

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

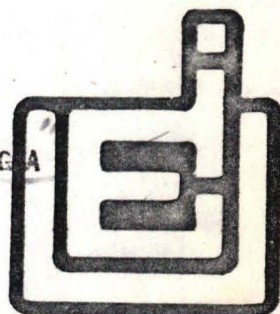
IZTACALA
ESCUELA NACIONAL DE
ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA



EDINACION PSICOLOGIA



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA



EL ALCOHOLISMO EN MEXICO UNA APROXIMACION OPERANTE

001
31921
R3
1982-2

T	E	S	I	S
QUE	PARA	OBTENER	EL	TITULO DE :
LICENCIADO		EN		PSICOLOGIA
P	R	E	S	E
LEONARDO		<u>RUBIO</u>		RANGEL
MARIO	SERGIO	SALAZAR		OLVERA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A MIS QUERIDOS PADRES POR
SU ESFUERZO Y COMPRENSION



A MIS HERMANOS

ESPECIALMENTE PARA ANNELIES Y LUPITA

C O M I S I O N D I C T A M I N A D O R A

DICTAMINADOR

ASESOR: LIC. ISAAC SELIGSON.

DICTAMINADOR: LIC. JUAN ORTEGA.

DICTAMINADOR: LIC. ANTONIO PINEDA.

A NUESTRO ASESOR Y DICTAMINADO-
RES, POR SU ORIENTACION Y AYUDA
PARA LA CULMINACION DE ESTE - -
TRABAJO.

A TODAS LAS PERSONAS QUE - -
DESINTERESADAMENTE FACILITARON
LA ELABORACION DE ESTE TRABAJO

1276810001

INDICE

PAGINA

CAPITULO	I) INTRODUCCION.	1
	a) Antecedentes Históricos.	
	- b) Definiciones del Alcoholismo.*	
	- c) Clasificación del Problema.	
	- d) Posibles Factores que Inducen el Problema.	
	- e) Consecuencias Sociales.	
CAPITULO	II) MARCO TEORICO.	11
	X a) Panorama General.	
	X b) Etiología.	
	X c) Diferentes Enfoques Teóricos.*	
	X d) Bases Teóricas del Análisis - Experimental y Terapias Conductuales Aplicadas.	
	X e) Técnicas Conductuales. →	
	X f) Paquetes de Tratamiento.	
	g) Determinantes de la Recaída.	
CAPITULO	III) PANORAMA EN MEXICO.	33
	a) Panorama General.	
	b) Datos Estadísticos del Problema.	
	c) Breve Historia de los Grupos de AA y Observaciones de sus Resultados.	

- d) Descripción de la Investigación que se realizó en el--
Area Metropolitana.

CAPITULO IV) DESCRIPCION DEL PROGRAMA. 45

- a) Procedimiento.
a1) Método.
a2) Organización de la Ins-
titución.
a3) Tratamientos - Varia- -
bles y Selección de Su-
jetos.
a4) Fases de Tratamiento.
a5) Técnicas Empleadas.
b) Seguimiento.
b1) Primera Fase.
b2) Segunda Fase.

CAPITULO V) RESULTADOS. 74

CAPITULO VI) DISCUSION. 81

CAPITULO VII) CONCLUSIONES. 85.

CAPITULO VIII) PROPOSICION DE ALTERNATIVAS. 90

CAPITULO IX) REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. 101

pag. 36 San

INTRODUCCION

En un mundo que cambia rapidamente en torno nuestro, las ciencias de la conducta no son la excepción, de ninguna manera pueden permanecer estáticas, ya que se encuentran en constante cambio de acuerdo a las necesidades que imperen en ese momento; sin embargo, existen padecimientos, de los cuales se consideran todavía incurables o intratables; algunos de ellos como la drogadicción y el alcoholismo. Este último con grandes consecuencias directas sobre el individuo, como son los daños a su salud, ya sea de una manera orgánica o psíquica. Como consecuencias secundarias afectando a familiares y a la sociedad en general; muestran una baja producción en su trabajo, accidentes y ausentismo en el mismo, y sobre todo, una pérdida gradual en la vida activa de su ambiente socioeconómico, el cual repercute directamente en la economía de nuestro país.

[La Psicología como ciencia de la conducta, ha mantenido un gran interés en la solución de esta aflicción y no es sino a partir de hace tres décadas, que se ha dedicado una investigación exhaustiva y formal para resolverla y prevenirla.]

[Aquí en México se ha dejado un poco de lado dicho tema del alcoholismo,] pues no se le había dado la importancia que merece; sin embargo, este problema ha adquirido una gran relevancia sobre todo en el área de la Salud Pública, por lo que ya no es posible seguir evadiéndolo.

[El Análisis experimental de la Conducta, ha abordado al alcoholismo, desde su punto de vista objetivo; es decir, como un problema de conducta y es nuestra intención enfocarlo desde ahí pero sin dejar de lado los factores sociales, genéticos y otros que se encuentren involucrados.]

a) Antecedentes Históricos.-

["El alcohol no es una bebida moderna ni el alcoholismo

concepto nuevo"] (Martínez C.E. 1978) se encuentran ya desde la Prehistoria códices referentes a la existencia del alcohol y a sus complicaciones. [Al parecer, el alcohol no fue creado, sino -- descubierto. Se piensa que alguno de nuestros antepasados, al dejar dentro de su cueva el sumo de alguna fruta, éste al fermentar se produjo el primer vino, esta persona al beberlo y al sentir -- los efectos sobre su estado de ánimo, continuó propositivamente -- la fermentación con diferentes frutas, naciendo así el alcohol y el alcoholismo.]

Posteriormente, se establecieron pasos definidos para la elaboración de diferentes procesos en la transformación de alimentos, tales como las técnicas ^{aparecen} químicas de oxidación y reducción, en la fabricación de recipientes, el cambio de la pasta de harina a la de galleta o pan, la fermentación del zumo, el vino del dátil, de la cerveza y otras bebidas en las regiones del Mediterráneo y Egipto, (Martínez C.E. 1978).

Una vez descubiertas las bebidas antes descritas, éstas se empezaron a legalizar en su distribución y venta; en Mesopotamia se llevó a cabo inicialmente, basándose en el Código Hammurabi. Sin embargo, conservaron ciertas medidas para su ingestión, -- pues sobre todo lo utilizaban para fines religiosos, (Martínez C. E. 1978).

Estas mismas condiciones se presentan en México, cuando se descubre el pulque u Octli en el siglo IX, el cual fue introducido por el rey tolteca Totepeútl, influenciado por la reina Xochitl, (Martínez C.E. 1978).

Los mexicas lo utilizaban con un fin religioso, presentando una gran preocupación por su mal uso, pues pensaban que podía aumentar su vulnerabilidad ante tribus circundantes, amenazando así su organización social. Por consiguiente, sólo permitían su ingestión a los adultos y con una ración de 5 jícaras, castigando los si no obedecían, con la muerte o el despojo de sus privilegios, según la jerarquía que ocuparan en su reino.

Posteriormente, en el siglo XII surgen en Europa las bebidas destiladas, producto del ingenio de los antiguos químicos. Algunas de ellas tenían fines médicos, tales como la "Aque Ardens" siendo tal su popularidad, que se siguieron fabricando y extendiendo con otras especies, dando origen a nuevas bebidas como el whisky, coñac, vermouth, etc.]

Sin embargo, cabe mencionar que existen otras bebidas, que aunque no se han descrito en este breve análisis, se deben de tomar en cuenta, como son la cerveza y los vinos espumosos; entre otros, ~~el~~ tequila, el sotol, etc.; los cuales no importando su composición pueden llegar a crear adicción en el individuo cuando se reúnen las condiciones necesarias, (tiempo, frecuencia y/o cantidad de ingestión).

b) Definiciones del Alcoholismo.-

No dudando del gran problema del Alcoholismo, cabe mencionar que aún a la fecha, no se ha llegado a ningún acuerdo que establezca una definición lo suficientemente amplia y adecuada de dicho trastorno. Sin embargo, algunas de esas definiciones marcan puntos importantes.

"La Organización Mundial de la Salud, establece que las personas alcohólicas, son aquéllos bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol ha alcanzado tal grado, que muestran una grave perturbación ^{y mente} mental o una interferencia con su salud corporal, con sus relaciones interpersonales y con su normal funcionamiento social y económico, o muestran signos preliminares de dicho desarrollo", (Martínez C.E. 1978).

Desde otro punto de vista, Jellinek (1960), define el Alcoholismo, como cualquier empleo de bebidas alcohólicas que causen un daño al individuo, a la sociedad o ambos; asimismo, establece que el abuso del alcohol está dado como un desorden progresivo e incurable y sobre todo se presenta en aquéllos que "pierden el control al beber", aún mostrado por quienes habían sido --

abstemios por un período largo (Keller, 1972), cita en Marlatt -- (1978).

3

Un punto de vista dado por la Asociación Psiquiátrica Americana (1968) enunciada por Miller (1976), señala que el Alcohollismo, interfiere crónicamente con el funcionamiento físico, personal o social; aseveración que concuerda con las definiciones anteriores.

4

"El Grupo de Alcohólicos Anónimos, lo toma como una compulsión física, aunada a una obsesión mental; es decir, se sabe que existe un deseo físico de beber alcohol, por encima de la capacidad para controlarlo y en pugna con todas las reglas del sentido común" (1953). Cahalan, adoptó la posición establecida por la Comisión Cooperativa sobre el Estudio del Alcohollismo (Plaut, -- 1967) el cual define el problema del tomar, como "el uso repetitivo del alcohol causando un daño físico, psicológico o social al tomador y a otros, lo cual asume también la dependencia psicológica del mismo", cita en Marlatt (1978).

5

Sin embargo, en un momento dado, estas definiciones podrían no cubrir todos los elementos que intervienen en dicho trastorno, por lo que para nosotros, aún siendo demasiado riesgoso -- emitir una opinión definitiva al respecto, mencionaremos algo sobre este punto.

6

Consideramos que el alcoholismo, es un proceso mediante el cual se crea una dependencia fisiológica y psicológica hacia el alcohol, mismo que al ingerirse bajo ciertas condiciones (tiempo, frecuencia y/o cantidad) provoca una desintegración de la estructura bio-psico-social del individuo.

Desgraciadamente, existen varios factores que contribuyen para dificultar la comprensión y el estudio de dicho tema (Martínez C.E. 1978), los cuales se agrupan en los siguientes aspectos:

La gran cantidad de chistes y bromas, obtenidas de la conducta ridícula exhibida por estos sujetos, la cual da cabida a que se juzgue a la ligera, lo que en realidad constituye un verda-

Cartolina

dero problema.

Lo opuesto a lo anterior, en donde la actitud moralista obstruye el recabar información y emitir juicios objetivos.

La falta de terminología unificada, que viene a desorientar a las investigaciones realizadas.

c) Clasificación del problema.-

Es obvio que se necesita un marco de referencia universal para clasificar al padecimiento del alcoholismo; sin embargo, habido una gran cantidad de ellos que han estado basados en diferentes puntos que enfatizan la forma, cantidad o consecuencias -- que lo determinan. De esta manera, Jellineck, (1968) en Miller -- (1976) lo clasifica como:

-ALFA: Aquél estado que representa una dependencia o confianza continua, de carácter psicológico en los efectos del alcohol para aliviar el dolor corporal o emocional, pero que sobre todo no implica una pérdida de control.

-BETA: En esta fase, se pueden presentar complicaciones a nivel orgánico o psíquico, tales como la polineuropatía, gastritis y cirrosis hepática, pero sin ninguna dependencia física ni psicológica.

-GAMMA: Los principales factores que intervienen en esta fase son: a) el aumento adquirido en la tolerancia tisular del alcohol, b) metabolismo celular adaptativo, c) síntomas de aislamiento y dependencia física, d) pérdida del control.

-DELTA: Muestra las características anteriores y además la incapacidad de abstenerse.

-EPSILON: En donde se establecen ya crisis periódicas del alcoholismo.

Este investigador considera que las etapas DELTA y GAMMA ya son patológicas, ya que los cambios fisiológicos mismos, llegan a aumentar la necesidad del consumo del alcohol.

Por otro lado, la Asociación Psiquiátrica Americana, (Miller, 1976) lo divide en tres tipos: los primeros dos están basados sobre el número de veces que un individuo se intoxica en un año. El episodio excesivo en el tomar constituye la intoxicación de aproximadamente cuatro veces por año, mientras que la etapa habitual del tomar excesivamente, se refiere a 12 intoxicaciones por año o bajo la influencia del alcohol más de una vez por semana. La tercera clasificación en la adicción del alcohol, está basada sobre, a) la presencia de síntomas de retirada, b) tomar diariamente o, c) tomar excesivamente por un período de tres meses.

Los alcohólicos también son categorizados dentro de tres niveles de diagnóstico, según el Comité del Consejo Nacional sobre el Alcoholismo (1972) por Miller (1976), los cuales están basados en la presencia o ausencia de varios índices de actitud en los aspectos fisiológicos, clínicos, conductuales y psicológicos. Es decir que los indicadores incluyen factores tales como la dependencia fisiológica, lagunas mentales, el tomar a pesar de las consecuencias negativas socioambientales y la hepatitis alcohólica.

Sin embargo, la mayor desventaja de estas clasificaciones es la limitante que se establece en sus sistemas categóricos, los cuales no facilitan el tratamiento del individuo.

Podría ser más útil identificar la ingestión excesiva del alcohol en base a excesos o déficits conductuales. En ese sentido el alcoholismo no parece ser una entidad separada, sino más bien-

Definición *

una conducta que puede ser modificada, pudiendo además correlacionarse con los problemas sociales, maritales, cognitivos, de empleo y médicos a los que se encuentra expuesto.

Dentro de esta estructura conductual, la evaluación objetiva del funcionamiento de cada una de esas áreas, en lugar de -- diagnosticarlas categoricamente, servirían como una base para establecer una lista de metas de tratamiento específicas.

d) Posibles Factores que Inducen al Problema.-

En el capítulo anterior, se habló de las diferentes definiciones en que se enmarcaba el alcoholismo, por lo que por el momento sólo tomaremos en cuenta los factores predisponentes (que actúan en forma diferente con los sujetos y grupos sociales) hacia el alcoholismo; éstos pueden ser factores biológicos, socio-culturales y psicológicos.

→ En base a una serie de estudios se ha comprobado, que el comportamiento y el medio ambiente están continuamente entrelazados y que pueden originar situaciones de "stress" ó de ansiedad, elicitando así la conducta del tomar, por el simple hecho de que el alcohol puede actuar como un agente reductor de tales condiciones y que a la larga formaría una cadena conductual hacia este tipo de comportamiento (Miller, 1976). Estableciendo así ciertos -- factores que a continuación mencionaremos brevemente.

- Factores Emocionales.- La Teoría de la Tensión-Reducción considera que el alcohol es una droga depresiva, que puede actuar como un tranquilizador hacia la tensión y la ansiedad, sobre todo con personas alcohólicas (Marlatt, 1976).

Algunos estudios con tomadores sociales muestran un incremento en los efectos positivos (conductas deseables en determinadas situaciones), después de que el alcohol es administrado, mientras que otros estudios muestran un incremento eufórico; Kastell, (1966); asimismo Williams (1966) reportó un incremento en la ansiedad y depresión (después de 4 onzas de alcohol) pero con un --

incremento en la ansiedad (después de más de 8 onzas); esto es -- similar a los estudios de Mello (1972) en donde se concluye que -- los alcohólicos con más frecuencia muestran un incremento en la -- ansiedad y depresión y una mejor autoestima durante la ingestión -- del alcohol, concordando así sus resultados con los obtenidos en -- (1968), (cuando se observó que el alcohol puede actuar como un es -- timulante a bajas dosis y como un depresor a altas concentracio -- nes).

Los efectos que produce el alcohol sobre la ejecución mo -- tora y perceptual también se ven afectados por las dosis adminis -- tradas, pues a bajas concentraciones aumenta la responsividad y -- en forma opuesta, inhibe la ejecución.

Un análisis de lo anterior nos permite observar que el -- consumo de alcohol a bajas concentraciones sirve para reducir la -- tensión y el "stress" y que esto aumenta la probabilidad del to -- mar, pues en ese instante también se presentan mejores percepcio -- nes cognitivas del control personal, posponiéndose así las conse -- cuencias aversivas o poco placenteras que son resultados de la in -- gestión de altas concentraciones de alcohol.

Factores Sociales. -- La influencia de los estímulos socio -- interpersonales sobre el consumo de alcohol fue investigado por -- Nathan O'Brien (1971), quien concluyó que el aislamiento social -- puede servir como un instigador para el consumo excesivo del alco -- hol. Sin embargo, en forma contraria Bigelow (1973) y Greffitis, -- Bigelow y Liebson (1973, 1974 a, 1974 b) encontraron que la inte -- racción social sirve como instigador para beber en exceso, notán -- dose así una gran diferencia con los estudios de Nathan (1971), -- que quizás radique en la cantidad ingerida, por lo que las propor -- ciones moderadas de alcohol podrían facilitar la interacción, -- mientras que las grandes la alejen, cita en Miller (1976).

La interacción social puede ser también directamente afec -- tada por el consumo del alcohol, así como con la presión de un -- grupo, de acuerdo a los modelos sociales que se establezcan. Ham --

burg (1975) afirmó que muchos tomadores sociales, incurren en el alcohol por medio del proceso de aprendizaje observacional o de reforzamiento social, Marlatt (1978).

La ansiedad experimentada en situaciones sociales ha sido enfatizada como un determinante primario, Kraft (1971). - Williams (1965) reportó que el problema del beber, está significativamente relacionado a las tendencias de autocrítica y de baja autoestima. Parece ser que los sentimientos de inadecuación o de baja autoestima, son dados por una situación interpersonal específica; por ejemplo, la experiencia a ser criticado o evaluado por otros. Algunos resultados más objetivos de estas investigaciones, mostraron que la evaluación interpersonal fue una manipulación efectiva como amenaza (Estímulo discriminativo que produce "stress") y sobre todo si los observadores son del sexo opuesto a los observados, cita en Miller (1976).

Una modificación de esos estudios se llevó a cabo estableciendo la oportunidad para "responder adecuadamente" de ciertos alcohólicos que fueron criticados; sus resultados mostraron un decremento en el consumo del alcohol a diferencia de quienes no expresaron sus sentimientos.

✓ Factores Cognitivos, - En ellos se afirma que los alcohólicos tienen un concepto pobre de sí mismos y que éste lo van cambiando a uno más positivo conforme consumen más alcohol, - (Miller, 1976).

✓ Factores Situacionales. - Con frecuencia se asume que el resultado de repetidas asociaciones entre el consumo del alcohol y los estímulos del medio ambiente (gente, objetos, lugares específicos) sirven para iniciar la conducta del beber, aunque sólo se haya oído, o visto (Miller, 1976); de la misma manera se asume que los alcohólicos toman solos y sin accesorios visuales específicos, mientras que los tomadores sociales sí los necesitan, por lo que es necesario tomar en cuenta la --

reestructuración de ambientes físicos en el tratamiento de dichas personas.

Los factores fisiológicos los cuales, ya se nombraron anteriormente, se refieren a que los alcohólicos crónicos con frecuencia evitan o escapan del desvanecimiento de síntomas fisiológicos aversivos, los cuales ocurren cuando el consumo excesivo es decrementado o terminado.

e) Consecuencias Sociales.-

Analizando en forma conjunta estos puntos revisados, se puede observar que van compaginados con las consecuencias y alteraciones que son resultado del padecimiento del alcoholismo; tales como los estados depresivos, la disminución del ritmo del trabajo, ausentismo en el mismo, el abuso de su ingestión en ambientes propicios, etc. Esta misma aseveración, está apoyada -- por los estudios realizados con ratas, (Conger, 1956) y los cuales aportaron la explicación de que en la adicción alcohólica, los efectos inmediatamente reforzantes del alcohol, tal vez predominen sobre aquéllos no reforzantes más remotos del castigo social; Marlatt (1976).

MARCO TEORICO

a) Panorama General.-

Hasta hace poco tiempo, las experiencias y los resultados obtenidos en el manejo de sujetos con problema de salud, -- derivados del consumo de bebidas alcohólicas, eran muy desalentadores. De esta manera, recurriendo a la ayuda médica y terapéutica de los hospitales, se curaban las lesiones producidas -- debido a incidentes penosos* ocasionados por el consumo del alcohol. Sin embargo, esto no se prolongaba por mucho tiempo, pues dichos pacientes volvían a ser hospitalizados, pero ahora ya, -- presentando graves problemas fisiológicos y neuropsíquicos por haber continuado ingiriendo en exceso bebidas alcohólicas; requiriendo así de una urgente y esmerada atención a su recuperación orgánica, seguida por supuesto, de costosos y largos tratamientos.

