

241 75



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PREVENCION Y REHABILITACION DEL INDIVIDUO
CON SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALCOHOL**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA MARISELA MARAÑON MUNIVE

ASESOR: LIC. ALMA MIREYA LOPEZ ARCE

MEXICO, D. F.

1987



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I. FUNDAMENTACION TEORICA	2
1. Síndrome de Dependencia al Alcohol	2
2. Prevención	12
CAPITULO II. FASES Y TECNICAS EN EL TRATAMIENTO	30
1. Fases en el Tratamiento	35
2. Técnicas en el Tratamiento	39
2.1 Psicoterapia de Grupo	39
2.1.1 Psicodrama	48
2.2 Psicoterapia Familiar	51
2.3 Psicoterapia Individual	61
2.3.1 Terapia Aversiva	69
2.4 Tratamiento Conductual con orientación a la Moderación	74
CAPITULO III. INVESTIGACION DE CAMPO	86
1. Método	86
1.1 Generalidades	86
1.2 Planteamiento del Problema	88
1.3 Objetivo General	88
1.3.1 Objetivos Intermedios	88
1.4 Tipo de Estudio	89

1.5	Delimitación del Universo	89
1.6	Recopilación de la Información	90
1.7	Presentación de Resultados	91
1.8	Conclusiones	114
1.9	Limitaciones y Sugerencias	119
BIBLIOGRAFIA		126

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

I

INTRODUCCION

El consumo de bebidas alcohólicas en México, ha variado notablemente desde la época prehispánica hasta la actualidad, de una ingestión que pertenecía al dominio de lo sagrado, y por lo mismo tenía sus prescripciones y prohibiciones absolutamente establecidas, se ha llegado a un mundo en el cual el alcoholismo es un problema extenso e inquietante para la sociedad ya que actualmente sufren esta enfermedad cinco millones de habitantes, tanto en zonas urbanas como rurales afectando a todas las capas sociales, edades y sexos.

El problema debemos considerarlo grave porque el alcoholismo genera alteraciones de distinto orden bio-psico-social, tales como, padecimientos hepáticos y lesión cerebral; alteraciones mentales, cambios importantes en la personalidad y la conducta, pérdida gradual de la participación en la vida activa, cuyo efecto reduce la actividad económica del país, e importantes repercusiones en la organización familiar.

Ampliando un poco lo anterior, en el sector salud se considera a la cirrosis hepática entre las tres primeras causas de mortalidad, siendo más frecuente en personas del sexo masculino y sobre todo en edades de 45 a 65 años.

Por otro lado, el alcoholismo origina el 50% de los hechos de violencia, el 30% de los accidentes de trabajo, el 17% de los casos de suicidio, el 45% de las violaciones, el 12% del total de ausentismo laboral, 15 de cada cien casos de

II

maltrato a infantes, el 8% del ingreso al consejo tutelar de menores infractores y un alto porcentaje en los accidentes - de tránsito.

Otro aspecto muy importante es la influencia que esta - enfermedad ejerce en la familia, a la que depaupera traumáti^{ca} camente, neurotizándola, psicotizándola y provocando así la desintegración de la misma.

Nos encontramos entonces con un problema multifacético, multifactorial y biopsicosocial, en el cual se debe de tomar en consideración la relación de factores individuales, socio^{ci} culturales y sociodemográficos.

El enjuiciamiento del consumo de alcohol y del abuso -- del mismo se hallaba antiguamente cuajado de valoraciones. - Estos prejuicios evaluativos persisten todavía hoy día, tanto en sentido positivo como negativo y dificultan considerablemente no solo la prevención del alcoholismo, sino también el tratamiento y rehabilitación de los casos individuales.

El primer hospital en el que se dió un tratamiento al - alcohólico fué el Manicomio General, dependiente de la Direc^{ci} ón General de la Beneficencia Pública, fundado en 1910 en Mixcoac, Distrito Federal.

A partir de Enero de 1919 se comienzan a registrar casos de alcoholismo agudo y de demencia post-alcohólica, cabe destacar que se refieren a hombres, ya que no existen registros de mujeres, según datos del movimiento habido en el Pabellón-

III

de enfermería en las secciones Médico-Quirúrgica.

Es por lo anterior que el Gobierno Federal, desde principios de la década de los 40's, inició una intensa campaña para la prevención y rehabilitación del individuo con Síndrome de Dependencia al Alcohol.

En la misma década apareció el primer grupo de "Alcohólicos Anónimos" en México que se organizó con miras a rehabilitar a estos dependientes y en cierto modo lo han logrado, y eso a motivado que estos grupos se hayan multiplicado en forma tal que ahora se han hecho indispensables en todos los conglomerados sociales del país.

La rehabilitación de los alcohólicos requiere de un largo tiempo de tratamiento proporcionado por Doctores, Psiquiatras, Psicólogos, enfermeras, pero lo más importante es el individuo y su deseo de rehabilitación.

Es por todo lo anterior que el objetivo de este trabajo es identificar a las Instituciones particulares las cuales -- provean servicios de tratamiento para la rehabilitación de -- personas con Síndrome de Dependencia al Alcohol, y que realicen labores de prevención. Asimismo, ofrecer una guía de información de cuantas y cuales son éstas.

Para ello, presento un bosquejo de la fundamentación teórica, exponiendo el "Síndrome de Dependencia al Alcohol", las prevenciones primaria, secundaria y terciaria, de igual forma

IV

algunas estrategias a utilizar.

Tras de partir de algunas consideraciones que se deben dar para el éxito de un tratamiento en personas con dependencia al alcohol, señalo las tres fases básicas de todo tratamiento.

Posteriormente, he realizado una breve revisión de cinco importantes técnicas terapéuticas generalmente usadas en las fases de motivación y rehabilitación. Estas técnicas son: psicoterapia de grupo, psicodrama, psicoterapia familiar, psicoterapia individual, terapia aversiva, y muy someramente el tratamiento conductual con orientación a la moderación.

Por último se exponen los resultados de la investigación de campo, por lo que se mencionarán las Instituciones particulares que tienen como objetivo dar apoyo a personas que son dependientes del alcohol, señalando estrategias o programas de prevención y rehabilitación, los recursos humanos con que cuenta para proporcionar sus servicios, los requisitos que debe cumplir la persona para integrarse a la institución, y por último que tipo de población es atendida.

En síntesis, este trabajo tiene como fin coadyuvar a resolver uno de los problemas psicosociales de la humanidad con más relevancia en la actualidad y en nuestra realidad mexicana.

CAPITULO I

FUNDAMENTACION TEORICA

CAPITULO I
FUNDAMENTACION TEORICA

1. "SINDROME DE DEPENDENCIA AL ALOCHOL"

La calidad del alcoholismo como problema, ha variado en distintas épocas y culturas. En América Latina no existía, - en la época precolombina, como un problema de gran importancia. El alcohol, en las bebidas mexicanas, se consumía generalmente como parte de ritos religiosos, existiendo eficaces controles sociales (morales, jurídicos) que impedían el abuso en el consumo.

"Hay autores (1) que afirman ver el gérmen del problema en la ruptura del orden social por la conquista, en que supuestamente la opresión y explotación del indio lleva a esta comunidad mayoritaria y marginada a evadirse de su injusta - situación, mediante el consumo embriagante del alcohol, además que éste y el maíz, pasaron a ser sus únicos sustentos - alimenticios".

