dependiente. Este puede ser el resultado de su exceso en el beber más que la causa (Niño Hurtado, 1983).

Edward y Griffith (1986) mencionan que de acuerdo con la experiencia de los psicoterapeutas más reconocidos en el campo del alcoholismo, las interpretaciones psicodinámicas que en forma recurrente y más frecuente pueden reconocerse, son las siguientes:

1) La ingestión excesiva de alcohol puede ser un indicador de que el individuo intenta identificarse con el padre alcohólico u otra figura importante de su infancia. Dentro de una explicación como esta, ni siquiera es necesario que el padre haya sido realmente un bebedor excesivo; lo importante es la experiencia traumática de un niño que crecen en el seno de una familia en la que el alcohol desempeña un cierto papel, dentro del marco de conflictos emocionales no resueltos.

2) Relacionado también con el proceso de identificación, el bebedor puede buscar su autodestrucción por considerarse merecedor de una pena o castigar a su padre en su propia persona; con su conducta, puede buscar el sufrimiento de quienes "causaron" el alcoholismo de su idealizada figura.

3) La alcoholización repetida se utiliza como una forma de evadir las responsabilidades de la vida adulta. La droga tiene el valor de su efecto farmacológico y simboliza el alimento materno, el cuidado recibido en la infancia o la madre que prodiga calor y afecto incondicional.

Existen además otras hipótesis y teorías psicológicas complementarias. Los grupos conductistas también han señalado que el sujeto alcohólico aprende a beber , bebe excesivamente y permanece en el alcoholismo, por lo que el alcohol le sirve a un propósito "útil". En otras palabras, su conducta de bebedor le recompensa y le refuerza de una manera continuada. El "premio" puede estar constituido por los cambios psicológicos placenteros que induce el alcohol, la supresión subjetiva del estrés o la posibilidad de vivenciar experiencias distintas y agradables. Se ha dicho también que la conducta aprendida del bebedor joven es resultado de su necesidad de copiar un comportamiento adulto, y que los efectos reforzadores son variables en cada caso:

- * La aprobación del grupo.
- * La facilitación social.
- * La relajación ante personalidades cotidianas.
- * Sentirse independiente
- * Sentirse seguro de sí mismo, etc.

En resumen se habla de un comportamiento aprendido (Souza y Machorro, 1988).

2.2 FACTORES SOCIALES

Uno de los caminos más prometedores en lo se refiere a la patogenia del alcoholismo es precisamente el estudio de los factores sociales que favorecen su desarrollo. Numerosos estudios señalan algunos hechos que, indudablemente, afectan la incidencia o la ausencias del alcoholismo en los diferentes grupos sociales, regiones y naciones. Se sabe ya algo acerca de las diferencias socioculturales que acentúan el problema en el norte de Francia, en países como Suecia, Suiza, Polonia, Estados Unidos, en tanto que permiten un índice de morbilidad relativamente bajo en Grecia, China e Israel (Leake y Silverman, 1966). El National Institute of Mental Health Alcohol and Alcoholism (1972) señala que las investigaciones más dignas de crédito indican que los grupos sociales con menor índice de alcoholismo tienen las siguientes características:

- a) Desde pequeños, los niños ingieren bebidas alcohólicas pero en poca cantidad, muy diluidos y siempre dentro de un grupo familiar unido.
- b) Por lo general se consumen bebidas de bajo contenido alcohólico.
- c) Las bebidas se consideran alimentos y se consumen comúnmente con las comidas.
- d) Los padres son ejemplos de bebedores moderados.
- e) Las bebidas no tienen ningún valor subjetivo.

f) La abstinencia es una actitud socialmente aceptable, no así el beber en exceso.

g) Finalmente, existe un acuerdo total respecto de lo que pueden llamarse las "reglas del juego en el beber".

Estos hallazgos apoyan las explicaciones que algunos autores ofrecen como base de ciertos "modelos sociológicos". Bales (1946), por ejemplo, con base en la revisión de numerosos estudios culturales y transculturales, propuso que existen tres formas en las que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo, a saber, el grado en el que una cultura genera en los individuos fuertes necesidades de adaptación a sus tensiones internas, las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros respecto al consumo de alcohol, y la medida en que le provee sustitutos para la satisfacción de sus necesidades.

Bales (1946) supone que una sociedad que genera tensiones internas como culpabilidad, agresión contenida, conflictos sociales, insatisfacción sexual y cuya actitud hacia el alcohol es la de aceptarlo utilitariamente como un reductor de tales tensiones, es una sociedad que tiende a producir un alto porcentaje de alcohólicos.

Otra teoría interesante, ésta de carácter subcultural, es la que propone que algunos individuos se sienten alineados de su propia sociedad, de la cual no aceptan ni asimilan los valores éticos, y que, este estado psicológico especial denominado "anomia", favorece la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas y, en general, a usar drogas que causan dependencia (Velazco, 1988).

La anomia puede entenderse como una actitud individual o como una condición social; a pesar de que ambas interpretaciones se aplican a realidades distintas, se supone que los individuos caracterizados por la anomia son más propensos a mostrar conductas no aceptadas por la sociedad en la que viven, como en el caso del consumo excesivo de bebidas alcohólicas hasta llegar al alcoholismo verdadero (Velazco, 1988).

Cahalan, Cisin y Crossley (1969), señalaron un número de variables demográficas relacionadas con el uso y el abuso de bebidas alcohólicas.

Generalmente, las tasas altas de abuso están asociadas con niveles socioeconómicos bajos, urbanización y hogares dañados o destrozados. Así mismo, los antecedentes étnicos están también relacionados con la forma de beber.

Muchos grupos sociales establecen contextos específicos para el uso del alcohol y sanciones para el abuso.

Estas formas de comportamiento son informalmente transmitidas en una cultura a través del proceso de socialización. Se tiende a abusar menos del alcohol cuando las normas para el abuso de éste son definidas estrechamente (cuestiones religiosas) y cuando el castigo social para el abuso es estricto, también hay evidencia para apoyar la noción de que los patrones de beber con abuso son transmitidos dentro de un grupo familiar, por el rol o papel del moldeamiento social (Bandura, 1974).

En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S., 1980), se describe que en ciertos países donde el consumo del alcohol ha sido tradicional, nuevos segmentos de la población, principalmente las mujeres y los jóvenes, se han venido involucrando cada vez más en el uso y abuso de bebidas alcohólicas, en algunos casos de estos países, los hábitos tradicionales del consumo moderado de alcohol han cedido lugar a nuevos hábitos que generalmente acarrearán mayores problemas, como el empleo de bebidas con mayor contenido alcohólico, el aumento del consumo y la aparición de costumbres más independientes de las restricciones tradicionales.

Existe alrededor de las bebidas alcohólicas toda una cultura que conforma las costumbres del consumo y el tipo de bebida que se consume, así como los lugares y modos de ingesta. Estas costumbres están relacionadas con las creencias y valores de la sociedad.

Es indiscutible que cada sociedad impone sus reglas de ingestión, determinando las actitudes y conductas que son legítimas y las que no lo son. Si partimos de la base de que existe una cultura en torno a las bebidas alcohólicas, podríamos entonces señalar que la ingesta del alcohol está vinculada a conductas que se aprenden en el grupo social y se manifiestan llegando el momento (Niño Hurtado, 1983).

2.3. FACTORES COGNITIVOS

Se tienen pocos estudios que tomen en cuenta factores cognitivos en el alcoholismo.

Se considera que los factores cognitivos pueden ser los que tienen mayor influencia en los estados emocionales, como efecto de un patrón general de excitación simpática, diferente de un estado a otro; esto sugiere entonces, que un estado emocional puede ser considerado como función de un estado de excitación fisiológica y de una cognición apropiada del mismo que ejerce una función conductora.

En el alcoholismo dicho proceso se puede aplicar en cuanto a que una persona puede sentir ansiedad por ejemplo, y asocia el alcohol a un factor que lo relaja y tranquiliza (Niño y Cárdenas (1984).

Las bases teóricas de la Terapia Racional Emotiva (TRE) explican al alcoholismo de la siguiente manera, los alcohólicos están influidos en alguna medida, por ideas irracionales como éstas: es terrible y catastrófico que las cosas no sean como a ellos les gustaría que fueran; y sin embargo no tratan de cambiarlas.

Se dicen a sí mismo que siempre hay una forma correcta de hacer cualquier cosa y que ellos deberían ser aprobados, competentes y eficaces en todos los aspectos, pues los que se equivocan deben ser castigados, piensan en las personas básicamente malas; es decir, tienen un concepto muy estricto de lo que "debería ser" (Lozoya, 1984).

Por otra parte se cree a menudo, de cualquier manera, que los alcohólicos tienen un pobre autoconcepto, que cambia a ser más positivo después del consumo de alcohol, pero Vandorpool (1969) en un estudio intentó confiar esto y por el contrario, observó que la bebida tiende a disminuir los pensamientos relativos a la autoestima más que aumentarlos.

2.4. FACTORES BIOLÓGICOS

Los factores biológicos en el alcoholismo pueden abordarse más objetivamente que los demás, lo cual no significa que se les considere más importantes; éstos pueden dividirse en factores fisiológicos y genéticos (Velazco, 1988).

FACTORES FISIOLÓGICOS

Durante los últimos años se ha estudiado intensamente el metabolismo del etanol, las respuestas orgánicas que provoca y su influencia en la evolución de la enfermedad, además de sus complicaciones físicas y psicopatológicas. Aunque de estas investigaciones se han derivado conocimientos de indudable utilidad, queda aún sin respuesta la pregunta de si el alcoholismo es meramente una aberración fisiológica.

La teoría de la Alergia como causa del alcoholismo postula la presencia de un factor humoral específico que provoca, por así decirlo, una mayor "apetencia" orgánica por el alcohol. De las investigaciones que realizaron con animales y con seres humanos, Haggord y otros investigadores llegaron a conclusiones semejantes, a saber, que cualquiera de las sustancias que se encuentran en las bebidas alcohólicas incluido el etanol, pueden inducir estados alérgicos (Velazco, 1988).

La teoría genotrófica sugiere que los alcohólicos tienen un defecto genético en la producción de las enzimas necesarias para metabolizar ciertas sustancias de los alimentos; la deficiencia nutricional que resulta, provoca una especie de "sed fisiológica" por el alcohol, de manera que la primera ingestión desencadena un deseo incontenible, cuyo fundamento fisiológico es probablemente una disfunción hipotalámica (Mendelson, 1964).

Con base en algunas observaciones clínicas se llegó a pensar, y, más tarde a comprobar, que la ingestión continua de alcohol estimula la síntesis de las enzimas necesarias para metabolizarlo (Mendelson, 1966). Los investigadores descubrieron que tanto los individuos alcohólicos como en los abstemios la velocidad de metabolización del alcohol aumenta si éste se administra en grandes cantidades durante un período de dos semanas. Ambos grupos muestran también un aumento en la producción de cortisona, que intensifica la actividad enzimática en otros sistemas biológicos.

Al parecer, la producción de cortisona en los sujetos alcohólicos forma parte de una reacción general ante el consumo de alcohol y es posible que esté relacionada con el aumento de la angustia durante ciertos períodos, principalmente cuando se presentan los síntomas de la abstinencia. Por lo general los individuos sanos no muestran incrementos tan altos y prolongados en la producción de cortisona, ni tampoco al término de una intoxicación alcohólica aislada, lo cual denota una clara diferencia fisiológica con los sujetos habituados a la alcoholización prolongada. (Mendelson, 1966).

Una hipótesis reciente sostiene que en los individuos alcohólicos existe un defecto en la metabolización del acetaldehído (el primer producto de la degradación del etanol) que resulta en la producción de compuestos precursores de los alcaloides opiáceos. Parecería entonces que el cuerpo produce entonces sus propias sustancias adictivas y que existen bases fisiológicas comunes a todas las farnacodependencias, lo cual a su vez, explicaría por qué los alcohólicos desarrollan con frecuencia tolerancia no sólo al alcohol sino también a otras drogas (Davis, 1970).

El papel que estos factores juegan en la evolución del alcoholismo es muy claro, el alcohol tiene un efecto depresor sobre el sistema nervioso central que depende de la duración y la cantidad de la ingestión; una vez que se metaboliza y sus efectos desaparecen, el tejido nervioso reacciona con una mayor excitabilidad durante un período proporcional. Las manifestaciones clínicas de la acción depresora varían desde fenómenos psíquicos relativamente simples, hasta la supresión de los centros vitales y la muerte. Las signos y síntomas de la excitabilidad secundaria se manifiestan por lo común "a la mañana siguiente", en forma de temblores o agitación y molestias que pueden aliviarse temporalmente al ingerir otra vez alcohol; esta mejoría se hace cada vez más urgente e importante para el bebedor conforme su trastorno progresa, eventualmente se convierte en una necesidad y se establece una dependencia física y psicológica (A.M.A., 1973).

