

2eji 58



**Universidad Nacional Autónoma  
de México**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**ALCOHOLISMO: UNA VISION GENERAL SOBRE  
ALGUNAS APROXIMACIONES TERAPEUTICAS Y  
ASPECTOS PREVENTIVOS**

**T E S I N A**

**Que para obtener el Título de  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**p r e s e n t a**

**María Luisa Güido Williamson**

**Asesor: MAESTRO JORGE PERALTA ALVAREZ**

**México, D. F.**

**1987**



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 está 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.

"... también creo que la bebida es la única forma de poder soportar al vivir en un mundo sobrecargado y que es el resultado del aburrimiento. Sé que la gente bebe porque está aburrida, pero a mí me gusta beber. La bebida hace que se relaje uno y a veces estimula la conversación. Y bueno, en cierta forma es como un juego. Sale uno decidido a beber una noche y no sabe uno dónde va a amanecer al día siguiente. Puede salir muy bien o puede ser un desastre. Es como tirar los dados ... "

"En vez de tratar de pensar más, con el alcohol trata uno de no pensar ..."

"Embriagarse ... se puede mantener perfectamente el control hasta cierto punto. Es la elección que se toma a cada trago que se da. De esta forma se obtienen una serie de pequeñas elecciones. Es como si ... supongo que es la diferencia entre el suicidio y la capitulación lenta."

JIM MORRISON

(Tomado de los siguientes textos:

- MORRISON Y SUKESMAN; *Radio sala Viva de April*; 1981

México: *Lessen ruses musicare* p 263

- WALLEY, H.; *Jim Morrison y The Doors*; 1983

Madrid: *Ediciones Júcar* p 105)

*Para Alberto y Patricia*

*Para Jorge Parilla Alvarez*

*Para Luis Alberto, Ricardo y Roberto*

*Para mis abuelos Alberto y Alicia*

*Para Luis Miguel Ramirez*

*Para Ana Meda, Alberto Contreras, Juan Antonio*

*Gutierrez y Adolfo Lizarraga*

*Para Ivonne Zbrate, Miguel Rodriguez, José Luis*

*Gonzalez, Enrique Montaña y Mirna Calvillo*

*Para Lucero Alvarez, Ofelia Rivera y Fanny Esquivel*

# ALCOHOLISMO: UNA VISIÓN GENERAL SOBRE ALGUNAS APLICACIONES TERAPÉUTICAS Y ASPECTOS PREVENTIVOS

## CONTENIDO:

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Avances en cuanto al diagnóstico del problema .....	2
1.2. Abstinencia Vs. moderación .....	4
2. ALCOHOLISMO ANÓNIMO Y SUS BRIDAS TERAPÉUTICAS REALES .....	6
2.1. Una ideología dominante: La moral y el concepto de enfermedad .....	8
2.2. El éxito de los A.A. ....	11
2.3. Resumen .....	13
3. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS .....	14
3.1. Por el campo de la medicina tradicional: La desintoxicación .....	14
3.2. Siguiendo el camino de la corriente dinámica .....	16
La psicoterapia de grupo y familiar .....	17
3.3. El enfoque conductual y su efectividad .....	18
Aversión química .....	18
Aversión eléctrica y la sensibilización cruzada .....	21
Entrenamiento asertivo .....	22
El autocontrol y sus implicaciones terapéuticas .....	22
3.4. Resumen: Un campo difícil de integrar .....	26
4. PREVENCIÓN: UNA VISIÓN GENERAL .....	27
Los modelos socioculturales .....	28
El modelo de salud pública .....	31
El modelo social estructural .....	32
Perspectiva .....	33

## ALCOHOLISMO: UNA VISIÓN GENERAL SOBRE ALGUNAS APROXIMACIONES TERAPÉUTICAS Y ASPECTOS PREVENTIVOS.

### 1. INTRODUCCIÓN

El tratamiento del alcohólico pueda considerarse como un proceso complejo que implica diversas fases de atención, como cualquiera que está trabajando en este campo pueda darse cuenta. Dentro de este contexto, también hay que considerar el problema multicausal del alcoholismo, así como la poca claridad en su definición (véase Lavina y Zigor, 1981), lo que hace más complicado el tratamiento. Esta es un punto clave tanto para la confrontación de las posiciones teóricas al respecto como con relación a la ayuda que se les brinda a los alcohólicos con respecto al diagnóstico y solución del problema; de ahí que existen tantos tipos de tratamiento como posiciones ote determinadas teorías, de acuerdo a la definición que se tenga del alcoholismo.

Surgen entonces diversos temas de discusión en torno a este campo, defendiéndose cada postura particular. Sin embargo, estas posiciones teóricas deben tener un referente que impacte en la realidad de una manera pragmática con el fin de modificarla — esto es, que la teoría debe enfrentarse a la realidad para comprobar su éxito—. En la comprobación de la validez de los postulados teóricos para el tratamiento del alcoholismo, deben tomarse en cuenta algunos puntos básicos: Si el concepto unitario de enfermedad permite un diagnóstico confiable para los propósitos de detección temprana y planeación del tratamiento; qué tan efectivo es el tratamiento para que puedan tenerlo grupos grandes de personas; cuál debe ser la meta de tratamiento, si la abstinencia o la moderación, y en caso de ser esta última, de qué manera pueda detectarse a los bebedores controlados exitosos. De la manera en que se contesten estas interrogantes varía a operacion determinados tipos de tratamiento debido a sus implicaciones como desafíos teóricos y prácticos que enlaza el campo de tratamiento. (The Fifth Special Report, 1984).

*1.1. Avances en cuenta al diagnóstico del problema.*

*La primera dificultad que surge en consideración al tratamiento es la búsqueda de un método de diagnóstico adecuado y preciso. En concordancia con esto se ha venido tratando de establecer durante la última década sistemas efectivos de detección temprana, cuya investigación ha seguido principalmente dos formas: La búsqueda de señales físicas y bioquímicas y los indicadores psicosociales. Estas pruebas se exponen a continuación.*

*El método de prueba por señales bioquímicas para el alcoholismo implica el uso de pruebas de laboratorio a fin de detectar en el torrente sanguíneo la presencia de ciertas sustancias presentes cuando existe este problema. Se utiliza la prueba de gamma - glutamil transpeptidasa (GGT) y la prueba del Volumen Corpuscular medio (Mean Corpuscular Volume - MCV). En relación a las señales físicas se desarrolló el método de rejilla de Le Go, que concede una calificación numérica a determinado signo físico cuya presencia puede ser indicativa de algún problema (piel, ojos, lengua, nariz, etc.).*

*Sin embargo, la efectividad de los métodos bioquímicos puede verse alterada debido a la concurrencia de patologías hepáticas, uso de otras drogas y diferencias individuales entre alcohólicos (Gavin, et al, citado en The Fifth Special Report, 1981; Porella y Jiménez, en prensa). Se recomienda entonces su uso combinado con otras pruebas para aumentar su poder discriminativo.*

*Los indicadores psicosociales, como su nombre lo indica, son pruebas clínicas que intentan dilucidar los posibles síntomas tanto psicológicos como sociales que van ligados al alcoholismo (problemas físicos, familiares, legales, etc.) y que se crean o pueden ser detectados en las etapas tempranas de este problema.*

*Se han utilizado para este fin principalmente cuestionarios, que incluyen tanto personalidad como la concurrencia de consecuencias sociales derivadas del abuso-*

del alcohol. Para personalidad, uno de los instrumentos más utilizados es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), cuestionario autodirigido del que se han derivado otros instrumentos, construidos igualmente en escalas. Según Penalta y Jiménez (en prensa), se han construido cinco escalas derivadas, a saber: Mc Andrew, con 49 ítems; Rosenberg, con 27; Hampton, con 125; Hoyt y Sedlack, con 69, y la de Batalla, con 90 ítems. La validez de estas escalas sigue siendo objeto de investigación.

El instrumento más usado en las pruebas psicosociales es la prueba de screening para alcoholismo de Michigan (Michigan Alcoholism Screening Test, MAST), cuyo diseño es muy sencillo, lo que facilita su aplicación, ya que consiste en 25 ítems que tratan sobre diversos problemas relacionados con el alcoholismo (físicos, sociales y conductuales), y que se responden como cierto o falso. La prueba ha demostrado ser válida en alto grado al ser usada en la práctica para distinguir entre alcohólicos y no alcohólicos (Brady, et al, citado en The Fifth Special Report, 1984).

Además, se han derivado otros instrumentos a partir del MAST, permitiendo más simplicidad y especificidad en lo que pretenden medir. Para obtener mejores resultados, se han venido haciendo combinaciones incluyendo pruebas clínicas, de laboratorio y psicosociales. También se ha utilizado una prueba que combina signos clínicos y síntomas psicológicos, la prueba de alcoholismo de Munich (Munich Alcoholism Test), cuyos resultados arrojan luz sobre este tema. En algunas partes, en especial Francia y Suecia, las investigaciones continúan. (Shimon, et al, citado en The Fifth Special Report, 1984).