Tal vez fueron necesarios diversos estudios antropológicos y sociológicos para determinar la certeza de dicha --- afirmación, pero actualmente, es incuestionable que los problemas derivados del consumo del alcohol son diversos y de - muy variada índole, afectando en múltiples formas a los individuos y a la sociedad. Los renglones en que se inscriben és

(1) De las Pozas, R.C.; González Mendez, R.; y Guerra Carmen tes, R. "Resumen del tratamiento Antialcohólico en el --- Hospital Psiquiátrico de la Habana". Rev. del Hospital - Psiquiátrico de la Habana., Vol.20, No.4, 1979, pp.681-693

tos, van desde la salud pública, los problemas económicos, familiares, judiciales y hasta políticos.

"El Dr. Campillo Serrano (2) señala una lista de los problemas que el consumo del alcohol acarrea, y son:

1. Problemas con el bebedor:

1.1 Intoxicación aguda: incapacidad de corta duración - por falta de control: accidentes y agresividad; alteraciones respiratorias por exponerse a las inclemencias del clima; arrestos.

1.2 Intoxicación crónica: cirrosis hepática, agravamiento de padecimientos somáticos, desnutrición, incapacidad social crónica, accidentes, falta de capacidad para trabajar, síndrome de dependencia al alcohol, psicosis alcohólica.

1.3 Posibles consecuencias concomitantes: pérdida de amigos, de la familia, la salud, de la autoestima, del empleo, de la libertad, etc."

Específicamente en México se han hecho cuantificaciones del problema (3,4,5) ante cuyos resultados se precisa de la-

-
- (2) Campillo Serrano C. "Los problemas Relacionados con el Alcohol en México y estrategias para prevenirlo". En: Molina Piñeiro, V. y Sánchez Medel, L. El alcoholismo en México, Tomo I, Fundación de Investigaciones Sociales A. C. (Eds), 1982. p. 170
- (3) Medina-Mora, M.; De la Parra, C.A. y Terroba, G. "El Consumo del alcohol en la Población del Distrito Federal" - Rev. Salud Pública de México., Epoca V, Vol. XXII, No.3, 1980, pp. 281-288
- (4) Silva M.M. Alcoholismo y Accidentes de tránsito., En: -- Guerra Guerra, A.J. El Alcoholismo en México, F.C.E. Serie Archivo del Fondo, 1977, pp. 68-82
- (5) Calderón Narváes, G. y C. Suárez de Ulloa. La investigación de la OMS sobre la respuesta de la Comunidad a los problemas que origina el alcohol, Gaceta Médica de México, 116:259, 1980

acción colectiva e individual para hallar soluciones.

Más sin embargo, las concepciones y actitudes hacia el problema, han estado en otros tiempos supeditados a visiones poco serias y científicas.

En la historia del mundo moderno, hallamos claramente, tres etapas básicas en la definición, social necesariamente del problema. Así la tendencia inicial, fué considerar el problema como moral. Eran los rígidos criterios de lo malo y lo bueno los que regían la actitud de la comunidad hacia el evento.

Posteriormente, (aproximadamente 40 años), se consideró al alcoholismo como una enfermedad, en la que el sujeto cometía faltas pero involuntariamente.

Finalmente, ante el despliegue científico en diversas áreas del conocimiento humano y las limitaciones que iban presentando las acciones emprendidas bajo la concepción de "enfermedad", se producen confrontaciones y diversos enfoques y trabajos en busca de una explicación. Estas se fueron hallando poco a poco y se fueron definiendo dos importantes visiones del problema; la médica y la culturalista.

Pero "... en materia de alcohol, la unanimidad de las opiniones se conserva al señalar el mal, pero en su verdadero caos cuando se intenta elegir la manera de solucionarlo.."
."(6). "Coincidiendo Velasco (7) y Campillo en que una de --

(6) Campillo Serrano, *ibid.* p. 165

(7) Velasco Fernandez, R. Definiciones, causas y alcances del problema del alcoholismo.; En: Guerra G. op. cit. pp. 30-44

las causas de las discrepancias es la multifactoriedad del problema, lo que provoca la convergencia de diversas disciplinas que tratan de abordarlo, sin conciencia de esta multifactoriedad, lo que los lleva a abordarlo sí, pero solo bajo su esquema conceptual, parcializando para sí y los demás su definición del problema y la forma de tratarlo".

Velasco señala además, que las definiciones hacen referencia a los factores que toman en cuenta. Así tenemos un cierto número de definiciones referidas al alcohol mismo, como son la delimitación de un "beber excesivo", el tiempo de consumo excesivo o la calidad de las bebidas. Otro grupo de definiciones, considerarán factores sociológicos, en base a lo que es "adecuado o no" para la comunidad. La tercera agrupación importante es la de definiciones remitidas a la patología subyacente. Y finalmente, aquellas que combinan los factores.

Como vemos anteriormente, el alcoholismo se consideró una enfermedad, lo que aún sigue sucediendo en la actualidad dadas ciertas condiciones o ventajas que para determinados intereses económicos y comerciales presentó desde su aparición. Sin embargo, ha sido sobre las críticas más firmes a esta concepción que se ha ido adoptando una postura más objetiva del problema, como es la integración de un marco teórico referencial sumamente útil; "El Síndrome de Dependencia al Alcohol".

"Las premisas de este marco conceptual son:

a) Se puede identificar un conjunto de síntomas y signos relacionados con lo que se conoce como alcoholismo... como "adicción al alcohol", subclasificable en subtipos que reflejan la influencia de factores secundarios.

b) El síndrome es multifactorial y existe en grados.

c) Por lo anterior, las incapacidades producidas por el consumo excesivo, son susceptibles de un análisis multifactorial.

d) El síndrome de dependencia al alcohol es una condición diagnosticable, en la que hay una interacción compleja de factores ambientales, sociales y orgánicos.

e) El síndrome se caracteriza porque el sujeto manifiesta, necesariamente, alteraciones de la conducta, de la subjetividad y del organismo y sus funciones".(8)

Frente a anteriores definiciones, presenta ventajas importantes como son, el hallarse libre de interpretaciones moralistas y que como síndrome, marca tres condiciones fundamentales para la identificación objetiva, que son: 1. Etiología múltiple y aún indeterminada, multifactorial; 2. Es posible formular pronósticos y situar la evolución del fenómeno dada una historia natural; 3. Es posible identificarlo por una serie de síntomas característicos.

(8) Velasco Fernández, R. Factores Causales del Alcoholismo En: Molina Piñeiro y Sánchez Medal, op. cit. p. 25

Es típico, que trabajos hechos bajo dicho marco, no se fialen la etiología, dado que su complejidad e indeterminación lo hace poco útil aparentemente. Sin embargo, Velasco señala los factores de diversos tipos involucrados etiológicamente. No hace una "teorización" sobre la causalidad, sino solo especifica factores relacionados fácticamente con el síndrome. Para dicho efecto, los divide en tres: Los psicológicos; los fisiológicos o biológicos y los socioculturales.

Factores psicológicos: Estos hacen referencia a factores de la personalidad. Aún cuando se ha pretendido la existencia de rasgos particulares del alcohólico, las características más comunes en este individuo, son: la incapacidad de relacionarse adecuadamente, la inmadurez sexual y emocional, la dependencia, el manejo inadecuado de conflictos, tener sentimientos de perversidad y de indignidad, así como el haber sufrido privación emocional en la infancia y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares, pero todos los rasgos que se han mencionado no son privativos de los sujetos con síndrome de dependencia al alcohol, pues se presentan éstos no solo en otros casos de neurosis, sino aun en personas que han alcanzado un desarrollo "normal" de su personalidad.

No existe -afirma Velasco- la "personalidad alcohólica"

No existe, psicológicamente, la predisposición. La importancia de los factores psicológicos radica en su conjugación - con otros factores socioculturales y fisiológicos.