FACTORES GENETICOS

En relación con los factores genéticos, los estudios realizados por diversos autores, al parecer, demuestran la naturaleza familiar del alcoholismo pero, de acuerdo con éstas y otras investigaciones, el impacto de los posibles factores familiares depende de la severidad del alcoholismo de las personas sometidas a la investigación. Cuando se trata de alcohólicos hospitalizados, puede afirmarse que alrededor del 50% de los familiares de primer grado (padres, hermanos e hijos), padece o padecerá alcoholismo (Shuckit, 1977).

Los estudios realizados con gemelos han sido muy importantes para establecer la naturaleza genética de los factores patogénicos. En éstos se parte de la premisa de que: al comparar el grado de concordancia entre gemelos alcohólicos genéticamente idénticos (monocigóticos) con el de los gemelos bivitelinos (dicigóticos), pueden obtenerse datos concluyentes acerca de la importancia de la herencia en el alcoholismo. Entre las investigaciones más importantes destaca la de Kaij (1960) en Suiza, quien estudió a 174 pares de mellizos, de los cuales por lo menos uno de cada par era alcohólicos registrado en el consejo de Temporancia. Kaij reportó que había una concordancia de 54% en los gemelos univitelinos o monocigóticos, y, de 28% para el caso de los gemelos dicigóticos o bivitelinos. También observó que cuanto más grave era el síndrome en el primer mellizo identificado, había mayor concordancia con su pareja.

Los análisis posteriores de la muestra lo llevaron a concluir que el deterioro de la vida social y del funcionamiento cerebral de los alcohólicos es mayor en los gemelos monocigóticos y que existe una relación directa entre esta condición y el deterioro mismo.

Otros estudios realizados con 133 parejas de mellizos monozigóticos y con 471 parejas de mellizos dicigóticos, que tenían entre 28 y 37 años de edad, obtuvieron resultados diferentes a los de Kaij. Se encontró que existe una relación directa entre la gravedad del alcoholismo y la frecuencia y la cantidad de la bebida, pero no con las consecuencias sociales. Esta discrepancia quizá se deba a la diferencia de las muestras (Partanen, Bruun y Markkannen, 1966).

Por último en relación a la influencia genética, se menciona la conclusión a la que llegaron los autores del Quinto Reporte Especial dirigido al Congreso de los Estados Unidos, acerca del alcohol y la salud (1984).

"Se ha establecido con certeza que la herencia interviene en la determinación de la susceptibilidad individual respecto del alcoholismo. La influencia genética puede identificarse, por lo menos, en un 35 a 40% de las personas que abusan del alcohol, sean hombres o mujeres. Las personas que tienen un padre alcohólico, corre un riesgo mayor.

Puede decirse que hay diferentes maneras de abusar del alcohol, cada una ligada a una predisposición genética que interactúa con un ambiente particular.

Los factores hereditarios también afectan las respuesta personales ante el alcohol; por ejemplo, la conducta durante la intoxicación, la sensibilidad del sistema nervioso central y de otros sistemas al etanol, la velocidad de eliminación de éste, el desarrollo de la tolerancia y el avance hacia la dependencia física".

2.5. PROCESO CICLICO

Este proceso cíclico involucra los factores individuales y los factores socioculturales.

Cuando se tiene la intención de valorar con mayor precisión los factores etiológicos del síndrome de dependencia del alcohol, puede pensarse que los elementos más valiosos son los mejor definidos, reconocibles y demostrables. De ser así sólo consideraríamos como verdaderos alcohólicos a los sujetos que sufren una dependencia física, es decir, que al suprimir la ingestión de alcohol presentan el síndrome de abstinencia (estado psicológico bien conocido y fácilmente diagnosticable). Si esto se acepta en principio, un buen estudio de la manera en que se genera la dependencia, desde el punto de vista fisiológico, nos llevará a conocer las causas que determinan el alcoholismo.

Sin embargo, actualmente se sabe que los signos y síntomas propios del síndrome de abstinencia solo ocurren como una expresión fisiológica de la disminución, relativamente súbita, del nivel de alcohol circulante en la sangre de los individuos que lo han consumido en cantidades suficientes y durante mucho tiempo.

Por desgracia no es posible analizar este hallazgo mediante la observación experimental directa, la única alternativa es confiar en la explicación que los sujetos hacen de sus propias observaciones y es la única manera de reconstruir la historia del desarrollo de la dependencia (Velazco, 1988).

Los trabajos de Víctor y Adams demostraron claramente que la supresión del alcohol por sí misma es suficiente para desencadenar el síndrome de abstinencia, dato que se confirmó posteriormente en estudios experimentales realizados con humanos (Isbell, 1955). Sin embargo, esto no demuestra del todo los factores que contribuyen al desencadenamiento de la sintomatología.

En relación con el asunto de la intoxicación crónica, se menciona la "necesidad fisiológica" que el alcohólico tiene de seguir bebiendo para evitar los signos y síntomas de la abstinencia.

Si esto se llegara a comprobar experimentalmente, se habría identificado el factor determinante de la dependencia del alcohol. Si bien tal conocimiento no aclararía porque ciertos individuos empiezan a consumir bebidas alcohólicas, daría la explicación fisiológica de porqué continúan bebiendo hasta llegar a la dependencia física. Pero tampoco esta hipótesis se basa en hechos comprobados experimentalmente.

Si el alcohólico bebe para evitar, aún inconscientemente, presentar el síndrome de abstinencia, cabe esperar que beba para mantener cierto nivel de alcohol en la sangre, empero, las investigaciones realizadas tanto en animales como en primates, muestran una marcada variación en la autoadministración de alcohol como lo muestran los estudios de Mello y Mendelson en 1972 (Velazco, 1988).

Así definitivamente, intervienen otros factores condicionantes, de modo que la disminución de los niveles de alcohol en la sangre, no explica la compulsión a seguir bebiendo.

Algunos autores interesados en el análisis experimental de la conducta proporcionan datos que permiten elaborar una hipótesis acerca de los factores que contribuyen a perpetuar la ingestión de alcohol, es decir, a mantener la dependencia.

Las explicaciones conductista tienden a considerar que los llamados "reforzadores" de la conducta, lo son en función de la calidad de los estímulos provocadores de respuestas, sin dar la importancia a las relaciones funcionales que existen entre los propios eventos y el comportamiento del sujeto que los experimenta (Velazco, 1988).

Morse y Kellerhert (1977) en sus trabajos demuestran que las características esenciales de los estímulos que "preman" (refuerzan) y de los que "castigan" (inhiben), radican en la forma en la que cambian la conducta y no en las propiedades o cualidades de los eventos mismos. Así se explica que los mismos estímulos sean a veces reforzadores y a veces inhibidores, de acuerdo con las condiciones en que se presenten. Las supuestas propiedades de un estímulo, como la provocación de náuseas y la ansiedad por ingerir alcohol, no deben hacernos olvidar que tales eventos son sólo una parte de un complejo total de estímulos que, aparentemente, tienden a mantener la ingestión de alcohol.

Al optar por cualquier corriente o teoría, como la única para explicar la etiología y el mantenimiento del alcoholismo, se corre el riesgo de ser reduccionista y excluyente de variables que inciden en la experimentación.

Así haciendo mención de una frase del Doctor Edwards en 1986, en la publicación "Tratamiento de Alcohólicos", se podría decir o concluir que "es imposible que pueda existir una causa única y aislada responsable de que un individuo beba excesivamente". Cualquier enfoque terapéutico que parta de supuestos simplistas, como el de que el alcoholismo siempre implica un trastorno de la personalidad o siempre constituye la expresión de motivos inconscientes, está equivocado, el mejor tratamiento del alcoholismo es el que deriva de un enfoque integral de su etiopatogenia (Velazco, 1988).

C A P I T U L O 3

A L C O H O L I C O S A N O N I M O S

3.1. ANTECEDENTES DE LA ASOCIACION DE ALCOHOLICOS ANONIMOS

Alcohólicos Anónimos (A.A.) nace en los años 30, en una época de profunda crisis económica y plagada de conflictos a nivel mundial.

En los Estados Unidos se agudizaron problemas con el desempleo, el crimen organizado y la delincuencia. La inseguridad económica y las fricciones internacionales se reflejan en diversas conductas tales como el alcoholismo.

En este cuadro, es donde se inician las actividades de un movimiento religioso Evangelista "El grupo Oxford", que se dedicaba a la rehabilitación de alcohólicos. Sus postulados completamente moralistas-religiosos, presionaban a los sujetos para que admitieran su problema e impotencia para resolverlo. Esto sirvió de base para que un ex-alcohólico cuyo nombre sólo se registra como Bill W., comenzara a reclutar alcohólicos con el propósito de rehabilitarlos.

Inicia sus trabajos con la lectura del libro "Variedades de la experiencia Religiosa", de William James.

Según James, las dos actitudes que se pueden adoptar frente a la religiosidad son las de "equilibrio mental" y las de "alma enferma".

La primera manifiesta despreocupación y optimismo. La segunda manifiesta melancolía y pesimismo.

James considera que la segunda actitud tiene un ámbito más amplio de experiencias, pues son los males los que hacen comprender mejor el significado de la existencia, a lo cual menciona que hay "almas nacidas una vez" y almas que necesitan renacer para alcanzar la unificación característica de la religiosidad. El proceso del doloroso conflicto interior (conversión), se resolverá gradualmente por "Lisis" o inesperadamente por crisis.

Basado en estos principios, inicia James su labor con sujetos con problemas de alcoholismo, descubrió que no se podía exigir de todos los sujetos una misma respuesta de experiencias religiosas y, mediante la búsqueda de nuevos miembros encontró a un sujeto que sólo está registrado como Dr. Bob, con quien a partir de junio de 1933, fundó la Asociación de Alcohólicos Anónimos y en 1939 editaron el primer libro de la Asociación, titulado: "Alcohólicos Anónimos" considerado como la "espina dorsal" de la cual arrancaría toda su literatura.

A pesar de no registrarse fechas, el movimiento se extendió por varias ciudades de Norteamérica, impulsado en parte por las publicaciones aparecidas en diferentes editoriales que versaban sobre los trabajos realizados por la organización. A partir de entonces, la creación de grupos tomó modalidades diversas según la demanda y las oportunidades que se tenían para atenderlos, actualmente existen grupos A.A. en todo el mundo, que trabajan por mantenerse sobrios y hacer crecer la organización (Vázquez, 1993).

3.2. COMO TRABAJA ALCOHOLICOS ANONIMOS

Es de importancia el abordar en esta tesis el tema de como trabaja A.A. ya que como se sabe existen miles de hombres y mujeres para quienes no había remedio. La mayoría se han recuperado; han resuelto el problema de la bebida a través del programa de A.A.. Pero en que consiste dicho programa, o más concretamente como trabaja A.A. Es importante saber más acerca del programa y sus lineamientos pero desde un punto de vista de análisis, es decir, conocer además de lo mencionado las implicaciones psicológicas y psicoterapéuticas que pudieran tener con sus miembros afiliados y que de estas implicaciones pudiera ser responsable del fracaso en la rehabilitación de algunos de sus afiliados, además de la influencia que pudiera tener la personalidad del enfermo alcohólico para lograr el éxito o fracaso dentro del programa.

Los grupos de Alcohólicos Anónimos han tenido un crecimiento espectacular en más de cien países, incluyendo México.

Alcohólicos Anónimos es una organización de individuos que comparten una experiencia mutua y la esperanza para resolver su problema, el propósito común es ayudarse a sí mismo y a otras personas que padecen esta misma enfermedad.

Las reuniones de Alcohólicos Anónimos son de gran importancia para su funcionamiento. Poseen una atmósfera única, caracterizada por una aparente informalidad y un método de trabajo serio y esencial. El número de asistentes a una reunión varía de un grupo a otro, pero normalmente oscila entre 10 y 20. Esta reunión de grupo puede describirse como un grupo Psicoterapéutico homogéneo y abierto sin que haya ningún líder oficial o guía entrenado, esto dado que en las reuniones de A.A. al igual que en una Psicoterapia de grupo y como lo describe Kadis(1986), se arranca a cada individuo de su red primaria y lo mezcla con otros; formando así un nuevo campo de interacción.

También tiene la oportunidad directa de comparar y contrastar su modo de obrar con el de otros, se familiariza con nuevas formas de sufrimiento y nuevas formas de resolución de problemas, representadas por las personas reales que están en la misma habitación que el, sus presidentes al igual que el terapeuta-analista, ayudan en este proceso y ponen al servicio del grupo su conocimiento experimentado, no obstante, solo excepcionalmente dirige al grupo, su experiencia de tantos años de pertenecer al grupo y de sobriedad así como el camino que tuvo que seguir para lograrla y lo que hace para mantenerla son armas con las que cuentan los presidentes para proteger a los individuos del daño que causarían reacciones excesivas y asegurarse de que lo que se aprende sea significativo y pueda ser usado constructivamente. Se trata de una forma de Psicoterapia por el grupo y del grupo incluyendo a sus conductores (Foulkes 1986).