Al parecer, el uso adecuado de estas pruebas puede ser un auxilio importante cuando se trata de detectar el problema, dado su avance en cuanto al aumento creciente en su poder discriminativo. Sin embargo, el poder realizar un diagnóstico real es todo, como sabemos orlas. A este respecto, las metas del tratamiento ofrecen más dificultades en la clarificación de este problema. Veremos por qué.



1.2. Abstinencia vs. moderación

Otro de los puntos importantes a considerar es la controversia sobre el concepto de la falta de control que hace que la meta del tratamiento sea la abstinencia, o bien, si un tratamiento deba fijar las bases para una conducta de beber no-dorada, lo cual presumiblemente haría más sencillo ésta y la recuperación sería mucho más rápida. Y es un punto que sigue causando dificultades porque todavía no se determina con exactitud sobre qué bases se está trabajando para considerar que se quiera decir con moderación. (Aurrier (1979) estableció que la persona 'no adicta' es la idónea para la moderación en la bebida, sin especificar qué es la 'no adicción'. Si suponemos que su apreciación es referida a la adicción física en términos de tolerancia fisiológica, ¿será, como algunas definiciones presuponen, que sólo puede beber moderadamente el que apenas se está iniciando en el alcoholismo? Entonces si la falta de control (aumento en la tolerancia) va a distinguir a un alcohólico del que no lo es, se encuentra concomitantemente que hay una delimitación clara entre bebedor social (no adicto) y alcohólico (adicto). más aún, ¿qué determina el límite de la moderación?

En un estudio, el Reporte Nord (Hamon et al, 1978, citado en the Fifth Special Report, 1983) se expuso a 40 personas consideradas como alcohólicas beber moderadamente después de seis meses a partir del tratamiento y que mantuvieron ese estado hasta doce meses después. Otro estudio reportó resultados de seguimiento de doce meses en 25 % de los pacientes (Moss, et al, 1981, citado en the Fifth Special Report, 1984). La medida de moderación que se utilizó (sin fundamentarla) fue de 5 onzas o menos de alcohol por día y la ausencia de problemas consecuencia de la ingesta.

no obstante, si bien en un seguimiento corto pueden obtenerse resultados, al paso del tiempo las recaídas pueden ser mayores entre los sujetos asignados a la -

moderación que los del otro grupo. Esto puede deberse fundamentalmente a la existencia de diferencias individuales entre los pacientes con relación a la severidad de la dependencia, así como a apoyos sociales que impulsan a mantener la conducta de moderación, entre otras factores. Entonces, si la meta del tratamiento se elige a partir de las diferencias individuales que tienen un patrón definido de comportamiento con respecto a la bebida, ¿quién podría ser considerado candidato a la moderación. en un estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

"... el cuadro que emerge está claro: Los individuos que van a ser bebedores controlados exitosos muestran menos rasgos con el cambio ético de alcoholismo. Tienen menos problemas referidos a la bebida y los han tenido por un período de tiempo más corto; tienen menos síntomas y menos historias familiares de alcoholismo, y beber menos. Son probablemente más jóvenes, más jóvenes, y no se consideran a sí mismos como alcohólicos. Parece que la estabilidad social incrementa la probabilidad de beber controladamente, aunque ésta es también un factor positivo de pronóstico para abstinencia. Cuando se considera la educación y el ingreso, los datos se confunden y no hay un patrón claro." (Miller, 1981, p 102)

Si se desea que trabaje hacia la meta de la moderación conviene hacer esfuerzos tanto para el terapeuta como para el paciente, así como en estos casos. Pero — para que un programa de este tipo pueda funcionar el menos con un margen razonable de éxito, los pacientes han de tener una estabilidad que en etapas más avanzadas de alcoholismo no se tiene. He aquí la importancia de detectar el problema en sus fases tempranas. El poder hacer un diagnóstico más preciso y temprano va a tener consecuencias importantes que influyen en la determinación del tratamiento, y más que influir en la terapéutica a utilizar, el uso de estas técnicas tendría una utilidad muy importante en el campo de la prevención. (Ronald y Jitney, en prensa).

En la actualidad, como puede apreciarse fácilmente, el tipo de tratamiento-

no difundido de alcance popular para alcohólicos en México son los Alcohólicos Anónimos, quienes tradicionalmente han trabajado con la meta de tratamiento basada en la abstinencia. Considerando lo anteriormente expuesto, la gente con la que se trabajaría en este tipo de instituciones ya estaría clasificada como adicta. Si esto es así, y tomando en cuenta que A.A. es para mucha gente la cristalización en la realidad del tratamiento antialcohólico por autonomía, ¿la fama de la organización se centra en características bien definidas de organización y conceptualización del alcohólico con noticas uniformes?

## 2. ALCOHOLICOS ANONIMOS Y SUS BASES IDEOLOGICAS REALES.

¿Qué es Alcohólicos Anónimos? Según Molina, et al (1982, p 1910) son una "Comunidad Integrada exclusivamente por enfermos alcohólicos que se ayudan, apoyan y esfuerzan mutuamente en un deseo de permanecer en la abstinencia".

Ellos se autodefinen así:

"Nosotros en A.A. somos hombres y mujeres que hemos descubierto y admitido que no podemos controlar el alcohol. Hemos aprendido que debemos vivir sin alcohol si queremos evitar el desastre individual y las que dependen de nosotros. En grupos locales en miles de comunidades formamos parte de una organización internacional con miembros en más de noventa países. Tenemos un sólo propósito: el mantenernos sobrios y ayudar a otros que buscan nuestro apoyo a fin de que obtengan y conserven su sobriedad" (A.A. "Esto es A.A.", 1961, p 2).

Alcohólicos Anónimos se constituyó en 1934 por iniciativa de dos norteamericanos que trataban de apoyarse mutuamente para mantenerse sobrios (Molina et al, 1982). De ahí la idea cobó fuerza y se difundió, primero a todo Estados Unidos y posteriormente a nivel mundial; en México este grupo se inició en 1956, existiendo más de 2500 grupos a la fecha. (Elizondo, 1982). Indudablemente que la frugalidad de su

sistema, cuando a una sistematización y simplificación del mismo, tendría una diferencia fundamental con otros tipos de tratamiento, con lo cual la fase de A.A. crecería rápidamente.

En vez de hacer proselitismo, los miembros de esta organización prefieren estar bloqueados en un medio de acceso a los grupos basándose en la atracción individual. Esto es con el propósito de conservar el anonimato personal de sus miembros. (Una excepción la constituyen los anuncios publicitarios con fines de propaganda de un grupo derivado, la organización 24 Horas). El contacto se establece por lo común cuando se consulta al individuo de hospitales o consultorios privados, asiste por su cuenta o es llevado por otras personas a determinado grupo; se le asigna una persona, la cual a través de llamadas telefónicas le proporciona información y lo alienta para que participe en las reuniones. Asimismo, se reúne con él antes de la sesión para tranquilizarlo si se encuentra tenso y tratar de responder a sus preguntas. Cuando asiste a una reunión, es alentado para que continúe yendo. La efectividad de este sistema, según unos autores que utilizaron grupos controlados, es del 100 %, en tanto que fue nula la participación de los individuos asignados al grupo control. (Stason y Mollano, 1981). Sistema similar se utiliza en otro grupo afiliado a A.A., el grupo Al-anón, en donde se reúnen parientes y amigos cercanos al alcohólico con el propósito de hacer más llevadera su relación con él.

La organización no reconoce jefes o guías entre ellos; la participación y el desarrollo de las sesiones se deciden con el concurso de todos los miembros, siendo también de su incumbencia su contenido, ritmo, y sobre todas las cosas, se guarda su autonomía como grupo y entre ellos, base de su anonimato, con lo que se pretende conseguir una integración y fuerza mayores para garantizar la recuperación de sus miembros. Siguiendo las reglas de la autonomía, los grupos deben sostenerse a sí mismos y no aceptar ayuda del exterior. Como ellos mismos lo expresan, el grupo no tiene una base profesional, aunque podrían emplear reprofesionales. El nom

bre del grupo no debe mezclarse en polémicas públicas para evitar que agentes ajenos a la organización contaminen sus lineamientos, desviándose de su propósito.

2.1. Una ideología dominante: la moral y el concepto de salvación

En particular, la ideología que sustenta esta organización se refiere desde su fundamentación a actitudes moralistas con respecto al alcoholismo, como lo demuestra el contenido de sus 'doce pasos', plataforma programática del grupo:

- 1.- Admitimos que somos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habrán vuelto ingobernables.
- 2.- Llegamos al convencimiento de que sólo un poder superior a nosotros mismos podrá devolvernos el sano juicio.
- 3.- Dejamos 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 nuestros fallos.
- 6.- Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminara todos nuestros defectos de carácter.
- 7.- Humildemente le pedimos a Dios que nos libere 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 el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.
- 10.- Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocáramos lo admitimos inmediatamente.
- 11.- Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios tal y como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad.
- 12.- Hablando experimentalmente un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos.