"Factores Fisiológicos o Biológicos: Existen estudios - donde se ha precisado la importancia y el papel que juegan - estos factores" (9), pero nuevamente es necesario afirmar - que estos factores, como pueden ser defectos genéticos, fisiológicos o metabólicos, no provocan por sí solos la depen - dencia al alcohol. Su acción dentro del cuadro del problema, es a veces más consecuencia que causa.

Factores Socioculturales: En la investigación de éstos, ha habido dos enfoques del problema; que lleva a los menos - al alcoholismo, y el otro, que hace a los más no serlo.

"En el primer caso, tenemos la afirmación del Dr. Ba - les (10) de que un sistema social que produce tensiones agu - das y que permite (no necesariamente explícito) la distribu - ción e ingesta del alcohol por su utilidad como reductor o - escape de dichas tensiones, es un sistema productor de un - alto índice de alcoholismo. De esta forma, el sistema opera - rá sobre el problema bajo tres criterios: 1) Grado de inci - dencia en la generación de tensiones internas; 2) La actitud propiciada por la comunidad hacia el consumo; 3) La medida - en que prevea medios sustitutivos para la satisfacción de ne - cesidades".

(9) Manual on Alcoholismo. Illinois, American Medical Association, edición revisada, 1973

(10) En Velasco Fernández, Factores causales del alcoholismo, op. cit.

"En el otro enfoque del problema, se afirma que las ca
racterísticas de los grupos sociales con menor índice de al
coholismo son: (11)

a) Los niños ingieren bebidas alcoholicas desde peque-
ños, pero dentro del grupo familiar, siendo característico-
que son familias muy unidas. Además el consumo es en poca -
cantidad y la cantidad de alcohol en las bebidas es poca.

b) Se considera a las bebidas como alimentos, por lo -
que además, se consumen generalmente con las comidas.

c) Los padres son ejemplos de bebedores moderados.

d) No se da a las bebidas ningún valor subjetivo (y de
biéramos agregar, ni de estima social).

e) La abstinencia es una actitud socialmente aceptada,
lo que generalmente no ocurre en México, por ejemplo.

f) No es aceptado el beber en exceso y que lleve a la-
intoxicación.

g) Existe un acuerdo generalizado respecto a lo que --
serían "las reglas del juego en el beber".

Al igual que los otros factores (psicológicos y fisio-
lógicos), no se ha determinado cómo y en que medida influ--
yen. El problema es harto complejo, y si bien se requerirán
de pormenorizados estudios e investigaciones para hallar po
co a poco respuestas, será necesario, si se espera obtener-

(11) Velasco Fernández, R. Programas de acción contra el al
coholismo y el abuso del alcohol. En: Guerra, G. op. -
cit. pp. 161-170.

obtener realmente resultados apegados a la realidad concreta, de definiciones hasta en el marco filosófico desde donde se pretenda globalizar el problema.

En cuanto a las manifestaciones del síndrome, el esquema del mismo ha sido planteado (2) bajo tres puntos:

1. Cambios de conducta
2. Cambios subjetivos
3. Manifestaciones psicobiológicas

En el primer punto, los cambios se presentan de forma que las manifestaciones conductuales relacionadas con el beber (hábitos de bebida) se van tornando cada vez más rígidos y estereotipados al avanzar la "enfermedad". Aún cuando no es un patrón único, la siguiente secuencia es representativa de dicha evolución:

- La conducta de beber se halla en relación al ambiente, sujeto a las oportunidades que se le presenten.

- De la anterior situación "pasiva", se inicia una búsqueda activa de las oportunidades para beber.

- Estereotipación: En esta etapa, la rutina diaria está en función de los hábitos alcohólicos. Horarios, tipo de bebida, cantidad y lugares son fijos.

Los cambios subjetivos se manifiestan en una pérdida de autocontrol, que se remite a una incapacidad de detenerse una vez iniciada la ingesta del alcohol. Se presentan también, al marcarse una apetencia compulsiva por la bebida.

Finalmente, la atención y concentración se focalizan en la búsqueda del alcohol.

En cuanto a las manifestaciones psicobiológicas, su fenomenología se denota en la presencia de signos, y síntomas de abstinencia, que mejoran al beber nuevamente. Así como, la tolerancia que el organismo va presentando lleva a un aumento en la 'dosis' para poder obtener los mismos efectos. Destaca también, que si alguien a sufrido el síndrome y ha realizado un prolongado período de abstinencia, el volver a beber lo llevará a desarrollar el síndrome nuevamente.

"Ahora bien, según Edwards y Gross (12), para diagnosticar la presencia del síndrome de dependencia al alcohol, no es necesario que estén presentes todos los elementos descritos, sino que los casos no son homogéneos por la presentación de diversos elementos, en distintas graduaciones y cualidades".

"La utilidad de la presente definición del alcoholismo ha sido señalada anteriormente, sin embargo es necesario señalar que no es una definición acabada ni mucho menos perfecta. Dentro de sus limitaciones se hallan, la falta de precisión de objetividad y un criterio de validez estandar y convincente": (13)

(12) Citado por Campillo Serrano, op. cit.

(13) *ibid*, p. 170

2. PREVENCIÓN

Hemos señalado en la forma más precisa posible, la definición del Síndrome de Dependencia al Alcohol. Pero en lo que se refiere a este apartado, se deben comprender todos aquellos problemas generados directa o indirectamente por el consumo inmoderado de bebidas alcohólicas.

De varios de los problemas que atañen al "alcoholismo", el Dr. Ignacio Avila C. escribió lo siguiente:

"... el uso del alcohol es un problema importante de salud pública y lo continuará siendo en nuestra nación en el futuro porque la tradición, las actitudes sociales, políticas y religiosas favorecen su consumo; por lo muy extendido de su empleo entre la población en general; por los elevados índices de morbilidad y mortalidad que provoca; por los problemas familiares, laborales, económicos y sociales que ocasiona; por la enorme facilidad con que se puede adquirir; porque resulta una fuente importante de ingresos para el Estado, vía impuestos, por la ausencia de políticas y estrategias efectivas que controlen su uso dentro de una perspectiva de salud pública, así como por la enorme publicidad que se le dedica". (14)

(14) Avila Cisneros, I. Aspectos de Salud Pública en los Problemas del Consumo de Alcohol. Molina Piñero, V. Román Celis, C.; Berruecos, V.L. y Sánchez Medal, L. El Alcoholismo en México. Tomo III. Fundación de Investigaciones Sociales A.C. (Eds), 1983; p. 250

Un análisis del parrafo anterior, por somero que fuera, destacaría la complejidad de la problemática del alcoholismo.

Históricamente, como ya mencionamos, el uso del alcohol es un hábito muy antiguo. Su señalamiento como elemento perjudicial para el individuo y la comunidad ha sido reconocido también tiempo atrás, pero sin repercusiones adversas para su continua producción. Civilizaciones enteras han desaparecido y con ellas sus normas restrictivas, y el consumo de alcohol ha continuado.

El papel del alcohol actualmente, y su interacción con el individuo y su ambiente, han adquirido características especiales, acordes con el desenvolvimiento socio-económico de nuestra cultura.

En la era industrial, del desarrollo capitalista, la producción de alcohol se expande. Pasa a constituir una fuente de trabajo para cada vez más amplios sectores de la población, y un medio de apropiación de riqueza para unos cuantos.

"Propio de la comercialización que acompaña la industrialización, los mercados se amplían, se echa mano de la publicidad, la cual ha adquirido actualmente, un carácter abierto y prepotente". (15) Se van sumando elementos que incrementan sus efectos, como es el desarrollo de los medios -

(15) Fernández Varela, M.H. El Alcoholismo en México. Aspectos de Salud Pública., En: Molina Piñero, Román Celis, Berruecos y Sánchez Medal, op. cit. p.229

de comunicación. Los valores se ven cada vez más afectados, al grado que el beber se convierte en un símbolo de status y prestigio social.