[Por otro lado, en la práctica privada, el profesional -- no se había decidido por completo a tratar este padecimiento, -- pues por principio, el desconocimiento de un tratamiento eficaz sólo le pronosticaban resultados desalentadores. A

En los últimos años se ha aumentado la atención hacia -- las implicaciones sociales y de salud del alcoholismo, así como a su abuso en varias naciones y la importancia que representa -- crear métodos de tratamiento efectivos que requieran un mínimo de tiempo, dinero y esfuerzo, (Miller, 1976).

Por consiguiente, es conveniente empezar a revisar una serie de conceptos básicos que primordialmente se encuentran inmiscuidos en dicha condición.

Un primer punto estaría dirigido a la definición del alcohol etílico o etanol, así como a sus efectos en el organismo. *

El alcohol etílico o etanol, es el segundo en la serie de los alcoholes alifáticos; la palabra proviene posiblemente -- del árabe, en donde el nombre "cool", designa al sulfuro negro- ✓

de antimonio pulverizado, [Guerra, G., 1977].

Una vez ingerido, es muy rápida su absorción en el estómago y en el intestino delgado; sin embargo, al colón ya no llega nada. Aparece en la sangre cinco minutos después de su ingestión y se distribuye uniformemente por el organismo.

En pequeñas dosis excita las terminaciones de los nervios del gusto, el olfato y de la sensibilidad en general de la boca y el esófago y por ello aumenta el apetito. Por el contrario, a grandes dosis produce irritaciones de la mucosa gástrica y aumento de la secreción del moco y no de jugos digestivos, -- por lo que ocasiona falta de apetito, gastritis, etc.

Específicamente el alcohol dentro de nuestro organismo, actúa en los siguientes niveles:

Primeramente, el alcohol es absorbido por el estómago e intestino delgado, siendo éste transmitido después al hígado para ser metabolizado; [por medio de reacciones químicas- oxidación- reducción], cierta cantidad es convertida en glucosa y la otra es enviada al corazón.

Específicamente el alcohol en la sangre da como resultado un desplazamiento de alcaloides (hormonales) que al desprenderse en exceso, originan un desequilibrio en la presión arterial y/o directamente en el sistema endócrino; traduciéndose esto como desajustes en la digestión, baja presión arterial, inconciencia, y/o problemas glandulares.

Sin embargo, la acción principal se enfoca en el Sistema Nervioso Cerebro Espinal, debido a que las cantidades de alcohol transmitidas a este lugar actúan directamente, en las respuestas motoras del individuo.

Este proceso se refiere a una despolarización de la mielina, pues como es sabido, el alcohol contiene grupos OH fuertemente electronegativos, los cuales al chocar con las cargas eléctricas (negativas) ya existentes en el axón, dan como resultado un desarreglo en las partes substituidas de los gru-

pos OH; repercutiendo finalmente en que los mensajes enviados a las diferentes partes del cuerpo sean lentos o no lleguen, provocando por consiguiente movimientos retardados, lenguaje mal articulado e incoherente, así como una baja responsabilidad en los sentidos ante la estimulación del medio ambiente. [Terhune, W.B., 1975].

b) Etiología.-

Desde tiempos remotos, en la sociedad Azteca, se trató de comprender la etiología de las personas adictas a las bebidas embriagantes, por medio del calendario adivinatorio Tonalamatl, el cual establecía que aquéllos que nacían bajo el signo "Dos de Conejo", serían afectados a la embriaguez (Martínez C.E.-1978).

Posteriormente al haber transcurrido cientos de años, todos los investigadores compenetrados con el estudio de este padecimiento, han desenvocado en tres factores importantes que propician el alcoholismo.

El Sociológico.- Postula la hipótesis de que dicho problema es el efecto dramático de una sociedad en crisis, con situaciones conflictivas, tales como el hambre, el desempleo, el bandalismo, el hacinamiento, etc; ó bien consecuencias de la práctica histórica de costumbres, tradiciones y hábitos, en la cual la bebida tiene una función gastronómica y religiosa, como es el caso del pulque y el aguardiente en algunas regiones de México.

Ciertos sociólogos no resisten la tentación, de pensar que el alcoholismo tiene un campo más propicio en las regiones donde los problemas sociales obstaculizan la realización del hombre, es decir, en las sociedades más frustrantes.

Sin embargo, éste argumento se pone en entredicho por la realidad de la propia sociología del alcoholismo. A simple vista, se puede discriminar que hay incidencias ampliamente

diferentes en varios países y en distintos lugares de la misma zona geográfica, (en relación a grupos étnicos, religiosos y socioeconómicos). En síntesis, se puede decir que dicho punto apoya en cierta forma, la aproximación basada en la teoría del - - Aprendizaje, ya que ésta indica que la incidencia del Alcoholismo es en parte, una función del grado en el cual se pueden reducir tensiones propias de las condiciones de vida de una sociedad en particular (Vates, 1976).

Aspecto Fisiológico.- La concepción de este punto de vista, propone a grosso modo, que el alcoholismo se pudiera - - dar por una transmisión hereditaria. Los vehículos de dicha condición vendrían a estar relacionados con el funcionamiento metabólico, nutricional y genético del hombre.

Las principales teorías que hablan con respecto a las deficiencias nutricionales que inducen al alcoholismo, son las propuestas por Mardones (1951) y Williams (1957, 1939), ellos - - arguyen que en algunos individuos hay errores genéticos determinados en el uso de uno o más de los elementos nutricionales básicos, esto por consecuencia crea un apetito de los elementos faltantes, los cuales pueden satisfacerse por la continua ingestión del alcohol; sin embargo, no se puede afirmar que si esta deficiencia nutricional se presenta antes de establecerse el padecimiento o después, como una consecuencia del mismo, de modo que este punto de vista no es sólido ni determinante; cita en - - Vates, (1976).

Otros estudios (Smith, 1949) indican una perturbación - - metabólica primaria, asociada con la corteza suprarrenal y con el funcionamiento de la pituitaria, los cuales serían afectados por la ingestión del alcohol y ésta a su vez, a una necesidad - - de ingerir dicha bebida; sin embargo, este punto de vista también es criticable, porque dichos cambios vienen siendo más que nada, una consecuencia de dicha perturbación. 2

En síntesis, se puede decir que estos factores son ele-

mentos importantes en la etiología del Alcoholismo, aunque no determinantes en él.

Aspectos Psicológicos.- Las hipótesis de los factores psicológicos del alcoholismo, se han extendido grandemente, por lo que se ha dado paso para enfocarlo desde varios puntos de vista, obstaculizando así una clara comprensión del problema. De modo que la posición de los psicoanalistas y psicólogos dinámicos, establecen que el alcoholismo no es más que un síntoma de una perturbación emocional adyacente y que además concierne a la categoría de las neurosis obsesivas, en cuanto a la resistencia de su interpretación y tratamiento, Yates (1976).

La dinámica del punto de vista anterior, está basado en el hecho de que la ingestión del alcohol, es un substituto en el adulto de los efectos placenteros que producía la leche en la infancia, ya que temporalmente produce un estado de relajamiento, que viene a equilibrar sentimientos de culpa y hasta impulsos reprimidos, Yates (1976).

Otros más se han esforzado en encontrar un cuadro psicológico que enmarque a las personas alcohólicas, por medio de la aplicación de pruebas psicológicas de la personalidad, vocacionales, etc. Vogel (1959), a partir de la teoría de Eysenck, informó algo con respecto a la relación existente entre el alcohol y los factores de introversión-extroversión en sujetos no alcohólicos y alcohólicos, concluyendo sobre todo ciertos patrones de bebida en las personas problema; por tanto hay alguna evidencia en el sentido de que las diferencias individuales de la estructura de la personalidad pueden ser predictorios con respecto a los patrones de comportamiento que pueden mostrar dichas personas. Sin embargo, no se ha podido determinar algo certero debido a que las características encontradas, pudieron ser confundidas con aquellas que estuvieron presentes antes de adquirir tal padecimiento o por aquellas que se han originado por la misma adicción; aunque claro está que estos argumentos no --

llegan a esclarecer el padecimiento, sino que podrían servir como instrumento que nos aportara cierta información. Sin embargo, una premisa que es un tanto importante y cabal para todos estos puntos de vista, es el hecho de que el paciente alcohólico desarrolla una dependencia tanto física como psicológica.

Desde el punto de vista conductual, la teoría del aprendizaje, ha encontrado que uno de los hallazgos más importantes sobre esta área, es que el alcohol actúa como un agente reductor y por consiguiente, fortalece todas las conductas que le preceden; siendo enfatizado por la hipótesis Tensión-Reducción, (Marlatt, 1976). Sin embargo, hay que tomar en cuenta también otros factores, tales como los hallados por Copell y Herрман (1972) quienes encontraron que el sólo hecho, de nombrar una bebida como etílica, (sin tener estas características de la misma) daba por resultado un relajamiento de las personas; asimismo el efecto del alcohol también está relacionado con el ambiente o con el contexto en donde se ha ingerido (Schochter & Singer, 1962), cita en Marlatt (1976)

Otro punto que es importante para evaluar dicha hipótesis, son los diferentes niveles de dosis, ya que según sus variaciones se pueden lograr diferentes grados de relajación o tensión, Mello (1968), encontró que el alcohol puede actuar como estimulante a bajas dosis y como depresivo a altas concentraciones, (Gramill, 1972; Hermmersch & Callison, 1972). Esto también se ve relacionado con la ejecución motora y perceptual, facilitando la responsividad e inhibiendo la ejecución, respectivamente, (Maskowitz & Depry, 1968). cita en Marlatt (1976).

Hay también la evidencia que apoya la noción, de que los patrones del abuso del alcohol, son transmitidos dentro del grupo familiar por medio de los modelos que ejecutan roles sociales (Bandura, 1969). Así, el Comité Nacional sobre el Alcoholismo (1972) reporta que los alcohólicos, vienen más frecuentemente de familias en las cuales, a) Uno o ambos padres son -

alcohólicos, o b) La familia es totalmente abstemia del alcohol, por lo que no brinda a niños en particular, un modelo social -- apropiado para tomar; cita en Miller (1976).

c) Diferentes Enfoques Teóricos. -

Ha habido una gran diversidad de modelos tradicionales- que tratan el abuso del alcohol, éstos incluyen terapias psico- dinámicas, de grupo e individuales (Bremer-Orne, 1958) (Sublen, 1959) psicodrama (Wernner, 1967). Terapia del medio ambiente -- (Kendall, 1967) con medicamentos, tales como tranquilizadores, -- antidepresivos y LSD (Abramson, 1960; Kissin y Charnoff, 1967) - disulfirin (Gerlin, Rosenberg y Monahan, 1973; Lud Wall y Backe land, 1971) Análisis Transaccional (Stainner, 1969) y Comunida des de Grupos de Abstinencia, (Alcohólicos Anónimos, 1955) cita en Miller (1976). Desafortunadamente de cual de las técnicas es la mejor, está todavía incierta, debido a que el objetivo de -- sus evaluaciones están disgregadas.

Por otro lado, [La Modificación Conductual ofrece dos -- avances en sus principios con respecto al problema: el primero, corresponde a contar con numerosos datos empíricos en que se ba san las estrategias de tratamiento y cuya efectividad fue demos trada con problemas similares. Y en segundo término, que el con ductismo insiste sobre una aproximación evaluativa-científica- del problema, (Miller, 1976). Sin embargo, estas teorías han si do simplificadas o mal entendidas por otros autores, pues los - enmarcan como un simple condicionamiento y de como datos poco - confiables han sido correlacionados con estudios experimentales con animales.

Uno de los estudios más sencillos que muestran los fac- tores que normalmente se encuentran en el medio ambiente y que- de alguna manera contribuyen a mantener el problema central, es el citado por Sobell y Sobell (1974). En él, una de las bases - de la Teoría del Aprendizaje se dejan ver, éste se refiere al- análisis funcional, por medio del cual se generan dos tipos de-

investigaciones: a) Los estudios descriptivos y b) Los estudios de tratamiento de evaluación. En los primeros, los estudios son directos con la conducta problema, siendo evaluados con la experimentación controlada, teniendo como paso inicial la especificación de los pasos antecedentes y consecuentes en el momento en que se emite la conducta del tomar, Miller (1976). Estas dos clases de investigaciones ayudan en la experimentación del tratamiento en el alcoholismo.]

d) Bases Teóricas del Análisis Experimental y Terapias Conductuales Aplicadas.-

Debido a que en un principio, los conductistas creían - que el abuso del alcohol se debía a los simples factores del -- condicionamiento, las estrategias de tratamiento se habían limi-- tado al condicionamiento aversivo, teniendo como meta principal decrementar el consumo del alcohol en los individuos con este-- problema, especificando y modificando los eventos antecedentes- y consecuentes, así como las necesidades de cada paciente.

Los dos procedimientos más utilizados para implementar- toda la gama de tratamientos, se refieren al condicionamiento-- clásico y operante; la diferencia entre ellos dos, estriba en - que el primero suprime el beber por reducir positivamente el -- equilibrio de las propiedades del alcohol por sí mismo, mien- - tras que el segundo enfatiza la contingencia de la respuesta -- de las consecuencias del cual, el alcohol, es una función, - - (Wilson, 1978).

El primer reporte científico de esta aplicación clínica se debe a Kantarovich (1929). Investigador ruso que utilizó un- procedimiento de aversión eléctrica para tratar 20 alcohólicos. Sin embargo, su uso más extensivo se hizo a partir del hospital Psiquiátrico de Leningrado, en donde se empezó a tratar alcohó- licos con esta técnica (Rachman y Teasdale, 1969).

Los conceptos básicos del condicionamiento en relación-

a las terapias aversivas con alcohólicos, han sido extensamente revisadas por Franks (1958, 1963, 1966, 1970) y Bigelow, (1972, Rachman y Teasdale, 1969,) Yates (1970) y Lovibond (1970). - - Ellos han intentado categorizar varios tipos de paradigmas de - condicionamiento clásico y operante empleados. Algunos de esos procedimientos han sido validados en situaciones de laboratorio experimental.

La operación básica del condicionamiento clásico es la asociación de dos estímulos, un estímulo condicionado (EC) inicialmente neutro, en términos de una elicitación de una respuesta específica. El otro estímulo incondicionado (EI) es uno que automáticamente elicitaba una respuesta particular (RI) sin previo aprendizaje; en el proceso de condicionamiento el EC puede preceder al EI con intervalos inter-estímulos óptimos de 0.05 - segundos aproximadamente (Miller 1976).

El castigo es un concepto del condicionamiento operante, en el cual la conducta es considerada en función de sus consecuencias. El castigo es definido empíricamente como un evento que al ser presentado, decremente la ocurrencia de una respuesta, (Azrin y Holtz, 1966).

Otro tipo de conceptos involucrados en los procedimientos operantes, son la evitación y escape; en el primero, se emite una respuesta para evitar el estímulo aversivo (Kimble, 1961). Y en el segundo, un estímulo aversivo es presentado y el individuo debe responder de una manera específica para terminar con él.

En el caso del reforzamiento negativo, la probabilidad de ocurrencia de una conducta, aumenta cuando esta condición, - trae como consecuencia la terminación de un evento castigante. - Este paradigma frecuentemente es combinado con un modelo de castigo y usando terapia aversiva eléctrica (Blake, 1965) cita en Williams (1974).

Bueno

Los tres tipos de terapia aversiva más usados hacia el padecimiento del alcoholismo son la estimulación química, eléctrica y verbal, (conocida como sensibilización cubierta) - Miller (1976).

Los investigadores que usan la aversión química, trabajan con el paradigma de condicionamiento clásico, mientras que los que utilizan la aversión eléctrica tienden a preferir una explicación de entrenamiento de evitación, (Williams, 1974).

En general, las técnicas de aversión químicas empleadas con alcohólicos, comprende el uso de un agente que produzca náusea (emetina, apomorfina) presentandose de tal manera -- que el efecto adverso siga a la presentación del alcohol o a un estímulo relacionado con él. Más recientemente el clorido-succelcorine, ha sido usado para inducir un paro respiratorio temporal (apnea) que se relacionaría con cualquier estímulo -- que tenga que ver con el alcohol, (Williams, 1975); Campbell, Sanderson y Loferty (1961) encontraron mejores resultados de abstinencia, que los estudios realizados con clorido succelcorine (en latencia y frecuencia) sin embargo, sus efectos son -- más severos, además de que su período de abstinencia no fue -- muy largo, cita en Williams (1974).

Con respecto a las técnicas aversivas eléctricas, éstas han sido más amplias en su uso, pues permiten su manejo de una manera medible y cuantificable, así como con menos implicaciones médicas (Rachman, 1965) y (Rachman y Teasdale, 1969 b) -- en donde además aplicaron la relación con conductas imaginarias o reales (oler, beber, etc., el alcohol) cita en Williams (1974).

Por mucho tiempo se pensó que una meta satisfactoria -- de éstos programas, debía ser la abstinencia total; sin embargo, estudios más recientes (Anant, 1968 a, 1968 b, 1968 c) probaron que sería plausible el tomar en forma social, por tal motivo se castigó (aversivamente con choques eléctricos) el pe--

dir bebidas fuertes y la forma de beberlas (Williams, 1974).

Wilson (1978) reportó su estudio con una innovación de ser un método de autoadministración de castigo, el cual pareció más efectivo.

La eficacia de estos procedimientos de control aversivo, contrastan marcadamente con la ineffectividad de las técnicas de condicionamiento de escape, la cual, está basada por las diferencias entre las técnicas de condicionamiento clásico y operante. Sin embargo, la eficacia del control aversivo sólo fue cuando estuvo presente el efecto del castigo (Wilson, 1978).

Estos mismos resultados fueron encontrados por Bigelow (1972), únicamente que él utilizó el procedimiento de tiempo-fuera (físico o de aislamiento) al empezar o al ingerir vino. Sin embargo, el mayor problema, fue adecuarlo a las condiciones medioambientales. Usando una aproximación alternativa, Hunt y Azrin, desarrollaron un programa de comunidad de reforzamiento en donde se aplicó tiempo-fuera de reforzadores vocacionales, sociales y familiares, (Wilson, 1978).

① Técnicas Conductuales. - *

Muchos temas éticos deben ser tratados en lo concerniente a la terapia conductual y sobre todo si éstos se relacionan con las técnicas aversivas. Además de que ante todo, se debe tener el consentimiento del paciente para aplicarle tal técnica, hay que hacerle ver lo desagradable que puede ser el estímulo usado, así como la probabilidad de éxito y los posibles problemas colaterales.

Por otro lado, el terapeuta además de analizar estos puntos, observará la duración y costo de cada uno de ellos (Wilson, 1978).

Una evaluación conductual competente comprende dos principales facetas: primero, la identificación de todas las

variables que mantienen tal padecimiento y segundo: la selección de la técnica apropiada que sea la más efectiva y eficiente. Una terapia que reúna estas cualidades, requiere del uso flexible de un tratamiento de aprendizaje multifacético social; la terapia de aversión por sí misma, no es suficiente (Nathan y Miller, 1976).

La meta más importante de los tratamientos conductuales dirigidos a el padecimiento, es la de establecer patrones conductuales que sean incompatibles con el exceso de tomar y además que éstos se puedan desarrollar en situaciones que induzcan al tomar, de manera que no solamente se le proporcione al individuo la forma de evitar enfrentarse a tales condiciones, sino que por el contrario, pueda hacerlo llevándolos como sus propios patrones de comportamiento y no como un control externo, que lo pudiera mantener menos motivado al cambio, (Miller, 1976).

Tomando en cuenta que los mayores déficits conductuales de las personas alcohólicas, se presentan en sus relaciones interpersonales, así como sus respuestas emocionales - colaterales, los entrenamientos más usados que dan respuestas alternativas, son los referentes a la asertividad, relajación y habilidades de autocontrol, (Miller, 1976).

La conducta asertiva se refiere a la habilidad para expresar los derechos y sentimientos personales (ambos, positivos y negativos) en presencia de otra persona (Hersen, Eisler, Müller, 1973) en Miller (1976); incluyendo una amplia variedad de respuestas como la expresión de las diferencias de opinión, coraje, amor y afecto. Los déficits de esta conducta con frecuencia surgen como origen de problemas interpersonales, los cuales desembocan en respuestas inadaptadas (depresión, y aislamiento social, resentimiento crónico, abuso del alcohol, drogas y fobias sociales).

Rimm y Masters (1974) delinearon varias formas en los-

cuales los déficits en la conducta asertiva pueden producir - - "stress". Algunos individuos pueden exhibir déficits en asertividad, no sólo por ansiedad, sino también por sus pobres habilidades, las cuales incluyen reacciones demasiado pasivas o -- agresivas, cita en Miller (1974).

Debido a que la asertividad tiene que ser definible en una situación específica de calidad y tiempo, ésta puede variar sobre las circunstancias. Albert y Emmons (1974) observaron que podía ser inapropiada cuando: a) Uno está equivocado, - b) Cuando uno está procediendo sensitivamente sobre otra persona, c) Cuando la otra persona ya se disculpó o d) Cuando se entienda mejor sin usar la asertividad.