*licos y de practicar estos principios en todos nuestros actos."*

*(A.A. "Esto es A.A." 1961 p 4)*

*La organización trabaja sobre la base del modelo de enfermedad del alcoholismo; siendo esta una enfermedad, digamos que recalar, su curación es imposible: Sólo mediante la abstinencia total puede el enfermo controlarse. Los medios para lograrlo son la 'fuerza de voluntad' y el apoyo mutuo entre alcohólicos. La 'fuerza de voluntad' consiste en resistir la tentación de beber, posponiendo siempre la siguiente copa para el otro día; esto se puede lograr mediante el apoyo y el aliento del grupo de compañeros, de ahí que la cohesión sea esencial en este tipo de tratamientos. Esta ligazón entre ellos debe mantenerse siguiendo con una gran disciplina las reglas constitutivas de la organización.*

*La plataforma programática está elaborada considerando al alcohólico como un enfermo dominado por un poder cuyo centro está fuera de él (el alcohol que adquiere poderes oníricos sobre la voluntad del alcohólico), y que sólo un poder externo a él podrá al menos hacer que controle su enfermedad y lograr una vida más digna (Dios tal y como el alcohólico lo concibe). El modo de esta dinámica es la naturaleza psíquica del alcohólico, presentado como víctima de fuerzas externas, que destruye su vida en detrimento de su propia dignidad y la integridad de los que le rodean. Tal y como se representa a sí mismo, el enfermo alcohólico debe hacer un esfuerzo, reconocer que es alcohólico (esto es, que está dominado por una sustancia que cobra poder y lo va destruyendo inenarrablemente), y estar dispuesto a cambiar. En esta zona de decisiones tiene un papel importante el grado de desesperación al que ha llegado el sujeto en vista de los problemas, cada vez mayores, que ha originado su enfermedad. En este sentido, al aprender que su alcoholismo es una enfermedad, y por eso mismo una circunstancia que lo exonera de toda responsabilidad, el alcohólico reacciona con esperanzas — aunque siempre limitadas por la voluntad de un poder superior externo a él — renovadas en cuanto al control de su hábito o co-*

no quiera llamársela. "Sin embargo, sentimos alivio cuando se nos explicó que el alcoholismo es una enfermedad. Comprendimos que era cuestión de sentido común el hacer con algo contra una enfermedad que amenazaba destruirnos. Dejamos de tratar de dejar (sic) de enseñar a otros y principalmente a nosotros mismos, el pensar que podemos controlar el alcohol cuando toda evidencia nos indicaba lo contrario." (A.A. "Esto es A.A., 1961: subgrupo nuestro).

Vista crudamente, la ideología de A.A. sobre la que se sustenta su marco de acción y sus perspectivas terapéuticas resulta criticada en un contexto donde se trata de ligar al alcoholíco como alguien directamente responsable —de una u otra manera— de su conducta de abstinencia y donde es obvio que el locus de poder externo radica en la red que creó por las atribuciones que hace sobre el ambiente que le rodea. Sin embargo, a pesar de los avances recientes para conceptualizar al alcoholíco de manera más responsable y libre, la ideología de los A.A. se ha mantenido constante al paso del tiempo. En suma, la ideología de esta organización es obsoleta. (Townier, 1979). Se argumenta que esta falta de visión es promovida desde las mismas bases de la organización; es decir, su mismo aislamiento como grupo y su renuencia a participar más activamente en el campo exterior. Madsen (1979) afirma que el grupo se encuentra en cambio constante, con una filosofía dinámica y una orientación cada vez más abierta, pero su entusiasmo no ofrece pruebas. Más que ser la conclusión razonada de alguien que ha visto de cerca al grupo, parece ser algo dictado de la emocionalidad de quien lo afirma. Se diría, con mayor certeza, que de todas maneras esa concepción que se sigue teniendo del alcoholismo y del alcoholíco tiene probabilidades de ser superada (Townier, 1979). En cuanto a la pretendida científica del método de A.A., otro autor elaboró la siguiente conclusión:

"La filosofía (sistema de creencias) de un grupo dado usualmente se desarrolla a partir de las experiencias de sus padres fundadores, cuyo carisma atrae a los demás hacia ellos. La ayuda (salvación) proviene de la identificación cercana con el grupo y por se

seguir asiduosamente sus enseñanzas. La recalcada viene de la desviación de las verdades establecidas, y la interpretación individual es desalentada poderosamente. La aproximación científica, - por contraste, es el mantenerse alerta en cuanto a la constitución de dogmas y la verificación de cambios a través de pruebas de hipótesis desprovistas de emocionalidad. El científico que estudia un proceso... examina las variadas fuerzas que trabajan al mismo tiempo y mide su importancia relativa. El tratamiento, por lo tanto, no puede ser aplicado de manera estereotipada, sino - que puede variar de acuerdo con el diagnóstico y las necesidades del paciente individual." (Rosenberg, 1979; p 330).

¿Trabaja un grupo con las características de estaticidad y estereotipia en cuanto a su conceptualización del alcoholismo y del alcoholismo ser auténtico representante de tratamientos antialcohólicos efectivos? Para probar esto, se necesita explorar el grado de efectividad de este tipo de terapia.

## 2.2. El éxito de los A.A.

Si las características particulares de A.A., como estado filosófico están contenidas en un clima cerrado, perfectamente autorrealista y que no permite la entrada de elementos contaminantes, no es de extrañar las enormes dificultades que se han tenido para tratar de evaluar su efectividad como tratamiento (Miller, 1980). Lamentablemente, debido a su carácter independentista, que recrea la renuencia de sus miembros a participar en programas de tratamiento y evaluación fuera de los marcos de sus postulados básicos, se bloquea las posibilidades de una evaluación a fondo de este grupo.

Sin embargo, a nivel popular se acepta que los A.A. es el tratamiento más efectivo para alcohólicos. Según Woodin (1979), la confianza que popularmente se tiene en esta supuesta efectividad proviene de impresiones personales, no evaluaciones científicas. Este punto de vista parece de primera impresión apoyado en las cifras que presentan otros autores, aunque éstas difieren de un autor a otro. Así-



es: Mientras que un autor afirma que la tasa de éxito es de sólo el 15% — muy baja si se compara con la tasa de recuperación espontánea, del 11 al 15% — (Townier, 1979), otro afirma que "en comparación con otras terapias, la tasa de éxito de A.A. es casi milagrosa" (Madson, 1979, p. 745). La cifra del primer autor es confirmada, aunque con reservas, por Miller (1980), basándose en los resultados de algunos estudios controlados, para seguir con las variaciones en las cifras, al respecto Be-helard estimó que A.A. tiene una tasa de 34.6% de éxito (citado por Pittner, 1977). Como se puede ver, existe una gran inconsistencia de datos que hacen sumamente difícil percibir con claridad una evaluación concreta de esta organización. Esto se liga a metodologías deficientes, falta de claridad de los focos de investigación en los estudios, y la misma corrupción de A.A., entre otros factores. (Deborne y Glaser, 1981, citados en *The Fifth Special Report*, 1984).

*¿Qué pasa con esto? En medio de la confusión, A.A. sigue en la permanencia.*

*"Si A.A. va a ser proselitizado como un tratamiento efectivo, como ha sido claramente proclamado por muchos, entonces su eficacia debería ser documentada con el mismo grado de escrutinio científico aplicado a otros programas de tratamiento... Pero quizás el aspecto más curioso de la presente falta de datos evaluativos concernientes a la efectividad de A.A. como tratamiento es que hoy muy pocos programas para crear que pueda haber resultados que no sean más que positivos" (Seball y Seball, 1979; p. 320; subrayado nuestro).*

*Esta idiosincrasia sobre los efectos de A.A. ciertamente permite seguir crean-do la magia sobre su subsistencia, basada en los mismos conceptos de víctima y en-forno que sustentan el grupo; es decir, sobre el mismo alivio numérico que se tiene al no sentirse responsable de él. Si esto es así, convendría hacer una reflexión acerca del poder generalizador que esta organización tiene para toda la población, comenzando porque su única meta es la abstinencia. Tomando esto como base, enton-*

caso, a A.A. asistirán personas que de entrada poseen ciertas características, como un desarrollo más avanzado de la adicción. Además, en cuanto a personalidad y — desarrollo individual, el tratamiento podría enfocarse a las necesidades de afiliación y dependencia, así como a la existencia de un nivel de autoritarismo alto (Miller, 1980); — es decir, que necesitan de un guía que les señale qué deben hacer, — algo así como una figura paterna—. En este caso, un tratamiento del tipo de A.A. — sólo podría ser exitoso en un núcleo determinado de personas, aunque esto siga siendo especulación, a falta de datos que sustenten, a favor o en contra, su marco de acción como ideología y tratamiento. Una carencia, porque después de todo, la gente en general sigue creyendo en esta organización como única alternativa, quizá por que en un principio así fue. Además, al margen de las controversias que existen dentro de este campo, la realidad es que a nivel popular es de las pocas alternativas que se están dando en el renglón rehabilitación, cosa muy cuestionable puesto que — su ideología, poco flexible y uniformizante, pueda no cubrir los imperativos terapéuticos de cierto sector de la población que quedaría desprotegido si no se le da a conocer otra cosa. Los alcances efectivos de este grupo podrían resumirse así:

"A.A. ha estimulado con más efectividad la imaginación del público en general que la de los alcohólicos." (Dumora, 1979, p. 334).