Los más afectados por esta expansión y difusión de las bebidas alcoholicas son los jóvenes, quienes "no sólo lo -- consumen sino se convierten en publicistas gratuitos". (16) Los padres, las familias y la sociedad en su conjunto continúan la reproducción de patrones anormales de beber.

Así, aún cuando los efectos sobre el organismo del hombre por el abuso de alcohol siempre han sido los mismos, -- sus actuales repercusiones lo convierten en un problema de -- salud pública, éste es, en el sentido de un problema común -- y no una simple sumatoria de males individuales.

Lo anterior no son sino las razones del porque los programas de atención al alcoholismo que se han remitido al -- tratamiento de problemas individuales, en que la atención -- se halla centralizada en una pequeña porción de la pobla-- ción el porcentaje de recaídas es muy alto (más de 50%), dado que no se incide en factores causales más amplios y sin-- considerar que el factor poblacional afectado es mucho más-- amplio también.

La única estrategia que puede reportar beneficios mayores de bienestar, a sectores verdaderamente amplios de la --

población es la "Prevención".

Prevenir, palabra derivada del latín "praeveniere",-- significa prever un daño o peligro. Y en el caso que nos ocupa, será empleada en el sentido de prever los problemas asociados al consumo del alcohol, problemas que, como ya se ha dicho, pueden ser de muy variada índole.

"Según Roth (17), las estrategias en cuanto a prevención, se han desarrollado históricamente bajo tres modelos, mismos que responden a ciertos supuestos acerca de las determinantes del beber en exceso".

El primer modelo sería el ético-jurídico, el cual se fundamentaba en la suposición de que el castigo o la amenaza constituían instrumentos eficaces para la eliminación de la conducta de beber en exceso. Esto implicó la promulgación de leyes sancionando represivamente tal conducta, el aumento de la vigilancia y las sanciones legales, así como la difusión de los riesgos penales que implicaban incurrir en el delito.

El segundo modelo lo inscribe en la concepción médica de la ingestión de alcohol. El supuesto que subyace a esta concepción --según Roth-- es que todos o casi todos los individuos aprecian la salud, y que como de ellos depende, harán lo posible por conservarla.

(17) Roth, V.E., Formación Comunitaria: Un anteproyecto de prevención social del consumo de alcohol. ENEP Iztacala (inédito)

Finalmente, el tercer modelo, comprende un enfoque --- psico-social. En éste, se pretende emplear el medio social- del sujeto para introducir cambios en sus comportamientos y actitudes. Se aboga por tanto, por una adecuación del am--- biente a las necesidades del individuo. La acción preventi- va consistirá entonces en el reajuste de las instituciones- e instancias sociales de la comunidad, no siendo exclusivo- del sistema educativo. Se buscaría también hacer más compa- tibles los estilos de vida vigentes con la naturaleza huma- na, procurando una mayor satisfacción social e individual. Con todo ésto, se buscaría modificar la actitud hacia el al cohol, disminuir su aceptación al instaurar actividades al- ternativas.

Históricamente, el término prevención ha sido enrique- cido por las precisiones que la práctica y la teoría médica han hecho a raíz de su uso con entidades patológicas y médi cas. Al respecto el Dr. W. Feuerlein menciona, "Desde el -- punto de vista epidemiológico cabe considerar al alcoholis- mo como una endemia, en la que existe el peligro de un des- bordamiento en forma epidémica. La experiencia demuestra -- que es posible mantener la expansión del alcoholismo dentro de unos límites, mediante la adopción de las adecuadas me-- didas de prevención, primaria, secundaria y terciaria". (18)

(18) Feuerlein, Wilhelm. Alcoholismo: Abuso y Dependencia. Salvat Editores, S.A. Barcelona, España 1982, p. 296

La prevención primaria, según la O.M.S. (1980), tiene por objeto reducir la incidencia de nuevos problemas originados por el alcohol, evitando su ocurrencia.

"El logro de este objetivo se supone factible, dada la concepción de que dentro de la historia natural del alcoholismo (19) existe un período pre-patogénico, en el cual, -- los factores del agente (toxicidad del alcohol), los factores del huésped (edad, sexo, personalidad, etc.) y los factores del ambiente (rural-urbano, grupo cultural, familiar, socio-económico, difusión publicitaria, actividades recreativas) no se han interrelacionado de forma que se desencade ne un aumento en el consumo de bebidas alcoholicas".

De esta forma, para proteger a la población, se incidirá en aquéllos factores o interrelaciones que probablicen más la incidencia de nuevos casos.

Por lo tanto, la prevención primaria corresponderá al campo de la Salud Mental, ya que las medidas en este campo tienden a preservar y promover el bienestar comunitario por medio de acciones educativas y de protección.

Las acciones específicas son dirigidas principalmente a factores del huésped y del ambiente, repercutiendo indirectamente sobre los efectos de los factores del agente.

(19) Velasco Fernández, R. Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo., Ed. ANUIES, México 1980, p. 122

"La prevención secundaria tiene por objetivo impedir - la evolución natural del Síndrome de Dependencia al Alcohol y sus problemas periféricos. Su acción se circunscribe, por tanto, a la fase inicial del período patogénico dentro de - la historia del alcoholismo". (20)

Se trata de una intervención temprana en el ambiente y el huésped, para limitar y superar riesgos y complicaciones que provoca la progresión del síndrome en el individuo, la familia y la sociedad en general.

"Según el Dr. Calderón, la prevención secundaria se refiere a la reducción de la prevalencia de una enfermedad, - por lo que al disminuir el número de personas enfermas en - un momento cronológico dado, se disminuye la duración de la enfermedad". (21)

La prevención secundaria tiene básicamente dos subniveles de intervención.

El primer subnivel consiste en la detección o diagnóstico temprano de los casos. Las acciones de este subnivel - son ejecutadas a través de instituciones educativas, de salud, laborales, legales o religiosas. En forma genérica se requiere de la colaboración de toda la comunidad.

El segundo subnivel comprende el tratamiento oportuno y la limitación de incapacidades, esto es, controlar el cua

(20) Velasco Fernández, *ibid*, p. 222

(21) Calderón, G. Aspectos preventivos. En Molina P., Román C., Berruecos y Sánchez M., *op. cit.* p. 257

dro médico para poder reintegrar al sujeto a sus actividades sociales y laborales lo antes posible.

Finalmente, la prevención terciaria es, la prevención de complicaciones a largo plazo o de recaídas; las acciones por lo tanto tienden a evitar o disminuir las secuelas originadas por el alcoholismo y prevenir recaídas, estando así estrechamente relacionadas con los programas de rehabilitación.

ESTRATEGIAS

Las acciones que se desarrollan en la prevención primaria son principalmente educativas y de protección, tal como lo habíamos señalado antes.

Existen muchos autores que sugieren diversas formas de cumplir con dichos objetivos, con metas a corto, mediano y largo plazo. Sin embargo, antes de detallar las mismas habría que hacer una reflexión sobre la orientación de la generalidad de éstas.

Algo que generalmente se busca al inicio, es el conocimiento o determinación de las causas, factores o influencias que llevan a un ser social a beber indiscriminadamente. De aquí se parte a localizar aquellas comunidades que cumplen los "requisitos", para realizar la labor de preven---

ción en ellas por el alto riesgo que existe. Es de esperar se que en dichas comunidades el riesgo ha estado presente-años atrás, por lo que las acciones finalmente acaban abo-cándose al tratamiento de los menos de la comunidad, que -al manifestar ya avances del problema son considerados -- prioritarios.