Por otro lado , los diferentes estudios experimentales que se han llevado a cabo en ésta área, han concluido que: - - a) los componentes de la conducta asertiva deben ser enseñados de uno por uno (Eisler, Hersen y Miller, 1972) y b) las instrucciones, el terapeuta modelo y los ensayos conductuales en conjunto, son la técnica más efectiva para enseñar tal conducta, (Eisler, Miller, Johnson y Pechton, 1973).

Como la generalización de éste patron conductual al -- medio ambiente es más complejo, debe programarse y no dejarse al simple cambio, lo cual puede hacerse mediante frecuentes sesiones dirigidas al paciente externo en la fase de seguimiento, ayudándose con la instrucción a parientes o a amigos cercanos, sobre todo con el uso de contratos conductuales incluyendo al otro cónyuge. Dichas herramientas podrán contar con - - las siguientes características:

- a) Los acuerdos deben estar por escrito.
- b) Las conductas a cambiar deben ser observables y cuantificables.
- c) Especificar las contingencias para cada cambio.
- d) La función del terapeuta debe ser la de un árbitro y supervisor de dichos contratos.

e) Por último, debe ser negociable en cualquier momento,

En caso de aplicar estas técnicas en ambientes naturales, se requiere de una sistematización más adecuada de las contingencias.

Otro punto importante a tratar, es lo referente a la relación entre el "stress" psicológico y el abuso del alcohol, lo cual todavía no está bien establecido sobre bases de estudios experimentales; sin embargo, existen índices de que estas situaciones emotivas inducen a dicha condición. De esta manera, el entrenamiento de relajación y la desensibilización sistemática han sido usados para proveer al alcohólico una respuesta alternativa hacia los eventos que producen ansiedad (Miller, 1976).

El entrenamiento de relajación comprende un proceso -- por medio del cual, se da una serie de sesiones para enseñar -- al paciente una completa relajación muscular y cognitiva. La -- sugestión, la motivación y el reforzamiento verbal, son usados por el terapeuta para fortalecer la noción de que el paciente es capaz de controlar y relajar sus músculos, tanto como el -- quiera, relacionando después palabras o escenas de calma en su casa (Miller, 1976).

Aunque Steffen (1974) en una de sus investigaciones -- con alcohólicos en donde utilizó el entrenamiento de relaja- -- ción, encontró un decremento en el nivel de alcohol en la sangre por una disminución al beber; sin embargo, no se puede generalizar sus resultados, ya que dicho entrenamiento, tiende a no ser aplicado solo, sino como parte de un programa de desensibilización sistemática (Wolpe, 1973). Este consiste más que nada en asociar las respuestas emotivas que producen la ansiedad, con situaciones reales o imaginarias, siendo ayudado por el entrenamiento de relajación en sí, (Miller, 1976). El tratamiento es guiado por una lista de situaciones que producen ansiedad, graduados en jerarquía de la más neutral a la más --

aversiva en sus efectos; después cada situación es asociada -- con el estado de relajamiento, hasta que la persona no experimente ningún desagrado,

Algunos de los pocos estudios dirigidos a los alcohólicos utilizando esta técnica de relajación se refieren a -- Kraft y al -Issa- (1967, 1968) quienes reportaron resultados -- positivos. Otros más Lanyon, Primo, Terrell y Wener (1972) -- quienes compararon los efectos de la aversión interpersonal -- combinada con la desensibilización sistemática, encontraron -- que el entrenamiento de relajación también es útil para establecer la técnica antes mencionada.

Otro tipo de técnicas usadas para decrementar el beber en exceso, son las referentes al autocontrol; el cual se discutirá en los siguientes párrafos.

Goldfried y Merbaum (1973) lo toman como un proceso a través del cual un individuo viene a ser el principal agente -- de guía, dirección y regularización de su propia conducta y -- que además, en ocasiones puede proveerle consecuencias positivas. En el cual, hay dos formas básicas: el control de estímulos y la programación conductual (Thoersen y Mahoney, 1974). -- El control de estímulos comprende, el reordenamiento de estímulos medio ambientales que pueden elicitar la respuesta del tomar y la programación conductual, se refiere a un reordenamiento de actividades tanto personales como familiares, que son -- incompatibles con la conducta del beber.

Miller, Hersen, Eisler, Epstein y Wanter (1974) demostraron que la ingestión del alcohol en los tomadores sociales -- es asociada con señales específicas (botellas de licor, una -- baja luz en el bar, fiestas, etc.) mientras que los alcohólicos no lo relacionan con el alcohol en sí, sino más bien con -- el aislamiento social o el aburrimiento. De esta manera para -- controlar el beber, se tendría que tomar en cuenta situaciones y tiempos específicos.

Fersten, Nunberger y Levett (1962) discutieron como -- podrían las últimas consecuencias aversivas, funcionar como autocontrol; siendo algunas de ellas, "la cruda", la pérdida de la familia o el empleo, etc. Sin embargo, éstos ocurren mucho después que se dejó de tomar, por lo tanto el efecto de autocontrol se vería disminuido.

De los pocos estudios con alcohólicos en donde se haya utilizado este procedimiento, fue el de Mertens (1964) quien trató de incrementar el autocontrol y de proveer conductas incompatibles hacia el abuso del alcohol.

De acuerdo con Thoersen y Mahoney (1974) el concepto de programación conductual, se refiere al reordenamiento de -- consecuencias individuales de la propia conducta. Cabe hacer notar que no es lo mismo que el manejo de contingencias, pues en forma contraria, aquí el individuo mismo reordena y provee sus contingencias; las cuales pueden ser cubiertas o abiertas. Las primeras se refieren a consecuencias aversivas imaginarias y las cuales podrían combinarse con desensibilización cubierta. (Cautela y Kastenbarum, 1967), asimismo, se lograría desvaneciendo el reforzamiento que mantiene tal conducta. Y los segundos, se refieren a los reforzadores o castigos externos (Watson y Thorpe, 1972) en donde el individuo programaría sus actividades que lo mantuvieron sobrio y que en cierta forma, serían incompatibles con el beber.

Un problema que siempre se presenta en estos patrones conductuales, es su generalización, ya que depende en gran medida del ambiente externo, lo cual es importante pues el alcohólico carece de motivación y poder. Una manera de resolverlo sería establecer metas en un tiempo determinado, programando actividades semejantes a ambientes controlados y naturales y -- que además incluyan una alta probabilidad de ser reforzadas -- por sí solas, (Mahoney, 1974).

Las habilidades ocupacionales también ofrecen una al--

ternativa para evitar el abuso del alcohol, siendo además éstas un factor que capacitaría a los pacientes para un trabajo--determinado. Otras más, serían las recreacionales, las de eco--nomización del tiempo, las habilidades sociales (Hersen y Eis--ler) (cita en Miller, 1976), y las habilidades maritales o fami--liares. Por ejemplo, Gari y Guthrie (1972) reportaron una mejor autoestima, patrones de sueño y funcionamiento cardiovascular - de alcohólicos, en aquéllos que se sometieron a un programa de aptitud física.

Otras técnicas que han sido utilizadas en la enseñanza de las habilidades anteriormente descritas, son las referentes--al seguimiento de instrucciones, retroalimentación y/o mode--lamiento, (Miller, 1976). Las primeras de ellas, funcionan como eventos que provocan cambios por sí solos, teniendo efectos - - posteriores, con las mismas alteraciones al efectuarlos. Con -- respecto a esto, en un estudio preliminar, Miller y Becker - - (1975) examinaron la influencia de las instrucciones sobre la--adquisición de los componentes del beber moderado, encontrando--que las instrucciones por sí solas podían causar un ligero cam--bio, pero que requerían de la ayuda de otras técnicas.

La retroalimentación y el modelamiento pueden también - servir para mejorar el aprendizaje social de las habilidades al tomar, según lo demostró Marlatt (1974); de manera que el suje--to pueda valorar más objetivamente su conducta de tomar excesi--vamente o "inadecuadamente".

f) Paquetes de Tratamiento.-

Como se podrá observar, raramente las técnicas que se--han citado, se han aplicado solas para investigar la efectivi--dad clínica del control del beber. Edwing y Rouse (1972) traba--jaron con pacientes externos para que adquirieran habilidades--sociales al tomar, teniendo como ayuda a sus esposas, a la téc--nica de seguimiento de instrucciones y al terapeuta como mode--lo. Por otro lado, Sobell y Schaffer (1971) establecieron un --

tratamiento conductual, en donde se incluyó el autoanálisis, -- automonitoreo, entrenamiento de habilidades sociales, retroalimentación por video-tape, una experiencia de fracaso programada y un condicionamiento aversivo. Lo que viene a ser importante de ésta investigación, es la implementación de respuestas -- alternativas en situaciones que podrían inducir a beber en exceso. Sin embargo, los resultados no son del todo claros debido a que el sistema de evaluación fue débil.

Muchas de las técnicas empleadas prometen buenos resultados, pero hay que investigar más sobre su efectividad y el de poder establecer con ellos patrones de bebida social; y sobre todo, que el cambio de la conducta que se presente, deba ser reforzado y mantenido por su medio ambiente, pues es bien sabido que el uso de simples procedimientos no prometen una sobriedad por largo tiempo (Miller, 1976).

Uno de los objetivos más importantes de los paquetes -- de tratamiento en el padecimiento del alcoholismo, es el de establecer aquéllos que requieran una mínima cantidad de tiempo-- y esfuerzo para administrarlo, tomándose en cuenta también, su efectividad y la cooperación de los participantes.

Como se mencionó anteriormente, una técnica por sí sola no da resultados favorables, por lo que los paquetes deben-- de contener más de una de ellas; tal es el ejemplo que se describe a continuación.

- a) Decremento del valor positivo del tomar, por medio del auto monitoreo, condicionamiento cubierto y mantenimiento del an tabus.
- b) Incremento de conductas alternativas, por medio del entrena miento de habilidades sociales, relajación y posiblemente - recreación.
- c) Recondicionamiento del medio ambiente para aumentar la probabilidad de la sobriedad; incluyendo los componentes del - consejo marital y social: el primero, con entrenamiento de-

- habilidades interpersonales, contratos de contingencias y habilidades con los padres; y el segundo, comprende una alteración de las consecuencias sociales al abuso del tomar.
- d) Metas terapéuticas individualizadas, las cuales irían de acuerdo a las necesidades de cada persona, así como para de terminar si su meta final, sería la abstinencia completa o la bebida social controlada; dichos puntos se tratarán posteriormente en forma más amplia.
 - e) Establecimiento de períodos largos de abstinencia y/o seguimiento.
 - f) Establecimiento de situaciones de evaluación con reportes, autoreportes de análisis de superación, funcionamiento social, emocional, marital y vocacional.
 - g) Y por último, implementación de paquetes de tratamiento dirigidos a poblaciones o comunidades con características peculiares.

Uno de los puntos más discutidos, han sido de sí la meta del beber controlado es la mejor; sin embargo, no se debe concluir tan definitivamente, pues esto iría de acuerdo con las mismas características del tomar. Orford (1973), comparó los efectos de los pacientes quienes su bebida fue totalmente controlada, así como de quienes no lo estuvieron. Los resultados indicaron, que los tomadores no controlados, frecuentemente pensaron que sí eran alcohólicos y que por lo tanto era más plausible que prefirieran la abstinencia total como meta final; lo cual viene a concordar con lo arriba descrito. Por otro lado, los avances de las investigaciones indican, que una alternativa sería establecer metas en las que se aprenda a beber con moderación, (Hiller, 1976). Es decir, que el mismo control del beber le sirva al individuo para tener un monitor de su propia conducta y los antecedentes que lo elicitán al tomar. Esta meta tiene como ventaja el concordar con nuestra sociedad, en donde el uso del alcohol es motivado y reforzado y que-

por el contrario, el individuo abstemio se vería más tentado a beber con frecuencia, a menos que éste pertenezca a un grupo -- religioso o social, que lo respalde.

g) Determinantes de la Recaída.-

Como último punto a tratar y otorgándole la importancia que merece, por su probabilidad de ocurrencia y por las implicaciones que se pudieran tener para el mantenimiento del cambio conductual, se puede citar el modelo cognitivo-conductual dirigido a los adictos del alcohol, la heroína y el cigarro, (Marlatt, 1978).

Se asume que las recaídas ocurren en tres categorías:-- debido a los estados emocionales intrapersonales negativos, a los conflictos interpersonales y a la presión social.

Los determinantes de la recaída pueden ser similares - en los tres tipos de adicciones (al cigarro, alcohol y heroína).

Una reacción cognitiva en la primera fase, que es el efecto de la violación de la abstinencia. Este modelo es descrito en función a la frustración y/o coraje, como determinantes primarios, usualmente en una situación social ó cuando el paciente está inconforme de la presión seguida por las normas-- de la familia.

Los resultados indican esta misma correlación de frustración y coraje hacia la recaída, teniendo primeramente, orígenes interpersonales, mientras que otras emociones negativas-- (temor, ansiedad) parecen predominar como determinantes cuando otros individuos no estaban comprendidos.

Hay que tomar en cuenta la localización en que ocurre-- la recaída, particularmente en términos de una especificación - de tratamiento.

Se asume también, que mientras se mantenga la abstinencia se estará probando el control sobre las "conductas blanco". La percepción de éste control continuará hasta que el indivi--

duo se enfrente a una situación culminante y se pruebe a sí mismo, de tal manera que si es capaz de abstenerse, la probabilidad de la recaída disminuirá significativamente.

Asimismo, su noción de la auto-eficacia (expectaciones individuales concernientes a los impedimentos de una tarea) aumentaría también dando un patrón preestablecido, (Bandura, - - 1967).

Marlatt y Marques (1967) investigaron los efectos de -- participar diariamente en un programa de bebedores excesivos. -- Los resultados indicaron que tomando regularmente períodos de -- tiempo fuera como relajamiento (aún por solo 20' diarios) fue -- asociado con un decremento en la ocurrencia del beber.

Otra aportación (Marlatt, 1968) sería que para que se -- generalicen muchas de las habilidades, éstas se apliquen en -- las situaciones difíciles reales, en compañía con el terapeuta. Sin embargo, esto sería difícil de llevar a cabo por las implicaciones que se presentan para éste último.

Justificación del Paquete Conductual Empleado.-

Algunos de los estudios que han utilizado estos programas multimodales, Sobell y Sobell (1973), Hurt y Azrin (1976), -- han aportado resultados satisfactorios; sin embargo, el empleado por Miller, (1976) ha sido uno de los más completos y por -- ende, más acorde a las necesidades de cada paciente, así como -- la programación de sus procedimientos, según los repertorios y -- requisitos que se establecían en cada fase.

Es por esto que nosotros nos basamos en ellos para dar -- paso a nuestra investigación, tomando sobre todo en cuenta el -- tiempo y esfuerzo dedicada a la misma, ya que el total de la -- población utilizada fue bastante grande.

Por tal motivo y como consecuencia, no se pudieron im -- plementar medidas exactas del cambio conductual, así como en -- trenamientos específicos (actividades laborales) debido a las -- restricciones que presentaban las políticas del hospital.

Otro cambio tuvo que ser implementado dentro del paquete con respecto a la terapia individual, familiar y a la topografía de respuestas que de ellas surgían, tomando en cuenta -- las costumbres, las restricciones económicas y sociales, así -- como el rol que representa la familia en nuestro país.

Una investigación colateral que ofrecemos, nos muestra el campo de desarrollo que se ha establecido en diferentes -- instituciones del Área metropolitana, del Distrito Federal, -- que atienden directa o indirectamente el padecimiento y desarrollo del problema y que se tratará en el punto siguiente.

PANORAMA DEL ALCOHOLISMO EN MEXICO

a) Panorama General.-

Desde épocas prehispánicas, ya había una gran preocupación por los estragos que causaba el abuso de la ingestión de bebidas alcohólicas. Códices de la época manifiestan que existían reglamentos, que especificaban claramente a quiénes, como, cuando y cuanto les era permitido la ingestión del "OCTLI" o pulque, a la vez que se especificaba el castigo para los transgresores de dicho reglamento. Estos castigos dependían directamente de la responsabilidad política o religiosa del transgresor, e iban desde el escarnio público hasta la pena de muerte a garrotazos.

Con la llegada de los españoles se manifiesta un cambio brusco, ya que ellos reconsideran dicha reglamentación, derogan las leyes e introducen los vinos y los destilados europeos, situación que les favorecía, ya que por medio del embrutecimiento de los esclavos, su imperio adquiría mayor poder; -- Martínez C.E. (1979). Posteriormente, el alcohol fue adquiriendo mayor popularidad en su distribución y consumo, pues además de que formaba parte de costumbres y el desahogo de presiones del día de trabajo, era el mejor aliado para mantener el poder de cierto sector favorecido en la sociedad, ya desde el tiempo de la Independencia, hasta la Revolución Mexicana.

Actualmente el alcohol, sigue predominando en nuestra sociedad, causando todavía más estragos a otros niveles. Esto posiblemente se ve apoyado por la gran variedad de bebidas alcohólicas hasta ahora descubiertas, de las cuales su contenido etílico fluctúa entre el 4 y 46%. Por ejemplo: el pulque y la sidra contienen de 4 a 6% de alcohol, mientras que el tequila, ron, coñac y whisky entre 40 y 46%.

El alcohol etílico o etanol, es una droga anestésica, -

que narcotiza las células cerebrales, y de ahí su efecto tranquilizante; interfiere con el habla y la coordinación de los movimientos y finalmente lleva a la inconsciencia.

La eliminación del alcohol aproximadamente el 10% de la cantidad ingerida, se realiza a través de los pulmones al expeler el aire, por los riñones mediante la orina y por el sudor a través de las glándulas sudoríparas. El 90% restante es metabolizado por el hígado, el proceso es inmediato y cuando el alcohol en la sangre alcanza los 200 mg. por cada 100 cc., aparecen los primeros síntomas de intoxicación. Para personas no alcohólicas de 500 a 700 mg. pueden provocar la muerte, en el caso de personas alcohólicas la cantidad se tolera hasta 1200 mg. como consecuencia de la habituación de las células del organismo y en forma especial las del sistema nervioso, (Guerra, G., 1977).

b) Datos Estadísticos del Problema.-

Es importante destacar algunos datos estadísticos que muestran la magnitud del problema en la actualidad; por ejemplo, la fabricación de bebidas derivadas del agave, la caña, la uva, pulque y cerveza, hacían en 1959 un total de 1,154 823 000 litros, en el período de 1968 a 1970 sumaban 1,531 117 000 litros, tomando en cuenta las dos cantidades se puede observar un incremento; sin embargo, relacionándolo con el crecimiento demográfico se puede notar una reducción significativa de la cantidad fabricada de bebidas alcohólicas, ya que en 1959 había una población de 33 304 253, por lo que el consumo teórico por persona era de 35 litros; en el período de 1968 a 1970, la población incrementa a 48 337 000 y el consumo teórico por persona se decrementa a 31 litros; Guerra, G. (1977).

Por otro lado, en el año de 1970 las pérdidas por accidentes de tránsito, alcanzaron la cifra de \$312,558,789; así mismo como consecuencia de dichos accidentes hubo 63 613 lesio

nados y 5,575 muertos encontrándose, que el 7.1% de ellos fue a causa de intoxicación por la ingestión de bebidas alcohólicas. Ahora bien, tomando en cuenta datos de la población del año de 1975, se calcula que por cada 10,000 habitantes el - - 58.18% sufre de alcoholismo en cualquiera de sus formas, Guerra, G. (1977).

Es importante mencionar la magnitud del problema desde el punto de vista económico; sin embargo, esto va más allá de las consecuencias económicas, provocando en los individuos alcohólicos alteraciones de distinto orden bio-psico-social, tales como padecimientos hepáticos, lesión cerebral, alteraciones importantes como cambios en la conducta y pérdida gradual de la vida activa, así como graves consecuencias en la organización familiar entre otras. Lo anteriormente expuesto no es más que una cadena, ya que la desorganización familiar se traduce en pérdidas de la actividad económica del país, pues el internamiento de pacientes alcohólicos, se vuelven días pagados no trabajados. Estudios al respecto en 1975 realizados por la Dirección de Salud Mental (Dr. Velasco Fernández) señalan que el ausentismo laboral es debido al consumo inmoderado del alcohol en el país y el cual produce un internamiento sanatorio de cada derechohabiente alcohólico del Instituto Mexicano del Seguro Social, siendo cada uno de dos meses y medio por año, lo que representa 625 horas de trabajo perdidas; esta investigación fue hecha durante 4 años en 50 individuos; Guerra, G. (1977).