### 2.3. Sumaria

Alcohólicos anónimos, la alternativa de rehabilitación más popular a nivel nacional, presenta un programa cuya base se da en la meta de la abstinencia — como única manera de lograr el control sobre la manera de beber; el procedimiento — para alcanzar esta meta es el concepto de la 'fuerza de voluntad' y el apoyo mutuo entre el grupo de compañeros. La plataforma ideológica está dada en el contenido — de sus 'doce pasos', en donde el alcohólico se declara como víctima impotente ante una entidad externa a él y que cobra poder en tanto el alcohólico va avanzando;

poniéndose entonces en manos de la voluntad de un ser que lo tiene en sus manos. El éxito de este tipo de tratamiento parece depender fundamentalmente en opiniones parciales, más que en evaluaciones objetivas, debido probablemente a las dificultades que se han tenido para evaluarlo, y al tipo de atribuciones que se hacen en torno al grupo, como puede ser la idiosincrasia alguna que se le ha dado a nivel popular. -

Sin embargo, parece ser que, en cuanto a la filosofía y el sistema de creencias de la organización, el sistema pudiera ser adecuado para una clase particular de personas, con lo que la supuesta generalización de este sistema a sectores más amplios de la población quedaría pendiente. Si esto se cuenta con la participación de A.A. como alternativa de rehabilitación, el problema del alcoholismo adquiere características alarmantes, pues se haría evidente la necesidad de difusión de otras alternativas. Existe una gama de tratamientos con respecto al alcoholismo, que, aunque no en todos los casos se cuenta con datos empíricos suficientes para hablar de la efectividad o fracaso de los mismos, incluyendo su alcance y los costos, que no siempre van a ser los óptimos, pueden ofrecer una alternativa. Algunos de estos se detallan a continuación.

### 3. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

#### 3.1. Por el campo de la medicina tradicional: La desintoxicación.

El apartado se inicia por lo que mucha gente cree que debe ser el tratamiento más viable y satisfactorio por autonomía: La desintoxicación orgánica (Mullen, 1980). Esto puede deberse probablemente a la concepción del alcoholismo como un enfermo y que debe tratarse como tal. En este caso, el médico debe jugar un papel central. Ellizondo (1982) señala que los problemas médicos generados por el consumo de alcohol abarcan la intoxicación alcohólica, las complicaciones médicas del consumo crónico de alcohol que afecta a todo el organismo, especialmente al aparato digestivo y al sistema nervioso central, y finalmente el síndrome de dependencia al alcohol. Este

mismo autor indica que el tratamiento farmacológico debe realizarse a tres niveles: a) Normalizar los cambios metabólicos inducidos por el alcohol; b) Tratar el síndrome de abstinencia o prevenirlo en caso de que no se haya presentado, y c) Tratar las complicaciones intercurrentes del alcoholismo.

Este autor recomienda la aplicación de soluciones glucosadas endovenosas, para rehidratarlo y cubrir las necesidades calóricas. Posterior a esto se deben aplicar sedantes (clonidiazeprido o hidroxizina) para facilitar el cuidado médico de la detoxificación y del período de supresión. Por último se debe administrar suficiente cantidad de vitaminas, particularmente las que forman parte del complejo vitamínico B (en especial tiamina y nicotina) durante toda la fase de desintoxicación. Esto se debe a que la presencia de alcohol interfiere en la absorción de tiamina; su carencia es responsable de los cuadros de polineuritis y otras complicaciones — como el síndrome de Korschoff. También recomienda la administración de magro, ya que su efecto sedante y preventivo de las crisis convulsivas del delirium tremens interfiere en la formación de englobos dependientes de la tiamina. Los síndromes de supresión (atacinosis alcohólica, estado paranoide alcohólico y delirium tremens) logran controlarse con las medidas señaladas para el tratamiento de intoxicación alcohólica aguda. No sucede lo mismo con otras complicaciones como el síndrome de Korschoff, ya que dicho cuadro corresponde a descargas paroxísticas del lóbulo temporal, por lo que está indicado el uso de sustancias del tipo de la difenilhidantoina, la primidona y la carbamazepina. El uso de antipsicóticos, tipo fenotiazinas o butirofenonas está indicado en casos en que el alcoholismo está asociado a otros tipos de psicopatología, en especial esquizofrenia, trastornos paranoides o psicosis afectivas.

La desintoxicación como tratamiento efectivo que combaten al lo que es el alcoholismo está de hecho bastante desacreditada (Miller, 1980). Sin embargo, el -

bien no es terapia que vaya a solucionar el problema, sí facilita que el individuo esté en condiciones físicas adecuadas para seguir cualquier otro tipo de tratamiento.

### 3.2. Siguiendo el camino de la corriente dinámica

Para Ellis (1982) existen dos grandes objetivos en la psicoterapia para alcohólicos: La abstinencia y la promoción del uso de mecanismos que permitan al paciente enfrentarse con los problemas en las áreas más conflictivas de su psicodinamia que son las que permiten expresar la conducta patológica de beber.

Vista así, la psicoterapia parece seguir un modelo médico de alcoholismo, en el que la concepción del problema como enfermedad es algo inherente al proceso. Efecto: al menos así es como lo maneja el autor antes citado. Éste recomienda como primer paso informar y educar al enfermo sobre la naturaleza de su enfermedad, después promover su aceptación, trabajando principalmente la recepción, racionalización, proyección y formación reactiva (como mecanismos defensivos). Posteriormente hay que educar al paciente para que encuentre nuevas maneras de manejar viejos problemas sin recurrir al alcohol. Se debe dar al paciente un 'plan' de emergencia que puede consistir en llamar telefónicamente al terapeuta a cualquier hora, o presentarse al hospital, acudir a A.A. o llamar a un compañero. Finalmente se orientará la terapia para que aprenda nuevos patrones de conducta que le permitan disfrutar de la vida sin el alcohol. Aproximadamente en las primeras doce sesiones, recomienda que se dedique a motivar al paciente a permanecer en la abstinencia.

Ehrhart y col. (1978) suponen que la orientación de insight en psicoterapia no representa un tratamiento de cambio para alcohólicos: "... una posible razón para la pobre respuesta de alcohólicos a terapia de insight es un bien documentado (aunque parcialmente reversible) patrón de déficit en abstracción cognoscitiva y habilidades de memoria asociadas con el uso crónico del alcohol." (Tomado de Miller, 1980; p 46.)

Miller indica que la psicoterapia tiene aproximadamente un 76 % de éxito. -  
Favich (1974) reveló que aún con métodos no específicos, la psicoterapia es efectiva de un 30 a un 60 % con población seleccionada, y Bakeland (1975) reportó un -  
41. 6 % de tasa de éxito para psicoterapia con grupos de pacientes de relativamente  
pobre pronóstico (citados en Pittman, 1977). Ninguna de estas cifras se aproxima  
a lo que se podría llamar un resultado exitoso.

Además de los pobres resultados que se tienen, este enfoque apunta poco al  
alcohólico, ya que sus problemas por fuerza requieren soluciones rápidas, tanto por  
el deterioro físico del paciente como por los daños e implicaciones sociales de su  
manera de beber.

#### La psicoterapia de grupo y familiar

La psicoterapia de grupo también es otra opción de tratamiento, señalando Miller (1980) que tiene un promedio de éxito de 40 % pero en seguimiento corto. Una -  
aproximación terapéutica que reporta una tasa de éxito similar es la terapia fami -  
liar.

Con respecto a esta última modalidad, aparentemente podría constituirse como  
alternativa en aquellos alcohólicos pertenecientes a familias sintomáticas, en don -  
de se ha formado un sistema familiar patológico que es determinante en la progresión  
de la enfermedad. Los objetivos de la psicoterapia familiar son:

- a) Resolver o reducir el conflicto y la ansiedad patológica dentro de la matriz de relaciones interpersonales.
- b) Aumentar la percepción y la realización por los miembros de la familia de las necesidades emocionales de cada uno.
- c) Fortalecer la inmutabilidad de la familia frente a crisis externas e internas.
- d) Promover relaciones más adecuadas entre los sexos y las generaciones.
- e) Fortalecer la capacidad de los miembros individuales y de la familia como un todo para enfrentarse con fuerzas destructivas desde

el interior y darle el ambiente que le rodea.

f) Influir sobre la identidad y los valores de la familia de modo que se dirijan hacia la salud y el crecimiento.

g) Aceptar que el alcoholismo es problema exclusivo del miembro que lo padece y evitar toda actitud de presión, control o chantaje en relación con la enfermedad." (Elliott, 1987; p 196).