Si bien es cierto, aún no es totalmente conocida la - forma en que operan las sanciones y concepciones sociales - y por lo tanto tampoco se conoce el proceso por el cual se pierde o interfiere el control social sobre unos cuantos,- parece ser más prometedor el derivar acciones prácticas de la investigación de una población más accesible y numerosa, la sana.

El anterior planteamiento podría ser más claro de la- siguiente manera: habría que analizar qué mantiene sanos a la mayoría, y no porque rompen unos cuantos, dado que la - población además de ser menos numerosa, presenta dificulta-des de accesibilidad por su mismo mal.

De las actividades sugeridas para realizarse en la pre- vención primaria son de una enorme variedad, desde sugerenc-ias genéricas hasta planes sistemáticos y detallados. Pero cabe mencionar que antes de derivar cualquier plan o acción se debe adoptar un marco teórico de referencia, el cual, en forma inicial deberá contemplar al alcoholismo como un pro-

blema comunitario, por lo que el programa de prevención se-circunscribe en un plan más amplio de salud mental comu-nitaria.

Ahora bien, de todas las sugerencias de actividades - para la prevención primaria el Dr. Madden (22) las agrupa - en legales, fiscales y sociales.

Es evidente que las medidas legales se puedan conside-rar como un ataque a los aspectos de los cuales depende la-distribución de todo producto, la oferta y la demanda, ya-que estas medidas toman la forma de restricciones en la pro-ducción, venta y publicidad de bebidas alcohólicas regula-das mediante controles gubernamentales, tales como contro-lar el número, tipo y ubicación de los expendios, así como-fijar horarios, días, precios y cantidades vendibles, limi-taciones de la edad para la venta y el consumo. Para que es-tas medidas puedan hacerse cumplir requieren del consenti-miento y la cooperación de la población.

Por otro lado podemos mencionar que existe una rela-ción entre el precio de las bebidas alcohólicas, los niveles del consumo de alcohol y la prevalencia de las incapacida-des que el alcohol produce, es por lo anterior que las medi-das fiscales hacen referencia al aumento de los impuestos - para conseguir una elevación ostensible del precio de venta

(22) Madden, J.S. Alcoholismo y Farmacodependencia., Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V., México 1986, p. 287

de las bebidas alcohólicas, y adoptar medidas arancelarias para limitar la importación y aumentar la exportación del mismo.

Citando al Dr. Lint (23) nos dice al respecto "el precio relativamente más barato del alcohol en varias partes del mundo ha ocasionado un aumento real de su asequibilidad a nivel multinacional su consumo global y la prevalencia de su uso excesivo".

El control fiscal del consumo de alcohol es una medida fácil de implantar por parte de los gobiernos, ya que el propósito principal es poner fin al consumo ilegal y restringir el consumo legal, mediante la factibilidad política de un alza fiscal que no tenga como objetivo el aumentar las recaudaciones fiscales, sino más bien por razones de sa lud mental pública y por razones sociales.

Las medidas sociales, parten del supuesto, que los pro blemas con el alcohol son producto de la estructura y organización de la sociedad, por lo que la erradicación de esos problemas requiere del cambio de la misma estructura social estableciendo una infraestructura humana, organizativa y fi sica. Esto comprenderá la capacitación de personal profesio nal y no profesional; la instauración de organismos coordinadores y la construcción de centros de salud mental comuni taria.

La educación, con frecuencia, se ha considerado un instrumento importante para la disminución de los problemas -- concomitantes al abuso del alcohol en la sociedad y es por ésto que las labores educativas y de información han seguido básicamente tres direcciones: difusión de información sobre los riesgos que entraña el alcohol por su toxicidad, la tendencia a producir dependencia, con efectos negativos en el individuo y la comunidad; la inculcación de valores y normas que favorezcan la moderación y la responsabilidad, promoviendo una forma de vivir más sana; y finalmente, el mejoramiento de circunstancias sociales e individuales que puedan originar demanda, como sería la incapacidad para resolver problemas y manejar sentimientos de frustración.

Nunca las campañas de educación para la salud podrán obtener resultados completos si no se conforman y cumplen las medidas de restricción de la distribución del alcohol, ya -- que de otra manera quedarían condenadas al fracaso, pues se hallarían desfasadas de una realidad en que el alcohol, agente activamente patógeno, es expedido indiscriminadamente.

En función de lo anterior, debe trabajarse lo más coordinadamente posible con los gobiernos municipales y estatales, así como con el Gobierno Federal. Y para las acciones - de educación para la salud, se necesita la participación de centros de salud, hospitales generales y psiquiátricos, así-

como instituciones particulares y la comunidad en general.

Por lo que se refiere a las estrategias en prevención secundaria, tal como se señaló anteriormente, éstas comprenden acciones para la detección temprana y el tratamiento oportuno del alcoholismo, para limitar las posibles incapacidades producidas por el consumo del alcohol, así como los problemas psicológicos y sociales concomitantes.

La prevención secundaria, es una tarea que se realiza fundamentalmente en consulta externa de los Hospitales Psiquiátricos y Generales, así como en los Centros de Salud Mental Comunitaria, y en el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos.

Es indispensable la participación de la comunidad para lograr el diagnóstico oportuno de nuevos casos, interviniendo familiares, amigos y compañeros de trabajo en forma más eficaz que el médico, dado que las manifestaciones iniciales son difíciles de identificar.

Lo anterior no excluye que en los centros de salud pueda lograrse la detección, ya que por ejemplo, la realización y análisis minucioso de los historiales clínicos puede permitir su identificación.

Por consiguiente, una tarea inicial es la difusión de los signos iniciales del alcoholismo. Para ésto pueden emplearse los medios masivos de difusión, la realización de -

pláticas y mesas redondas en las comunidades, centros de -- salud y laborales, o bien con agrupaciones religiosas, polí-- ticas o culturales, proporcionando dicha información a gente clave, como directivos, ejecutivos, maestros, jueces, sa cerdotes, periodistas, etc. así como a líderes o personas -- significativas de cierta influencia en la comunidad o en -- los núcleos familiares.

La prevención del Síndrome de Dependencia al Alcohol -- tiene una estrecha relación con una serie de disposiciones-- oficiales establecidas en la Ley General de Salud.

En el Título Décimo Primero del Capítulo I, se hace re ferencia a los programas contra el alcoholismo y el abuso -- de bebidas alcohólicas.

Artículo 185. La Secretaría de Salubridad y Asistencia, los Gobiernos de las Entidades Federativas y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas compe-- tencias, se coordinarán para la ejecución del programa con-- tra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas que -- comprenderá las siguientes acciones:

I. La prevención y el tratamiento del alcoholismo y, -- en su caso, la rehabilitación de los alcohólicos.

II. La educación sobre los efectos del alcohol en la sa lud y en las relaciones sociales, dirigida especialmente a -- niños, adolescentes, obreros y campesinos, a través de méto

dos individuales, sociales o de comunidad masiva.

III. El fomento de actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra el alcoholismo especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo.

Para poder dar cumplimiento a lo anterior el Artículo 186 nos señala que para obtener la información que oriente las acciones contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, se deben de realizar actividades de investigación en los siguientes aspectos:

I. Causas del alcoholismo y acciones para controlarlas;

II. Efectos de la publicidad en la incidencia del alcoholismo y en los problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas;

III. Hábitos de consumo de alcohol en los diferentes grupos de población, y

IV. Efectos del abuso de bebidas alcohólicas en los ámbitos, familiar, social, deportivo, de los espectáculos, laboral y educativo.

Artículo 187. El Consejo Nacional Antialcohólico tiene por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por el

alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas, así como la evaluación de los programas.

Artículo 194. Aclarará que compete a la Secretaría de - Salubridad y Asistencia el control sanitario del proceso,- importación y exportación de bebidas alcohólicas, así como de las materias primas que intervengan en su elaboración.