Son homogéneos ya que todos los miembros sufren la misma enfermedad, aunque la homogeneidad no es absoluta, toda vez que no hay una igualdad total debido a la diferencia psicodinámica individual de los sujetos, status social, antecedentes culturales y económicos, intereses, raza, religión y educación. (Kadis 1986). Cabe mencionar que aun cuando existen las diferencias ya mencionadas estas tienden a facilitar la dinámica del grupo, y la homogeneidad en cuanto a la enfermedad facilita el entendimiento, comprensión y comunicación disminuyendo las reacciones fuertes de temor, culpa, compasión y hostilidad que se dan en los miembros de grupos heterogéneos.

También se pueden considerar un grupo abierto, teóricamente estos grupos pueden perpetuarse indefinidamente. Nunca se disuelven, aquellos miembros que dejan el grupo son reemplazados.

Se pueden hacer cambios para lograr una composición que facilite el movimiento terapéutico; en A.A. cambios están dados principalmente por los miembros ya que no existe un terapeuta que observe al grupo, lo entienda, y haga los cambios a voluntad no obstante el cambio se da debido al funcionamiento y aceptación de los miembros, esto es que la mayor parte de los sujetos antes de establecerse en un grupo por un tiempo prolongado, estuvieron en otros grupos donde no funcionaron adecuadamente o no se sintieron aceptados por los demás miembros lo que los llevo a buscar otros grupos donde se sintieran y funcionaran adecuadamente.

Aunque al igual que en un grupo Psicoterapéutico los veteranos del grupo ayudan a que e nuevo miembro se aclimate e ingrese a la relación terapéutica de grupo.

Algunos de los presentes ya habrán asistido a dichas reuniones durante muchos años, en tanto que habrá hombres o mujeres sentados en la última hilera de asientos que habrán cruzado con indecisión la puerta de entrada por primera vez. Se elige un presidente para esa tarde que probablemente se siente ante una mesa con uno o dos miembros a quienes se les ha pedido que "relaten sus casos". Los recién llegados observarán que los saludan y les hablan amistosamente.

En este punto se puede abordar la forma en que los sujetos son motivados a quedarse en el grupo y admitir la forma de tratamiento que brinda A.A. Esta consiste en cuatro puntos fundamentales, y son:

- 1) La sencillez de pertenecer a A.A que se expresa en su enunciado cuando habla del requisito para pertenecer a esta agrupación y es "el deseo de dejar la bebida", así como no pagar cuotas ni honorarios, con el solo hecho de querer dejar de beber puede pertenecer e ingresar de inmediato a A.A

En la sencillez del tratamiento, que esencialmente es la recuperación personal contenida en "Doce Pasos" la unidad, que es la permanencia en el grupo contenida en las "doce tradiciones" y el servicio que es llevar el mensaje a todos aquellos que lo necesitan y lo desean.

2) La atmósfera del grupo, que en términos psicoterapéuticos sería empatía entre los miembros del grupo y para con el sujeto que busca pertenecer al mismo, es decir, el sujeto de nuevo ingreso percibe en el trato que lo brindan los demás que no están alejados emocionalmente de él y por el contrario siente que lo comprenden y que lo pueden llegar a comprenderse así mismo.

3) A.A propaga la idea de que la sobriedad es provechosa y que a través de A.A puede lograrla.

Es decir, muestra a los nuevos aspirantes de una manera comprometida (le pone como ejemplos los logros que sus miembros han alcanzado con pertenecer al grupo, como serían los años de sobriedad de algunos de ellos, así como hablarles de los beneficios que conlleva el estilo de vida en sobriedad) lo que puede obtener con afiliarse a A.A en contraste con el estilo de vida que llevan actualmente.

El presidente da comienzo a la reunión diciendo: "mi nombre es X (solo se emplean nombres de pila), soy alcohólico". ante lo cual, los miembros de Alcohólicos Anónimos responden saludando y llamándolo por su nombre en un acto de compañerismo. Esta introducción tiene muchas implicaciones: el orador no se avergüenza de su alcoholismo, sino que sin reservas reconoce su condición como un hecho inevitable. También, con ellas se hace hincapié en la informalidad y en el rompimiento de las barreras sociales. Así el punto de partida de esa tarde es la reafirmación de un individuo, para todos los presentes, de lo que en el lenguaje de Alcohólicos Anónimos debe ser el inicio de la recuperación de cada persona, es decir, admitir que padece de alcoholismo.

Posteriormente, el presidente lee el enunciado de Alcohólicos Anónimos:

Alcohólicos Anónimos es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayuda a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de Alcohólicos Anónimos es el deseo de dejar la bebida. En Alcohólicos Anónimos no se pagan honorarios, ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. Alcohólicos Anónimos no está afiliada a ninguna secta religiosa, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

En este enunciado y las doce tradiciones de A.A se busca establecer un "encuadre" (conjunto de normas y procedimientos sobre los cuales se guiara el proceso terapéutico) que le permita desarrollar su trabajo a los grupos.

Al respecto Knobel (1987, Pag. 60) escribe sobre lo que considera un punto importante que debe abordarse en el encuadre. Lo más importante es que el terapeuta sepa lo que quiere y lo que puede realmente hacer, y que esto sea discutido francamente con las personas que buscan ayuda.

De igual manera en este enunciado el presidente al leerlo hace las veces de terapeuta que establece lo que requiere del paciente y lo que realmente están dispuestos a hacer por cada uno de los miembros. Con respecto de las doce tradiciones se retomara el encuadre a describir sobre las mismas más adelante.

Fiorini (1978) también se ocupa del tema y al referirse a la entrevista inicial habla de los acuerdos específicos de esta relación terapéutica o contrato.

Afirma que se debe hablar de lo que es una psicoterapia, de cuales son los papeles que habrán de desempeñar el terapeuta y el paciente y de lo que se espera que cada uno haga. Sucede lo mismo en este enunciado, se explica lo que se espera que los miembros hagan al pertenecer al grupo y de alguna manera lo que es y como funciona A.A.

Thompson (1975) refiere en este sentido que "parece necesario para bienestar de los grupos que estos tengan una estructura que pueda imponer algún control sobre lo que pueda suceder y establezca algunos límites a nuestra conducta y la de otros".

Esto es lo que sucede y se busca al recordarles al inicio de cada sesión el enunciado de A.A., el establecer una estructura dentro de la cual se de el proceso de recuperación y rehabilitación, que los enfermos alcohólicos sepan que es A.A, como funciona, el requisito para pertenecer, los acuerdos respecto a lo económico y principalmente el objetivo que persiguen como grupo.

Una vez hecha esta introducción, se llama al primer orador de la tarde. Este es seleccionado previamente a la sesión por el presidente, esta selección parte de la disponibilidad que muestre el orador, es decir, el que un orador pase a tribuna a hablar, esta sujeto a la espontaneidad del mismo, así, no se obliga a nadie a hablar aunque se le alienta a que lo haga, se le habla de la importancia de participar en la dinámica del grupo, que esto le ayudara a él mismo y les permitirá a los demás poder ayudarlo a comprender su situación.

En el grupo se les da la oportunidad a los sujetos que se resisten a hablar, de que puedan adaptarse a la singularidad de la situación de grupo o que como se van integrando al mismo y van adquiriendo mayor confianza y seguridad en sí mismos rompan con el mecanismo defensivo que han utilizado en contra de una angustia abrumadora, aunque hay que tomar en cuenta que algunos miembros permanecen callados y que no obstante participan en la interacción emocional del proceso de grupo a la vez que elaboran en forma no verbal sus conflictos.

Su presentación es la misma: "Me llamo X y soy alcohólico". Durante 20 o 30 minutos relata sus antecedentes personales y describe el desarrollo de su problema de alcoholismo, los sufrimientos que ha soportado o causado a los demás, las decepciones o los embustes cometidos bajo el efecto del alcohol y, con frecuencia, una crisis final o una experiencia "en la que cayó demasiado bajo". Después describe la forma en la que llegó a Alcohólicos Anónimos, su recuperación en el programa de dicha agrupación y su comprensión cada vez mayor de la importancia de Alcohólicos Anónimos como un estilo de vida.

Al parecer la historia sencilla de la persona cuya recuperación es muy reciente tiene con frecuencia una mejor acogida que la actuación sumamente pulida de la persona que ha relatado muchas veces su historia y la agudeza de su experiencia ha quedado muy atrás. Es probable que las historias de recuperaciones que ofrecen sugerencia prácticas para lograrla, tienen más aceptación que los largos relatos de borracheras.

Después del relato viene un periodo de comentarios y testimonios personales por una parte de la audiencia. Los oyentes escogen y analizan temas y a menudo hacen énfasis en su identificación con la historia del orador: "Eso también me sucedió...". A nadie se le obliga a hablar y se constata que durante varias semanas el nuevo miembro sólo desea estar sentado y escuchar.

A menudo durante la reunión se hace referencia a "Los doce pasos" que contiene los conceptos básicos de Alcohólicos Anónimos. Los pasos son los siguientes:

- 1.- Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- 2.-Llegamos al convencimiento de que sólo un poder superior a nosotros mismos podría devolvernos el sano juicio.
- 3.-Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.
- 4.-Sin ningún temor, hicimos un inventario moral de nosotros mismos.
- 5.-Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.
- 6.-Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminase todos nuestros defectos de carácter.

7.-Humildemente le pedimos a Dios que nos librara de nuestros defectos.

8.-Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.

9.-Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que al hacerlo perjudicaría a ellos mismo o a otros.

10.-Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocamos lo admitimos inmediatamente.

11.-Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diera fortaleza para aceptarla.

12.-Habiendo experimentado un despertar espiritual, como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestro actos.

Como se puede observar los doce pasos de A.A. no tienen un carácter profesional como lo tiene una psicoterapia bien estructurada y fundamentada.

Otro punto relevante de los doce pasos, es su carácter focal, es decir que al igual que una psicoterapia breve o focal centra su atención y acciones hacia un punto específico de la problemática de los sujetos, en el caso de A.A. se centra en el problema del alcoholismo y el fomentar principalmente la abstinencia de bebidas

alcohólicas; Además de presentar el objetivo central de la psicoterapia de Insight con metas reeducativas y es el ganar Insight sobre las actitudes y conflictos mas conscientes, así como sobre las relaciones interpersonales, con un deliberado esfuerzo de promover un reajuste ambiental, una modificación de metas para poder vivir a la altura de las potencialidades creativas existentes, una vez que se ha logrado tal Insight. (Wolberg 1977.).

Aun cuando los doce pasos no tienen un carácter profesional ni buscan deliberadamente realizar un tratamiento psicoterapeutico, como tampoco sus dirigentes son gente entrenada, ni formada para hacer psicoterapia, se puede observar que el establecer una línea de trabajo basada en estos doce pasos lleva implícita una forma de trabajar con características psicoterapeuticas, aunque en algunos puntos se encuentren también implícitas fallas o errores técnicos que difieren de lo que una psicoterapia indicaría, esto mencionado a continuación se describe.

Analizando los doce pasos encontramos que poseen principios que tienen como meta corregir las perturbaciones remediabiles que pudieran ser responsables del problema actual del individuo (Alcoholismo) para esto se valen de estrategias psicoterapeuticas contenidas en los doce pasos de A.A.

Al igual que en una psicoterapia, A.A. al fomentar que los alcohólicos admitan su impotencia ante el alcohol y que sus vidas se habían vuelto ingobernables, esta tratando o inculcando que el sujeto admita que tiene un problema y sobre todo que necesita ayuda de quienes saben del mismo, esto lo observamos en psicoterapia como una parte valiosa ya que el sujeto al admitir su sufrimiento le hace buscar ayuda profesional adecuada, lo cual le servirá en el transcurso del tratamiento como fuerza para continuar con el proceso iniciado.

A lo largo del periodo de consumo, los alcohólicos experimentan situaciones problemáticas, estas lo llevan a continuar o a incrementar su consumo e incluso a permanecer consumiendo por periodos cada vez mas largos, teniendo consecuencias directas en las diversas esferas donde la persona se desenvuelve, hasta llegar a un punto donde , envuelto en la desesperación, busca ayuda.

De la misma manera que en psicoterapia, las motivaciones que provocan la búsqueda de ayuda son los síntomas incapacitantes o el percatarse de que la propia felicidad y productividad están siendo saboteadas por fuerzas interiores que el no puede comprender ni controlar, en ambos casos estas motivaciones son las que inician y mantienen el proceso o tratamiento.

Otro aspecto que mantiene el proceso en psicoterapia es que el sujeto acepte que tiene una problemática y que existe gente que lo puede ayudar a solucionarla .

De la misma manera para los grupos de A.A. un aspecto importante en el proceso de recuperación es, precisamente lograr que el alcohólico reconozca o tenga consciencia de su verdadero problema y lo exprese como tal, que acepte su dependencia hacia el alcohol y sus consecuencias con el y con otras personas y que en A.A. encontrara ayuda para lograr la abstinencia de alcohol.

En la psicoterapia quizás la característica mas importante del buen terapeuta, es su capacidad de empatía. Esta cualidad capacita al terapeuta para apreciar al conflicto que el paciente experimenta con su enfermedad y las resistencias inevitables que mostrara para su cambio.