Existen otros tipos de terapia familiar como la que sustenta un enfoque sistémico, en donde los objetivos cambian un tanto, al conceptualizar al alcohólico como el miembro sintomático de la problemática familiar, pero sin dejar de ver a la familia como un sistema.

Tridionalmente este tipo de tratamientos navejan campos mucho más abiertos que los que naveja la psicoterapia tradicional, pudiendo ofrecer mayor margen de seguridad. Sin embargo, su bajo índice de efectividad, aunque desde luego se necesitarían investigaciones más controladas para una evaluación más real (Miller, 1980), hacen tratar de buscar otras alternativas que pudieran ofrecer un mejor panorama, sobre todo las que están navegando otros paradigmas de conceptualización, como es el caso del enfoque conductual.

### 3.3. El enfoque conductual y su efectividad.

Llegamos en esta parte a un grupo de terapias que trabajan con la conducta alcohólica en sí, enfocándose directamente a las manifestaciones sintomáticas con la utilización predominante de los principios generales del paradigma, las que son en apariencia hasta ahora las que ofrecen mejores alternativas. Se comienza por dos cosas y evalúan:

transición quíntica: este tipo de tratamiento está basado en la teoría del condicionamiento pavloviano clásico o respondiente: Si un estímulo incondicionado (E I) es asociado con un estímulo no relacionado, el estímulo adquiere el poder de provocar el mismo reflejo elicited por el EI, convirtiéndolo así en un 'estímulo condicionado' (EC) y un 'reflejo condicionado' (RC) respectivamente, en el caso de

la terapia de aversión química, el Et es una droga que induce náusea. Esta es asociada con un estímulo visual, gustativo y olfativo del alcohol para que éstos se conviertan en Et de la náusea. Así, después de que ha recibido el condicionamiento, el alcohólico en tratamiento se sentirá con náusea (NC) cuando se le confronta con la visión, olor y/o sabor del alcohol. La náusea disminuirá el gusto por el alcohol y así ayudará al paciente a mantener la abstinencia. (US. Dept. of Health and Human Services, 1981).

Entre las drogas que se utilizan en esta tipo de terapia se encuentran la emetina, el Etlio, la apomorfina, metronidazol y disulfiram (US. Dept. of Health and Human Services, 1981; Miller, 1980; Monarjo, 1981).

En los albores del desarrollo de la terapia de aversión química se utilizó disulfiram como un agente aversivo de condicionamiento por el apareamiento de la ingesta de alcohol con las reacciones del disulfiram. En el presente el disulfiram se usa como un químico farmacológico para frenar la ingesta de alcohol. Los efectos más comunes de esta droga son: Vasodilatación de cara y cuello (lo que provoca calor intenso); diarrea, náusea, náusea, palpitaciones y vértigo, entre otros síntomas. (Chid, 1951, tomo de Elizondo, 1982).

La aceptación voluntaria de disulfiram parece ser asociada con una elevada tasa de abstinencia, aunque ésta pueda deberse a un factor de selección. La implantación de disulfiram directamente en el torrente sanguíneo ha recibido poco uso en los EE. y su efectividad parece ser atribuida más a factores placebo y motivacionales que a los niveles de disulfiram en el canal sanguíneo (Miller, 1980; Monarjo, 1981).

En relación a la investigación, Miller (1980) indica que ésta se dedica en cuanto a la seguridad del disulfiram como un medicamento y droga de protección alternativa. En relación a otros tipos de drogas, afirma que los efectos protectivos del metronidazol son débiles y sus propiedades lo vuelven cuestionable. La combinación podría producir menos efectos colaterales que el disulfiram, pero su eficacia -



no ha sido establecida.

Con relación a la amelina, ésta ha sido considerada como más benéfica para alcohólicos en la mediana edad, casados, que trabajan y que aún razonablemente bien ajustados. No obstante, debe hacerse notar que se ha notado que la amelina afecta procesos celulares básicos en neuróns expuestas a concentraciones del compuesto durante las pruebas para el tratamiento de la disentería amibiana. (US. Dept. of Health and Human Services, 1981).

La oporufina, de acuerdo con Lauer y Voepflin (1980), se rechazó desde que se advirtió que producía sedación, la que se cree interfiere con el proceso de condicionamiento. En adición, no se encontró que fuera un ambiente confiable y su duración de acción fue considerada como muy corta para su éxito. (Citado en US. Dept. of Health and Human Services, 1981).

En relación al lilio, este mismo reporte señala que debe hacerse una distinción entre el uso del lilio como un agente que produce aversión y su uso en el tratamiento de desórdenes neuróticos depresivos. En el caso que nos interesa, con respecto al éxito con grupos controlados, Boland, Mellor y Rosachy (1978, citados en el cuerpo del artículo), usaron lilio como un agente condicionador, reportaron una tasa de abstinencia de 36 % para sujetos en terapia ambliota, en contraste con el 12 % de un grupo equivalente de pacientes tratados con una droga parecida al dimorfina, combinada citrada de calcio (Temposil). La tasa de abstinencia para el grupo de terapia ambliota aumentó a 47 % si los sujetos no desarrollaban reacciones negativas al lilio. Estos resultados son alentadores porque los sujetos de esta aproximación pueden ser apropiadamente clasificados como de alto riesgo para el tratamiento.

Si bien Mellor apunta que este tipo de terapia produce altas tasas de éxito (abstinencia de entre el 60 y el 70 % en un año), tomando en cuenta las tasas atribuidas a remisión espontánea, también señala que estos éxitos podrían estar restringidos a poblaciones con mayor estabilidad social y recursos financieros (señaló se -

ha demostrado en subsiguientes investigaciones). Es indudable que el uso solitario de esta droga no es de alcance generalizado, pero tampoco se pretende creer en este tipo de terapia como panacea única para combatir el problema. ¿No bien diríamos que podría combinarse con otro tipo de terapia para que puedan obtenerse resultados más permanentes y a largo plazo (Naranjo, 1982).

#### *aversión eléctrica y la sensibilización cubierta:*

Existen otros tipos de terapia de aversión como son la aversión eléctrica y la sensibilización cubierta. En el caso de la primera, se encontró que produce tasas más altas de mejoramiento que las atribuibles a tratamientos convencionales, usualmente en un porcentaje grande de éxito en reducción de la bebida. En comparación con otras aproximaciones, sin embargo, la aversión eléctrica es relativamente inefectiva y su contribución en programas multimodales es mínima para el mejoramiento (Miller, 1980), en contradicción con otro tipo de estudios que reportaron un éxito de hasta 64 % (Solover y McCue, 1977) utilizando el paradigma de condicionamiento de escape parcialmente reforzado, en el cual, según los autores, intervienen en gran medida aspectos cognitivos en forma de expectativas para el mejoramiento del individuo.

En este tipo de terapia, en el punto de las funciones cognitivas donde el otro tipo de terapia de aversión por sensibilización cubierta tiene lugar. En relación al uso de ésta, Jorgensen (1985) la describe como una forma de condicionamiento aversivo implícito en donde los sujetos se relajan y son guiados a través de una descripción imaginada de escenas relativas al consumo de alcohol. Lo placentero de las escenas es interrumpido por descripciones de náuseas y vómito, cuya interrupción se realiza solamente cuando se evita el estímulo original (temor a alcohol). La efectividad de este tratamiento es difícil de determinar, ya que no se ha encontrado suficiente evidencia que permita hacer pasar esta técnica como tratamiento confiable, señalando que se necesitan estudios mejor controlados para evaluar más consistentemente esta

**Terapia.**

**Entrenamiento asertivo:**

*Esta específica habilidades sociales, particularmente ante dificultades y situaciones interpersonales complejas.*

*Nelson (1983) señala que los alcohólicos necesitan habilidades sociales, indicando que hay una correlación negativa entre alcohólicos, consumo de alcohol y expresión de sentimientos negativos.*

*Miller y Kistler reportaron que los pacientes alcohólicos se comportaban pasivamente en situaciones en donde se requería asertividad negativa; donde la expresión de enojo e irritación fue requerida. Estos hallazgos fueron apoyados por Horlett, quien reportó que para el seguimiento, una proporción substancial de recaídas en pacientes alcohólicos se debió a situaciones interpersonales difíciles donde el paciente alcohólico fue incapaz de expresar sus sentimientos de frustración o ira, o para resistir la presión social para salir a beber (citados por Nelson, 1983).*

*En cuanto al éxito de este tratamiento, este autor reporta los siguientes datos: Los sujetos entrenados asertivamente reportaron más días de abstinencia que los controles; los sujetos abastados sabían alrededor de 78% en entrenamiento asertivo, contra un 50% reportado en controles. Esta técnica ofrece cierta alternativa de cambio, haciéndose notar la participación del sujeto en su propio proceso de evolución.*

**El autocontrol y sus implicaciones terapéuticas:**

*Al revisar diversos tratamientos para alcoholismo, se encuentra que en gran porcentaje de éstos —incluyendo el campo tradicional de la psicoterapia— trabajan sobre bases comunes de conceptualización del individuo, tomando en cuenta su descripción el modelo tradicional de enfermedad, en el que el sujeto, siendo un enfermo, es para la curación como vereda de andas ajeras a él. Es entonces cuando empiezan a —*

te activo de su propio cambio. El autocontrol surge así hasta ahora la cristalización empírica que más se acerca a esta concepción.