Artículo 199. Hace referencia a la autorización de los establecimientos que expendan o suministren al público bebidas alcohólicas.

El Capítulo III sobre aspectos generales de las bebidas alcohólicas nos dice:

Artículo 217. Se considerarán bebidas alcohólicas aquellas que contengan alcohol etílico en una proporción mayor del 2% en volúmen.

Artículo 218. Toda bebida alcohólica deberá ostentar- en los envases, la leyenda "el abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud", sin hacer referencia a- ninguna disposición legal.

Artículo 219. Hace referencia a la autorización de la ubicación y el horario de funcionamiento de los estableci- mientos en que se expendan bebidas alcohólicas.

Artículo 220. Restricción de venta de bebidas alcohó- licas a menores de edad.

Artículo 308. Establece los requisitos a los que se -

debe de ajustar la publicidad de las bebidas alcohólicas.

I. Dar información sobre las características, calidad y técnicas de elaboración.

II. No deberán presentarse como productos de bienes--tar o salud, o asociarlos a celebraciones cívicas o reli--giosas.

III. No se podrá asociar a las bebidas alcohólicas --con ideas o imágenes de mayor éxito en la vida afectiva y--sexualidad de las personas, o hacer exaltación de prestigio social, virilidad o femeneidad.

IV. No se podrá asociar a estos productos con activi--dades creativas, deportivas, del hogar o del trabajo, ni --emplear imperativos que induzcan directamente a su consumo.

V. No podrá incluir en imagenes o sonidos, la partici--pación de niños o adolescentes.

VI. En el mensaje, no podrán ingerirse o consumirse --real o aparentemente los productos de que se trata.

Las fases y procedimientos comúnmente empleados en el tratamiento del Síndrome de Dependencia al alcohol es precisamente el motivo de nuestro siguiente capítulo.

CAPITULO II

FASES Y TECNICAS EN EL TRATAMIENTO

CAPITULO II

FASES Y TECNICAS EN EL TRATAMIENTO

Los profesionistas en el área de la salud, tienen generalmente conocimientos suficientes para tratar los problemas derivados del consumo immoderado del alcohol que se circunscriben a sus especializaciones. La práctica tradicional en el tratamiento se limita, por la concentración de esfuerzos terapéuticos en sólo algunos de los factores e en uno de ellos en especial (el psicológico, el social o el orgánico).

Se acusa la falta de un enfoque integral, que bajo el marco de la multicausalidad y multifactoriedad del Síndrome de dependencia al alcohol, rijas las acciones terapéuticas.

Una de las premisas del marco conceptual del Síndrome es que "...las incapacidades producidas(...) son susceptibles de un análisis multifactorial" (1), para lo cual se requiere, por tanto, de un equipo multidisciplinario que evalúe y atienda en forma integral el caso de alcoholismo que se presente.

Dentro de la evaluación inicial de un caso, se deben tratar de comprender las causas que han llevado al sujeto a consumir en exceso, en el entendido de que ésto revelará una interacción compleja de factores fisiológicos y socioculturales.

Por lo anterior, hay que investigar concienzudamente la historia y estado presente del enfermo, así como su personalidad, tratando de identificar en todo momento las causas de su estado actual.

El plan de tratamiento se adaptará al caso individual, te niendo en cuenta la particular complejidad de la etiología pre sente, ésto implica que las estrategias se adecúen a las posi- bilidades de acción que la situación personal del sujeto brinde.

Si bien, el objetivo del tratamiento debiera sufrir una - adecuación similar, históricamente los objetivos a largo plazo de una terapia han sido fijados por la orientación teórica o - disciplina de quien la administra. Más recientemente, se han - configurado dos posiciones al respecto; una, el establecimien- to de criterios de éxito en base a la abstinencia total, dada - la particular concepción del paciente como enfermo mental cuyo mal, es "progresivo y mortal" por lo que se supone una incapa- cidad natural para lograr beber moderadamente; la otra, que -- exige el romper con la dependencia al alcohol, sin importar si esto se logra por medio de la abstinencia total o sólo por la - moderación que se considera una posibilidad factible de alcan- zarse, pues no se presupone la existencia de factores que im-- priman una determinación fatalista o naturalmente anormal, en- el consumo de alcohol que el sujeto pueda realizar.

Lo que salva la polémica anterior es sólo la realidad con- creta de cada caso, en que la condición orgánica, psicológica- y social configuran al futuro las expectativas para ese sujeto en particular, el riesgo y su posición ante el alcohol en ade- lante.

La enorme importancia que los factores del contexto social tienen en el desencadenamiento y permanencia del hábito de consumo inmoderado de alcohol, exige que para el logro de los objetivos, cualesquiera que sean éstos, el sujeto debe de ser internado. Mínimamente las primeras fases del tratamiento requieren ser realizadas intrahospitalariamente para mantener al paciente lejos del medio que contribuyó a formar su hábito y que además puede resultarle hostil en función de las consecuencias negativas que por su hábito ha provocado en él.

Ahora bien, los problemas médicos generados por el alcoholismo abarcan tres rangos: a) La intoxicación alcohólica aguda, que se presenta tanto en bebedores sociales como consuetudinarias (crónicos); b) Complicaciones médicas producidas por el consumo crónico, comprende la afectación de casi todos los órganos de la configuración humana, pero fundamentalmente, aparato digestivo y sistema nervioso central y periférico; c) Síndrome de dependencia al alcohol que consiste en una complicación psiquiátrica de tipo adictivo, en el cual el bebedor ha desarrollado dependencia psíquica y física del alcohol (su descripción -- fué motivo del primer capítulo de este trabajo).

Las complicaciones intercurrentes de tipo psiquiátrico son: a) Alucinosis alcohólica; presente en bebedores crónicos y que se manifiesta por alucinaciones auditivas amenazantes, b) Estado paranoide alcohólico, que puede derivar en agresividad, c) Síndrome de Korsakoff, provocado por deficiencia importante de vita

mina B, lo que provoca degeneración del S.N.C., y cuyos síntomas son: amnesia, el no reconocimiento de la misma y la poli-- neuropatía periférica (dolores y temblores en las extremidades), d) Síndrome de Wernicke, provocado por deficiencia de tiamina y niacina y la consecuente acumulación de ácido pirúvico en la -- sangre, el síndrome se caracteriza por; deficiencia de la vi--- sión, amnesia, apatía, ataxia y obnubilación de la conciencia - (dificultades de concentración y atención) pudiendo derivar has ta el coma.

Las complicaciones neuropsiquiátricas más severas son, el coma alcohólico y el síndrome conocido como "delirium tremens", ya que en estos el paciente se halla severamente amenazado de - un colapso mortal, por fallas respiratorias o cardiacas.

Ahora bien para poder manejar las complicaciones anterio-- res se deben de considerar tres aspectos:

- 1) La intervención médica en los episodios de intoxicación aguda, la cual implica la recuperación de los efectos - inmediatos que sufre el individuo por la ingestión exce siva, y aún el salvarle la vida. Se realiza intrahospit alariamente.
- 2) La corrección de los problemas crónicos de salud asocia dos al alcoholismo (atención médica en consultorios y - clínicas).
- 3) La atención psiquiátrica debida a complicaciones o ---

trastornos psicológicos que requieren de una ayuda más profunda para superar el problema y lograr su rehabilitación. Para lograr estos tres aspectos es necesaria la intervención de profesionales o gentes muy especializadas como son:

Psiquiatras: los cuales intervienen necesariamente en la administración de tratamientos farmacológicos y en la asistencia terapéutica.

Psicólogos: intervienen principalmente en las fases de motivación y rehabilitación para la realización de psicoterapias individuales y grupales; aplicación de terapias conductuales y pruebas psicológicas, así como en el manejo de psicoterapias familiares.