La empatía presupone que el terapeuta no esta alejado emocionalmente ya que esto seria uno de los rasgos mas destructivos para una relación adecuada con sus pacientes, la falta de empatía interfiere con el respeto que el terapeuta debe tener para su paciente, con el interés en su bienestar, para dar apoyo cuando lo necesite, con la capacidad para concentrarse en lo que dice y responderle adecuadamente; esto convencerá finalmente al paciente de que el papel del terapeuta es ayudarle a comprenderse así mismo, le permite a los sujetos explorar mas dentro de si mismo y su ambiente para encontrar las fuentes de su problema. (Wolberg 1977).

Así mismo en los pasos 3 y 4 de A.A. se busca promover que exista en sus miembros esta empatía o clima interpersonal, cabe mencionar que esta empatía esta dada principalmente por el hecho de que todos son alcohólicos y han experimentado toda la serie de problemas que conlleva el alcoholismo (destrucción familiar, económica, laboral, etc.) es decir experimentan la misma enfermedad o se identifican en la enfermedad del alcoholismo, lo que propicia un entendimiento comprensión, etc. que se dan en la empatía en psicoterapia.

El interés del vínculo centrado en la persona, el respeto y la receptividad del terapeuta para su mas libre expresión conjugan influencias reaseguradoras de la autoestima.

Tal fortalecimiento afectivo, con sus componentes de alivio y gratificación, es un hecho primordial en la dinámica del proceso terapéutico, sobre el que apoyan aperturas(con la ansiedad y el dolor de las mismas) y se refuerza la motivación para seguir enfrentando la incertidumbre de lo desconocido.

El reaseguramiento afectivo es esencial para llevar la ansiedad a un nivel útil y para facilitar el crecimiento de funciones y oicas autónomas. Un aspecto de gratificación emocional importante es el producido en la experiencia de ser comprendido por el terapeuta, en la actitud de este que va al encuentro de lo mas personal e íntimo del paciente, de zonas no solo desconocidas sino "solitarias", necesitadas de contacto con el otro.(Fiorini, 1978)

El escrutinio tranquilo de sus producciones sin vergüenza o shock corta profundamente las defensas y resistencias del paciente

a la exposición de sus conflictos mas dolorosos y perturbadores. (Wolberg 1977).

Del mismo modo en los pasos 4, 5 y 10 se propician que en los miembros de A.A. exista un compañerismo que brinde un soporte espiritual para como lo menciona Fiorini, se de un reaseguramiento del autoestima, consecuentemente los individuos al sentirse escuchados con respeto y con el soporte espiritual mencionado, se facilita la emergencia de material perturbador cortando las defensas y resistencias y así los sujetos alcancen una mejor comprensión de si mismos y su problemática que seria el alcoholismo; aunado a esto los miembros del grupo obtienen una Catarsis ya que el hablar las cosas con una persona de confianza, son métodos comunes de aliviar la tensión emocional, los efectos benéficos se deben a la liberación de los sentimientos y emociones acumulados, esta persona de confianza la percibe como un aliado que le ayudara a tolerar sus amenazantes secretos interiores, este relato lo anima a revalorizar la naturaleza siniestra de sus experiencias o deseos, es decir se entra en el terreno de la Reflexión o Introspección que es el pensar acerca del significado, sentido o valor de ciertas cosas o hechos. (Wolberg 1977). Situaciones necesarias en la psicoterapia ya que es el proceso por el cual un sujeto descubre gradualmente a través de un lapso prolongado las connotaciones totales de alguna interpretación , a esto lo llamamos en psicoterapia Elaboración. Para que esto suceda debe incluirse o considerarse el Insight, que es lo que lo llevara a tener una mejor comprensión de sus tendencias e impulsos.

En los doce pasos y A.A. se considera que para que el alcohólico permanezca sobrio debe cambiar sus metas y actitudes actuales (Disminuir la angustia con alcohol, tratar de solucionar sus problemas tomando, etc.), así logrando Insight los alcohólicos llegan a tener una mejor comprensión de si mismos y a estar menos motivados por necesidades irracionales.

Es en este momento cuando los alcohólicos se encuentran en la fase de descubrimiento y conocimiento de si mismos, lo que sugiere una psicoterapia y que también encontramos que se promueve en los doce pasos, es entrar en la fase reeducativa, cabe mencionar que las fases no son excluyentes es decir que no necesariamente termina una para dar inicio la otra ya que estas se acompañan a lo largo de todo el proceso.

Aquí encontramos habitualmente que esta fase es mas prolongada que la fase de descubrimiento. Los factores establecidos de conducta, son cambiados con gran dificultad. Los sujetos tratan desesperadamente de mantener sus metas y actitudes habituales, rechazan el Insight como una fuerza aliada .

Lentamente y en contra de una gran resistencia, los pasos 9 y 12 buscan fomentar en los sujetos un cambio notable en su conducta y con esto lograr que estén cada vez menos motivados por necesidades irracionales.

Un desarrollo ulterior en el proceso de maduración es el reconocimiento por parte de los alcohólicos de la incongruencia de sus tendencias antiguas y que con esto entablen una lucha entre sus deseos de cambiar y las fuerzas dinámicas que lo obligan a mantener sus viejas acciones neuróticas, que su Yo rechace los impulsos habituales.

Coordinadamente se busca una reorganización de las relaciones interpersonales (Reparamos el daño directamente a cuantos nos fue posible), una reintegración con la realidad, con el mismo ser y con las experiencias pasadas. Es a esto a lo que los A.A. llaman "Experimentar un despertar espiritual".

Dado esto los doce pasos buscan reafirmar a lo largo de la vida de los alcohólicos este despertar espiritual y la manera en que lo logran es haciendo que todos sus miembros tengan una participación activa dentro de sus grupos llevando el mensaje de los doce pasos a los alcohólicos y dentro de sus vidas al tratar de llevar y practicar estos principios en todos sus actos.

Como ya se menciona los doce pasos no tienen un fundamento teórico científico como lo tiene una psicoterapia bien estructurada, es así como encontramos fallas en cuestión de manejar y buscar un cambio en la personalidad de los sujetos, pero no debemos olvidar que básicamente lo que buscan los doce pasos son lograr la abstinencia en los sujetos, es decir relegan los aspectos técnicos psicoterapeúticos a un segundo termino, sin considerar que estos aspectos de manejarse adecuadamente seria mas eficaz y duradera su abstinencia, ya que el sujeto tendría una mejor comprensión de sus impulsos y así tener control sobre su necesidad o dependencia psicológica hacia el alcohol.

Las implicaciones psicológicas negativas que se observan en los doce pasos es que en su afán de lograr la abstinencia a toda costa y entendiendo que los alcohólicos han establecido una dependencia hacia el alcohol, la cual ya es "necesaria" en sus vidas y digo necesaria ya que los alcohólicos no conciben otra forma de vida sin alcohol, buscan en lugar de eliminar esa dependencia exterior llevándola a lo interior (Dependencia hacia si mismo) darle otro objeto del cual depender que al igual que el alcohol siga haciendo sentir a los alcohólicos que no están solos y en general las falsas ganancias que obtienen del alcohol.

Este objeto esta representado en un dios, en el grupo y su padrino, lo que en psicoterapia seria fomentar la transferencia positiva de la figura paterna, pero no con los fines de la psicoterapia que son los de facilitar el cambio terapéutico ya que esto permite al sujeto vivir nuevamente con el terapeuta algunas de las experiencias traumáticas mas importantes de su pasado ganando Insight por la revivificaron actual de eventos que dañaron la formación de la personalidad. (Wolberg 1977).

Así en lugar de que los sujetos a través de los doce pasos encuentren totalmente confianza en si mismos, (a ser mas firmes en sus expresiones, que encuentren que tienen el derecho a hacer elecciones y decisiones, a mantener sus propias metas y valores) estos promueven que sigan buscando todas estas características a través de dios, el grupo y su padrino, es decir solo busca cambiar la dependencia hacia el alcohol a estos objetos mencionados, con lo que caen en una infantilizacion, es decir no ven al grupo, a dios y a sus padrinos como son realmente sino como desean o temen que sean, esta ilusión respecto de los demás toma el lugar de su realidad, no saben como es el otro, sino solo como les

parece que es y se comportan respecto de estas figuras no como ante una instancia real y autónoma sino como lo harían frente a un producto de su fantasía (Fromm 1963).

En este caso particular lo que se observa es una sumisión o acatamiento a las ordenes de "no tomar alcohol" como lo haría un niño frente a la figura paterna.

Otro aspecto que se puede observar en el punto que trata sobre llevar el mensaje de los Doce pasos, es que al ser los mismos miembros del grupo y estos al desconocer el manejo de la transferencia, no rompen con ella ya que mediante este método de la reafirmación o autoafirmación los alcohólicos aprenden a cobrar seguridad en si mismos, como no sentir angustia frente a las situaciones que los angustiaban (problemas familiares, económicos, etc.). Pero lo que quedara totalmente encubierto es "por que" alguien o los alcohólicos son tan inseguros, subsiste el echo de que no se han rozado siquiera las causas reales de su conducta y de que ellos seguirán siendo, por detrás de la fachada una persona insegura de si misma, es incluso una situación peor, porque ya no tienen consciencia de sentirse inseguros (Fromm 1963) así seguirán siendo "niños" que esperan que otros los ayuden (padrino, grupo y dios).

Después un orador comenta el significado que ha tenido para él mismo cualquiera de estos pasos y describe los esfuerzos que ha hecho para lograr ese paso. Por ejemplo, el significado que ha de darse al paso dos por la idea que exprese con la frase "un poder superior a nosotros mismos", con frecuencia provoca discusiones en las que se presenta un concepto de Dios muy abierto y determinado en forma individual, es decir, el "Dios tal como lo concebimos" de los pasos tres y once. Esta formulación aparentemente teísta en la

práctica no impide a un ateo recibir ayuda de Alcohólicos Anónimos (Edwards, 1986).

Madden(1987) indica que la esencia de estos pasos está en que el alcohólico admita su impotencia frente al alcohol y entregue su vida a un poder superior, realice un inventario moral y adquiera el propósito de ayudar a otros alcohólicos.

Para los miembros de Alcohólicos Anónimos (1987) es a través del examen de conciencia como se logra tener experiencias espirituales profundas y efectivas, cuyo común denominador es el dolor, el sufrimiento y la calamidad. Ello ocasiona la nivelación del orgullo y confesión de las faltas facilitando aceptar ayuda del grupo.

Rosovsky (et al,1992) señala que a partir de este principio se desprende la parte fundamental del programa de Alcohólicos Anónimos que es el estar dominado por el alcohol. A través de esta humillación, el alcohólico acepta su impotencia frente al alcohol, es decir, reconoce conscientemente que ha "tocado fondo" y da inicio el proceso de recuperación.

Además considera que a lo largo de la historia de consumo, los alcohólicos experimentan situaciones estresantes y diversos problemas, tales como: sentimientos de soledad, desesperación, pérdidas familiares y materiales; el sufrimiento emocional causado por éstas y otras experiencias se convierten en "fondos".

Cuando su impacto es tan fuerte en el que lo hace unirse a una profunda desesperación y lo lleva a buscar urgentemente ayuda para salvar su vida.

Esto implica que la recuperación del alcohólico en el programa de Alcohólicos Anónimos es un proceso activo, el cual incluye tres momentos principales.

A) La participación en las reuniones, en donde los miembros cuentan la historia de sus problemas causados por la bebida y sus experiencias para mantener la sobriedad.

B) Obtener ayuda y soporte de otros miembros en reuniones, desafiando el recuerdo de las recaídas y el retorno a la bebida.

C) El descubrimiento de miembros de Alcohólicos Anónimos quienes servirán como padrinos, los cuales proporcionaran la ayuda y guiarán en tiempo de crisis a miembros que se encuentran en "peligro" de regresar a la bebida. (Rosovsky, 1990)

Para Alcohólicos Anónimos (1986) la mayoría de los alcohólicos han perdido su capacidad para elegir, "Nuestra llamada fuerza de voluntad se vuelve prácticamente inexistente y se corre el riesgo de iniciar nuevamente a beber después de un período de sobriedad".

Autores como Madden (1987) y la literatura de Alcohólicos Anónimos (1986 y 1987) señalan que los alcohólicos en los grupos, reciben un notable soporte espiritual enmarcado en el compañerismo simple y la comprensión. La sensación de haber compartido y participado en un peligro común es uno de los poderosos elementos que los une. El único requisito para ser miembro de Alcohólicos

Anónimos es el deseo de dejar la bebida. La meta inmediata es que cada uno logre y permanezca sobrio

Madden (1987) señala que la efectividad de la "terapia" se basa principalmente en el apoyo moral y psicológico que tiene el sujeto para superar el problema del alcoholismo. En el grupo de Alcohólicos Anónimos se le comprende, se le permite hablar de sí mismo, de sus problemas y alteraciones y se le anima a dejar la bebida.