Por otro lado, cabe mencionar que las defunciones a causa del alcoholismo no son pocas, ya sea en forma directa o indirecta; por ejemplo, cirrosis hepática, suicidios, homicidios entre otros. Datos proporcionados por la S.S.A. ilustran al respecto; en el año de 1970 encontramos 13 443 defunciones por alcoholismo; así como 12 938 en 1971, obteniendo como promedio anual en el período de 1967-1971, 10 178 defunciones por la causa antes descrita. Con respecto a suicidios el -

Sa

promedio anual en el mismo período fue de 48 casos.

Un aspecto que merece mayor atención no sólo en el país sino en el mundo, se refiere al incremento del consumo del alcohol, (sin tomar en cuenta el crecimiento demográfico y el aumento per-capita), siendo un factor determinante para ello su difusión por los medios masivos de comunicación; a manera de ejemplo, baste mencionar que después de las 9:30 p.m. los programas de televisión exhiben alrededor de 10 comerciales de bebidas alcohólicas por cada 90' aproximadamente; es decir uno de cada 9', por otro lado en las calles más transitables de la ciudad de México, hay un gran número de anuncios de bebidas alcohólicas.

En la República Mexicana con base a las cifras de un estudio epidemiológico de Alcoholismo a nivel nacional, realizado por el Dr. Héctor M. Cavildo Arellano, se obtuvieron las siguientes estimaciones: 1).- Calculando como población general en 1975; 58,111 185 habitantes, se estimó que el 53.8% (30 876 788), comprenden una población mayor de 14 años. 2).- Considerando que en la población mayor de 14 años aparece el alcoholismo, en todas sus formas en una proporción de 1.1% (339 645, casos), en la población general del país la proporción sería de uno por mil habitantes aproximadamente, 3).- Por otra parte, se estima que de los 339 645 casos con problemas de alcoholismo el 4% aproximadamente (13,465) han requerido de atención médica hospitalaria o de consulta externa, correspondiendo el 35% (4,728 casos) a la psicosis alcohólica y el 65% (8,728 casos) puramente al alcoholismo en sus diversas formas, sin psicosis y únicamente como síntomas de trastorno de personalidad y de conducta.

Por otro lado, el estudio realizado en el CEMESAM por el Dr. Martínez C.E. (1979) "El Alcoholismo en una Comunidad Indígena" demuestra la magnitud del problema en comunidades indígenas y marginadas, ya que la ingestión de bebidas alcohólicas

se considera parte integral de su alimentación, así como la ignorancia y las costumbres, influyen determinadamente a que el problema avance.

De igual manera, el trabajo realizado por Natera y Col. (1979), en una comunidad rural, concuerda con lo antes expuesto, ya que los resultados muestran claramente como el consumo del alcohol se incrementa en el sexo masculino después de los 15 años, sucediendo con mayor énfasis en los fines de semana o en fiestas religiosas. Otros aspectos que muestran la investigación es la relación que guarda la ingestión del alcohol en bebedores masculinos, con patrones específicos de conducta como hombría, status, jerarquía, entre otras. En el sexo femenino se encontró que las mujeres se inician en este tipo de problema, en una edad aproximada de 22 años y/o cuando se casan, aunque este dato no es muy confiable debido a que ocultan su problema por temor a ser rechazadas por la sociedad.

c) Breve Historia de los Grupos de AA y Observaciones de sus Resultados.-

Por último, es importante mencionar y hacer una breve historia, así como un análisis simple de los grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), ya que su éxito en el tratamiento del problema no tiene lugar a dudas, afirmación que se apoya en los resultados obtenidos en una investigación realizada por los autores en el área metropolitana en el año de 1980.

Desde hace algunos años el tema de la historia de AA - en México, ha sido entre otros uno de los más interesantes y discutidos. Por supuesto que no todas las opiniones coinciden, ni mucho menos existe un criterio uniforme respecto a este tema, algunos se inclinan por asegurar, que fue en su propia localidad donde llegó el mensaje primeramente al país, otros aseveran que fue en una determinada ciudad, todo ha sido motivo de discusión en juntas, cartas, congresos, etc. Se sabe que las primeras fechas de AA en México y en la República Mexicana

AA

se situaban dentro de los años 1950-1956, Esto concuerda con lo expuesto en la revista Plenitud #1 de AA (1980), en la cual mencionan, que en el mes de diciembre de 1956, cuando una persona de nombre Joaquín, quién teniendo serios problemas de salud ocasionados por el beber excesivo y quién llevaba varios ingresos en el Hospital Militar del D.F., su esposa y el psiquiatra Gral. José González Varela, encargado del pabellón de enfermos alcohólicos, y que siempre atendía al paciente, recordó que casualmente en esos momentos había llegado un folleto que mencionaba algo de los grupos de AA de E.U.A. y prometiendo a la señora, que escribiría a New York a la menor brevedad posible, así fue que obteniendo contacto con el cofundador de AA Bill W., quién al enterarse del problema, le indicó al Dr. Varela de la dirección de un grupo de AA estadounidense radicado en México, formándose así el primer grupo de habla inglesa-española, el 16 de diciembre de 1956 en la sala de Psiquiatría del Hospital Militar.

En la actualidad, es importante mencionar que los grupos de AA en el área metropolitana, sobrepasan los 2000, y que tan sólo en el mes de mayo de 1980 se sumaron 51 nuevos grupos, este incremento sostenido durante 17 meses, arroja un promedio de 45 grupos mensuales; Revista Plenitud #11 (AA, 1980).

Objetivos de los Grupos AA.-

"AA es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia y fortaleza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo".

"El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida, no pagándose honorarios ni cuotas, sino manteniéndose con sus propias contribuciones, AA 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, su objetivo primordial es mantener sobrios a los integrantes y ayudar a otros

U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad".

El tratamiento que siguen estos grupos, está basado en las técnicas empleadas por los grupos de AA de los E.U.A., sus fundamentos se derivan de: "El Libro Grande", "Los Doce Pasos" y "Las Doce Tradiciones". Sus sesiones son diarias, con una -- duración de dos horas y en los grupos de 24 Horas, como su nombre lo indica, sesionan las 24 horas del día. Estas sesiones, -- generalmente se desarrollan en base a las catársis de los integrantes del grupo, recibiendo apoyo de los mismos con mayor experiencia, o bien por profesionistas que padecen del mismo problema.

IZT.

1000189

Aunque la dinámica de cada grupo parece ser similar, -- existen pequeñas variantes que hacen a cada grupo diferente, -- por ejemplo: a nivel administrativo, características de los integrantes, ambientes físicos, etc.

Tomando en cuenta lo antes expuesto, es importante mencionar el resultado logrado por éstos grupos con respecto al -- problema, ya que sus períodos de abstinencia fluctúan entre -- los dos y diez años, según los resultados que arrojó la investigación colateral realizada por los autores; en las principales instituciones del área metropolitana que tienen relación -- con el problema y varios grupos de AA, la cual se describe a -- continuación.

d) Descripción de la Investigación que se Realizó en el Área -- Metropolitana.-

La investigación se llevó a cabo en dos fases:

- 1.- En los meses de enero, febrero y marzo de 1980, se visitaron las principales instituciones del área metropolitana, -- entrevistando a los directores de las mismas, utilizando -- para ello un cuestionario (ver apéndice #1**), una grabadora y cassettes; al finalizar la entrevista, se les solicita

**.- Apéndices al final del trabajo.

ba nos mostraran la institución y en base a ello lograr una -- descripción física del lugar (ver ejemplo en las figuras 1, 2, y 3).

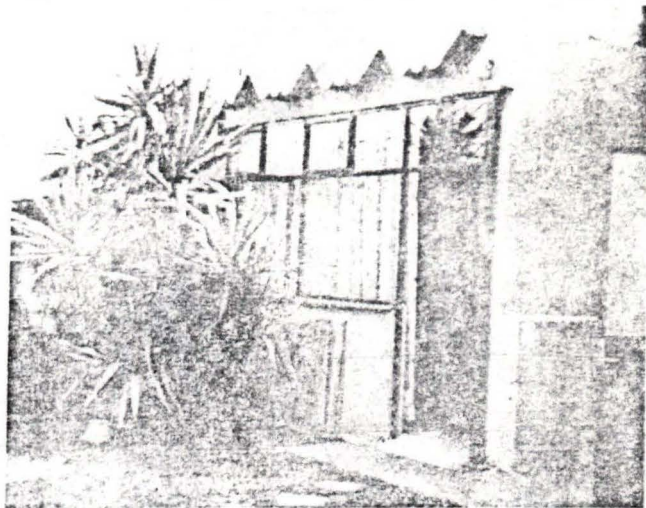


Fig. 1, Comedor del Instituto Médico
"La Pascua"

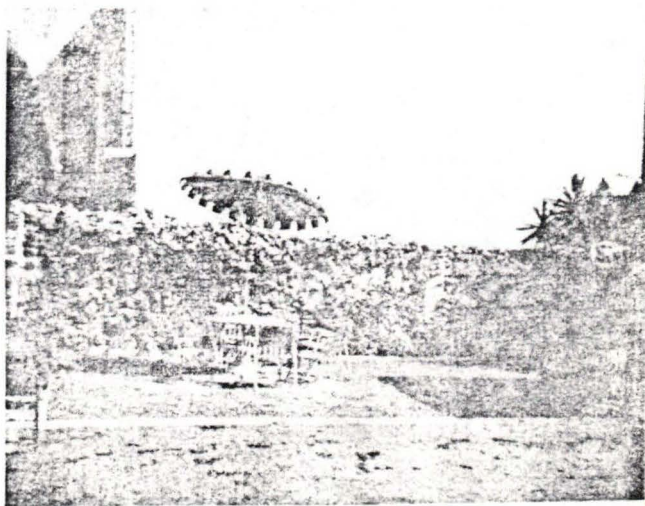


Fig. 2, Espacios Recreativos para los
pacientes del mismo Instituto.

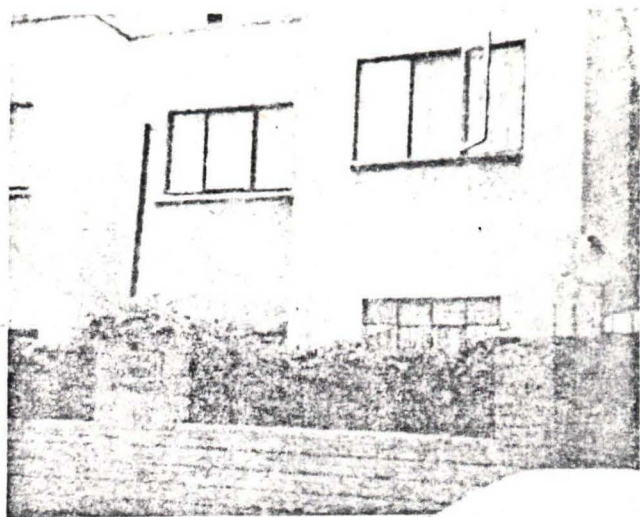


Fig. 3, Vista general del edificio del Instituto Médico "La Pascua".

Esto se hizo con la finalidad de constatar la información obtenida.

Con respecto al porcentaje de "Éxito" que reportaban los directores, se intentó entrevistar a los pacientes de las mismas instituciones, cosa que casi no fue posible realizar, ya que las políticas de las mismas no lo permitían; Esta inquietud surgió básicamente por los porcentajes de Éxito tan elevados que se reportaban (algunos hasta el 100%). Continuando con el interés de probar los porcentajes de Éxito en una segunda fase de la investigación, en los meses de octubre y noviembre, se aplicó el mismo cuestionario (ver apéndice #1) a los dirigentes de varios grupos de AA, con la diferencia de que las personas entrevistadas fueron alcohólicos con períodos de abstinencia bastante grandes, cosa que les permite guiar a los de más integrantes del grupo y a la vez nos permitió la aplicación de un segundo cuestionario (ver apéndice #2), dirigido a los pacientes o integrantes de los grupos. La información obte

nida nos mostró resultados más amplios y confiables con respecto al total de las personas entrevistadas de los grupos.

Esta segunda fase se llevó a cabo en la siguiente forma:

Se seleccionaron cinco grupos de AA y 24 Horas que - abarcarán diferentes zonas del área metropolitana, pues se pretendió que la población fuera lo más aleatoria posible; por lo cual se visitaron dos de la colonia "Condesa", uno con la mayoría de sus integrantes jóvenes y el otro con una población general, otro más en la colonia "Tacuba", en la colonia "Clavertía" y por último, uno en Ciudad Satélite.

Se aplicaron de 10 a 20 cuestionarios al azar en cada grupo de los antes descritos. Los resultados obtenidos indican, que el porcentaje de éxito observado en las instituciones particulares en donde ellos estuvieron anteriormente, no es coherente con la información reportada por los directores de las mismas. Por lo tanto es importante mencionar, que los períodos de abstinencia reportados por las instituciones particulares - dejan mucho que desear y que; por el contrario, los grupos de AA pudieran en un momento dado ser responsables de tales resultados.

Resultados.- De 55 pacientes seleccionados al azar en los grupos de AA, se encontró como media un período de abstinencia de 1 año 6 meses (ver tabla #1), por otro lado la media encontrada en otras instituciones que tratan el problema fue - de 4.8 meses.

Promedio de Períodos de Abstinencia

Otras Instituciones	→ 4 meses 8 días
AA y 24 Horas	→ 1 año 6 meses

Tabla.- #1: Muestra las medias comparativas de los períodos de abstinencia.

Por último, creemos conveniente mencionar algunos puntos que pueden ser indicativos del resultado logrado por estos grupos (de AA y 24 Horas), ya que afirmar la causa específica, sería demasiado arriesgado.

- a) Manejan discretamente un poder religioso.
- b) El bajo costo del tratamiento y la oportunidad de pertenecer de por vida al grupo. Ya que sabemos que sería sumamente costoso que algún paciente de bajos recursos económicos, lograra un tratamiento largo en alguna institución privada.
- c) El sesionar las 24 horas del día o permanecer abierto, como un estímulo de apoyo para los integrantes en situaciones -- conflictivas.
- d) Funcionan con técnicas de aprendizaje por observación y modelamiento, (no manejado en forma sistemática). Sin embargo, esto permite que los integrantes tengan una retroalimentación constante de su propio comportamiento.
- e) La facilidad de interactuar entre ellos por ser personas -- con un problema en común y con experiencias similares.
- f) La facilidad y libertad con la cual, pueden dejar de asistir o continuar su tratamiento; esto es un factor importante ya que no hay cohesión ni aversión para iniciar el mismo, y por el contrario si puede existir motivación por ser él quien decida esta situación.
- g) La participación en las actividades como integrante del grupo, que permite ayudar a sus compañeros, funcionando como -- reforzador social, a la vez que permite al sujeto adquirir habilidades sociales, reacciones afectivas e incrementar su autoestima, por el hecho de sentirse útiles.
- h) Las conductas de evitación y escape que pueden emitir con -- facilidad, ante cualquier situación conflictiva, que los incite a beber (previo entrenamiento), ya que pueden asistir al grupo a cualquier hora y cualquier día para apoyarse.

Más sin embargo, es también importante aclarar aquellos puntos que en un momento dado, pudieran influir hacia resultados negativos de Estos grupos de AA y 24 Horas.

- a) No presentar ningún programa sistemático del cambio conductual.
- b) No se establece ningún control administrativo de los pacientes que asisten.
- c) No se establece ningún control de la evolución de cada paciente.
- d) No se establece ningún seguimiento de los pacientes que -- dejan de asistir.
- e) Todos los pacientes reciben la misma dinámica de tratamiento, sin tomar en cuenta las características propias de su problema.
- f) La información obtenida con respecto a los períodos de abstinencia fue verbal, quedando su confiabilidad incierta.
- g) No hay programa sistemático dirigido a entrenar a los familiares del paciente, que un momento dado ayuden a la rehabilitación del mismo a su medio ambiente natural.

Basándose en el hecho de como Estos grupos conceptualizan al alcoholismo (incurable, progresivo y mortal) no establecen un programa de Tratamiento definido hacia el Padecimiento, sino que únicamente ofrecen apoyos continuos e incompatibles con la conducta del beber.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA

a) Procedimiento.-

a1) Método.-

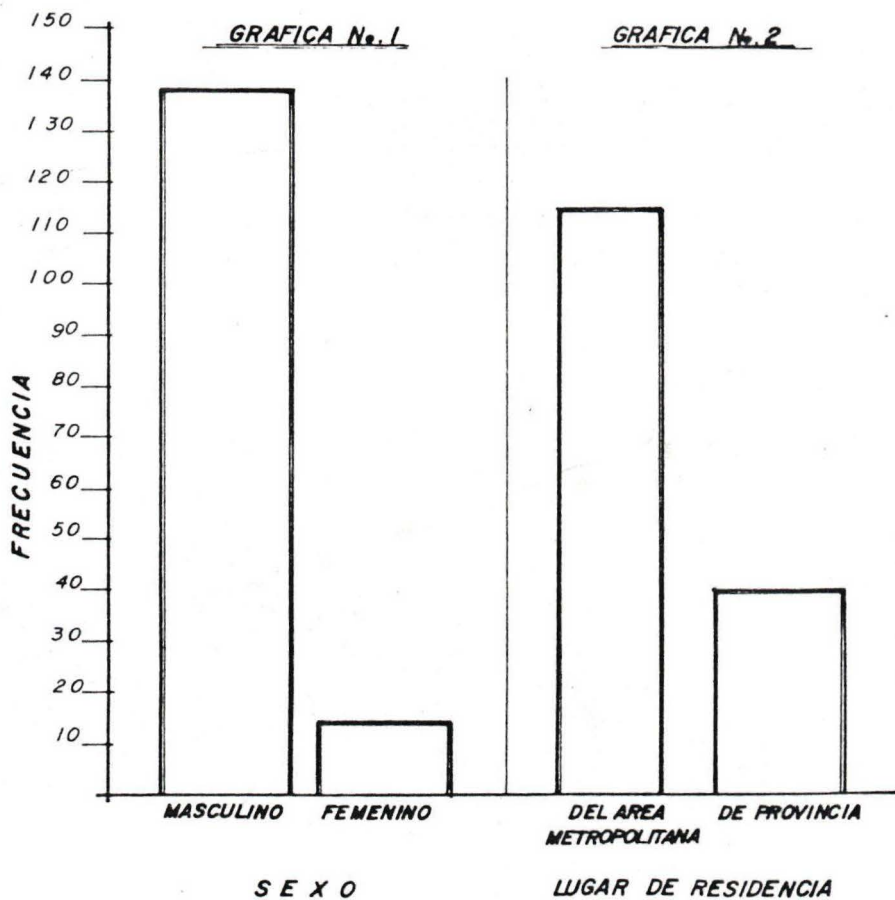
Sujetos: Se trabajó con 150 pacientes, de los cuales-- fueron 139 hombres y 11 mujeres, sus edades oscilaban entre los 18 y 77 años, con un promedio de 36 años. -- Asimismo, 38 radicaban en provincia y 112 en el área metropolitana, todos ellos variando en su posición económica, social y cultural, (ver gráficas 1, 2, 3 y 4 - respectivamente).

Aparatos: Los destinados al acondicionamiento físico - de cada uno de los pacientes, tales como: pesas, bicicletas fijas, poleas, tablas para abdominales, etc.

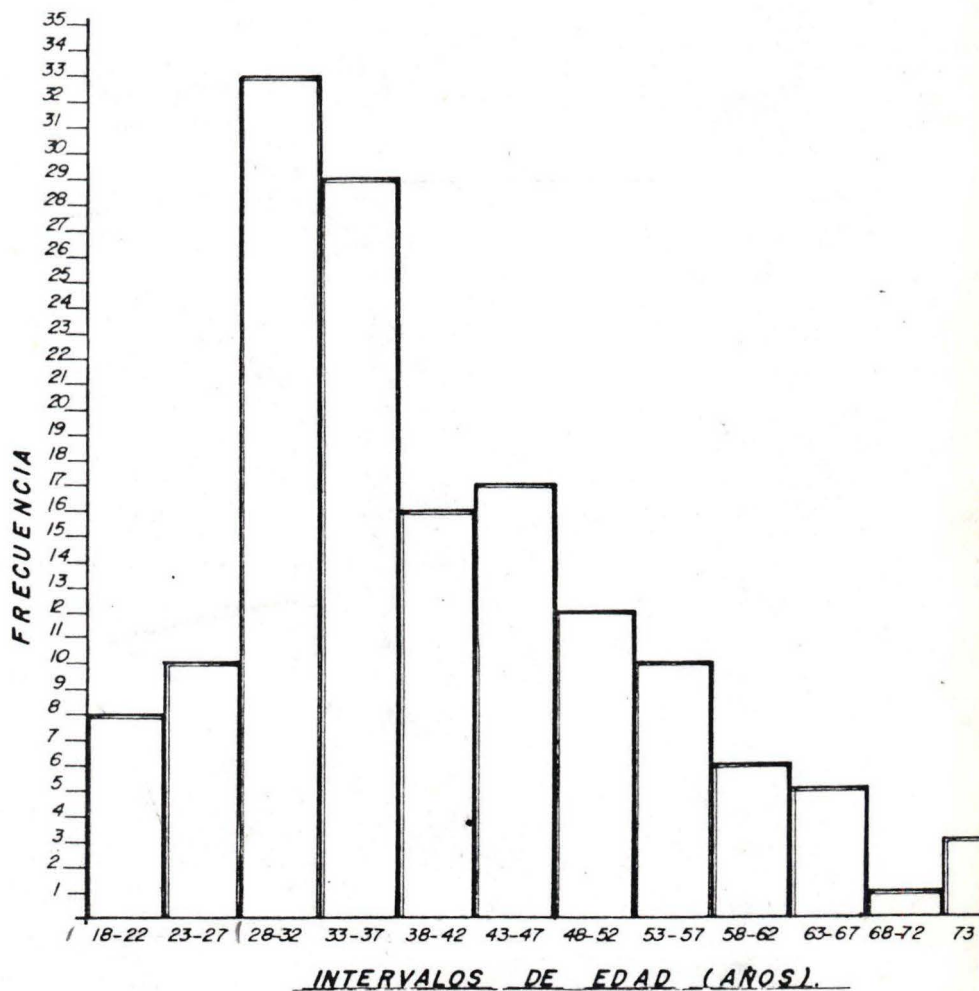
Por otro lado, los utilizados por el Departamento Médico de la Institución, (estetoscopios, jeringas, tripie, etc.) para el diagnóstico de los pacientes y por último, grabadoras y cassetes.