Trabajador social: realiza las visitas y entrevistas a los familiares para obtener y corroborar datos de la historia personal del paciente.

Médicos: practican exámenes físicos al paciente para determinar su estado de salud previo al tratamiento; encargado de controlar las complicaciones provocadas por el exceso de consumo de bebidas alcohólicas y por el mismo tratamiento.

Enfermeras: durante la reclusión hospitalaria del paciente realizan tareas cotidianas de vigilancia y cuidado.

Y como afirma el Dr. Salvador González; "Hasta la personalidad del terapeuta es importante (...), y que (es) el profesionista extrovertido, capaz de reaccionar con simpatía ante la de

pendencia del sujeto y dotado de recias convicciones quien ob tiene los mejores resultados". (24)

Lo anterior implica que el profesionista debe aceptar al alcohólico con una actitud muy abierta. Definitivamente, hasta que no desaparezcan actitudes de rechazo, se podrá prestar una atención efectiva.

2. FASES EN EL TRATAMIENTO

Desintoxicación.

Es un procedimiento médico para ayudar al alcohólico durante el período en el cual se le retira el alcohol.

Los objetivos de esta primera fase son tres:

1. Normalizar los cambios metabólicos que ha producido -- la ingestión excesiva de alcohol.
2. Tratar las complicaciones intercurrentes (orgánicas y psiquiátricas) del alcoholismo.
3. Tratar el síndrome de abstinencia o prevenirlo.

No se trata evidentemente de atender superficialmente la intoxicación, por medio de baños de agua fría, o darle café -- cargado u otro "remedio" casero.

Es necesario hacer un exámen físico del sujeto (temperatura, presión arterial, estado de mucosa), conocer su estado de conciencia, que tiempo lleva bebiendo, que tipo de bebida.

Las acciones se circunscriben a la rehidratación del pa--

ciente, la restitución de factores vitamínicos y la sedación para prevenir el síndrome de abstinencia.

"Una vez que ha pasado la fase aguda, la alimentación debe constituirse por una dieta blanda (leche, purés, jugos, etc.), - sin irritantes (chile y grasas)". (25)

Evidentemente esta fase debe ser realizada por médicos en un ambiente hospitalario (salas de urgencias, hospitales generales, puestos de socorro y hospitales psiquiátricos).

La duración del tratamiento varía entre 24 y 72 horas, recordando, que la desintoxicación es un prerequisite indispensable y/o necesario para el tratamiento.

Motivación.

Tal como señalamos en la parte inicial de este capítulo -- los problemas médicos y psicológicos del alcohólico, no se circunscriben a la intoxicación aguda así que el tratamiento de ésta y sus complicaciones inmediatas asociadas no es suficiente -- para la rehabilitación del paciente. La hospitalización se debe prolongar, ya que el riesgo de que vuelva a beber en corto tiempo es muy alto. Durante este período de reclusión, se debe iniciar la segunda fase del tratamiento, que consiste en el intento terapéutico inicial por cambiar los hábitos anormales de -- consumo de alcohol.

El objetivo general de esta fase es de motivar al paciente para que asuma su comportamiento más responsable. Es requisito-

que el sujeto halla recuperado sus funciones cognoscitivas normales, y que el estado de confusión propio de la intoxicación-haya desaparecido.

Los objetivos específicos son:

- Crear conciencia en el paciente acerca del carácter de enfermedad del alcoholismo.
- Informar al paciente y a su familia sobre la naturaleza, características y consecuencias de la enfermedad.
- Confrontar y superar los mecanismos de defensa que impidan la aceptación de la enfermedad.
- Buscar que el paciente se responsabilice del tratamiento de su enfermedad.
- Autoafirmarle en las características positivas de su personalidad.
- Hacer del conocimiento del paciente factores de neurosis o depresión previos relacionados con el alcoholismo.
- Proporcionarle apoyo, mediante el manejo de sus sentimientos de culpabilidad y autoevaluación.
- Orientar a la familia para modificar su dinámica y evitar las situaciones que puedan estar favoreciendo el hábito alcohólico del enfermo y para que se responsabilice también del tratamiento.

Rehabilitación.

Esta fase corresponde a la parte final del tercer paso --

del tratamiento. Si en la fase de motivación se lograron cambios a corto plazo en la actitud y comportamiento del paciente en relación al alcohol, aquí se intenta lograr modificaciones a largo plazo.

Por la razón de ser parte de un mismo paso en el tratamiento, es difícil decir cuando termina la fase anterior e inicia la rehabilitación, pero un criterio puede ser la reincorporación del individuo a la comunidad abandonando por tanto el medio hospitalario y transformando la atención terapéutica, haciéndola más discontinua.

El objetivo de esta fase se interpreta de diversas maneras, según la concepción que del problema se tenga. Se puede pretender la abstinencia total para controlar la enfermedad, focalizando la atención en el individuo, o bien, además de luchar contra el hábito, emprender acciones en el ambiente social del individuo para prevenir la incidencia de aquellos factores que favorecen la reincidencia.

Hay que tomar en cuenta que la compleja interrelación del sujeto en caso de haber perdido facultades y la realización de campañas de sensibilización hacia patrones y compañeros de trabajo para evitar el rechazo y la estigmatización, fomentando actitudes menos rígidas y más comprensivas, que le permitan laborar y así evitar dificultades económicas, generadas de conflictos severos que atenten contra la recuperación del paciente.

Muchas son las técnicas terapéuticas que se utilizan en el tratamiento del Síndrome de Dependencia al Alcohol, pero -- mencionaré brevemente las que se han considerado hasta el momento las más recomendables.

2. TECNICAS EN EL TRATAMIENTO

2.1 PSICOTERAPIA DE GRUPO

El término "psicoterapia de grupo" incluye una amplia variedad de procedimientos y orientaciones teóricas (Battegay, - 1977; Blume, 1978; Deroff, 1977; Sands y Hanson, 1971; Scott, - 1976, citados en Anaya (26)). Dentro de estas técnicas grupales para tratar el alcoholismo, se puede incluir, al proceso de interacción de grupo, terapia de realidad, grupo de maratón, análisis transaccional, grupo experimental y al psicodrama del cual hablaré más ampliamente posteriormente.

Según Moore y Duchanan, la "psicoterapia de grupo ha sido la segunda técnica más comúnmente empleada en los problemas para alcoholismo en los hospitales (el 78% de los programas reportaron usarlo), siendo el de Alcohólicos Anónimos el método que más frecuentemente es usado". (27)

Posteriormente en 1982 Vannicelli (28) publicó un artículo

-
- (26) Anaya Hernandez, P. Detección Precoz de Alcoholismo en una población de provincia (Apatzingan Michoacan) con el Instrumento Cusal. UNAM Fac. Psicología, México, 1984 p. 73-74
- (27) Moore R.A. The prevalence of alcoholism in a community - general hospital. AM.J. Psychiatry 128: 638-639, 1971. - U.S.A
- (28) Vannicelli, M. Group psychotherapy with alcoholics. Special Techniques. Journal of Studies on Alcohol, 1982, 43, No. 1 pp. 1-37

lo en donde hace referencia al tipo de problemas que surgen tra bajando con grupos de alcohólicos y da ciertos consejos a les-
terapeutas de grupo para el manejo de los mismos.

Es indudable que la terapia de grupo ha sido por largo -- tiempo un componente esencial de los programas para el trata-- miento del Síndrome de Dependencia al Alcohol, ya que la expe-- riencia grupal es un agente muy poderoso que contribuye al cam bie. A pesar de que la orientación de los grupos varía enorme-- mente, los profesionales están de acuerdo en que el trabajo -- grupal ofrece a los alcohólicos grandes oportunidades como -- son:

1. Compartir e identificarse con otras personas que esten viviendo problemas similares.
2. Entender sus propias actitudes frente al alcoholismo y las defensas que utilizan para dejar de beber confron-- tándose con las actitudes y defensas semejantes de -- otros.
3. Aprender a comunicar necesidades y sentimientos más di rectamente.