El común denominador de este tipo de grupos que se autodirigen, es la ausencia de control profesional y la libertad que gozan al no suscribirse a las restricciones de los tratamientos formales.

En esa misma línea Rosovsky (1990, 1991) agrega que el éxito de esta organización es debido a los principios fundamentales que lo rigen y forman su filosofía. Estos son: Recuperación, Unidad y Servicio.

El primero se refiere a la recuperación personal expresada en los "Doce pasos". La unidad se refiere a la permanencia del grupo, expresada en las "Doce tradiciones", que se comentaran más adelante; y, el tercero, es el principio que origina la continuidad del servicio llevando el mensaje a todos aquellos que lo necesitan y lo desean.

En ese sentido, Velazco (1988) enfatiza que estos grupos cuentan con cuatro procedimientos básicos o esenciales para lograr la recuperación de sus miembros.

1) IDEAS COHERENTES Y FLEXIBLES.

Se ofrece un conjunto de ideas coherentes pero flexibles (una ideología, que es un sistema de ideas y valores propio de un grupo social o de un grupo de intereses) que puede mitigar la sensación de desesperanza del individuo y explicar la naturaleza de su problema. Esa persona, padece "la enfermedad del alcoholismo", nunca podrá "curarse" pero la enfermedad se "detendrá" sino vuelve a beber. Su único objetivo debe ser una abstinencia de toda la vida. No puede arriesgarse a tomar la primera copa.

2) PROGRAMA DE ACCION.

Alcohólicos Anónimos ofrece un programa de acción y los "Doce pasos" son un esbozo de las acciones que han de emprenderse. La persona debe unirse a Alcohólicos Anónimos y permanecer cerca de ella.

En las historias y pláticas que escuche en las reuniones de Alcohólicos Anónimos y en las orientaciones de su padrino encontrará muchas sugerencias para enfrentar y solucionar sus problemas. Lo que tiene más prioridad es el tratamiento de su alcoholismo, pero el programa también le exigirá que examine sus problemas psicológicos; sus sentimientos de culpabilidad, sus "resentimientos", su tendencia a culpar a los demás, sus "malos pensamientos". Alcohólicos Anónimos es un "programa egoísta" y cada persona se esfuerza por lograr su sobriedad por su propio bien y no para agradar a otra persona y no deja las cosas a su suerte. Si recae no se le rechaza, sino que puede regresar todas las veces que desee para hacer un nuevo intento.

Finalmente, el programa incluirá "promover los Doce pasos", pues, para entonces, un miembro debió haber aprendido que ayudando a otras personas se ayudara a sí mismo y confirmará su fuerza; sin embargo, su misión no es hacer proselitismo, "recoger personas de la calle", ni arriesgar su sobriedad.

3) BENEFICIOS DE LA SOBRIEDAD.

Alcohólicos Anónimos propaga la idea que la sobriedad es provechosa y ayuda al individuo a descubrir sus beneficios. Alcohólicos Anónimos le proporciona nuevos amigos, lo introduce a un nuevo ambiente social, alivia su soledad, le ayuda a organizar y aprovechar su tiempo, elimina un estigma y le da una sensación de valor personal. Si permanece sobrio durante un día, lo considera un triunfo. Finalmente a través de Alcohólicos Anónimos puede lograr la sobriedad y la sobriedad será su estilo de vida.

4) POSIBILIDAD DE RECUPERACION.

La ideología de Alcohólicos Anónimos es persuasiva y parece posible el intento de lograr recuperarse. Este último encabezado hace referencia a los anteriores. Alcohólicos Anónimos no "trabaja" con un conjunto abstracto de ideas sino con las ideas que a las personas les parecen convenientes.

La definición teórica más adecuada del trastorno y los medios para lograr la recuperación serían inútiles, si Alcohólicos Anónimos no pudiera persuadir al nuevo miembro de que está cerca de él, que puede solucionar sus problemas y que puede mostrarle el camino por seguir. Alcohólicos Anónimos puede transmitir esta convicción, porque sus miembros saben bien de lo que hablan, también han pasado

por todo eso y todos conocen las estratagemas del engaño y la incredulidad, en tanto que al mismo tiempo dan testimonio tangible de la posibilidad de éxito.

Para Alcohólicos Anónimos (1986, 1987) las "Doce tradiciones" en la actualidad son de uso general. Estos principios son una guía hacia mejores formas de trabajo y de vida, y son al mismo tiempo, un camino para la supervivencia y armonía del grupo.

Las tradiciones también puntualizan muchos de los déficit individuales. Implican que cada uno debe poner a un lado su orgullo y su resentimiento. Pide sacrificios personales y comunes. Garantiza la igualdad de todos los grupos. Muestran la mejor forma en que pueden relacionarse entre los miembros, así como de los que le rodean. (Alcohólicos Anónimos, 1987).

La siguiente es una forma condensada de la "forma original" de las "Doce tradiciones" que se publicó por primera vez en 1945.

- 1.- Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad de Alcohólicos Anónimos.
- 2.- Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la consciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.
- 3.-El único requisito para ser miembro de Alcohólicos Anónimos es querer dejar de beber.

4.-Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a Alcohólicos Anónimos considerado como un todo.

5.-Cada grupo tiene un sólo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.

6.-Un grupo de Alcohólicos Anónimos nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de Alcohólicos Anónimos a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.

7.-Todo grupo de Alcohólicos Anónimos debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.

8.- Alcohólicos Anónimos nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.

9.-Alcohólicos Anónimos como tal, nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.

10.-Alcohólicos Anónimos no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.

11.-Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio o el cine.

12.-El anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

Como se observa lo que buscan las doce tradiciones de A.A. es lo que en psicoterapia se le llama encuadre, que es un convenio que se establece entre quien busca ser ayudado y quien ofrece esa ayuda .

En realidad se trata de un pacto, de un convenio mediante el cual los miembros de A.A. se ponen de acuerdo sobre lo que harán y asumen compromisos que quedan explícitos y en los que no debe haber engaño.

Eduardo Alberto Braier (1981) hace algunas observaciones altamente significativas sobre este aspecto en psicoterapia. Este autor dice que es conveniente que antes de iniciar el tratamiento el paciente entienda el papel del psicoterapeuta, fijar honorarios, método de relacionamiento, horarios y todo lo que se refiere al encuadre.

Karl A. Menninger y Philip S. Holzman (1979) dedican un extenso capítulo al tema del contrato en psicoterapia. Consideran que la psicoterapia es transaccional y contractual. A alguien busca ayuda y alguien la ofrece, dentro de cierto contexto (Encuadre) y en determinadas condiciones, que son compartidas y aceptadas por ambas partes.

Rogers (1984) hace una diferenciación entre el tipo de relación que se establece en psicoterapia y los demás tipos de relaciones que tiene los sujetos y dice. La relación terapéutica no es una relación paterno-filial, con lazos afectivos profundos, que lleva consigo, la dependencia que la caracteriza por un lado y la aceptación de un papel autoritario y responsable por otro, el vínculo paterno-filial que tiene una connotación de permanencia y dedicación que no forma parte del proceso terapéutico, del mismo modo la relación terapéutica no es como la de médico paciente, caracterizada por el diagnóstico experto y el consejo lleno de autoridad por parte del médico, con la aceptación sumisa y dependiente por parte del paciente.

Resumiendo, la relación terapéutica, representa un modo de interacción social distinto de cualquiera de los que el cliente haya experimentado hasta entonces.

Mauricio Knobel (1987) hace una descripción de lo que debe contemplarse en el encuadre, así mismo se hará una comparación con las doce tradiciones de A.A. Obteniendo así las implicaciones psicológicas de estas.

1.- Explicación de la función y de los objetivos terapéuticos en forma de convenio y aceptación compartida.

En las doce tradiciones se hace hincapié en el objetivo principal de A.A. que es el bienestar común y que la recuperación personal depende de la unidad y funcionamiento de cada uno de sus miembros.

2.- Se establecen los horarios y días de tratamiento.

Aunque en las doce tradiciones no se encuentra textualmente explicitado este punto, en A.A. se explica que para llevar los doce pasos y doce tradiciones es necesaria la constancia, de esto que todos los miembros deben acudir a sus grupos en un horario establecido que solo excepcionalmente se cambiara y sus reuniones serán todos los días así como en la psicoterapia le da un seguimiento y formalidad al tratamiento, evitando que confusiones de fecha y horario interfieran con el mismo.

3.- Se señalara especialmente la norma del secreto profesional y se exigirá lo mismo del paciente.

Tanto los padrinos como los demás miembros de A.A. se rigen bajo esta misma norma al promover en sus doce tradiciones el anonimato de sus miembros e implícitamente la confidencialidad de lo que en sus sesiones se exponga o se hable en la tribuna, evitando con esto igual que en la psicoterapia que el proceso se vea interferido o retardado con opiniones de terceros, además de brindar un soporte y seguridad de no ser agredido de ninguna forma, al hablar de sus situaciones mas intimas y personales, además que también ellos evitan tener opinión acerca de asuntos ajenos.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

4.- Se solicitara la confianza mas absolutas y el relato de todo lo relativo al padecimiento sin restricciones (Asociación libre) y sin seleccionar lo que al paciente pueda parecerle importante o no. El relato sin restricciones se refiere a hechos y sentimientos.

Al igual que en el punto anterior, las doce tradiciones buscan anteponer los principios a las personalidades, esto facilita la confianza y el relato de todo como lo requiere la psicoterapia.

5.- Se establecerán los honorarios según las circunstancias en que se de el encuadre, las posibilidades del paciente dentro del mismo.

En A.A. no se cobran honorarios ya que no actúan con fines de lucro, pero no por esto sus miembros quedan exentos de responsabilizarse económicamente de su tratamiento ya que en sus doce tradiciones se especifica cada grupo debe mantenerse completamente así mismo, negando a recibir contribuciones de afuera así los sujetos valoran y se comprometen mas con el tratamiento, como sucede en la psicoterapia.

6.- Se establecerá el tiempo de duración de cada sesión.

Del mismo modo en A.A. el tiempo de duración de cada sesión es limitado (1:30 hrs.) dándole a la sesión un carácter formal como es la psicoterapia.

Las reuniones de los grupos se centran en los hábitos de beber de los miembros y simultáneamente en distintos métodos prácticos para promover la abstinencia al alcohol. También tiene lugar cierta discusión a nivel superficial, de otros problemas emocionales y personales. No existen ritos formales de iniciación, ni cuota alguna a pagar y, los sujetos son libres de entrar y salir del grupo cuando lo deseen.

Alcohólicos Anónimos (1986) y Velazco (1988) describen al grupo compuesto de miembros autoseleccionados que comparten la misma jerarquía, podría decirse entonces que la única diferencia entre sus integrantes es el tiempo de sobriedad.

Para los miembros de Alcohólicos Anónimos la reunión termina formalmente cuando todos recitan lo que ha llegado a conocerse como la oración de la serenidad:

"Señor, concédeme serenidad
para aceptar las cosas que no puedo cambiar,
valor para cambiar las que si puedo
y sabiduría para distinguir la diferencia".

Posteriormente, los miembros charlan e intercambian ideas mientras toman té o café, y es posible que se hagan esfuerzos sutiles y positivos para hacer que el nuevo asistente se sienta cómodo y se relacione con los demás. A menudo, el nuevo miembro encontrará un "padrino", quien en las primera etapas le dará consejos personales y en cierta forma estará a su disposición; es decir, le da un número telefónico para localizarlo, se ponen de acuerdo para verse por la tarde y asistir a una reunión de Alcohólicos Anónimos, etc. El padrino es también un modelo a seguir. Además de las reuniones, todo lo demás queda como una propuesta potencial. Es posible que los miembros de Alcohólicos Anónimos empiecen a visitarse en sus casas, coman juntos en algún restaurante o que compartan otras actividades sociales.

Se abandona a los viejos amigos de bebida y se encuentran nuevos amigos que piensan y hablan sobre Alcohólicos Anónimos. En algunos lugares, las reuniones rutinarias se complementan con grupos de estudio y se comparten y pasan de mano en mano publicaciones de Alcohólicos Anónimos. Se asiste a convenciones regionales y nacionales. Es probable que el miembro más experimentado dedique más tiempo a "promover los doce pasos" (ser padrino y trabajar con los miembros nuevos); es posible que colabore con grupos en prisiones y hospitales o que esté dispuesto a ser orador en reuniones de organizaciones de la comunidad (Edwards, 1986).

En relación con la literatura científica y de cualquier índole enfocada al estudio de Alcohólicos Anónimos, Bebbington (1987) ha hecho notar las dificultades inherentes a la evaluación de la eficacia de la organización. Entre los problemas más comunes se incluyen el anonimato de la membresía, con la dificultad resultante de no conocer las características de los miembros y determinar su grado de progreso; la autoselección relacionada con factores motivacionales que afectan el resultado; la fluctuación del número de miembros con varios grados de filiación y compromiso, y finalmente, la influencia de tratamientos suplementarios simultáneos en otros centros.