Materiales: Aquéllos destinados a la terapia Ocupacional, como una mesa de billar, dos juegos de ajedrez, - dos juegos de dominó, tres juegos de cartas de azar, - una televisión y un futbolito de mesa, así como los empleados para el control administrativo de los pacientes (papel, folders, lápices, etc.).

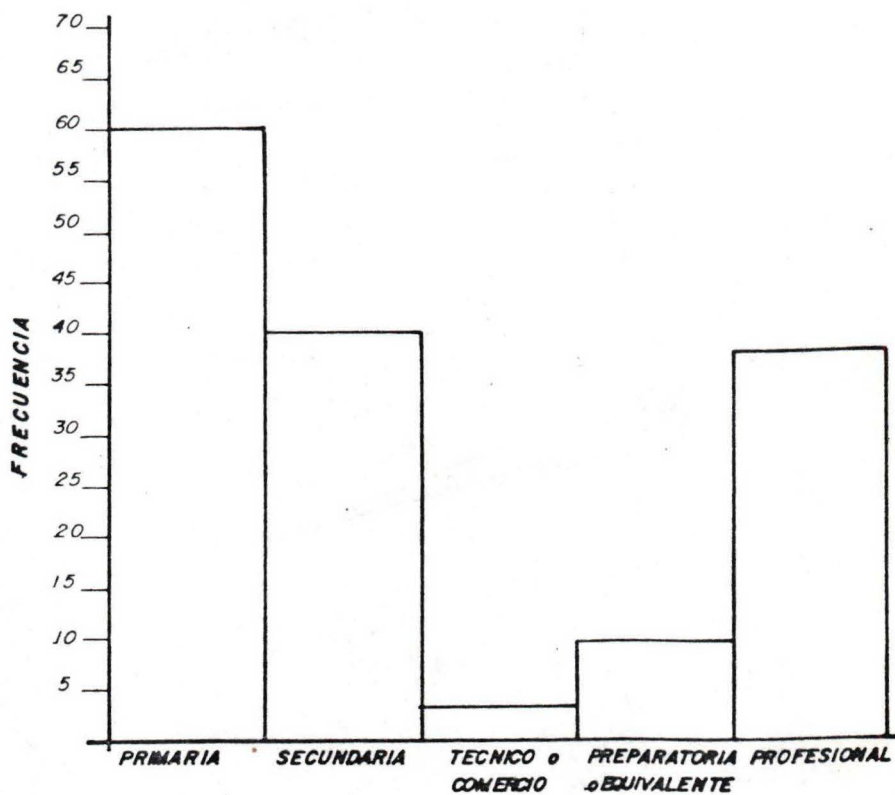
Ambiente Físico: La Institución en la cual se llevó a cabo la investigación, fue el Instituto Médico Antialcohólico A.C. (I.M.A.) que se encuentra ubicado en la avenida Parque Chapultepec s/n, esquina con Parque Montebello, en el Fraccionamiento el Parque, Naucalpan Estado de México.



Gráficas representativas de la proporción de pacientes
(hombres y mujeres) así como de su lugar de origen.



GRAFICA No.3 ^o Muestra la distribución de edades de los pacientes tratados.



GRAFICA No 4 : Distribución del nivel de escolaridad en los pacientes.

Es un edificio que consta de 6 niveles, divi
didos de la siguiente manera:

En la planta baja se encuentra la recepción, una sala de espera, la sala de juntas para terapias de grupo externas, tres cubículos destinados para consulta externa e individual, utilizados por el médico, los psicólogos y la trabajadora social, otro cubículo usado como enfermería y por último, la dirección.

El primer piso se usa como sala de desintoxicación y ahí se destinan todos los pacientes de - - primer ingreso. Esta área de trabajo consta de 200 mts. cuadrados, con una habitación para el médico de guardia, otra para un enfermero o mozo y un espacio para 15 camas aproximadamente, separadas cada una de ellas por biombos de tela. Este lugar por lo general se mantiene aislado por medio de una puerta cerrada con candado y solamente el mozo, la enfermera y el médico de guardia tienen acceso a la llave.

El segundo y tercer piso, están destinados para dormitorios. Este último con alojamientos privados para pacientes femeninos o masculinos con recursos económicos medianamente adecuados. También en el segundo piso se encuentra un consultorio, que es usado por - - el médico o psicólogo para la consulta interna diaria.

En el cuarto piso se localiza el comedor, -- la sala de juegos, en un extremo la sala de televisión y en otro, los aparatos para el acondicionamiento físico.

Por último, el quinto piso se destina a una sala para terapia de grupo y tres habitaciones de lujo para pacientes con mayores recursos económicos.

Todos los pisos están comunicados por un elevador y servicio de escaleras; sin embargo, los pacien



COORDINACIÓN PSICOLÓGICA

tes permanecen incomunicados a la planta baja y solamente el personal profesional puede comunicarlos. Cabe hacer notar, que también la puerta principal de la institución siempre está cerrada con llave y únicamente el portero puede abrirla. Esto se hace para evitar que los pacientes puedan escapar, ya que muchos de ellos vienen inconscientes y al darse cuenta del lugar donde se encuentran tratan de irse.

En forma global, se hace notar que las instalaciones hidráulicas y eléctricas de la institución son deficientes, por lo que la iluminación no es óptima y frecuentemente escasea el servicio del agua, originando situaciones insalubres. Tomando en cuenta, las limitaciones físicas y económicas, así como las políticas de la institución, la investigación se tuvo que ajustar a dichas condiciones.

- a2) Organización de la Institución.- Es importante mencionar que antes de dar principio al trabajo, se tuvo que organizar y especificar las funciones de los departamentos de Medicina y Psicología, de tal manera que se pudiera llevar un control de las actividades involucradas en las mismas, aunque en los otros departamentos, no se pudo organizar nada por ser a nivel directivo, si se mencionan sus responsabilidades para una mejor comprensión de la dinámica del trabajo de la institución.

DIRECCIÓN:

- Determinar costos de tratamiento.
- Determinar el tipo de habitación.
- Determinar los objetivos y políticas de la institución.
- Autorizar cualquier tipo de gasto o inversión.

- Supervisar las actividades de los distintos departamentos involucrados en la operación del instituto.

RECEPCION:

- Dar información general.
- Canalizar a los responsables del enfermo a la dirección.
- Canalizar al enfermo al departamento Médico.
- Informar a los psicólogos sobre los ingresos de nuevos pacientes.
- Efectuar cobros y pagos.
- Expedir tarjetas de citas para consulta externa.
- Informar sobre la evolución de los pacientes.

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA:

- Es responsable de que los internos participen en las actividades implicadas en su tratamiento.
- Auxiliar a los pacientes internos sobre algunos problemas personales o administrativos a través de la trabajadora social.
- Orientar a los responsables sobre citas o visitas del paciente o de ellos con el psicólogo y médico.
- Determinar la frecuencia de las consultas psicológicas de pacientes externos.
- Organizar las actividades de los internos.
- Organizar las terapias de Grupo de exter-

nos e internos.

- Coordinar sus actividades con el departamento Médico.
- Llevar a cabo las terapias individuales.
- Llevar a cabo las terapias familiar, ocupacional, de Grupo a internos y externos.

Para éstas últimas cuatro terapias, que se consideran fijas o de rutina, los psicólogos las realizaron alternadamente a lo largo de la investigación.

DEPARTAMENTO MEDICO:

- Registrar los ingresos de los pacientes a la institución.
- Elaborar las historias clínicas de cada paciente.
- Es responsable de la salud física de los internos.
- Elaborar una relación de pacientes y estados evolutivos de los mismos.
- Autorizar el alta de los pacientes internos, previo acuerdo con el departamento de Psicología.
- Orientar a los responsables y al departamento de Psicología sobre la administración de los medicamentos recetados.
- Checar y reportar diariamente el avance de los enfermos.
- Coordinar actividades con el departamento de Psicología.

TRABAJO SOCIAL:

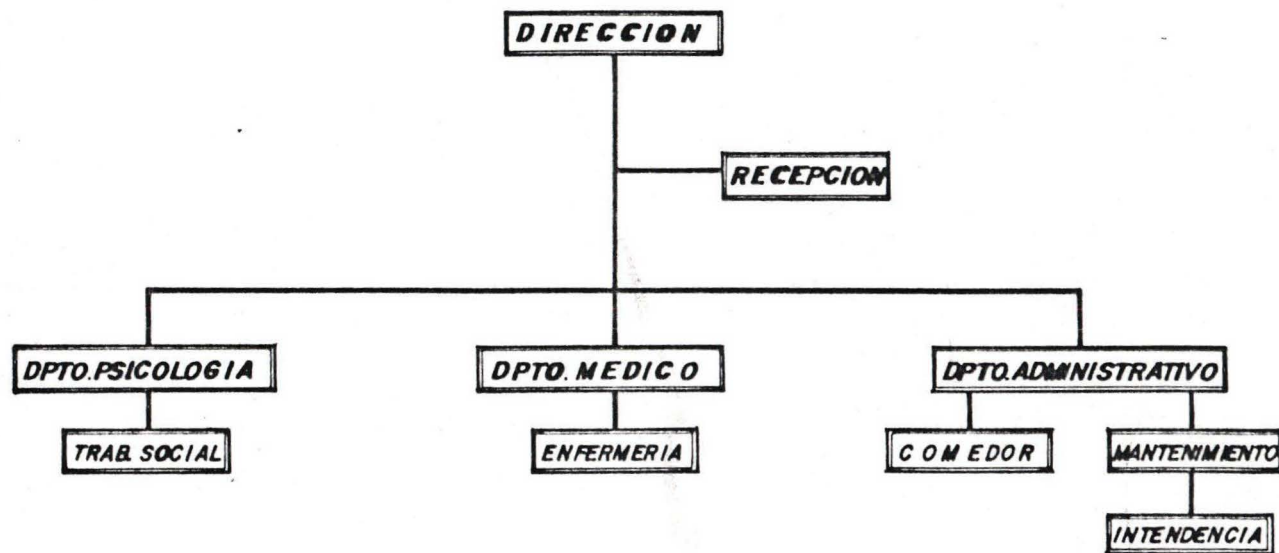
- Se encargará de elaborar estudios socio-económicos de los pacientes de nuevo in --

greso.

- Registrar y programar las citas de los - psicólogos, previo acuerdo con cada uno de ellos.
- Canalizar con el psicólogo correspondiente a los familiares del paciente.
- Pasar lista de asistencia a los pacientes en la terapia de Grupo.
- Auxiliar a los pacientes internos en necesidades tales como: hablar por teléfono a sus familiares, pedirles ropa, tramitar -- incapacidades, etc. (se anexa organigrama de la Institución).

Horario de Actividades: Se programaron actividades para los pacientes internos en el período de hospitalización y se distribulan de la siguiente manera:

8:00 a.m. - 8:10 a.m.	-----	Levantarlos para su aseo personal.
8:10 a.m. - 8:40 a.m.	-----	Ejercicios físicos (respiratorios y calistécnicos).
8:40 a.m. - 9:00 a.m.	-----	Baño.
9:00 a.m. - 10:00 a.m.	-----	Desayuno.
10:00 a.m. - 11:00 a.m.	-----	Chequeo Médico.
11:00 a.m. - 12:00 a.m.	-----	Libre (actividades recreativas).
12:00 a.m. - 13:00 p.m.	-----	Terapia de Grupo a internos.
13:00 p.m. - 14:00 p.m.	-----	Libre (actividades recreativas).
14:00 p.m. - 15:00 p.m.	-----	Comida.
15:00 p.m. - 16:00 p.m.	-----	Actividades recreativas.



-ORGANIGRAMA DEL INSTITUTO MEDICO ANTIALCOHOLICO, A.C.

16:00 p.m. - 18:00 p.m.	-----	Terapia de Grupo.
18:00 p.m. - 19:00 p.m.	-----	Chequeo Médico.
19:00 p.m. - 20:00 p.m.	-----	Merienda.
20:00 p.m. - 22:00 p.m.	-----	Televisión.
de las 22:00 hrs. en adelante	---	Fin de actividades.

El horario y las actividades de los departamentos de Medicina y Psicología, se distribuían a lo largo de la jornada de trabajo que abarcaba de las 9:00 a las 19:00 hrs., realizando el departamento médico consultas a pacientes externos, información a familiares del estado de salud de su paciente y recepción e ingresos de pacientes. Por otro lado, el departamento de Psicología llevaba a cabo las terapias individuales con pacientes internos y externos, así como las terapias familiares de pacientes externos e internos y por último, la terapia conyugal.

Como se mencionó al principio, para las terapias ocupacional, de grupo a externos e internos, los psicólogos, se alternaron por períodos de tiempo.

a3) Tratamiento.-

Siguiendo los lineamientos de Miller (1976), el programa de tratamiento aplicado en esta investigación tiene como objetivos:

- Adecuar el paquete de tratamiento empleado por Miller, a las condiciones de nuestro país, de acuerdo a las características de respuestas presentadas por nuestros pacientes y sus familiares.
- Establecer la abstinencia total de bebidas alcohólicas en los sujetos por lo menos durante seis meses.
- Que los sujetos adquirieran habilidades - -

para controlar la ingestión de bebidas alcohólicas y a la vez sean aceptados por su familia y medio ambiente en que se desenvuelven.

- Que las personas involucradas estrechamente con la rehabilitación de los sujetos - adquieran habilidades para ayudarlos a -- mantener su abstinencia y a la vez interactúen adecuadamente en cualquier situación con ellos.

Variables Utilizadas:

INDEPENDIENTES:

- Aplicación de fármacos y medicamentos tales como: sedantes, psicotrópicos, vitaminas y minerales, medicamentos antialcohólicos como: O.K. vi, emetina, sueros glucosados y cantidades de alcohol combinados con té.
- El período de hospitalización de 10 días.
- El manejo de técnicas utilizadas por los terapeutas para provocar cambios en la -- conducta de los sujetos durante su internamiento. (Manejo de contingencias, relajación, habilidades sociales, etc.).
- Las actividades recreativas y ocupacionales durante el período de hospitalización.
- Terapias de grupo e individuales.

DEPENDIENTES:

- La no ingestión de bebidas alcohólicas en los sujetos.

- La integración y aceptación de los sujetos en su medio ambiente.

Selección de Sujetos:

La selección de los sujetos, se hizo en forma aleatoria, así mismo de los 150 pacientes, fueron - 139 hombres y 11 mujeres, sus edades oscilaban entre - los 18 y 77 años, con un promedio de 36 años. Asimismo 38 radicaban en provincia y 112 en el área metropolitana, todos ellos variando en su posición económica, social y cultural.

Las características que éstos debían de reunir fueron las siguientes:

- 1.- Por medio del reporte de la dirección, se descartó a - aquéllos que únicamente iban a desintoxicarse.
- 2.- Se tomó en cuenta que el daño ocasionado por la ingestión del alcohol, no hubiera provocado graves consecuencias sobre los repertorios básicos de comportamiento, (como ejemplo: coordinación motora nula, seguimiento de instrucciones, atención, imitación, etc.).
- 3.- Basándose en el diagnóstico médico, se descartó aquéllos que tuvieran complicaciones colaterales que a corto plazo pusieran en peligro su vida.

a4) Fases de Tratamiento.-

Fase de Desintoxicación.

Acondicionamiento físico y Terapia Ocupacional.

Terapias de Grupo a Internos.

Terapias Individuales (a internos y externos).

Terapia Familiar y Conyugal (a internos y externos).

Terapia de Grupos a Externos.

a5) Técnicas Empleadas en las Diferentes Fases del Tratamiento.

Manejo de Contingencias.

Relajación.

Habilidades Sociales.

Solución de Problemas.

Autocontrol.

Reestructuración de Ambientes Físicos y Sociales.

Retroalimentación.

Rol-Playing.

DESCRIPCION DE LAS FASES DEL TRATAMIENTO Y DE LAS TECNICAS EMPLEADAS

DESINTOXICACION. - El período inicial del tratamiento abarca la hospitalización de los sujetos por un mínimo de 10 días, de los cuales de 2 a 4 días se toman para la fase de desintoxicación, y los días restantes para las diferentes terapias aplicadas para internos (de Grupo, Individual, Familiar y Conyugal).

Procedimiento:

- a) Administración de sueros glucosados por vía intravenosa (a goteo lento), con sedantes, complejo B12 y un porcentaje de alcohol que el médico determina. La cantidad de suero varía de 1 a 3 litros durante el período de Desintoxicación.
- b) Administración por vía oral de levadura de cerveza, anti-epilépticos, medicamentos para el hígado y algunos psicotrópicos, según el cuadro que presenta el paciente para evitar o aminorar los estados de supresión alcohólica.
- c) La ingestión de líquidos como té con alcohol (reducción gradual del alcohol hasta cero) para evitar una descompensación brusca en el organismo por falta del alcohol.
- d) La ingestión de alimentos blandos.

El objetivo de esta fase es que los sujetos estén en condiciones físicas y mentales, para poder iniciar la siguiente fase del tratamiento.

Todos los sujetos pasan por esta fase que se considera requisito previo.

ACONDICIONAMIENTO FISICO Y TERAPIA OCUPACIONAL.- Se persigue facilitar el reestablecimiento físico de los sujetos, que se inicia con la dieta y las vitaminas aplicadas por el servicio Médico. Hay sujetos que llegan en un estado que puede ser desde invalidez parcial y temporal de extremidades hasta grados completos de anemia. A través de estos ejercicios, también se logra restablecer la agilidad de pensamiento, por medio de juegos de ajedrez, dominó, y dinámica de grupos. Para el acondicionamiento físico se utilizan pesas, bicicletas fijas, poleas, tabla para abdominales y una serie de ejercicios calisténcicos, realizándolos todas las mañanas.

En la Terapia Ocupacional se realizan una serie de actividades recreativas; éstas se llevan a cabo durante los 10 días que abarca la hospitalización, tienen como objetivo el generar conductas cooperativas e incompatibles con las respuestas fisiológicas del síndrome de abstinencia y la ansiedad generada por la hospitalización.

Se forman parejas o equipos que compitan en los diferentes juegos, ejemplo: dominó, futbolito, billar o ajedrez.

Estas actividades también tienen como propósito el que los sujetos den varias soluciones a distintos problemas en una situación de juego y por último, distraerlos y mantenerlos relajados.

TERAPIA DE GRUPO A INTERNOS.- Se lleva diariamente durante la hospitalización y se sigue una dinámica similar a la de Alcohólicos Anónimos (AA), al principio de cada sesión se hace

una presentación de los sujetos de nuevo ingreso, posteriormente uno de ellos toma la palabra y relata su vida, haciendo énfasis en las experiencias negativas que ha tenido a causa de su problema (catársis). El terapeuta se encarga de conducir y dirigir, así como de aclarar las dudas.

Una o dos veces por semana el terapeuta prepara un tema relacionado con el problema, haciéndolo saber de antemano a todos los sujetos, para que ellos puedan también intervenir.

Algunos de los temas son:

- Factores determinantes o posibles causas del Alcoholismo.
- Inicios y evolución del problema.
- Degradación del individuo como ser humano a causa del alcohol.