Esta técnica surge a partir de ensueños conductistas (Skinner, 1953; Lewin, 1962; Mowrer y LeVitt, 1962; Goldiamond, 1965; Neume, 1965; Eysenck, 1964; Ullmann y Kraemer, 1965, citados en Rimm y Masters, 1984), que trataron de hacer revivir a conceptos tradicionalistas como el de fuerza de voluntad como técnica útil para modificar ciertos tipos de conducta. Basándose en la demostración de la condición de circularidad lógica de la fuerza de voluntad, se trató de implementar un tratamiento en el que el sujeto manipule las variables que están influyendo en una conducta determinada. Para esto el sujeto va a determinar la medida de la modificación utilizando de autocastigos y recompensas.

Los principios básicos del autocontrol son los siguientes:

1.- El autocontrol no es asunto de fuerza de voluntad. Más bien es el resultado de manipulaciones de eventos antecedentes y consecuentes, de acuerdo con los principios establecidos del aprendizaje.

2.- El cliente debe tomar ventaja de que la conducta se encuentra bajo el control de estímulos por medio del empleo de algunas de las siguientes técnicas:

a) Cambio físico del ambiente

b) Reducción de la escala de provocación de los estímulos de conductas indeseables

c) Fortalecimiento de la conexión entre ciertos estímulos y conductas deseables.

3.- El cliente debe determinar eventos que sean recompensas potentes para administrarlos inmediatamente después de la respuesta apropiada.

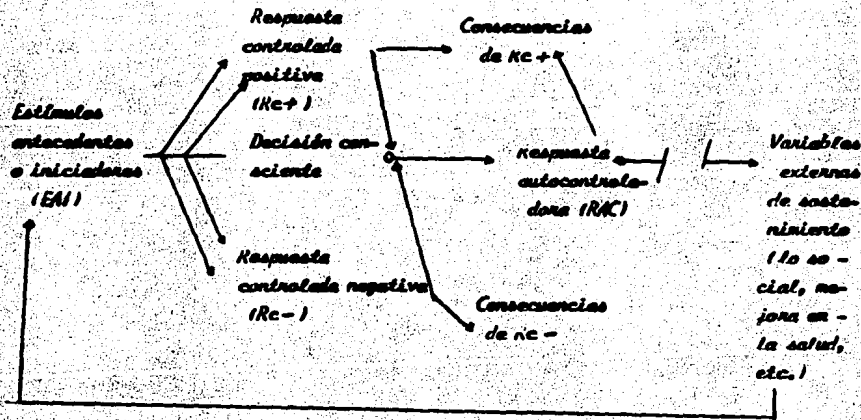
4.- El cliente determinará respuestas que cumplen y por lo mismo le libran la conducta deseable, con la finalidad de debilitarlas. También debe determinar las respuestas que pueden servir como salidas alternativas para las maneras indeseables de comportarse, con la meta de fortalecerlas.

5.- El cliente intentará la interrupción de las cadenas de conducta que conducen a respuestas indeseables en la cadena tan temprana como

ta sea posible.

6.- Las metas y conducta aproximativas en el programa de autocontrol siempre serán de más fácil atención; esto es, el cliente debe planear deliberadamente alcanzar su meta de manera gradual" (Rimm y Nina Lars, 1984, p 312- 313).

Resumo en diagrama el modelo de autocontrol se esquematiza así:



Las respuestas autocontroladoras (RA) son:

1.- *Identificación del medio:*

a) modificación de los EA (control del estímulo) y programación previa de las consecuencias de RC.

2.- *Sensitización autorregulada al estímulo (p. ej. insensibilización autodministrada).*

c) *Autodiversiones.*

2.- *Programación conductista:*

a) *Auto observación*

b) *Auto recompensa (positiva y negativa, manifiesta u oculta)*

c) *Autocastigo (positivo y negativo, manifiesto y oculto).*

Tronzo de Hanson y Mahoney, 1981, p 351.

Se sigue que el tratamiento de autocontrol efectivo da como resultado el mantenimiento del cambio fuera del tratamiento, ya que las ganancias son resultado de la propia iniciativa del cliente, y no contingentes sobre un contacto continuo con el terapeuta. También se espera que las destrezas no específicas del análisis y la modificación de la conducta se generalicen a otras conductas problemáticas potencialmente.

Relacionado específicamente esta técnica con alcohólicos, Miller (1981), implementó un programa de tratamiento que ha probado, al menos en ciertas condiciones, ser exitoso en un 70%. Este programa consiste en 6 partes, a saber: a) Establecimiento de metas y límites del consumo de alcohol, incluyendo entrenamiento para medir el nivel de alcohol en la sangre; b) Auto observación del consumo de alcohol; c) Entrenamiento para alterar la tasa de consumo (modificando la topografía de la conducta de beber); d) Entrenamiento para autorregularse; e) Entrenamiento para castigo; f) Entrenamiento de conductas alternativas.

La tasa de éxito que se reporta debe ser tomada con cautela, ya que según el autor, no se han reportado estudios que incluyan grupos control, entre otros factores, por lo que no puede afirmarse con seguridad la parte específica que juega el autocontrol en este tipo de investigaciones.

Ladd y Lovibond (1976, citados en Miller, 1981) encontraron que una aproximación de autocontrol enriquecida producía mejoras significativas (64%) que las que podía producir un programa de terapia aversiva sin instrucciones de autocontrol (50%), pero que esta tasa era mucho menor que la mostrada por un grupo que recibía tanto autocontrol como terapia aversiva (77%). Otro investigador informó sobre comparaciones entre grupos de autocontrol y grupos que recibían psicoterapia, encontrando tasas de mejora de 72 y 50% respectivamente. Sin embargo, las carencias en metodología y fallas en los diseños experimentales hacen difícil cualquier afirmación certera.

Asimismo, se han encontrado las mismas fallas en cuanto a la incorporación del autocontrol dentro de programas multinodales de tratamiento (Miller, 1980). Sería -- descabido la implantación de este tipo de programas, dependiendo del grupo con el que se está trabajando; pero hasta el momento, una comprobación que pueda respaldar en cierto grado de certeza, aparentemente no ha sido fácil de alcanzar.

#### Resumen: un campo difícil de integrar.

En el capítulo precedente se revisaron de manera general algunas aproximaciones terapéuticas: desintoxicación, psicoterapia individual, de grupo y familiar, y los -- tratamientos de tipo conductual, que incluyen aversión química, eléctrica y de sensibilización cubierta; entrenamiento asertivo y autocontrol.

Los tratamientos de corte más tradicional --el médico y la psicoterapia-- basan su técnica de rehabilitación en una conceptualización particular del individuo al --cohólico, la misma en que se fundamentan los Alcohólicos Anónimos: El alcohólico es un enfermo, y como tal debe tratarse. Las consecuencias de tal visión aún son plenas en todo de juicio; en este tipo de terapia el alcohólico juega un rol pasivo, -- acorde con la conceptualización técnica que sustenta el tratamiento, posición que lo deja es cuestionable a la luz de aproximaciones técnicas más recientes en donde al individuo se le están conciliando responsabilidades sobre su manera de beber.

El autocontrol, como técnica derivada del aprendizaje social confiere al individuo un papel más activo en la solución de su problema, autorresponsabilizándolo de su conducta a través del uso de un rango adecuado de destrezas que incluyen la manipulación -- de claves externas e internas; a este respecto, estas técnicas dejan atrás concep -- tos tradicionales de tratamiento como lo es la fuerza de voluntad, el probar su circunferencia lógica y las bases tan débiles en las que se sustentan.

Se habla de diferentes porcentajes de efectividad en las distintas terapias; -- sin embargo, no son concluyentes, ya que muchos estudios poseen dificultades metodológicas y pocas veces se realizan seguimientos largos que apoyen su efectividad.