Madden (1987), Elsenberg y Lammoglia (1990) señalan que estas dificultades para la valoración objetiva de la organización, los principios y la práctica de Alcohólicos Anónimos, parecen guiadas por el sentido común.

Los alcohólicos que recurren a esta organización sienten beneficios al hacerlo, de otro modo no continuarían asistiendo regularmente a las reuniones.

El creciente número de grupos y miembros de Alcohólicos Anónimos en diversos países, así como los resultados observados y su importancia en el ámbito social y psicológico, han sido objeto de diversos estudios en los últimos años.

Sin embargo, la principal característica de esta organización, es el anonimato, considerado por los miembros como un "manto protector que los cubre", por lo cual éste representa dificultades teóricas y meteorológicas para el abordaje de investigaciones.

Así, encontramos un número escaso de trabajos aún. No obstante, algunos de los temas que en la literatura revisada se reportan, son entre otros, la noción de espiritualidad para los miembros de Alcohólicos Anónimos. En este trabajo Bloomfield (1991), remarca la base de los grupos de Alcohólicos Anónimos como programa espiritual, así como la importancia de este factor en el tratamiento del alcoholismo.

Para Alcohólicos Anónimos (1986) la espiritualidad es mucho más que sólo creer en Dios o en un poder superior a ellos, que los guiará y ayudará en el largo camino de la sobriedad y en la recuperación de su persona.

El estudio sobre el crecimiento del movimiento de Alcohólicos Anónimos, revisado por Robinson (1983) reconoce la importancia de los grupos de Alcohólicos Anónimos entre la gran variedad de grupos denominados de autoayuda. Alcohólicos Anónimos ha servido como

modelo de estos grupos, y se ha adaptado su programa y organización para resolver cuestiones y problemas distintos del alcoholismo.

Por otro lado, Blumberg (1977) se interesó en el estudio de la ideología de la terapia Alcohólicos Anónimos.

El objetivo de sus investigaciones era conocer los fundamentos ideológicos que subyacen en Alcohólicos Anónimos.

En resumen, concluye que desde principios del siglo XIX proliferaban en Estados Unidos las misiones que llevaban ayuda material y mensajes morales a los pobres, vagabundos, alcohólicos y en general a los caídos, fomentando la conversión religiosa y la ayuda a otros en desgracia.

Por último, otro aspecto de los grupos y miembros de Alcohólicos Anónimos objeto de estudio, versa sobre las recaídas de los miembros, al respecto Sheeren (1988), enfocó su trabajo a intentar obtener las causas de las recaídas.

Encontró que éstas tenían relación con el nivel de involucramiento en el programa. La participación del miembro en el programa de Alcohólicos Anónimos no sólo es realizar los doce pasos y las doce tradiciones, sino que debe incluir la asistencia y colaboración en las juntas, es decir, fungir como un servidor o hablar de su historia. Así concluye Sheeren, el estar más involucrado en el programa es un factor que disminuye las posibilidades de padecer una recaída.

Al terminar esta parte del capítulo 3 que habla del trabajo de los grupos de A.A; queda claro que aun cuando, están funcionando en la rehabilitación de un gran numero de sujetos que se encuentran agrupados en A.A., esta recuperación se encuentra sostenida por una dependencia hacia el grupo, Dios y sus padrinos, de ahí que las recaídas sean frecuentes , ya que los aspectos psicológicos del alcoholismo no se han tocado aun es decir la rehabilitación solo se da a nivel conductual

De esto surge la necesidad de que el programa de A.A. se complemente por una psicoterapia para permitirle y ayudarle a los alcohólicos a comprenderse mejor a si mismos y a las motivaciones irracionales que los impulsan a beber alcohol y puedan dar pasos positivos a la luz del nuevo enfoque de vida, es decir tener una vida de dependencia hacia si mismo o de madurez emocional, aspectos que no se encuentran ni pueden ser abordados A.A. ya que la psicoterapia debe ser dada por personas entrenadas para la misma, establecer una relación deliberada y profesional con el paciente con el propósito de remover, modificar o retardar síntomas existentes y promover el desarrollo positivo de la personalidad, así en conjunto con A.A. darían una rehabilitación a nivel psicológico que se reflejaría en la conducta de los sujetos de manera permanente.

C A P I T U L O 4

M E T O D O

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existen diferencias significativas en el perfil de personalidad obtenido a través del 16 PF de Raymond B. Catell, entre un grupo de alcohólicos activos que han fracasado durante el programa de A.A. y un grupo de alcohólicos en remisión que han tenido éxito en el mismo?

J U S T I F I C A C I O N

Cuando se intentan conocer las causas del alcoholismo, se encuentran supuestos que se basan en concepciones teóricas muy diversas, como las: psicológicas, sociales, cognitivas, situacionales y fisiológicas. Son tan variados los puntos de vista dirigidos a explicar las causas de éste fenómeno, que resulta aún más difícil determinar cuales contribuyen a resolver esta problemática y cuales lo agravan.

Es importante determinar si existen rasgos de personalidad que tengan algún tipo de influencia en el éxito o fracaso en la rehabilitación del enfermo alcohólico, entendiéndose por rehabilitado, al paciente capaz de abstenerse de beber alcohol durante un período prolongado o definitivo.

La importancia radica en que de existir dicha influencia en el éxito o fracaso en la rehabilitación del sujeto, se puedan implementar líneas de acción que contemplen la personalidad del sujeto para que éstas sean más efectivas y por ende el paciente alcohólico sea rehabilitado.

Este trabajo se dirigió fundamentalmente a investigar si hay diferencias de personalidad que puedan ser las causales del éxito o fracaso del tratamiento aplicado a pacientes alcohólicos en grupos de A.A.

H I P O T E S I S

N U L A :

No habrá diferencias significativas en el perfil de personalidad del 16 PF entre los grupos 1 y 2.

A L T E R N A :

Habrá diferencias significativas en el perfil de personalidad del 16 PF entre los grupos 1 y 2.

VARIABLES

1) Dependiente :

Exito o fracaso en el tratamiento.

2) Independiente:

Factores de la personalidad.

3) Atributivas :

Sexo.

Edad.

Ocupación.

Escolaridad.

Estado civil.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

1) Exito en el tratamiento: el sujeto que sometido al programa de A.A. es rehabilitado como consecuencia del mismo, es decir, el sujeto es capaz de abstenerse de beber alcohol durante un período prolongado (Mas de 2 años) o al parecer definitivo.

Fracaso en el tratamiento: el sujeto que sometido al programa de A.A. cierto no es rehabilitado como consecuencia del mismo, es decir, el sujeto no es capaz de abstenerse de beber alcohol durante

un período prolongado o definitivo, o que tienen recaídas durante el mismo.

2) **Factores de la personalidad:** características cuantitativas del 16 PF que permiten la organización de los 16 factores o rasgos de personalidad, así como cuatro factores secundarios, que al dar un resultado en un código, combinando las diferentes escalas, permiten obtener un perfil para su interpretación clínica de acuerdo a los cuadros clínicos correspondientes a los nombres de las escalas.

E S C E N A R I O

La agrupación de Alcohólicos Anónimos en el Distrito Federal, esta organizada por la Oficina de Servicios Generales, por un Comité Estatal, dividido en Delegaciones, cada una de las cuales tiene un número variable de grupos, y estos a su vez, un número variable de miembros.

P.O.B.L.A.C.I.O.N.

Para este estudio se eligieron 5 grupos de Alcohólicos Anónimos y 3 grupos de 24 horas de Alcohólicos Anónimos, ubicados en la delegación Iztapalapa.

M U E S T R A

La muestra se conformo por 60 sujetos agrupados en A.A. Una vez obtenida la muestra, se dividió en los grupos 1 y 2, bajo los siguientes criterios de inclusión.

El grupo 1 se formo con 30 pacientes alcohólicos, hombres, albergados en grupos de 24 horas de Alcohólicos Anónimos, con edades entre 20 y 55 años, un promedio de abstinencia de un año máximo y que durante el período de tratamiento hayan sufrido una o más recaídas.

El grupo 2 se formo con 30 pacientes alcohólicos, hombres, que acuden a grupos de A. A., con edades entre 20 y 55 años, un promedio de abstinencia de 2 años como mínimo y que no habían tenido recaídas.

Los sujetos que integraron los grupos 1 y 2 tuvieron como característica el que hayan tenido un consumo patológico o alcoholismo y el haber alcanzado la tercera fase o fase crítica del alcoholismo, según la clasificación del Doctor G. M. Jellinek.

La técnica de muestreo que se utilizo para seleccionar a los sujetos fue intencional por cuota.

DISEÑO

Pre-experimental de dos grupos o muestras independientes con una sola medición.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio de Campo Expost-Facto comparativo, ya que se observaron situaciones ya existentes entre dos grupos, no provocadas por el investigador.

INSTRUMENTO

Se utilizo el Cuestionario de 16 Factores de la Personalidad de Raymond B. Cattell en su forma A de 187 reactivos, que permitió la obtención del perfil de personalidad de los sujetos.

El 16 F.P. es una prueba derivada desde el punto de vista analítico, de factores para la valoración de la personalidad. Cattell utilizo el análisis factorial para descubrir los rasgos básicos y profundos que sustentan la conducta humana. (Cattell. 1993).

Se basa en la medición de 16 dimensiones funcionalmente independientes y psicológicamente significativas originadas en Psicología general, aisladas y estudiadas durante mas de 20 años de investigación de análisis factorial sobre grupos normales y clínicos hasta su aparición en 1949.

El cuestionario fue diseñado para usarse en individuos mayores de 16 años ya que las formas son apropiadas para personas que saben leer y escribir, cuyo nivel educativo es equivalente al de los estudiantes de secundaria, la aplicación puede ser de manera individual, grupal y autoaplicada. (Cattell, Eber y Tatsuoka. 1970).

Los reactivos en sus formas finales son los sobrevivientes de varios miles de reactivos probados originalmente, se considera que la validez de la prueba misma es un concepto de validez, es decir las preguntas se escogieron como medidas validas de los factores.

PROCEDIMIENTO

Una vez reunida la muestra y conformados los grupos de alcohólicos, de acuerdo a los criterios de selección ya mencionados, se aplico en forma colectiva el cuestionario de 16 Factores de la Personalidad en su forma A.

La aplicación del instrumento al grupo 1 se realizo en forma colectiva en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, en su división de Hospital Parcial y Psiquiatría Comunitaria.

A los sujetos del grupo 2 se aplico el instrumento de manera colectiva en los diferentes grupos de 24 horas de Alcohólicos Anónimos donde se encontraban albergados.

Aplicadas las pruebas, se procedió a calificar el instrumento cuyos resultados se manejaron con el siguiente diseño estadístico.

DISEÑO ESTADISTICO

En la presente investigación el procedimiento consistió en calcular las medias aritméticas en cada una de las escalas del 16 FP, sobre la población de los 60 sujetos que formaron los dos grupos.

El siguiente paso en el tratamiento estadístico de los datos, fue aplicar la prueba "t" de Student, para detectar si las diferencias entre los dos grupos son significativas o se deben al azar. Se uso esta prueba por ser la más adecuada, ya que las muestras son de 30 sujetos por cada grupo y el método estadístico "t" es empleado en muestras de 30 sujetos o menos, además de ser un problema de comparación paramétrica, intervalar de grupos relacionados.

CAPITULO 5

5.1 RESULTADOS.

Los puntajes crudos promedio correspondientes a las escalas del 16 Factores de la Personalidad de los grupos 1 y 2, así como los resultados obtenidos de la prueba T de Student aparecen en el sig. cuadro.

ESCALAS	MED GPO 1	MED GPO 2	NIVEL SIGNIF	HIPOTESIS
A. EXP EMOCIONAL	11.26	11.06	0.804	Ho Se acepta
B. INTELIGENCIA	5.16	7.1	0	Ho Se rechaza
C. FUERZA DEL YO	9.06	10.33	0.165	Ho Se acepta
E. DOMINANCIA	12.63	12.43	0.822	Ho Se acepta
F. IMPULSIVIDAD	11.36	11.56	0.817	Ho Se acepta
G. LEALTAD GRUPAL	10	11.06	0.102	Ho Se acepta
H. APT. SITUACIONAL	12.26	13.63	0.285	Ho Se acepta
I. EMOTIVIDAD	9.2	12.76	0	Ho Se rechaza
L. CREDIBILIDAD	10.3	10.86	0.341	Ho Se acepta
M. ACT. COGNITIVA	10.63	9.46	0.004	Ho Se rechaza
N. SUTILEZA	9.4	9.6	0.74	Ho Se acepta
O. CONCIENCIA	13.56	11.63	0.111	Ho Se acepta
Q1. POSICION SOCIAL	8.2	8.9	0.353	Ho Se acepta
Q2. CERTEZA IND.	11	12	0.078	Ho Se acepta
Q3. AUTOESTIMA	10.73	9.3	0.107	Ho Se acepta
Q4 EDO. ANSIEDAD	13.86	15	0.165	Ho Se acepta

Nivel de significancia entre grupos = .067 por lo tanto se acepta la Hipótesis Nula que dice que "No habrá diferencias estadísticamente significativas en el perfil de personalidad del 16P.F. entre los grupos 1 y 2 .