TERAPIA INDIVIDUAL A INTERNOS.- A partir del tercero o cuarto día, los pacientes empiezan a tener sus primeras sesiones terapéuticas con el psicólogo. La duración de esas primeras sesiones son de 30' aproximadamente, debido a que el estado físico de los sujetos no permite alargarlas más tiempo. En estas hay una presentación recíproca entre el paciente y el terapeuta a la vez que éste último, hace preguntas de sondeo tales como: ¿Cuándo llegó?, ¿Quién lo trajo?, ¿Porqué lo trajeron?, etc.

Cabe mencionar, que antes de iniciar la primera sesión, el terapeuta ya tiene un expediente elaborado por la trabajadora social, a la vez que ya ha realizado una sesión con los familiares del paciente, lo cual le permite contar con un amplio panorama de la problemática presentada.

En las subsiguientes sesiones y ya habiendo evaluado el problema, la labor del terapeuta es de conscientizar al sujeto de su problema y convencerlo para que acepte la ayuda terapéutica.

Las técnicas empleadas en estas sesiones, son el manejo de contingencias, donde el terapeuta refuerza o castiga diferencial o socialmente las respuestas de cada sujeto, - por medio de respuestas de confrontación, ejemplo:

Terapeuta: ¿Se considera ud. alcohólico?

Paciente: No.

Terapeuta: (frunce el ceño y pregunta) ¿Entonces por-
qué está aquí?

TERAPIA FAMILIAR Y CONVUGAL.- Al iniciar y antes de dar por -- terminado el período de hospitalización, el terapeuta se entre vista con los familiares, para obtener información general -- sobre el sujeto, detectar algunas posibles causas del problema y dar instrucciones sobre como tratar al paciente después de -- su hospitalización, dar un bosquejo general del alcoholismo, -- visto como problema; lo importante que podría ser su coopera- -- ción para la rehabilitación de su paciente y dar instrucciones de como observar y registrar las conductas del sujeto en su -- ambiente natural.

Todo esto se logra mediante instrucciones verbales y -- ejemplos, asimismo se les dice: "es probable que cuando su pa- -- ciente salga del sanatorio manifieste cualquiera de estas con- -- ductas en mayor o menor grado, o quizás todas", ejemplos: pérdi- -- da del apetito, irritabilidad, somnolencia, insomnio, apatía -- sexual, impotencia, hiperquinésis, etc. Se le informa que es- -- to es normal y que desaparece en 15 ó 20 días.

Para obtener la información que se menciona en las pri- -- meras sesiones de la Terapia Individual y Familiar de los pa- -- cientes internos, se toma como base el cuestionario de Marlatt (1976), "Profilaxis de la Bebida", (ver apéndice #3), y por -- último los Psicólogos orientados por el Médico, dan indica- -- ciones de dieta y administración de medicamentos.

TERAPIA INDIVIDUAL A PACIENTES EXTERNOS.- Después del período-

de hospitalización, el paciente se da de alta y se considera como paciente externo; con cada uno de ellos la terapia individual se aplica de la siguiente forma: de 30 a 40 sesiones con una duración de 40' cada una y distribuidas a lo largo de los 6 meses de abstinencia, que se consideran como criterio de éxito. La distribución de las sesiones depende mucho del progreso de cada paciente; sin embargo, la mayoría de ellas quedaron de la siguiente manera:

10 sesiones en el 1er. mes	(una cada tercer día)
4 sesiones en el 2do. mes	(una cada semana)
4 sesiones en el 3er. mes	(una cada semana)
4 sesiones en el 4to. mes	(una cada semana)
4 sesiones en el 5to. mes	(una cada semana)
2 sesiones en el 6to. mes	(una cada quince días)

Si el caso lo requiere las sesiones en el segundo y tercer mes se pueden ampliar a 8 y 6 respectivamente. Sin embargo, el paciente puede asistir de por vida a la institución, ya que así lo estipula el contrato de tratamiento que firma con la misma. En este caso, la consulta se amplía cada dos meses como un control vitalicio (de hecho algunos de los pacientes que se seleccionaron para la investigación, aún continúan asistiendo a su tratamiento).

En las sesiones antes especificadas el objetivo general es el de ampliar el repertorio de los pacientes, implementando conductas de apoyo que les ayuden a mantener la sobriedad, las cuales se llevan a cabo por medio de las siguientes técnicas:

MANEJO DE CONTINGENCIAS:

El motivo por el cual se aplica inicialmente esta técnica es para que los sujetos tengan una información global de los principios básicos de la modificación conductual, para-

ello se les dá a conocer los paradigmas y principios del Análisis Conductual Aplicado y como éstos se pueden aplicar a situaciones sociales, (escape, reforzamiento social, positivo y negativo, evitación, moldeamiento por aproximaciones sucesivas y extinción); (esto se logra mediante pláticas y ejemplos que se comentan en los cubículos y así como en las terapias grupales, algunos de los ejemplos se dan de la siguiente manera):

"Si usted le pidiera a un compañero de trabajo que le ayude a terminar parte de su labor, sería plausible que lo solicitará por favor y después con una muestra de agradecimiento, para que así este hecho tenga una mayor probabilidad de que -- ocurra en otras situaciones" (reforzamiento positivo).

"Si usted se encuentra con un grupo de amigos y éstos le invitan una copa, usted al rehusarse recibe críticas y desaprobación por parte del grupo, simplemente ignórelas y retírese de la situación" (extinción y escape).

RELAJACION:

El entrenamiento en relajación muscular profunda se -- hace a través de ejercicios respiratorios y discriminación del tono muscular, según el manual de relajación de la Clínica Universitaria de la Salud. Iztacala (CUST, 1979).

Este entrenamiento tiene como objetivo que los sujetos disminuyan respuestas fisiológicas catalogadas como de ansiedad (sudoración de la piel, tartamudeo, aumento del ritmo cardíaco) y que son incompatibles con respuestas asertivas. Dependiendo del caso, este entrenamiento puede ser precorrente a la instrucción de habilidades sociales o simultáneo.

Inicialmente se lleva a cabo en un cubículo aislado de ruido y con una luz tenue con cada uno de los sujetos, se les enseña a relajarse por medio de ejercicios respiratorios, combinados con ejercicios de tensión-relajación de todos los muscu

los del cuerpo, iniciando con los de la cabeza y así sucesivamente hasta llegar a los pies.

Posteriormente, en una segunda fase se les pide a los sujetos que realicen estas mismas actividades en su casa - - agregando ahora en los estados de relajación, una imagen que evoque tranquilidad; y en una tercera fase, la asociación de dichas condiciones con una palabra.

HABILIDADES SOCIALES:

El objetivo de esta técnica es el de entrenar a los - - sujetos para que den respuestas adecuadas a situaciones difíciles, que antes provocaban la ingestión de bebidas alcohólicas. Estos repertorios se implementan mediante el rol-playing y situaciones simuladas en los cubículos, así como en las - - terapias de Grupo. La inclusión de algunas respuestas de tipo asertivo, forman parte de este entrenamiento pudiéndose citar:

- Poder decir "NO" a situaciones comprometedoras.
- Decir "NO" sin sentirse culpable.
- Poder iniciar conversaciones y continuarlas sin sentir ansiedad.
- Mirar de frente al dialogar.
- Modular el tono y volumen de la voz, al sostener una conversación.
- Evadir situaciones sociales que lo puedan inducir a beber.
- Exigir sus derechos sin pasar sobre los derechos de los demás.

Generalmente, esto se lleva a cabo en el cubículo en el cual el terapeuta asume un rol y el sujeto otro y después se cambian los papeles. Al término de la sesión, el terapeuta da retroalimentación al sujeto, haciendo énfasis en las respuestas adecuadas.

Los ejemplos son tomados de la vida real del sujeto o de situaciones planteadas por el terapeuta, de acuerdo a los

déficits presentados por el paciente, ejemplo:

Paciente (P).- Vamos a beber una copa.

Terapeuta (T).-No, muchas gracias.

P.- Anda vamos, va a estar el comprado Juan.

T.- Ya te dije que no, muchas gracias.

P.- De lo que te vas a perder.

T.- Ya te dije que no, ahora me retiro, gracias.

(El terapeuta se levanta y abandona el cubículo).

Aquí el terapeuta termina con una situación que puede -- tornarse molesta, y explica al paciente el por qué de su comportamiento y pide que ahora se cambien los papeles, dando al final de la ejecución la retroalimentación respectiva.

Otro ejemplo se puede citar de la siguiente manera:

"Aparece un grupo de amigos en un restaurant entre los - cuales se encuentra Juan, quién al mismo tiempo quiere convivir- con ellos, pero rehúsando tomar bebidas alcohólicas.

Amigo 1.- Mesero ¡cervezas por favor!

Amigo 2.- ¡Sí y también botana!

Amigo 3.- ¡Tu no quieres cerveza Juan?

Juan .- No, sólo un refresco.

Amigo 1.- No, es que ahora ya se regeneró.

Juan .- Comprendo que piensen de esa manera, pero yo simplemen te quiero un refresco.

Cabe mencionar que aunque las críticas de sus compañeros prosiguieran, la actitud de Juan debía ser la misma.

Este tipo de ejemplos se pueden intercalar con el tera-- papeuta y con los pacientes, intercambiando los papeles y enfati-- zando al final los puntos importantes.

SOLUCION DE PROBLEMAS:

El objetivo de esta instrucción es la de enseñar a los -

sujetos a discriminar los diversos componentes de un problema de terminado, para que sean objetivos en la evaluación del mismo -- y así proponer una solución adecuada a cada caso.

Los sujetos al haber pasado por el entrenamiento de relación y Habilidades Sociales, consideramos que ya tienen los -- repertorios de entrada para este entrenamiento. Es de hacerse -- notar que generalmente los pacientes perciben sus problemas con una sola alternativa, sin que por esto sea la más adecuada, sin ver otras posibilidades y esto les provoque sentirse acorralados e impotentes.

El terapeuta plantea al paciente un problema y le pide -- que diga en que forma lo abordarla. Después de que el paciente da sus respuestas, el terapeuta hace una reorganización de los -- componentes del problema, para que así el paciente participe -- en las diferentes alternativas que surgen y en base a esto, de-- terminar la solución adecuada, ejemplo:

Problema: Mi esposa me pide el divorcio y yo no quiero dárselo.

T.- ¿Que haría usted?

P.- No dárselo.

T.- ¿Por qué?

P.- Porque la necesito.

T.- ¿Cuál es la solución?

P.- Pedirle que se quede.

T.- Y si se lo pide ¿se quedaría?

P.- No lo sé.

Reorganización del Problema.-

T.- ¿Por qué quiere ella divorciarse de usted?

P.- Porque ya no me quiere.

T.- ¿Ya se lo preguntó?

P.- Sí, eso es lo que dice ella.

T.- Y sabe usted ¿por qué ya no lo quiere?

P.- Sí, porque cada vez que bebía le pegaba y la insultaba.

T.- Y ahora que usted ya no bebe, ¿lo sigue haciendo?

P.- No.

T.- Entonces las cosas han cambiado.

P.- Algo.

T.- ¿Que cosas son las que han cambiado?

P.- Ya no le pego.

T.- Bien, si usted le ofrece a su esposa cambiar en otros puntos ¿evitaría el divorcio?

P.- Creo que sí.

T.- ¿Que le parece si platicamos con su esposa y vemos que es lo que ella quiere y que es lo que usted le puede ofrecer?

Como se puede observar en este ejemplo, el terapeuta se remite a describir los hechos y los efectos que sostienen para dar origen al problema y en base a esto hace participar al sujeto para encontrar la solución adecuada al mismo.

AUTOCONTROL:

Nos referimos por autocontrol a la programación de eventos y consecuencias hechas por los mismos sujetos y encaminadas a una automodificación de su comportamiento.

Se enseña a los sujetos a programar actividades que sean agradables para ellos y que puedan compartir con su familia o amigos y que tengan como consecuencia, la no ingestión de bebidas alcohólicas, así como la oportunidad de obtener reforzadores sociales positivos que incrementen este tipo de comportamientos. Un ejemplo se puede citar de la siguiente manera:

"Se le pide al paciente que realice una lista de las ac

tividades que le agraden más y que no estén involucradas con -- el consumo del alcohol y que puedan compartirse con sus amigos -- y/o con su familia".

En algunos casos debido al poco repertorio de actividades sociales en los sujetos, el terapeuta sugiere las que cree más convenientes, previo acuerdo con sus familiares y la disponibilidad económica de los mismos, para efectos de una automodificación.

TERAPIA FAMILIAR:

Para esta terapia se emplean 12 sesiones de 30 minutos distribuidas en 6 meses que el paciente continúa en calidad de externo. Si el caso lo requiere, pueden ser más o menos sesiones; por lo general siempre están comprendidas entre 10 -- y 15, y se dan a los familiares más cercanos o a los amigos, -- en caso que éstos tengan un acercamiento más estrecho.

Considerando al medio ambiente como un factor determinante en la inducción de la ingestión de bebidas alcohólicas, -- se dan instrucciones en el manejo de contingencias y una posible reestructuración de ambientes físicos y sociales, por -- ejemplo:

- Si el caso lo requiere, cambiarse de zona o de departamento.
- Una reestructuración de sus actividades diarias.
- Modificar el grupo de amigos.
- Si en la casa hay bebidas alcohólicas, cambiarlas de lugar o deshacerse de ellas.
- Cambiar la decoración de la casa, si fuera posible de muebles.

Además se les entrena a como:

- Discriminar y prevenir conductas que puedan ser indicios de -- la ingestión del alcohol (recaída), por ejemplo (ansiedad, -- irritabilidad, depresión, etc.).
- A como cooperar con el terapeuta mediante las siguientes instrucciones:

"Señora, su esposo vendrá a consulta externa según se lo indique, no es necesario que lo acompañe, excepto si yo se lo recomendase; sin embargo, es necesario que un día antes que el se presente, usted me hable por teléfono y me explique cómo fue el comportamiento de él durante la semana. Esto es importante ya que de ahí se derivan las correcciones que se le tengan -- que hacer a su paciente, así como para evaluar el progreso del mismo".

Esto a la vez nos sirve como una medida de confiabilidad con respecto a los reportes verbales del paciente en la consulta individual.

Cabe mencionar, que las técnicas de retroalimentación y rol-playing, están implícitas o son auxiliares en las técnicas antes descritas y las fases de tratamiento que lo ameritan, pues se hace uso de modelos y en algunas ocasiones de situaciones simuladas, retroalimentándose por parte del terapeuta.

TERAPIA DE GRUPOS A EXTERNOS:

Está se imparte una vez por semana, los días viernes -- de las 17:00 hrs. a las 19:00 hrs., durante el tiempo que el paciente continúa en calidad de externo (de acuerdo a uno de -- los objetivos de la investigación fue durante 6 meses), y en la cual también participan los familiares.

El objetivo de dicha terapia consiste en exponer temas que sean de interés y que sirvan de apoyo a los problemas presentados. La retroalimentación, el reforzamiento social del -- grupo y otras contingencias más, frecuentemente se intercalan a lo largo de dichas intervenciones.

Al terminar la sesión de cada semana se acuerda el tema a tratar en la siguiente, de modo que en dicha sesión todos los interesados participen. Se forman equipos de 5 a 6 personas para que hagan sus comentarios al tema tratado y expongan -- sus puntos de vista que permitan llegar a determinadas con--

clusiones. A cada equipo se le da un tiempo de 6 a 8 minutos, - y luego cada representante se dirige a los demás haciendo los - comentarios de sus conclusiones, para finalizar la sesión con - una discusión general.

A las personas que se integran al grupo se les recibe encargándose uno de los pacientes de explicar como se llevan a cabo dichas sesiones, haciéndoles notar que su asistencia no es obligatoria, pero, sí importante por la convivencia y la ayuda moral que estos representan para la mejor integración del medio ambiente familiar y social de los mismos.

b) Seguimiento.-

Esta etapa se divide en dos fases:

b1) La primera de ellas consiste en una evaluación directa después de los seis meses de terminado el tratamiento.- Esto se logra, ya que el instituto estipula en su reglamento que los pacientes pueden asistir de por vida - al mismo, situación que facilita la programación de sus consultas individuales y así conocer su estado de - - salud.

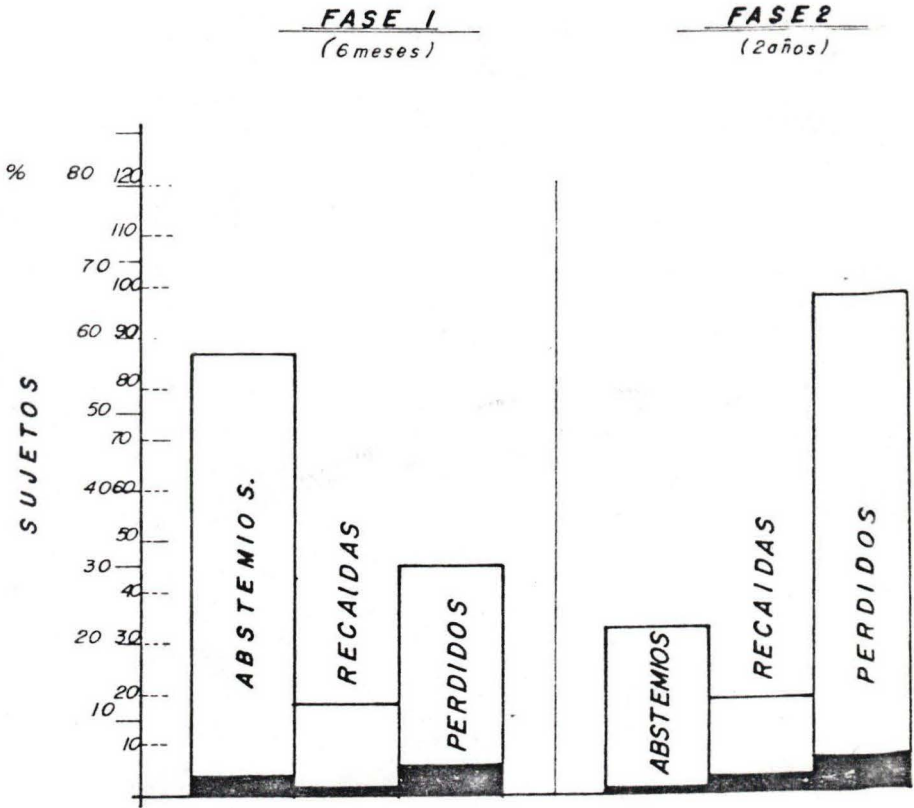
b2) Por otro lado, la segunda fase se inicia dos años después incluyendo la primera, llevándose a cabo de la siguiente forma:

Primeramente se elabora un directorio de los pacientes, después se hace una carta a manera de saludo, anexando un cuestionario con once preguntas que nos permita conocer si a la fecha de su recepción por el paciente, éste continua abstemio, -- ha recaído o acudido a alguna otra institución, (ver apéndice #4), al final de este trabajo.

Paralelamente a lo expuesto con anterioridad y previendo que algunas cartas no llegaran a su destino o no fueran contestadas por los pacientes, se hicieron llamadas telefónicas a

cada uno de ellos (los que tuviésem), avisándoles que les llegaría el cuestionario, saludándolos y preguntándoles a la vez, cual era su estado de salud con respecto a su problema. Esta segunda condición nos permite obtener un buen grado de confiabilidad con respecto a los cuestionarios enviados y las respuestas de los pacientes, (ver gráfica #6).

Esta segunda fase se lleva a cabo de esta forma porque nos permite adquirir la información necesaria de la mayoría de la población, de una manera rápida y eficaz.



 HOMBRES
 MUJERES

GRAFICA N. 6: Representativa de los resultados de las fases de seguimiento donde se muestran el número de sujetos para cada una de las condiciones y los porcentajes que corresponden

RESULTADOS

De acuerdo a la población total con que se trabajó (150), en esta investigación se encontró que de ella fueron 11 mujeres-- (8%) y 139 hombres (92%), de éstos hubo un total de 107 sujetos - (71%) que terminaron su tratamiento, de los cuales correspondió - una cantidad de 7 mujeres (4%) y 100 hombres (67%). De igual mane-
ra, en esta misma condición se encontró una abstinencia de 103 -- sujetos (69%), de los cuales fueron 5 mujeres (3%) y 98 hombres - (66%). Los resultados también nos muestran una población de recal-
dad equivalentes a 4 sujetos (2.5%) siendo dos mujeres (1.2%) y - dos hombres (1.2%), (ver gráfica #5).

Por otro lado con respecto a los sujetos que no termina-
ron su tratamiento por una razón u otra, encontramos que de una - población total de 43 sujetos (28%), fueron 4 mujeres (2.5%) y 39 hombres (25.5%); en esta misma condición, los resultados con res-
pecto a la abstinencia fueron sólo 5 sujetos (3.3%) con una mujer (.08%) y 4 hombres (2.5%). En la misma forma, los resultados co-
rrespondientes a las recaídas muestran una población de 33 suje-
tos (22%); de los cuales fueron 3 mujeres (2%) y 30 hombres (20%). Por último, en esta misma condición se encontró una población de
sujetos perdidos (3.3%) que fueron únicamente hombres y quienes-- no se supo porque dejaron de asistir al instituto (ver gráfica --
#5).