*La incorporación de varias técnicas dentro de un programa multimodal de tratamiento, dependiendo del grupo en terapia, podría llegar a ser una eventual solución. No obstante, se siguen encontrando fallas para integrar este tipo de programas.*

*No es suficiente proponer y evaluar métodos de tratamiento que, eficaces o no, se presentan en realidad como un paliativo que por sí sólo no puede contener el problema y no corrige las bases de la crisis, cuyo crecimiento es mayor al paso del tiempo. Además, siendo un problema que no sólo afecta al alcohólico en sí mismo, sino a todo el contexto social en general por su complejidad y sus alcances en cualquier tipo de relaciones humanas, el alcoholismo no puede ser visto como algo ajeno a toda esa organización.*

*Los tratamientos, unos con mayor éxito que otros, son una aproximación real para combatir el alcoholismo una vez que este problema empieza a producir consecuencias para el individuo y su entorno, pero no tienen ningún poder para evitar que el alcoholismo siga creciendo; esto es, solamente cumplen con funciones de rehabilitación. Después de todo, para eso han sido creados.*

*Ante esto, lo único que puede ser útil son las acciones preventivas a fin de disminuir este crecimiento, comprendiendo que éstas no deben centrarse en grupos o sociedades específicamente delimitados: Si en realidad la sociedad en general es afectada, es hacia ella en su conjunto donde deben focalizarse las medidas preventivas. El siguiente capítulo pretende desglosar de manera general las principales posiciones sobre planes y programas preventivos sobre alcoholismo, los cuales se verán a continuación:*

#### **4. INTERVENCIÓN: UNA VISIÓN GENERAL.**

*El diseño de programas preventivos globales conlleva intrínsecamente la participación de muchos factores (biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que pueden ser tomados todos en cuenta o no), y cuyo contenido y esquizmatización progra-*



nativa depende de la misma definición que se tenga del problema.

"... Cada vez es más obvio que al desarrollar programas los problemas relacionados con el alcohol es necesario considerar no solamente y por separado los aspectos de salud, bienestar, morales, — educativos y económicas, sino también tomar en cuenta las implicaciones globales que éstos tienen para el desarrollo socioeconómico de la comunidad o nación. Por lo tanto, un programa que se orienta hacia la prevención de los problemas relacionados con el alcohol — necesitaría situarse dentro del marco general establecido para promover la salud, el bienestar y el desarrollo." (Moser, 1979, p 169).

Los marcos de referencia delimitan y modelan los programas, imbuidos o no de consideraciones sociopolíticas, y que incluyen implícitamente su objeto de estudio. En base a esto, se han hecho tres grandes distinciones en este campo:

1.- Los modelos socioculturales; 2.- Los modelos de salud pública; 3.- Los modelos estructural sociales.

#### Los modelos socioculturales.

Estos modelos se basan en la hipótesis de que si las prácticas de bebida están bien definidas, entonces la tasa de alcoholismo debe ser relativamente baja (Tuchfeld, 1984). Esto es, en este tipo de modelos, el enfoque hacia las características sociales y culturales es primordial.

Sólo es cuestión de orientar específicamente los patrones contextuales en los que el alcohol es consumido, básicamente en lo que respecta al cambio de actitudes y a programas educativos. Sus estrategias se resumen en tres puntos: a) La manipulación de normas para evitar el consumo excesivo y promover la moderación; b) El fomento de actividades que restrinjan la ingesta sólo para ocasiones sociales delimitadas; c) Si se pretende desde un principio el uso de normas totalmente definidas, así como un sentido de responsabilidad del individuo en su conducta hacia el alcohol, se implica que la introducción controlada de alcohol a los niños a una edad temprana alienta su incorporación a las prácticas normativas sociales o culturales.

Los medios de los que se puede valer para introducir el cambio de actitudes son: 1.- Campañas en los medios masivos de comunicación, en el sentido de incrementar el conocimiento y enfrentar a la gente con modelos que paulatinamente alteren patrones de conducta y actitudes, aunque todavía es incierta la efectividad de tal medida (Blane, 1976; Ballack, 1981, citados en The 15th Special Report, 1984); 2.- programas educativos, transmitidos a través de diversos grupos sociales (escuelas, iglesias, programas médicos y organizaciones de la comunidad), destinados a niños, jóvenes y adultos, así como a grupos especiales de riesgo, tales como mujeres, ancianos y minorías sociales.

A simple vista, este modelo parecería muy adecuado según muchos puntos de vista. No basta dar a conocer los riesgos; no podemos poner una línea clara de demarcación entre alcohólicos y no alcohólicos, así como no podemos marcar factores solitarios en la confrontación del problema, cuya esencia debe incluir contexto cultural, actitudes hacia el desarrollo de conductas dirigidas al alcohol, y normas y reglas que rigen el consumo de alcohol (Campillo Jerrero, 1983).

De la misma manera, se ha señalado no pocas veces los determinantes ambientales como marco de sustentación en donde se desarrolla el alcoholismo. Entre éstos pueden suscribirse: el hacinamiento en las grandes ciudades, la pérdida o relajamiento de los vínculos familiares, información errónea o confusa respecto al alcohol, presión moral del grupo en que se convive, la imitación de actitudes, entre otros factores (Barona Legato, 1976).

Otro punto importante de este enfoque son las actitudes, pues su participación en el proceso es fundamental al influir sobre las expectativas, y de ahí sobre las posiciones que la gente toma, sobre todo en las ideas sobre los tratamientos. Con referencia a este punto, basta mencionar uno de los resultados de una encuesta realizada sobre la población que atiende programas de rehabilitación en el CAA (Centro de Ayuda al Alcohólico y a su familia), dependiente del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

en el estudio mencionado, por lo menos un 65 % de los pacientes "esperaban recibir -- tratamiento antialcohólico, tratamiento médico físico o una combinación de ambos" (Puente y tenorio, 1982, p 63). Las cifras son significativas al compararse con otras categorías, incluyendo la de tratamiento psiquiátrico, estos resultados son inquietantes en el nivel de lo que la gente cree que es el alcoholismo y la actitud que sustentan con respecto a él; básicamente es una enfermedad biológica que debe ser combatida -- con medios fisiológicos, perspectiva que es asumida por la gente del común de la que -- estos pacientes forman parte. Sobre esta postura y sus consecuencias ya se discutieron en párrafos anteriores; lo importante es la conformación de actitudes que pasan a determinar estructuras cognitivas generales.

Aparentemente este modelo podría ser una eventual solución, ya que considera -- factores sociales y culturales. Sin embargo, por sí sólo no alcanza, según el parecer de algunos autores, para poder entorpecer su puesta en marcha. Entre ellos -- se cuentan:

Primero, parece ser problemática (y empíricamente) inapropiado asumir que los valores normativos que regulan la conducta de beber en una cultura o sociedad puedan ser extrapolados aplicables para intro-ducirlos en otra sociedad... Segundo, esta aproximación preventiva es problemática en el sentido en que asume un isomorfismo entre -- normas y conducta. Esto ocurre a dos niveles. En un nivel de definición no está claro qué norma se refiere a: a) reglas de conducta; (esto en formas típicas de pensamiento); b) actitudes prescrites (lo que la gente piensa que debe hacer); c) conductas reales (lo que la gente realmente hace). En un nivel técnico, este -- modelo irreflexivamente enfatiza la noción de que el cambio de actitudes a través de la comunicación persuasiva (una tarea sociopsicológica) es un medio exitoso para implementar un cambio normativo (una tarea sociológica). Finalmente, este modelo asume homogeneidad intercultural -- esto es, que todos los individuos dentro de una cultura comportan idénticas pautas de vista con respecto a las convenciones de claves sociales concernientes al alcohol, así

como actitudes y conductas... (Matarazzo, 1984, p 134).

Otra limitante en este tipo de modelos, referida ya a sus aplicaciones dentro de una sociedad determinada, es el poco esfuerzo que se ha hecho para evaluar métodos de este tipo (Boser, 1979). Sin duda que se hace necesaria una delimitación clara entre lo que se pretende alcanzar con este tipo de aproximaciones y el impacto que puede tener en la sociedad para lograr un modelo de prevención más depurado y con miras a funcionar mejor.

El modelo de salud pública.

El segundo grupo de modelos trata de promover la conducta responsable entre los individuos enfatizando el concepto del alcoholismo como enfermedad. Si el alcoholismo es una enfermedad, entonces se asume que la expresión de ésta depende de una interacción entre el individuo, el agente de la enfermedad ( alcoholismo) y el ambiente en el cual el proceso de enfermedad se desarrolla. (Wiles, 1984).

Concomitantemente, este modelo pone especial interés en aspectos físicos y fisiológicos, así como biológicos y genéticos a fin de adaptarlos al modelo tradicional de alcoholismo como enfermedad, extrapoliándolo al campo psicológico y social.

Este modelo trabaja sobre tres niveles: Prevención primaria, secundaria y terciaria. La primera se distingue por el intento de reducir o eliminar las causas directas que provocan la enfermedad y prevenir su ocurrencia. La prevención secundaria se enfoca sobre la detección temprana y el tratamiento de la enfermedad en sus etapas iniciales; finalmente, la prevención terciaria se enfoca a la enfermedad ya desarrollada y su tratamiento (Wiles, 1984; Penalta y Jiménez, en prensa).