5.2 INTERPRETACION DE RESULTADOS.

Observando los perfiles de personalidad obtenidos a través del 16 PF de los grupos 1 y 2 se obtienen las puntuaciones más significativas encontrándose que son los factores C-, I+, Q4+, esto con respecto al grupo 1 y en el grupo 2 los factores C- y Q4+.

Al interpretar estos perfiles se observa que los grupos 1 y 2 presentan diferencias estadísticamente significativas en el factor C-, con la finalidad de especificar lo que dicho factor implica se realizó un análisis de reactivos del cuestionario, con ellos Catell pretende conocer en los sujetos como perciben las situaciones problemáticas, la percepción que tienen de sí mismos para enfrentarse a ellas y el tipo de soluciones que tendrían para enfrentarlas, de esta manera encuentro que en ambos grupos son sujetos que en el reconocimiento de la existencia y la naturaleza de un problema no son capaces de reconocer ni el problema tal cual ni la intensidad del mismo, esto se observa desde el momento mismo que la gran mayoría de ellos no reconoce realmente su problema de alcoholismo, aunado a esto esta la percepción que tienen de sí mismos que es de minusvalía, impotencia y frustración y la forma que tienen de enfrentarlo es evitándolo por un lado al utilizar el alcohol para evadirse de la realidad al intoxicarse al ingerirlo; y por otro lado el buscar que le ayuden a solucionarlos o disminuir la angustia provocada por los mismos, esto observado en el apego que tienen con el alcohol y aún cuando se encuentran rehabilitados, el apego solo cambio de figura; esto en combinación con Q4+ que mide el grado de tensión en los sujetos y como lo entiende Catell como rasgo, es decir se encuentra en estos sujetos de manera permanente por consiguiente los alcohólicos son sujetos tensos, explosivos y fácilmente perturbables, ocasiona una falla para descargar esta

tensión en forma adaptativa, puede ser una etiología de esta impotencia que la debilidad de YO muestre fallas para asumir roles sociales maduros. Aunque esta puntuación alta en Q4+ podría ser un factor que favorecería el que un sujeto buscara ayuda , en este caso el alcohólico busca al grupo de A.A, ya que como ellos le llaman a este punto " tocar fondo" que es el experimentar una tensión y sufrimiento profundos que no son capaces ya de seguir soportando y en su desesperación buscan esa ayuda que les hace falta para solucionar su 'problema de alcoholismo; por otra parte se observa que el grupo 2 presenta una ligera diferencia en el factor B (inteligencia) y esto en relación con lo mencionado se reflejaría en una ventaja para este grupo lo que estaría apoyando la búsqueda de la ayuda más adecuada para su situación por un lado (Q4+,B) y por otro el que el sujeto elija la figura de apego también más adecuada a su problema (C-, B).

En el grupo 1 se observa además de lo mencionado, un factor I+ que aunado a Q4+ y C-. da una conducta de lo sujetos originada en la incapacidad de diferenciar de manera correcta sus sentimientos además de una capacidad disminuida de objetividad, es decir valoran sus experiencias y situaciones con los sentimientos, así quedan imposibilitados para generar de manera adecuada opciones para satisfacer necesidades, seleccionar la mejor opción y ejecutarla.

5.3 CONCLUSIONES Y DISCUSION

En seguida se hace mención de las conclusiones derivadas de la presente investigación.

Con el perfil de personalidad que se obtuvo por medio del 16 Factores de Personalidad se lograron conocer las características de personalidad del grupo de enfermos alcohólicos con menos de 1 año en abstinencia con recaídas (Grupo 1) y del grupo de enfermos alcohólicos con mas de 2 años en abstinencia sin recaídas (Grupo 2). De las 16 escalas que integran el perfil de personalidad, 13 no presentan diferencias estadísticamente significativas ya que obtuvieron un valor mayor de .05, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en 3 de las escalas ya que estas obtuvieron un valor menor de .05.

Con los datos anteriores se concluye que la hipótesis nula que habla de que No habrá diferencias estadísticamente significativas en el perfil de personalidad del 16 Factores de personalidad entre los grupos 1 y 2 se acepta, y se rechaza la hipótesis alterna que dice que Habrá diferencia estadísticamente significativa en el perfil de personalidad del 16 Factores de personalidad entre los grupos 1 y 2.

Como se puede observar aunque el perfil de personalidad de los grupos 1 y 2 no difieren significativamente en 13 de los 16 factores, existen puntos que considero de gran importancia y pudieran ser responsables en lo relativo a la personalidad de los sujetos, del éxito o fracaso de los mismos dentro del tratamiento de A.A. tales como los siguientes:

En la interpretación del perfil de personalidad del grupo 1 encontramos que son sujetos que presentan un alto nivel de ansiedad que ellos mismos reconocen ser incapaces de controlar o descargar en forma adaptativa, la desventaja de estos frente a los sujetos del grupo 2 radica en que los niveles de ansiedad del grupo 1 se encuentran de manera permanente es decir que la mayoría de los eventos de su vida les producen estos niveles de ansiedad teniendo como única manera de sentir que los solucionan, el uso del alcohol, de ahí que se pudieran dar periódicas recaídas, fracasando en su rehabilitación. A diferencia el grupo 2 aunque sus niveles de ansiedad también llegarían a ser altos, estos solo se presentarían ante una situación verdaderamente ansiógena lo que les permitiría mantener su sobriedad por tiempos mas prolongados.

De esta manera los alcohólicos que han fracasado en A.A. son los que no han sido capaces de hacer lo que sugiere A.A. implícitamente en sus 12 pasos y es que para que el alcohólico permanezca sobrio debe cambiar sus metas y actitudes actuales (Metas que le sean posibles de alcanzar y no de producir angustia que no puedan controlar y actitudes como las de querer bajarla consumiendo alcohol.)

Los sujetos del grupo 1 muestran una inteligencia baja lo que se ve reflejado en su poca fuerza en el interés y desertar de la mayoría de las actividades y proyectos que inician, en términos de su rehabilitación esto podría ser otra de las causas por las que los alcohólicos de este grupo fracasan en A.A. ya que no estarían cumpliendo con 2 de los 3 principios fundamentales de A.A. que Rosovsky(1991) considera son básicos para el éxito en A.A. y son Unidad, que es la permanencia en el grupo y Servicio que origina la continuidad del tratamiento al llevar el mensaje a los alcohólicos ,

en este sentido Velazco(1988) enfatiza que la persona debe unirse a A.A. y permanecer cerca de ella.

Con respecto al grupo 2 se encontró que son sujetos con un super ego débil, pero tienen como ventaja el que son sujetos fácilmente influenciados por gente que ellos consideran exitosas en las actividades que realizan, toman muy en cuenta los puntos de vista de estos sujetos, esto estaría beneficiando el proceso del tratamiento de A.A. ya que estos sujetos del grupo 2 en base a esto tienen un buen apego con el grupo, dios y principalmente con sus padrinos, fomentando la transferencia positiva. (Wolberg.1977) y aunque en términos de Psicoterapia se estaría fomentando la infantilización en donde viven dependiendo de la aceptación del grupo, de dios y de sus padrinos, en términos de la meta de A.A. que es promover y mantener la sobriedad de sus miembros, se estaría cumpliendo esta, ya que los padrinos (que para los alcohólicos son gente exitosa en el tratamiento y por lo tanto se les facilita influir sobre sus compañeros) utilizan esta transferencia positiva para cambiarles la dependencia que habían establecido con el alcohol por una dependencia hacia dios, el grupo y los padrinos logrando así la sobriedad de estos sujetos.

Otro aspecto del grupo 2 que estaría apoyando esta postura es que estos sujetos otorgan un alto valor y expresan mas interés por aspectos religiosos que de otra índole, lo que estaría propiciando el aceptar y practicar con mayor facilidad los 12 pasos que contienen los conceptos básicos de A.A. ya que estos tienen principios religiosos al hablar y hacer referencia constantemente de un dios; Además de que también se observa que son sujetos constantes

lo que les ayudaría a atravesar el lento y largo camino de la recuperación, a diferencia de los sujetos del grupo 1 que se encontró son desobligados e inconstantes lo que resultaría en un fracaso dentro del programa de A.A

5.4 LIMITACIONES.

Este estudio se hubiera enriquecido con mayor información acerca de la personalidad de los alcohólicos, si en lugar de aplicar un solo instrumento se hubiera utilizado una batería de pruebas que incluyera además de la prueba de personalidad de Catell test proyectivos y de inteligencia así como una entrevista, todo esto para obtener mayor información y aún mas precisa sobre los sujetos que participaron en el estudio

Esto no fue posible ya que existía una limitante de tiempo por parte de los alcohólicos ya que todos ellos laboran durante el día y solo haciendo un esfuerzo disponían de hora y media antes de su sesión del día, ya que esta difícilmente la suspenderían para otras actividades fuera de su proceso de recuperación, cabe mencionar que disponía de este horario 2 días a la semana.

Asimismo la limitante de tiempo impuesta por parte del hospital psiquiátrico " Fray Bernardino Alvarez" donde fue posible acceder a los grupos de A.A, ya que solo contaba con tres meses para llevar a cabo la aplicación de la prueba, esto debido a que era el tiempo que duraría el curso sobre alcoholismo impartido por el hospital Psiquiátrico a través de la división de hospital parcial y psiquiatría comunitaria a dirigentes de diferentes grupos de A.A pertenecientes a la delegación Iztapalapa.

El tamaño de la muestra tuvo que limitarse a 30 sujetos por grupo dado que existieron limitantes en ambos grupos para formarlos; en el primero la limitante básica fue que la mayoría de los sujetos internados en los grupos 24 horas de alcohólicos anónimos a los que acudí no se encontraban en condiciones de incluirse en el estudio

debido a que se encontraban aún en proceso de desintoxicación y eran pocos los que se encontraban en condiciones de contestar la prueba sin alterar los resultados por la intoxicación alcohólica, en el grupo 2 el requisito que generalmente nadie cumplía era el de no tener recaídas ya que la mayoría de los que no tenían recaídas normalmente se encuentran llevando el mensaje de A.A a diferentes grupos constantemente; de este modo el tamaño de la muestra no permitió generalizar resultados a otras poblaciones.

5.5 SUGERENCIAS.

El análisis de los 12 pasos y 12 tradiciones que realice en el capítulo 3 se mencionan puntos que en términos de una Psicoterapia se considerarían fallas para llevar a cabo un proceso de recuperación integral que le permitiera a los alcohólicos rehabilitarse de una manera más segura y permanente, partiendo de esto, como Psicólogo considero que el proceso psicoterapeutico y la tarea de las psicoterapias podrían llenar estas lagunas con puntos que favorecieran la recuperación de sus miembros, así que el que la agrupación de A.A promoviera la participación de profesionales de la salud en la elaboración de un programa que incluyera la parte esencial de A.A y las aportaciones que pudieran proporcionar los profesionales de la salud darían como resultado un proceso de recuperación en el cual se estaría beneficiando más profundamente a los alcohólicos y a un número cada vez mayor de ellos al considerar los diferentes aspectos de personalidad que muchas veces obstaculizan el proceso y de lo cual en la actualidad la agrupación de A.A no hace un manejo adecuado.