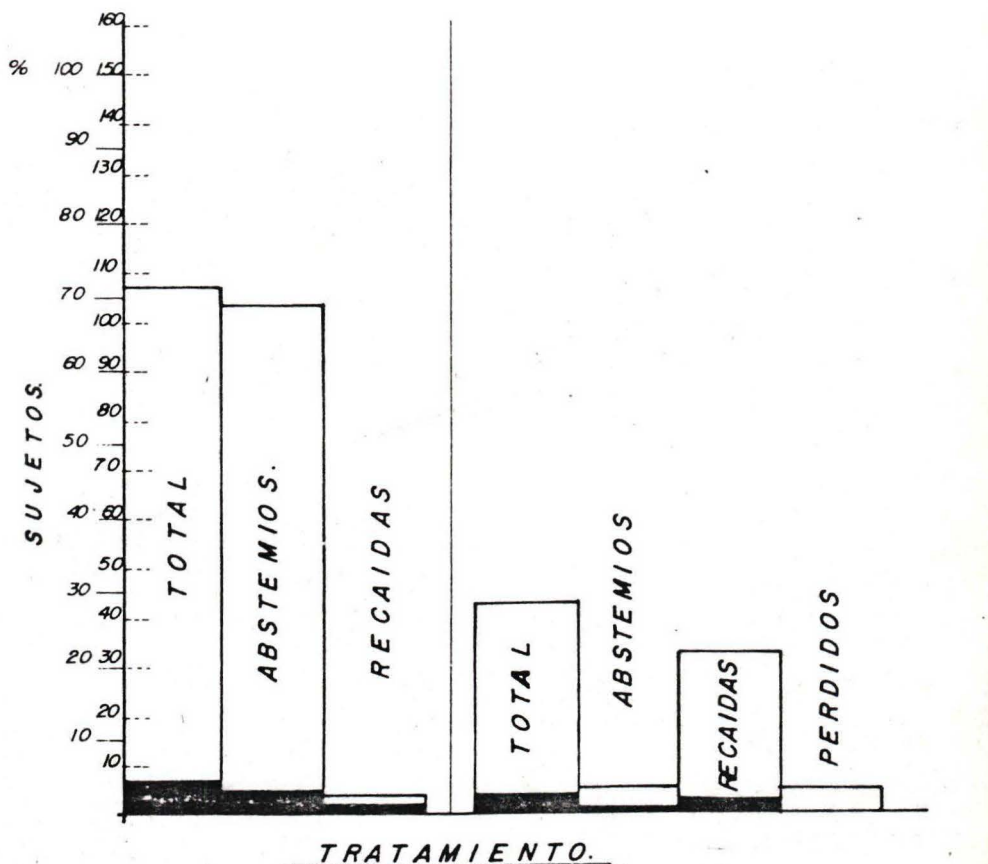
Posteriormente y de acuerdo a los resultados arrojados so-
bre el total de la población, en la primera fase de seguimiento - (después de 6 meses de terminado el tratamiento) se encontró una-
abstinencia de 87 sujetos (58%); de los cuales fueron 4 mujeres - (2.5%) y 83 hombres (55%); con respecto a las recaídas se encon-
traron 18 sujetos (11%) con una sola mujer (.05%) y 17 hombres -- (10.5%); por último, el número de sujetos perdidos se incrementó-
a 45 (30%), siendo 6 mujeres (4%) y 39 hombres (26%), (ver gráfi-
ca #6).

Los resultados correspondientes a la segunda fase de se--

COMPLETO

(6 meses).

INCOMPLETO.



GRAFICA No 5: Muestra los resultados obtenidos de los pacientes que terminaron su tratamiento y de los que no lo hicieron.

□ HOMBRE
■ MUJERES

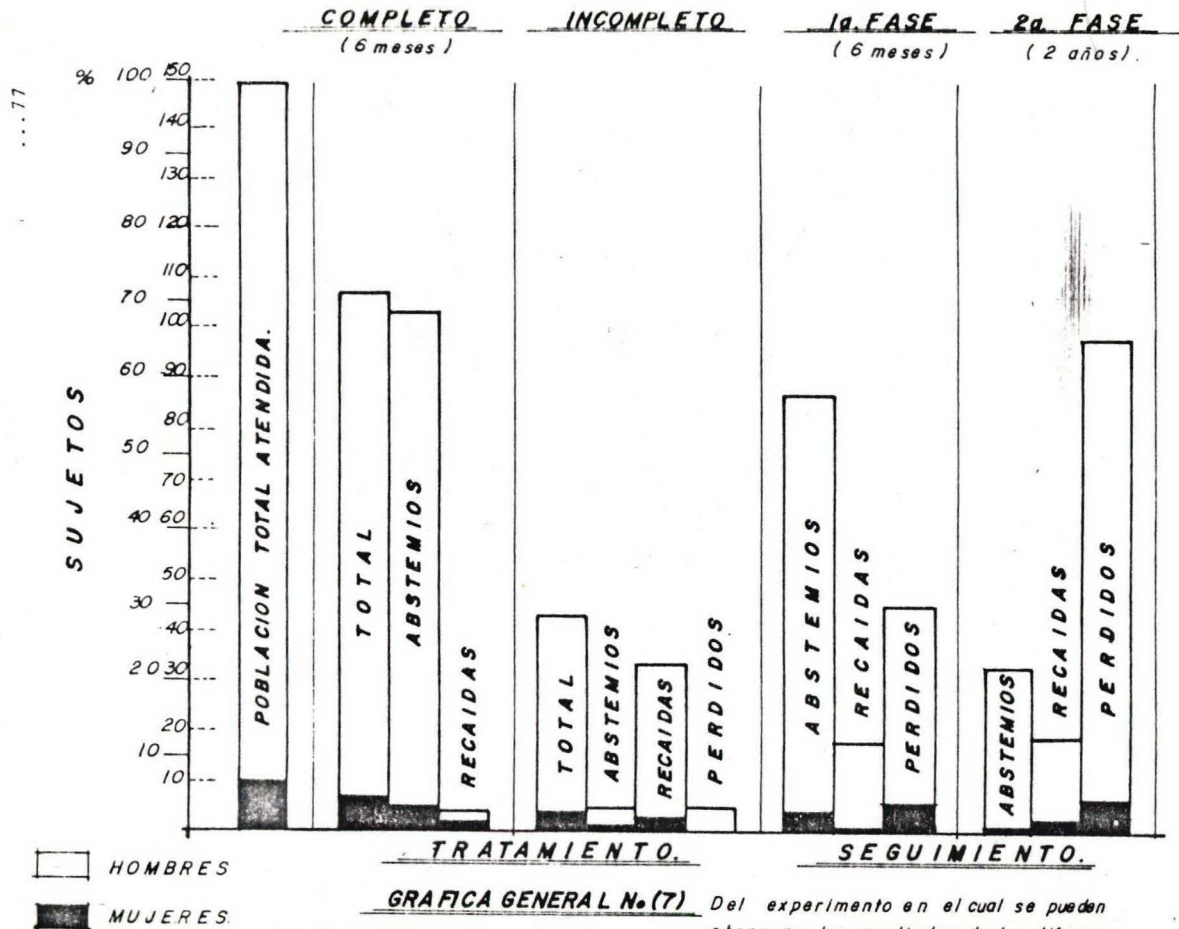
guimiento (2 años después de haber terminado el tratamiento) nos muestran un total de abstinencia de 33 sujetos (22%), de los cuales únicamente hubo una mujer (.05%) y 32 hombres (21.5%). Por el lado de los sujetos recaídos se encontró una población de 19 sujetos (11.5%) con 3 mujeres (2%) y 16 hombres (9.5%). Por último el número de sujetos perdidos de esta fase se incrementó a 98 -- (65.5%), con 7 mujeres (4.5%) y 91 hombres (61%), (ver gráfica -- #6).

Para una mayor comprensión del desarrollo y resultados de la investigación se sugiere ver la gráfica general #7 y tabla #2.

Hablando más específicamente con respecto a los resultados en las fases establecidas en la investigación, se encontró -- que en el período de hospitalización en la fase de desintoxicación, la mayoría de los sujetos alcanzaron el objetivo propuesto, ya que al término de la misma estaban preparados físicamente para el inicio de la siguiente fase de tratamiento; sin embargo, cabe aclarar que la participación de algunos de ellos en las diferentes actividades planeadas no fue la misma, ya que su recuperación física no tenía el mismo avance que otros, factor que se solucionó cambiando la dieta por una de mayor poder alimenticio y estableciendo ejercicios específicos que estuvieran dirigidos a las partes atrofiadas de estos sujetos.

En este mismo período, en la terapia de grupo que se llevó a cabo, los resultados obtenidos fueron los que se esperaban, pues al término de la misma, la participación y el reporte verbal de los sujetos fue un indicio de que empezaron a cuestionar que -- si tenían problemas con la bebida, condición que funcionó como -- precurrente para la siguiente fase (Terapia Individual a Inter -- nos), en donde ya se pretendía "conscientizar" a los sujetos de -- su problema y a la vez diagnosticar el mismo.

Las observaciones en esta fase, nos indicaron que los sujetos al inicio de la misma, mostraban una mínima cooperación al emitir respuestas breves en su diálogo con el terapeuta, lo cual



GRAFICA GENERAL N.º (7)

Del experimento en el cual se pueden observar los resultados de las diferentes fases.

TRATAMIENTO TERMINADO	H	M	TRATAMIENTO NO TERMINADO	H	M
ABSTINENCIA.	98	5		4	
RECAIDAS	2	2		30	3
PERDIDOS	0	0		5	1
TOTAL.	100	7		39	4

TABLA (a) REPRESENTATIVA DEL
TRATAMIENTO DONDE SE COMPARAN LOS
RESULTADOS.

SEGUIMIENTO FASE 1	H	M	SEGUIMIENTO FASE 2	H	M
ABSTINENCIA	83	4	ABSTINENCIA	32	1
RECAIDAS	17	1	RECAIDAS	16	3
PERDIDOS	39	6	PERDIDOS	91	7
TOTAL	139	11	TOTAL	139	11

TABLA (b) COMPARATIVA DE LOS
RESULTADOS DE LAS FASES DE SEGUIMIENTO.

TABLA 2: TABLAS GENERALES DE LA INVESTIGACION
QUE MUESTRA LOS RESULTADOS DE LA PO-
BLACION ATENDIDA.



por medio del manejo de contingencias, cierta instigación y el -- cuestionario "Profilaxis de la Bebida", (Marlatt, 1958) del cual se hizo un extracto (ver apéndice #3) se logró adquirir la información y "conscientizar" a los sujetos de su problema al término de ésta, pues éstos mostraron mayor cooperación en el seguimiento, sus respuestas fueron más amplias y la entrevista no fue totalmente dirigida.

Por otro lado, en la fase final de este período (Terapia Familiar y Conyugal) se observó de igual manera, que las instrucciones verbales, el manejo de contingencias y el rol-playing funcionaron adecuadamente para entrenar a los familiares o personas cercanas al sujeto en el registro, observación y manejo de contingencias de ciertos comportamientos mostrados por el sujeto en su medio ambiente natural, condición que mostró sus efectos positivos en la rehabilitación del mismo y en el seguimiento de las instrucciones dadas.

Los resultados de la siguiente fase de tratamiento (Terapia Individual a Pacientes Externos) nos mostró la eficacia y dificultad de las técnicas aplicadas en ambientes naturales, cuyo objetivo fue el de ampliar el repertorio de los pacientes implementando conductas de apoyo e incompatibles con el beber.

Referente a la técnica de manejo de contingencias, se observó que ésta fue útil para informar a los pacientes los principios básicos presentes en la modificación conductual de su problema y como podían aplicarlos a situaciones reales; sin embargo, ca be aclarar que su implementación se tuvo que apoyar en situaciones simuladas en el cubículo y ejemplos tomados de las terapias grupales, ya que su comprensión sería difícil, si sólo se transmitiera con simples conferencias o pláticas.

En lo concerniente a los resultados obtenidos en la aplicación de la Técnica de Relajación, se observó que aunque nuestro objetivo inicial fue muy ambicioso (disminuir respuestas fisiológicas de ansiedad) sólo se logró la discriminación de dichas con-

ductas, condición que nos sirvió como recurrente para establecer las habilidades sociales.

Tomando en cuenta que la mayoría de los sujetos, carecían de habilidades sociales (evaluándolo anteriormente con el cuestionario de Marlatt) (apéndice #3) para enfrentarse a situaciones difíciles, se les entrenó en las mismas, haciendo énfasis en respuestas de tipo asertivo por la utilidad que éstas tendrían, en dichas condiciones, encontrándose después que los sujetos eran capaces de emitir este tipo de conductas en situaciones simuladas. Sin embargo, hubo algunos reportes verbales de los pacientes, donde informaban que dicho entrenamiento les facilitó la emisión de dichas respuestas en situaciones reales y que sobre todo no se sintieron excluidos del grupo y al mismo tiempo, más satisfechos consigo mismo.

Al implementar la técnica de solución de problemas en los sujetos, se observó que por medio de situaciones simuladas en cubículos y con la ayuda de las técnicas precurrentes de relajación y habilidades sociales, los sujetos podían más fácilmente -- asimilar, analizar y dar solución adecuada a sus problemas por -- sí solos.

Con respecto a las técnicas aplicadas de autocontrol y modificación de ambientes físicos, se observó que funcionaron más adecuadamente con los sujetos que: a) tenían mayores recursos económicos, b) familiares con disponibilidad para ayudarlos o dirigirlos, y c) que contaran con una amplia gama de actividades que les permitiera programar consecuencias directas a su comportamiento, encaminadas a una automodificación.

Por último, en la terapia de grupo a externos, se observó que fungió como un reforzamiento social en la participación directa de los sujetos y por otro lado, como un reforzamiento hacia -- los repertorios que ya habían adquirido, ya que su interacción -- fue más frecuente y directa con sus compañeros y el terapeuta.

DISCUSION

Tomando en cuenta los criterios de éxito (6 meses de abstinencia) que establecimos al inicio de esta investigación, consideramos que los resultados obtenidos han sido satisfactorios, -- pues del porcentaje de sujetos que terminaron su tratamiento (71%) el mayor índice se presentó en las personas abstemias, mostrando asimismo una correlación positiva con respecto a hombres y mujeres.

Observándose por último, un porcentaje mucho menor (2.5%) en las personas recaídas, (ver gráfica #5).

Es obvio que el número de personas que no terminaron su tratamiento fue menor; sin embargo, cabe hacer notar que en este grupo los resultados se muestran en forma contraria, ya que el porcentaje de personas abstemias se reduce y el de recaídas se -- aumenta; empezando a perder el contacto con ciertos sujetos -- (3.3%), por dejar éstos de asistir al instituto por diferentes -- causas, (ver gráfica #5).

Asimismo se hace notar que de las personas del sexo femenino, que no terminaron su tratamiento sólo una de ellas continúa ba siendo abstemia y las otras 3 recayeron.

Analizando los resultados de los grupos antes mencionados, se puede observar que aquéllos que terminaron un tratamiento como el que siguieron éstos sujetos tienen una mayor probabilidad -- de lograr una abstinencia, por los mismos efectos del paquete -- aplicado y por el simple hecho de estar apoyado por un grupo determinado de personas con un problema en común.

Después de terminado el tratamiento se inició la primera fase de seguimiento (6 meses después) en la cual se encontró que el porcentaje de abstinencia fue mayor al de los grupos de recaídas y perdidos; sin embargo, este último muestra un incremento -- más notorio, que pudiera ser consecuencia del tiempo transcurrido, ya que nosotros sabemos que la misma inestabilidad de éstos indi-

viduos provoca que cambien constantemente de trabajo, lugar de residencia o hasta nexos familiares, (ver gráfica #6).

Con respecto a la correlación de los puntajes obtenidos entre hombres y mujeres, se observó que en el grupo de personas perdidas el índice de mujeres fue mayor (4%) que en los grupos de abstinencia (2.5%) y recaídas (1.05%) siendo éste último el de menor cantidad. Con relación a la población del sexo masculino, los efectos en esta condición son similares (manteniendo la relación de cantidades) con los del sexo femenino.

En la segunda fase de seguimiento (que se inició dos años después) los resultados nos muestran un gran incremento en el número de personas perdidas (65.5%) a diferencia del grupo de recaídas (11.5%) y abstinencia (22.5%). Es evidente que el resultado de incremento en las personas perdidas, se debe a un mayor tiempo transcurrido y a los acontecimientos que intervienen en el mismo. Sin embargo, cabe también hacer notar que en el grupo de personas abstemias se obtuvo un buen porcentaje (22%) y teniendo el menor índice en el grupo de recaídas (11.5%), (ver gráfica #6).

Comparando las cantidades correlativas entre hombres y mujeres se observó que hubo un incremento en el sexo femenino, en los grupos de recaídas y perdidos. Esta observación nos puede dar la pauta a pensar en la posibilidad de que las mujeres sean menos aceptadas por la sociedad cuando padecen de éste tipo de problemas, siendo más propensas así a recaer o a dejar inconcluso su tratamiento, ya que las costumbres y tradiciones de nuestro país son propicias para tal condición, no siendo apoyadas para su reestablecimiento.

En forma global, se puede observar que el número de personas abstemias a lo largo del experimento y al concluir la fase de seguimiento, se decremента paulatinamente entre el tratamiento y la primera fase de seguimiento, no siendo así entre esta última condición y la segunda fase de seguimiento, en donde el decremento es más abrupto, aunque cabe la posibilidad que la causa de es-

te cambio sea la falta de contacto con la mayoría de los sujetos (personas perdidas).

Con respecto al grupo de personas recaladas, se pudo observar que a lo largo de la investigación su porcentaje se fue incrementando progresivamente, pero sin alcanzar altos índices de manera que comparando el porcentaje de la fase de tratamiento con la última fase de seguimiento sólo hay una diferencia de un 2%.

Para finalizar, con respecto a las personas perdidas, se muestra un claro incremento a lo largo de la investigación, pues en la fase de tratamiento se inicia este grupo con un porcentaje de 3.3%, terminando en la segunda fase de seguimiento con un porcentaje de 65.5%. Los efectos en este grupo pueden ser consecuencia de los motivos mencionados anteriormente, (ver gráfica #7).

Por otro lado, haciendo un análisis más específico de las fases que integraron el tratamiento, así como de las técnicas empleadas en las mismas, consideramos en primer término que el estado de salud de los pacientes debe ser un factor importante para iniciar el tratamiento conductual a establecer y con mayor razón, cuando se trate de sujetos alcohólicos; de ahí la prioridad que se debe dar a los resultados de la fase de desintoxicación para continuar con el tratamiento, no perdiendo de vista además, que cada fase es precurrente de otra.

De acuerdo a lo anterior y no pasando por alto que los pacientes alcohólicos muestran una gran resistencia para aceptar su problema, otro punto importante de hacer mención, es la "conscientización" de cada uno de ellos con respecto a su problema, los cuales se alcanzaron en la fase de terapia individual a internos, en el período de hospitalización, esto se logró mediante la aplicación de la técnica de manejo de contingencias, teniendo que apoyarse en técnicas de seguimiento de instrucciones, instigación y el rol-playing.

Como paso siguiente, hacemos una recomendación sobre los resultados concernientes a las diferentes técnicas aplicadas a lo

largo del tratamiento.

Aunque el objetivo inicial, de la aplicación de la técnica de relajación fue muy ambicioso, los resultados obtenidos fueron satisfactorios y adecuados para continuar con el entrenamiento de las siguientes técnicas. Sin embargo, consideramos que para lograr el objetivo inicial, se requiere de un entrenamiento mucho más largo, sistemático, generalizable y con un mayor control sobre estas condiciones de relajación.

Como punto final y contrastando todos los resultados de las técnicas empleadas, se encontró que éstas son efectivas para la implementación de un paquete de tratamiento dirigido a pacientes alcohólicos; sin embargo, cabe aclarar, que el trabajo debe ser multifacético, es decir, que las técnicas empleadas no se den por separado, ya que no tendrían la misma eficacia por el carácter precorrente de cada una de ellas y sobre todo por sus componentes y características, que vienen siendo los déficits conductuales presentados por el paciente.

CONCLUSIONES

De acuerdo a uno de los objetivos mencionados al inicio de nuestra investigación, ésta se realizó tratando de adecuarla a las condiciones socioculturales de nuestro país; es decir, con respecto a la economía, rapidez y efectividad de las técnicas empleadas, así como en la relación que éstas guarden con las necesidades específicas de cada sujeto, tomando en cuenta los lineamientos de Miller (1976), ya que éste paquete de tratamiento reúne las técnicas efectivas dirigidas al tratamiento del alcoholismo.