En nivel de investigación, el primer nivel, la prevención primaria, es el que ofrece datos científicos más débiles, ya que requiere empezar a prevenir antes de que la enfermedad se haya manifestado en cualquier forma, con lo que se necesita tener a priori conocimiento exacto sobre la definición y etiología del alcoholismo, condición que no ha podido delimitarse ni esclarecerse con exactitud, así que los programas edu-

calivos que pueden establecerse con este propósito van a carecer de un rigor científico preciso. Según Engstrom, (1984), estos programas educativos pueden ofrecer información, pero fallan en producir cambios de actitud, y mucho más fallan el tratar de producir cambios en la conducta.

Con respecto a la prevención secundaria y terciaria, los alcances se hacen más reales pues se está trabajando, ya sea con las primeras manifestaciones de la enfermedad o ya con ésta en franco desarrollo. In la prevención secundaria se trata con subgrupos de alto riesgo (bebedores que manejan vehículos, hijos de alcohólicos, delincuentes juveniles y empleados que presentan ausentismo y cometen muchos errores en el trabajo); para esto, se utilizan diversos instrumentos de detección temprana (descritos en una sección anterior), así como programas preventivos con un formato educativo, generalmente dados en centros de trabajo. In el nivel de prevención terciaria estarían propiamente los distintos tratamientos ya con la presencia de la enfermedad (lo que haría pensar si en realidad esto es prevención, ya que esto está en el campo de la rehabilitación).

Las críticas que pueden hacerse a este modelo provienen fundamentalmente de la concepción del alcoholismo como enfermedad, y si el modelo médico fisiológico es en realidad una respuesta a la definición y etiología. A este respecto los resultados son poco concluyentes, además, por las mismas características que conlleva cada nivel, parecería que se enfatiza la prevención secundaria a expensas de la primaria, tomando en cuenta los resultados de la publicidad correspondiente. En todo caso, este modelo, que ha sido hasta ahora el más utilizado, carece en muchos puntos de bases técnicas que permitan comprobar la exactitud de sus supuestos, y así hacer una labor efectiva de prevención, como idealmente corresponde a la concepción del nivel primario.

#### **El modelo social estructural.**

Este tipo de modelos tratan de hacer prevención introduciendo cambios en las con-

diciones y el ambiente en que se está bebiendo, utilizando para ello leyes de regulación del consumo ( que no necesariamente deben llegar a la prohibición total, como sucedió en Estados Unidos durante la segunda década del presente siglo), las que restringen la disponibilidad del alcohol, así como modificaciones ecológicas (asumiendo que - de todas maneras va a haber bebedores excesivos, lo que se pretende es minimizar los costos sociales del abuso de alcohol), que incluyen barreras en autopistas y programas de entrenamiento para controlar a los bebedores en estado de intoxicación en bares y lugares destinados especialmente para beber.

El modelo es consistente con las interpretaciones que se han hecho a un supuesto elaborado por Ledermann. En éste se muestra la relación logarítmica en una curva normal con respecto al número de bebedores y los problemas con referencia al alcohol en una sociedad ( Campillo Serrano, 1982). Así, aumentando progresivamente el precio de las bebidas, los impuestos y las leyes reguladoras, se espera que haya menor número de bebedores, limitando los problemas consecuencia de esto.

La principal crítica que podría hacerse a este modelo es la simplificación que hace de todos los factores relacionados con el alcoholismo, dando no se explicita claramente el proceso que media entre cambios estructurales y respuestas conductuales.

De todos modos, sigue siendo decisión del bebedor violar las leyes o no, y a pesar de que éstas en un momento dado puedan regular el consumo ( preferible tenerlas estrictas en principio y permitir la disponibilidad ilimitada de cualquiera al alcohol), ciertamente que ellas por sí solas no pueden hacer mucho para prevenir a la población.

#### Perspectiva.

Es imposible, como quiera que se vea, planear algo con vistas a prevenirlo (esto es, desalentarlo antes de que se produzca) sin saber exactamente qué es y cómo se produce. En este caso, los diversos modelos de prevención, tanto como los tratamientos, reflejan el estado actual de las plataformas teóricas del alcoholismo, cada uno de a -

cuando a su particular teoría y manejando su propio objeto de estudio. indudablemente que es necesaria una clarificación objetiva y precisa de la sustentación teórica para que las críticas y defectos puedan reducirse y así ser aplicados de una manera uniforme y efectiva a toda la población. Y más que eso, se necesita ver con qué objetivos se aplican y por qué se hacen. Según el punto de vista particular de quien esto escribe, concretamente en el caso de México, es palpable la falta de programas preventivos, de cualquier tipo, que lleguen hacia núcleos grandes de población. Según Campillo Jerrano (1982), esta aparente desorganización se debe fundamentalmente a que se está haciendo el juego a los intereses económicos y comerciales de las grandes empresas que producen y distribuyen alcohol. En cualquier caso, el reajuego se hace en base a las fallas en la investigación y la falta de presupuestos que se necesita para realizar verdaderos programas.

## BIBLIOGRAFIA

- AN. WORLD SERVICES, INC. Esto es A.A.; folleto explicativo. México: A.A. 1961 p 1-16
- ANDRÉS LLINÁS, J. ; México ante el reto de las drogas; México: Procuraduría General de la República 1976
- BERGMAN, C. K.; "A review of the use of Self Control techniques in the treatment of alcohol abuse" en Cognitive Therapy and Research; 9:3 1985 pp 235- 240
- CAMPILLO JURANO, C.; "El consumo de alcohol en México desde una perspectiva de salud pública" en Salud Mental; 5: 4 1983 pp 80- 83
- CAMPILLO JURANO, C.; "Problemas relacionados con el alcohol en México" en El alcoholismo en México; Tomo 1. México: Fundación de Investigación Social, A.C. 1982
- DENARE, N.; GOODWIN, D.; HULSEN, W.; MAURE, R.; MUDENBERG, CH.; SWEELL y SIBELL; "Alcoholics Anonymous as treatment and as ideology; comments on the article by R.E. Townier" en Journal of Studies on Alcohol; 40: 9 1979 pp 318- 335
- ELIÁHU, E.; "Tratamiento del alcoholismo" en El alcoholismo en México; México: Fundación e Investigación Social A.C. 1982
- GILVIG, J.; MC LUC, P.; "Electrical Aversion Therapy with alcoholics: A comparative follow-up study" en British Journal of Psychiatry; Vol 130 pp 279- 86 1977
- LEVINE, J.; LLINÁS, E.; "The developmental approach to alcoholism? a written investigation" en Addictive Behaviours Vol 6 pp 93- 98 1981
- MITCHELL, J.P.; WILCO, S.M.; AHERN, A.; MILLER, N.E.; WEISS, C.M.; TOLMIESS, M.; ERNSTMAN, D.; Behavioral health. a handbook of help enhancement and disease prevention; New York: John Wiley & Sons. 1984
- MILLER, W.; The addictive behaviours. Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity E.U.; Pergamon Press 1980



- DELIRI, J., y otros; *El alcoholismo en México* México: Fundación de Investigación Social, A.C. 1982
- DEWIS, E.; *Problemas relacionados con el alcohol y estrategias de prevención*  
Ginebra: Organización Mundial de la Salud 1979
- ESTRADA, C.; "Pharmacological control of alcohol consumption: Tactics for the identification and testing of new drugs" en *Addictive Behaviours*: Vol 6 pp 261- 69 1981
- HILSON, J; "Assertiveness training using rehearsal and modeling with male alcoholics" en *American Journal of alcohol abuse* 9: 3 1983 pp 541- 44
- MAYER, R.; "The Fifth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health" en *Alcohol Health and Research World*: Cap 7 y 8 1984 pp 39- 53
- PERALTA, J.; JIMENEZ, L.; "Importancia de los instrumentos de detección temprana del alcoholismo"; en prensa
- PITTMAN, D.; *Alcoholismo*; Buenos Aires: Ed. Norma 1977
- RUENTE, F.; TENONIO, R.; "Centro de Ayuda al Alcohólico y a su Familia. Aspectos sociodemográficos y perfiles de la población consultante" en *Salud Mental*  
5; 2 1982 pp 61- 65
- SMITH, D.; MUSTERS, J.; *Terapia de la Conducta*; México: Trillas 1984
- SMITH, R.; MULLINS, J.; "The use of systematic encouragement and community access procedures to increase attendance at A.A. and Al- anon meetings" en *Drug and Alcohol Abuse*; Vol 3 pp 370/ 75 1981
- TANNESEN, C.; WANNONY, M.; *Autocontrol de la conducta*; México: Fondo de Cultura Económica 1981
- TUMMELIK, R.; "Alcoholics Anonymous as treatment and as ideology: Reply to comments" en *Journal of Studies on Alcohol*; 40: 7 1979 PP 743- 749
- U.S. DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES; "Alcohol Aversion Therapy" en *Assessment*

Report Series: 1:1 1981 pp 1-11