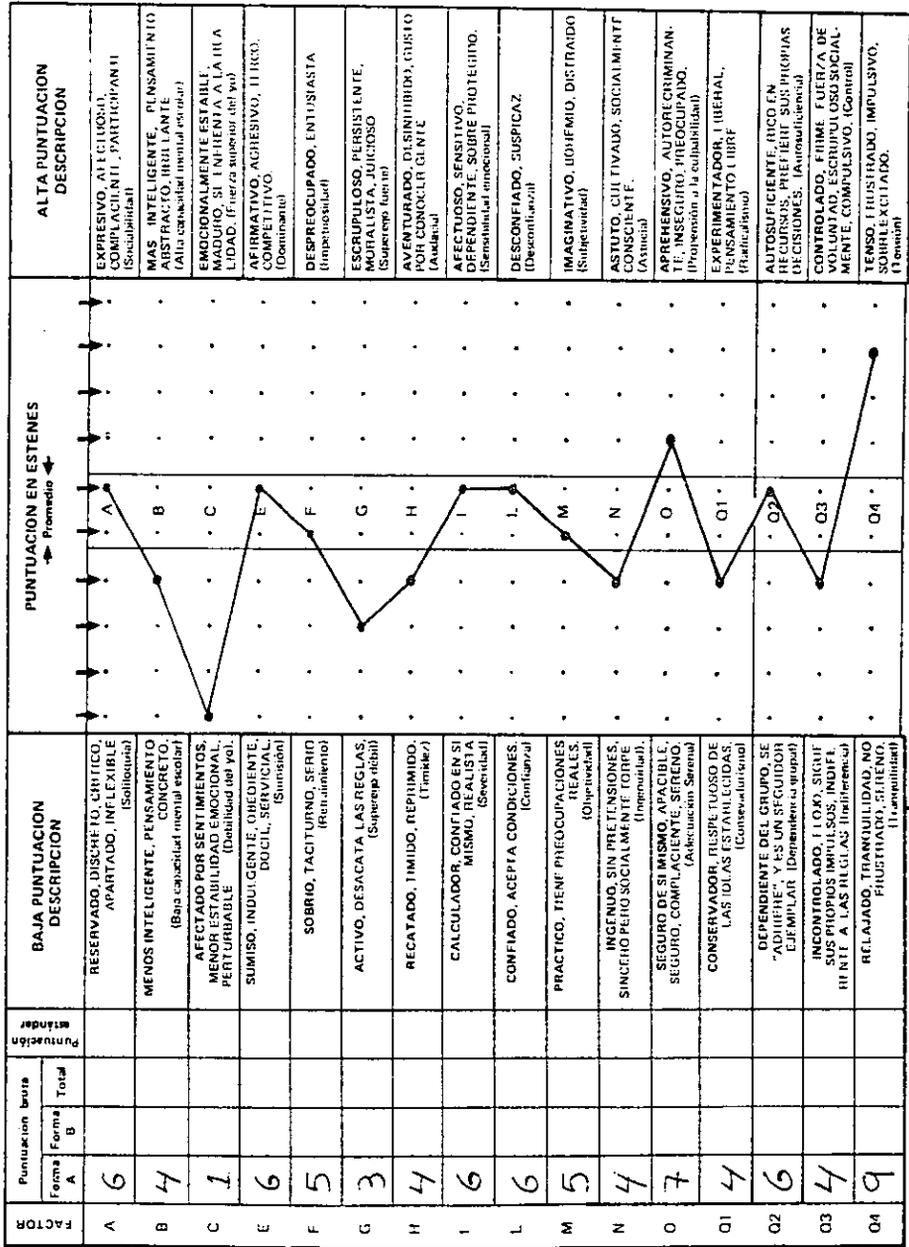
Los puntos que sugiero serían factibles de modificarse con la participación de A.A y los profesionales de la salud son :

El proceso transferencial que como lo menciono en el capítulo 3 es un proceso que se da en el camino de la recuperación de los alcohólicos y que la agrupación no maneja, de hecho no tienen conocimiento de este proceso, así al manejarlo adecuadamente por los "padrinos" de A.A. asesorados por los profesionales de la salud mental promoverían la recuperación de los alcohólicos y esta sería mas profunda y duradera, además que estaría beneficiando a un numero mayor de sujetos.

La infantilización que promueven al solo cambiar la dependencia que tenían con el alcohol al padrino, Dios y el grupo; podría también manejarse de una manera que en un principio aleje al alcohólico del alcohol y posteriormente teniendo conocimiento que este proceso se esta presentando, promover de una manera adecuada el crecimiento psicológico , y así hacer de el alcohólico una persona independiente emocionalmente, segura de sí misma que entienda sus enfermedad y puede vivir sin esas motivaciones irracionales que lo impulsaban a consumir alcohol para amortiguar la angustia y la tensión que experimenta en diversas situaciones de su vida.

ANEXO 1 GRAFICA CORRESPONDIENTE AL GRUPO 1.

PERFIL DEL CUESTIONARIO 16 FP



Factores 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10
 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Comentarios:

ANEXO 2 GRAFICA CORRESPONDIENTE AL GRUPO 2.

REFERENCIAS

American medical association. Manual on alcoholism. 1973.

American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (D.S.M.IV). México: Masson, S.A; 1995.

Bales, R. "Cultural Differences in Rates of Alcoholism." Quart. J. Stud. Alc. 6:480. 1946.

Bandura Albert. 1974. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Ed. Madrid Alianza.

Batalla, M. F. (1982). Desarrollo de la escala adicional de alcoholismo en el M.M.P.I. (Tesis de Licenciatura en Psicología).

Bebbington, P.E. The efficacy of Alcoholics Anonymous: The alusiveness of hard data, British Journal of Psychiatry. 1987.

Bloomfield K. An International comparison of spirituality among members of A.A. in four countries. Prepared for the 17 annual Alcohol Epidemiology Symposium, Kettil Bruun Society for social and Epidemiological Research on alcohol, Stochol. Sweden. 1991.

Blumberg L. The ideology of a therapeutic social movement: A.A. Journal of studies on alcohol, 38 (1). 1977.

Braier, E.A. 1981. Psicoterapia breve de orientación Psicoanalítica. Buenos Aires. Nueva Visión.

Cahalan, D; Cisin. I.H. And Crossley H.M. 1969. American drinking practices: A National Study of drinking Behaviour and Actitudes. Ed. New Brunswick.

Central mexicana de servicios generales de A.A. 1986, Libro grande. México: C.M.S.G.

Central mexicana de servicios generales de A.A. A.C. 1987, A.A. llega a la mayoría de edad. México: C.M.S.G.

Cormillot, A. 1992. Beber o no beber. Ed. Paidós.

Davis, V.E; Walsh, M.J. "Alcohol, Amines and Alkaloids Addiction." Science. 167: 1005. 1970.

Edwards, G. 1986. Tratamiento de Alcohólicos. Trillas.

Elsenber, G.A; Lammoglia, R.E.T. Modificaciones a un inventario para medir la predisposición al alcoholismo. México. Tesis de Licenciatura. U.N.A.M, 1990.

Emrick, C.D. A Review of Psicologically Oriented Treatment of Alcoholism: Quart. J. Stud. Alc. N° 36. 1975.

Fiorini, H.J. 1978. Teoría y Técnica de Psicoterapias. Nueva Visión Buenos Aires.

Foulkes, S.H. 1986. Psicoterapia Grupo-Analitica. Gedisa.

Fromm E. 1963, El miedo a la libertad. Paidós.

Griffith Edward. 1986, Tratamiento de alcohólicos. Ed. Trillas.

Gueraceb Ibarrola. 1976, El alcoholismo como destino. Ed Mundo Medico.

Ibarra Luis G; Alarcon S; Pedroza H. La participacion de la comunidad en la lucha contra el alcoholismo. Primera convención nacional de salud. Dirección General de Rehabilitación. S.S.A. Julio de 1973.

Isbell, H. et al . "An experimental study of the etiology of rum fits and delirium tremens." Quart.J. Stud. Alc. 16:1.1955.

Jellinek E.M. Concepto de enfermedad. Comisión sobre alcoholismo. San José Costa Rica. 1968.

Jellinek Elvin M. The disease concept of alcoholism. Hill -House Pres- New Haven Connecticut. 1960.

Kadis, A.L. 1986. Manual de psicoterapia de grupo. Fondo de cultura económica.

Kaij, L. Alcoholism in Twins. Almquist and Wiksell. Estocolmo. 1960.

Keller Mark. (1958). Mature and Extent of the problem in understanding of alcoholism.

Knobel Mauricio. 1987. Psicoterapia breve. Paidós.

Leake, C.d; Silverman, M. Alcoholic Beverages in clinical medicine. Year Book Medical Publ. Inc. Chicago. 1966.

- Lozaya, F.H. Terapia racional emotiva en el tratamiento del alcoholismo. México. Tesis de Licenciatura. 1984.
- Madden, J.S. 1987. Alcoholismo y farmacodependencia. El manual Moderno.
- Marconi J. 1967, Epidemiología del alcoholismo en América Latina. Acta fondo para salud mental. Buenos Aires.
- Mayer gross Slater 1. and Roth M. 1974 Psiquiatría Clínica 2. Ed. Paidós.
- Mendelson, J.H. "Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in alcoholics." Quart. J. Stud: Alc. 2, 1964.
- Mendelson, J.H; Stein, S; Mc Guire, M.T. "The development of alcohol dependence: Current Studies." Psychosom, Med. 28: 1. 1966.
- Menninger, K.A. y Holzman, P.S. 1979. Teoría y técnica psicoanalítica. Río de Janeiro. Zahar.
- Morse, W.H; Kellehert, R.T. Determinants of Reinforcement and Punishment", en Operant Behaviour. Prentice Hall. New Jersey. 1977.
- N.I.A.A.A. National institute on alcohol abuse and alcoholism." The fifth special report to te U.S. congress on alcohol world health, and research, 9:1. 1984.
- National Institute of Mental Healt Alcohol and Alcoholism . D. H. E. W. Publication. 1972.

National Institute of Mental Health Alcohol and Alcoholism. D.H.E.W. Publication. 1974.

Niño Hurtado. C.E. Alcohólisto Tratamiento. México. Tesis de Licenciatura. 1983.

Ortiz. A; Rodríguez. E; Romero. M; Pérez-Galan; González. L; Unikel. C. Aplicación de la cédula "Informe individual sobre el consumo de drogas." Tendencias en el área metropolitana. N° 12 Centro de Información en Farmacodependencia. Instituto Mexicano de Psiquiatría, Junio 1992.

Partanen, J; Bruun, K; Markkannen ,T. Inheritance on drinking behavior. Rutgers center for alcohol studies. New Jersey. 1966.

Robinson, D. Talking out of Alcoholism: The self-help Process, Londres, Croom Helm. 1983.

Rogers Carl. 1984. Orientación Psicológica y Psicoterapia. Narcea.

Rosovsky H; Casanova L; Pérez C. Las características de los grupos y de los miembros de A.A. Memorias de la 6 Reunión de investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México. 1991.

Rosovsky H; Leyva. G. Movimiento de Alcohólicos Anónimos en México. Memorias de la 5 Reunión. Investigación del Instituto Mexicano de Psiquiatría. México. 1990.

Rosovsky H; Pérez L; Casanova L; González L. Gender differences un the experience of "Hitting bottom" among Mexican A.A. members. Trabajo presentado en el 18 simposio anual de la Kelttil Bruun

Society for social and epidemiological research on alcohol. Toronto, Canada. 1992.

Schuckit, M.A; Haglund, R.M.J. "An overview of the etiological theories on alcoholism." En Alcoholism development. Consequences and interventions. Estes y Heineman (eds.). The C.U. Mosby company. St. Louis.1977.

Secretaria de Salud y Consejo Nacional Contra las Adicciones. Programa contra el Alcoholismo. 1992-1994.

Secretaria de salud. Dirección General de Epidemiología. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Encuesta Nacional de Adicciones, 1990.

Sheeren, M.H.S.M. The relationship between relapse and involment in A.A. Journal of studies on alcohol, 49 (1). 1988.

Souza Y Machorro. 1988, Alcoholismo. El Manual Moderno.

Thompson,S; Kahn,J.H. El proceso de grupo como una técnica de ayuda. C.E.C.S.A. 1975.

Valles Jorge. 1969 From social drinking to Alcoholism.

Vazquez c. Mauricio. Tratamiento de alcoholismo en base a un manual de autocontrol en el consumo de alcohol. México. Tesis de licenciatura . 1993.

Velazco Fernández 1988, Alcoholismo Visión Integral. Trillas.

Velazco F.R. 1981, Esa enfermedad llamada alcoholismo. Ed. Trillas.

Warner Wolf. 1975 Introduccion a la Psicopatologia . Ed. Fondo de cultura Económica.

Wolberg Lewis.R. 1977. The technique of Psychotherapy. Gruney Stratton.

AGRADECIMIENTOS

Quiero dar mi mas profundo agradecimiento a Graciela Aguilar E. y a Herón Chaparro E; mis padres, por todo el apoyo que recibí a lo largo de mi formación como profesionista y para la elaboración de esta tesis.

A mis hermanos Rosa, Graciela, Herón y Víctor, por todo el cariño y amistad que me regalaron durante todos estos años.

Al Lic. Celso Cerra P. por dirigir con gran profesionalismo este trabajo, por compartir sus conocimientos y experiencias profesionales, con lo cual este trabajo se realizo.

A la Lic. Blanca E. Mancilla. Por la asesoría y consejos que fueron de gran utilidad para la realización de esta investigación.

Al Honorable jurado, Lic. Guadalupe Santaella H; Lic. Damariz García C. Y Lic. Rosa E. Mendoza V. Por sus valiosas aportaciones, consejos y gran disponibilidad para la revisión y examinación de este trabajo.

A la U.N.A.M. Fac. de Psicología, por darme la oportunidad de realizar mis estudios profesionales y darme los conocimientos que hoy hacen de mi un psicólogo.

Un reconocimiento a la agrupación de A.A. de la delegación Iztapalapa por todas las facilidades otorgadas, por el gran interés en participar en esta investigación y por el buen trato que siempre mostraron hacia mi persona.

Quiero agradecer de manera especial a todas aquellas personas que me apoyaron para que este trabajo fuera posible, aquellas personas que me acompañaron a lo largo de mi carrera, con todo cariño, gracias a todas mis amistades.

Gracias a Araceli V. G. Por todo el cariño y apoyo que me ha demostrado en todo este tiempo, que me han servido para seguir adelante.