Consideramos que el hecho de haber extrapolado la aplicación del paquete, de Miller, se debe a que después de haber observado las deficiencias conductuales que presentaban nuestros pacientes, éstas estaban correlacionadas con las técnicas que incluía el mismo y que además no requerían de un tiempo muy largo de aplicación y evaluación para obtener resultados positivos, así como los resultados encontrados en la investigación realizada en las principales instituciones del área metropolitana, los cuales mostraron una aplicación poco formal y sistemática de tratamientos hacia el problema.

Por otro lado, los resultados positivos del Programa de Tratamiento aplicado, nos indicaron que dicho paquete es aplicable en nuestra sociedad, pues la mayoría de las deficiencias de repertorios conductuales mostradas por los sujetos, fueron subsanados por la aplicación del mismo, la afirmación anterior se puede observar en la siguiente explicación, en donde cada una de las técnicas muestran sus efectos y la posible relación precurrente entre las mismas.

- 1.-) Manejo de Contingencias: Se aplicó primeramente con el fin de dotar a los sujetos, de los principios básicos de la Modificación Conductual, con respecto a su padecimiento y como -

ellos debían cooperar en el mismo. Sin embargo, cabe aclarar que por el bajo nivel de escolaridad de la mayoría de la población, se tuvieron que utilizar situaciones simuladas en el cubículo (rol-playing), instigación, y reforzamiento de sus respuestas.

2.-) Relajación: Una vez que los sujetos comprendieron las bases de la Modificación Conductual en su problema, la técnica de relajación les permitió discriminar sus respuestas emotivas (con respecto a la ansiedad) y así las relacionarían con su ingestión del alcohol.

3.-) Habilidades Sociales: Después que los sujetos lograron discriminar sus respuestas de ansiedad, se estableció la técnica de habilidades sociales, haciendo énfasis en respuestas de tipo asertivo, ya que la mayoría de los sujetos mostraban tal deficiencia pudiendo provocar la ingestión del alcohol; sin embargo, no fue posible tener un control directo de estas respuestas en situaciones reales.

4.-) Solución de Problemas: Tomando en cuenta la dependencia y la incapacidad de los sujetos para resolver sus situaciones conflictivas, esta técnica se implementó, tomando las anteriores como precurrentes, ya que estas situaciones anteriormente provocaban ansiedad e impotencia al no poder dar una solución adecuada, tendiendo así a ingerir alcohol, determinando lo en las entrevistas iniciales.

Es importante mencionar que la dependencia del sujeto para tomar sus decisiones con ayuda de sus familiares, debe ser decrementada paulatinamente y no hacerlo en forma extrema, pues tanto la total ignorancia repentina a sus decisiones, como el continuar ayudándolo en todas ellas, sería contraproducente.

- 5.-) Autocontrol y Reestructuración de Ambientes Físicos: No olvidando que el medio ambiente funciona como un elicitador de respuestas y que específicamente en personas alcohólicas les provoca la ingestión del alcohol, estas técnicas nos ayudan a mantener y controlar la sobriedad de los sujetos y a la vez que proveer posibles recaídas en su ambiente natural.

En forma global, hay que hacer hincapié en que las técnicas utilizadas en dicho paquete, se tuvieron que ajustar a las necesidades y problemática de cada paciente, pudiendo estas variar en su orden de aplicación o tener instrucciones por separado. De igual manera, un tratamiento de esta índole, aplicado por un profesional en forma particular, resultaría muy costoso para cierto número de personas por lo que se recomienda canalizar al paciente a una institución que maneje dicho programa, pero no olvidando -- que éste se debe de adecuar a las políticas de la misma.

Aunque la presente investigación se tuvo que ajustar a las políticas de la institución, (horario, personal ambientes físicos, aparatos, el período de hospitalización señalado por el hospital, etc.) su aplicación se facilitó porque en dicho lugar -- se había estado tratando el problema desde años atrás, contando -- así con las instalaciones y personal necesario para el tratamiento.

Por otro lado, consideramos que la aplicación de este tratamiento requiere de una labor interdisciplinaria, ya que comprende fases en las cuales se necesita la intervención y cooperación de otros profesionistas (médicos, trabajadoras sociales, enfermeras, etc.)

Un obstáculo que se presentó en algunos casos, fue el rechazo definitivo de los familiares hacia el paciente, interfiriendo así con las metas propuestas por el paquete de tratamiento, -- ya que ellos fungen como mediadores a lo largo del mismo, teniendo que desarrollar una labor más intensa hacia estas personas.

En algunas instancias no se da la importancia que merecen varias fases del tratamiento, por la simplicidad que reflejan a simple vista; sin embargo, algunas de ellas son fundamentales -- para llevar a cabo todo el programa, pues son elementos básicos -- para proseguir con las siguientes etapas. En este punto podríamos mencionar que la resistencia de los pacientes hacia la aceptación de su problema, es un paso de vital importancia, pues en base a ello se logra la disposición y cooperación del sujeto para seguir las intrucciones establecidas por el terapeuta.

No hay que olvidar que por las mismas características del alcoholismo existen problemas colaterales, (homosexualidad, drogadicción, etc.) que se deben de tomar en cuenta para el tratamiento del mismo, ya que son factores importantes que pueden interferir en los resultados. En nuestro caso, la selección de sujetos -- que se hizo al principio, descartó aquellos que presentaban patologías que predominaban sobre el alcoholismo.

De acuerdo al problema y al paquete empleado, concluimos -- que el período recomendable para el tratamiento en sí, pudiera corresponder a 6 meses, ya que es el tiempo necesario para implementar o reforzar los repertorios conductuales que ayudan a -- mantener la sobriedad, a entrenar a los paraprofesionales y a -- modificar los respectivos ambientes físicos.

Asimismo, los resultados de la investigación indicaron -- que un control adecuado sobre la abstinencia de los pacientes, -- después de terminado el tratamiento, sería de 6 meses con resultados favorables, pues nuestro seguimiento (de dos años), indicó -- que a mayor tiempo es menos el control sobre los sujetos, incrementándose el número de perdidos, por lo cual sugerimos que si el seguimiento se prolonga por más de dos años, se utilicen otros métodos de control.

Debido a que el Análisis Experimental de la Conducta ha -- abordado el tema como un problema conductual, el enlistado de metas a modificar nos permitió detectar y tratar adecuadamente a --

los sujetos, sin dejar de lado los factores sociales, genéticos y otros que pudieran estar involucrados. Asimismo dichas técnicas-- nos permitieron establecer sistemas de entrenamiento a familiares y/o modificación de ambientes físicos que tuvieran ingerencia en la etiología del problema; factores importantes que no contemplan otros tratamientos.

A pesar de las fallas metodológicas que presentó nuestra investigación (la falta de un diseño experimental y las mencionadas anteriormente) consideramos que por ser uno de los primeros-- estudios realizados en forma seria en México, puede ser una contribución importante para la adaptación de otros o al menos que pueda servir como marco de referencia.

Observando la magnitud de este problema en México, las -- consecuencias del mismo y los resultados obtenidos, sugerimos que la aplicación sistemática y formal de este tipo de tratamientos -- puede ayudar en gran medida a aminorar el problema y en el mejor de los casos a que lo detenga.

Por último, recomendamos que los pacientes que reciban un tratamiento similar al de la investigación, posteriormente se apo-- yen en algún grupo de AA, pues el servicio prestado por éstos -- (las 24 horas del día y la contribución económica mínima), se -- ajusta a las necesidades de las personas con este problema, funcionando como una fuente de apoyo y mantenimiento para respaldar la abstinencia de los mismos; recomendación que hacemos después -- de haber observado el funcionamiento y organización de varios -- grupos en la zona metropolitana.

ALTERNATIVAS Y SUGERENCIAS

Como último punto a este apartado, haremos un enlistado-- de recomendaciones para futuras investigaciones que sean similares a la presente.

- 1 Establecer un sistema de control que evalúe periódicamente los datos generales del paciente, ya que los cambios en éstos (di-rección, estado civil, trabajo, etc.) pueden afectar en forma indirecta los resultados.
- 4 Debido a la gran importancia que tienen los familiares ó personas relacionadas con el paciente en el transcurso de su tratamiento, tratar de establecer un programa colateral dirigido a- éstos, en el cual se reciba un entrenamiento más amplio.
- 4 Observar la probabilidad de generalizar el apoyo a los sujetos en sus centros de trabajo, evitando así situaciones que provoca- ran posibles recaídas.
- 1 Tratar de establecer convenios con empresas o centros de traba- jo, para que brinden la oportunidad de emplear a personas reha- bilitadas, ya que la mayoría de ellos en un principio han perdi- do sus trabajos y en casos extremos, hasta su familia. Situa- ción que sería incompatible con los objetivos propuestos.
- En casos de pacientes hospitalizados (mínimo 3 meses) que estén en tratamiento, ver la posibilidad de que los programas de ac- tividades recreativas, no sólo funjan con ésta característica o con la función de reestablecer estados físicos, sino también, - que contemplen objetivos de capacitación para un nuevo trabajo.
- Estar acorde con las políticas de la institución para que éstas no interfieran con el tratamiento.
- 1 Tomar en cuenta que no todos los pacientes tendrán una abstinencia total, pues algunos de ellos necesitan un entrenamiento para una forma de bebida controlada.

- Por último, como consideramos que la magnitud del problema va en aumento, es importante que se establezcan programas sistemáticos de prevención en forma interdisciplinaria y sin descuidar el tratamiento del problema en sí.

A P E N D I C E I

CUESTIONARIO DE ENTREVISTA

- 1.- Nombre del entrevistado.
- 2.- Institución que representa.
- 3.- Puesto que desempeña.
- 4.- Tipo de población atendida.
 - a) sexo
 - b) edad
 - c) estructura socio-económica
- 5.- Selección de la población, (criterios de admisión).
- 6.- Personal empleado.
 - a) profesional
 - b) no profesional
 - c) de servicio
- 7.- Forma de evaluación y diagnóstico.
- 8.- Criterios de éxito de seguimiento.
- 9.- Porcentajes de éxitos y recaídas.
- 10.- Aparatos e instrumentos utilizados.
- 11.- Problemas colaterales del alcoholismo.
- 12.- Tiempo de trabajar con este problema.
- 13.- Objetivos de la Institución.
 - a) de tratamiento
 - b) de investigación
 - c) de prevención
- 14.- Datos estadísticos (datos relevantes que incidan sobre - el problema del alcoholismo.).
- 15.- Tipos de tratamiento.
- 16.- Artículos publicados e inéditos.

A P E N D I C E I I

SEXO _____ EDAD _____ FECHA _____

C U E S T I O N A R I O

INSTRUCCIONES: Conteste cada una de las siguientes preguntas.
no deje ninguna sin contestar. Sus respuestas-
son muy valiosas.

GRACIAS.

- 1.- En otras ocasiones se ha tratado del mismo problema. Si-
su respuesta es NO, pase a la pregunta No. 8.
- 2.- Mencione el nombre de la Institución donde estuvo inter-
nado o en tratamiento anterior.
- 3.- En que fecha.
- 4.- ¿Cuanto tiempo dejó de beber?
- 5.- ¿Que personas lo atendieron?
- 6.- Describa en que consistió su tratamiento.
- 7.- Utilizaron aparatos en su tratamiento. ¿Cudles?
- 8.- Describa su actual tratamiento.
- 9.- ~~Mencione la fecha en la que ingresó en la actual Institu~~
ción.
- 10.- ¿Que mejoría ha obtenido hasta la fecha?

A P E N D I C E III

FORMATO DE ENTREVISTA DE ALCOHOLISMO.

NOTA: El presente cuestionario se lleva a cabo en forma oral, siguiendo en lo posible el orden mostrado y es tomado - de Marlatt, G.A. del Departamento de Psicología de la - Universidad de Wisconsin.

Nombre del Paciente: _____

Entrevistador: _____ Fecha _____

Edad actual _____ Fecha de Nacimiento _____

Día Mes Año

Dirección Local Actual _____

Teléfono _____

Dirección permanente, (si la anterior es diferente) _____

Nombre y dirección de una persona a través de quién usted pueda ser vigilado (debe ser diferente a la anterior dirección) _____

Teléfono _____

Fue referido usted a este hospital por un Doctor o por otras personas profesionales? Sí No (Si es afirmativo, especifique quién): _____

Título o Posición _____

Nombre de la Institución _____

Dirección _____

Teléfono _____

FAMILIA

Estado Civil del paciente _____ Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Separado _____ Viudo _____

Sí es casado) Nombre de la Esposa. _____
Vive normalmente con usted Sí No; diga dirección si la
dirección es diferente a la de usted

Teléfono _____
 Tiene usted niños? Sí No (Si tiene, enlistelos por-
 sexo y edades)

EMPLEO O INFORMACION ADICIONAL

Mayor ocupación o habilidades _____
 Nombre de la empresa en que trabaja (si es aplicable) _____
 Teléfono _____
 Promedio mensual de entradas de su trabajo \$ _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Grado máximo de estudios

PATRONES DE LA BEBIDA

A los cuantos años aproximadamente comenzó usted a beber?

A los cuantos años aproximadamente tuvo usted su primer intoxicación?

Recuerda usted que clase de bebida fue en esa ocasión?

Como podría usted describir los hábitos generales de la bebida de sus padres?

Enliste las principales bebidas que usted prefiere ingerir _____

CONDUCTAS ASOCIADAS

Fuma usted? Sí No (SI es sí), que tanto fuma usted en un día? Fuertes (Más de dos paquetes) Moderados Suaves Pipa o Puros .

Tiene usted algún pasatiempo o actividades que no estén relacionados con la bebida? _____

Antes de que el tomar fuera un problema real para usted, como podría describir sus hábitos de bebida? _____

Hay días en particular durante los cuáles usted beba más que otros días? _____

FACTORES ASOCIADOS CON LA BEBIDA

En algunas ocasiones toma usted en la mañana antes del desayuno? _____

Después de beber por un período de tiempo, ha tenido usted algunas de las siguientes experiencias? _____

 Una Cruda

 Náusea y/o Vómito

 Un episodio de temblores

 Lagunas mentales

 Sentimientos vagos de temor o ansiedad

 Convulsiones

 Ha visto, sentido, u oído cosas que realmente no están. En su opinión cual ha sido la causa (s) en su vida, debido a las cuáles ha bebido?

PERIODOS DE ABSTINENCIA

Desde que el tomar empezó a ser un problema real para usted, cuál ha sido el período más largo durante el cuál no ha bebido? _____

Cuándo terminó este período? _____

Que podría usted decir acerca de las principales razón (es) -
para dejar de beber actualmente? _____

Ha tenido usted un período de abstinencia o de no tomar duran-
te los pasados seis meses Si No Especifique la duración

En qué lugares acostumbra usted a beber? _____

Es usted ahora miembro de A.A., (Alcohólicos Anónimos) Si

 No (Si es afirmativo) Cuándo se inscribió Fecha _____

(Si es negativo) Ha sido usted miembro de A.A. en el pasado -

 Si No (especifique los datos si es afirmativo)

Cuál considera usted que sea el resultado más agradable en el
tratamiento, según su caso? _____

Con sus propias palabras, como podría usted definir al alcoho-
lismo? _____

A P E N D I C E I V
C U E S T I O N A R I O

El presente cuestionario no guarda ninguna relación con la Institución. Los datos aquí recabados son estrictamente confidenciales. Por lo que el uso y manejo de los mismos son responsabilidad de los autores.

INSTRUCCIONES: Conteste cada una de las siguientes preguntas, diciendo siempre la verdad. NO DEJE NINGUNA SIN CONTESTAR, su información es muy valiosa para nosotros.

GRACIAS.

PREGUNTAS

- 1.- Mencione los motivos más importantes por los cuáles dejó de asistir a la Institución.
- 2.- Si usted volvió a beber mencione la fecha lo más exactamente posible de cuando empezó.
- 3.- ¿Cuánto tiempo duró bebiendo bebidas alcohólicas?
- 4.- Mencione aproximadamente la cantidad ingerida durante ese período. De ser posible ponga la cantidad de litros.

- 5.- Mencione el tipo de bebidas ingeridas.
- 6.- Mencione los motivos : causas por las cuáles bebió.
- 7.- Actualmente sigue bebiendo?: Subraye: (SI) (NO)
- 8.- Cuántas veces desde que salió de la Institución ha vuelto a beber?. Mencione el número de veces.
- 9.- Las veces que ha bebido ha tenido cualquiera de los siguientes problemas. Subraye los que ha tenido.

a) Económicos	c) Con la Ley	e) de Salud
b) Sociales	d) Familiares	f) Trabajo
- 10.- Cuántas veces desde que salió de la Institución ha requerido de la aplicación de sueros y tratamientos médicos, debido a su bebida?
- 11.- Indique si ha ido a otras Instituciones a recibir tratamiento.

Si quiere agregar algunos comentarios, Use este espacio.

GRACIAS.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Bebbington, P.E.; The Efficacy of Alcoholics Anonymus: The Elusiveness of Hard Data. *British Journal Psychist* - - (1976), 128, 572-580.
- C.U.S.I. (U.N.A.M.) Manual de Relajación, (1979).
- C.U.S.I. (U.N.A.M.) Manual de Técnicas de Autocontrol (1979).
- Davidson W.S., Studies of Aversive Conditioning for Alcoholics: A critical review of Theory and Research Methodology; - *psychological Bolletin*, (1974), Vol. 81, N° 9, 571-581. University of Illinois, Urbana-Champaign.
- Escotto J.; Tratamiento y Rehabilitación del Alcohólico. *Revista Médica del Hospital General*. Vol. XLII, N° 3, marzo de 1978.
- Gilbert R.M., Drug Abuse as Excessive Behaviour, *Canadian -- Psychological Review; Psychologie Canadienne* Vol. 17, N° 3, - July, 1976.
- ① - Guerra Guerra A.J., El Alcoholismo en México. Fondo de Cultura Económica, 1977. México, D.F.
- Marlatt G.A., Alcohol, Stress, and Cognitive Control; University of Washington. Seattle, Washington, United States. 271-296. (1975).
- ① - Marlatt G.A. y Gordon J.R., Determinants of Relapse: Implications for the Maintenance of Behavior Change. From --

Alcoholism & Drug Abuse Institute. Technical Report N° 78-07
University of Washington. (1978).

- Marlatt G.A. & Rose F., Addictive Disorders. In Kazdin A.E., Bellack A.S. and Hersen M. (Eds), New Perspectives in Abnormal Psychology. New York; Oxford University, Press, 1978 or 1979. University of Washington.
- ② - Martínez C.E., El Alcoholismo como Problema Humano. Trabajo presentado en el ciclo de conferencias "Problemas de la Salud Mental en México", junio de 1978, México, D.F.
- Martínez C.E., El Alcoholismo en una Comunidad Indígena. Trabajo presentado en la VI Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C., abril 1979.
- Miller P.M., Behavioral Treatment of Alcoholism, Pergamon -- Press, -1976; University of Mississippi, Medical Center; - Jackson, Mississippi.
- Natera G., "Algunas Costumbres Relacionadas con el Consumo - del Alcohol en una Comunidad Semi-Rural", Trabajo presentado en el Congreso Internacional sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, Tegucigalpa D.C. Honduras, septiembre, 1979.
- Negrete J.C., El Alcohol y las Drogas como Problemas de Salud en América Latina; Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana, VOL. LXXXI, N° 2, 158-170. (1976).
- Solares I., Delirium Tremens. Compañía General de Ediciones, 1979, México, D.F.
- Steiner C., Alcoholismo: Una Aplicación Práctica del Análisis

- sis de Transacción. Editorial V Siglos S.A., 1979, México, - D.F.
- Terhune W.B.; Como Prevenir el Problema del Alcoholismo. - Editorial Diana, México, 1975.
 - Thune C.E.; Alcoholism and the Archetypal Past. A Phenomenological Perspective on Alcoholics Anonymous, - Journal of - Studies on Alcohol, Vol. 38, N° 1, 1977.
 - Trueba Urbina A., Trueba J., Control Legal de las Bebidas -- Embriagantes. Nueva Ley Federal del Trabajo Reformada. Editorial, Porrúa, México, 1979.
 - Wilson G.T., Alcoholism and Aversion Therapy: Issues, Ethics and Evidence. Behavioral Approaches. National Institute On Alcohol Abuse and Alcoholism (1973).
 - Yates A.J., Terapia del Comportamiento; Alcoholismo y Drogadicción, Editorial, Trillas, 1976, México, D.F.

E.P.I. U.N.A.

D.C./PROCESOS TECNICOS

PAPELETA DE DEUD

1047

21
4



U. D. C. Procesos Tecnicos



CAMPUS
LEZALA
ALA

NOTA: El lector se obliga a devolver este libro como limite en la fecha indicada en el ultimo sello

DEVUELTO U.D.C.

DEVUELTO SU D.C.

D.C.
U.D.C.

16 S.P. 70

5.