Para reafirmar lo anterior Kolb nos dice: "Cada vez que -- se utiliza más la psicoterapia de grupo para los alcohólicos.- La experiencia de estar junto a otras personas con sufrimien-- tos similares, parece ayudar a que el alcohólico acepte con -- más facilidad el tratamiento en el ambiente de grupo.

Las interpretaciones que ofrecen los otros miembros hacen más-fácil y menos aterrador el logro del insight". (29)

Por otro lado Rudolf Dreikurs al usar la terapia de grupo en el tratamiento de alcohólicos afirma que, "Uno de los valores de la psicoterapia de grupo es que facilita el proceso de lograr la percepción interior. Como a los alcohólicos les es -fácil racionalizar, les es difícil reconocer sus propias metas y verdaderas intenciones en las situaciones terapéuticas individuales. Empero, en las situaciones de grupo, el paciente puede captar con mayor facilidad la validez de las interpretaciones psicológicas, y las dificultades de los otros miembros del grupo para reconocer lo obvio sobre ellos mismos". (30)

La meta de la terapia es enfocarse a la patología interpersonal que propicie todo el comportamiento mal adaptado incluyendo el alcoholismo, ayudando a los sujetos a entender y -alterar sus caminos defensivos relacionados con otros. Desde -la entrevista inicial se subraya que la abstinencia es esencial para la estabilidad emocional del paciente y se refuerza --constantemente esta posición a lo largo del tratamiento en cuyas primeras sesiones se trata de proveer mayor estructura. --Las frecuentes defensas que el alcohólico emplea para desviarse del tema central del trabajo grupal hace que éste sea difícil. El terapeuta debe estar preparado para responder y establecer de manera firme sin implicar un reto lo siguiente:

(29) Kolb, C. Lawrence, Psiquiatría Clínica Moderna. La prensa Médica Mexicana, México, 1976, p. 269

(30) Harper, A. Robert. Nuevas Sicoterapias. Ed. Diana, México. 1982, pp. 90-91

1. Sus propios hábitos de bebida. El paciente trata de asegurarse en la fase inicial del tratamiento de que podrá ser comprendido y de que recibirá ayuda del paciente.

2. Se establece cierta confusión respecto a las espectativas que tienen los miembros del grupo de ésto, cuando participan en otro tipo de grupos (Alcohólicos Anónimos, educativos, - etc.).

3. Temor de la confidencialidad que se maneje de lo que se exponga.

4. Se debe establecer un contrato explícito con el grupo - en relación al beber y por lo tanto el terapeuta deberá estar - listo.

4.1 Enfrentarse a un paciente que llegue a un grupo intexicado.

4.2 A un paciente que consuma alcohol fuera del grupo pero se resista a aceptar y hablar de ello dentro del mismo.

4.3 Al paciente que bebe y está dispuesto a hablar de ello, pero no a abandonar el hábito.

4.4 El paciente que continúa bebiendo mientras verbalmente dice respetar las normas del grupo.

5. Saber resolver y enfrentar las defensas grupales que envuelven al tema del alcoholismo, como son hablar de eso como -- una defensa para el trabajo grupal y deber en servicio al grupo. El trabajo con alcohólicos requiere que el terapeuta intervenga

considerablemente tomando en cuenta que las ausencias de un paciente pueden ser una señal de que está en problemas y en algunos casos, podrá significar un grito de ayuda. Es muy común -- que algunos de los sujetos que intervienen en la terapia grupal también asistan a Alcohólicos Anónimos, siendo por tanto -- indispensable esclarecer las diferencias entre ambos tipos de tratamiento y cómo estos dos podrían complementarse en términos de las fases y niveles de recuperación.

Muchas veces el paciente va a sentir que hay un conflicto entre su grupo de Alcohólicos Anónimos y de terapia grupal debido a la diferencia tan significativa de sus formatos.

No obstante, el terapeuta debe aclarar que ninguno se excluye mutuamente aunque en sus funciones y en el tipo de ayuda que ofrecen sean distintos. Por otra parte cabe recalcar que -- las reglas de confidencialidad e intercambio de información -- son muy a menudo complicadas en los grupos de alcohólicos y necesitan ser explicadas como parte del contrato de tratamiento inicial.

En caso de que exista un acuerdo previo con la familia de que su continua participación en el tratamiento, preocupándose por averiguar el progreso del paciente debe saber exactamente -- qué se le va a decir a la familia y qué se le va a ocultar. -- también se les debe indicar a los pacientes que todo aquello -- que participen en el grupo, será consultado en la medida que --

se estime apropiado con otros miembros del personal que son parte del programa. El terapeuta deberá señalar que no está dis puesto a guardar secretos y que cualquier clase de información que venga a él, será manejada de una manera clínicamente apropiada. Puede abstenerse de mencionar la fuente de información a no ser que lo considere absolutamente necesario, pero estos datos le fuerón otorgados no se les dará mayor validez que a la información suministrada por el paciente.

En los grupos con pacientes alcohólicos se presentarán algunas recaídas ya que el alcoholismo es una enfermedad caracterizada por un curso de recuperación interrumpido por retrasos periódicos. Por lo tanto, es muy conveniente que el terapeuta esté conciente de esto, así mismo que contemple el proceso de recuperación como favorable, cuando el paciente incremente la duración de la abstinencia y decremente el número de extensión de los períodos donde bebe. Una recaída no deberá significar para el paciente o el terapeuta que todos los logros obtenidos hasta el momento del tratamiento se han perdido. De hecho esta recaída manejada correctamente por el paciente puede ser una experiencia útil para él, así como para los otros miembros del grupo. Además la manera en que el alcohólico sea ayudado por agentes externos, ajenos al tratamiento podrá influir positivamente para que continúe en la terapia. Se debe tener presente que la confrontación directa deberá perseguir un propósito cl

ro y específico. La meta del confrontamiento no consiste en que el paciente llegue a admitir su padecimiento. Su finalidad es ayudarlo a entender qué le está sucediendo a través de la comprensión de su conducta, promoviendo el crecimiento de su persona, y en caso de ser necesario, sugerir el cambio.

Para que un grupo terapéutico de alcohólicos alcance el éxito es indispensable establecer un contrato de tratamiento, el cual indique qué se espera de los miembros del grupo y que expectativas tienen. Dicho acuerdo con el paciente se deberá proponer en la entrevista previa al grupo en donde se planteen las reglas a seguir. Las reglas deben incluir lo siguiente:

1. Tiempo mínimo de permanencia en el grupo (recomendados tres meses).

2. Asistencia regular y puntual y notificación oportuna de que el paciente se retrasará o faltará.

3. Notificar anticipadamente al grupo si el miembro desea abandonarlo.

4. Convencimiento de la necesidad de la abstinencia y voluntad para hablar acerca de miedos por beber y expresar recaldas cuando esten sucediendo.

5. Convencerse de hablar sobre eventos de su vida que le causen dificultad para relacionarse satisfactoriamente.

6. Expresar lo que ven que sucede en el grupo para así mejorar las dinámicas interpersonales y propias.

7. Especificación de los límites acerca del contacto entre miembros del grupo y fuera del mismo, lo que implica traer material relevante que surja fuera.

8. Definir la naturaleza y extensión de la comunicación entre el terapeuta y personas fuera del grupo.

Existen dos clases de grupos y son:

Los grupos abiertos, son los más comunes en los grupos terapéuticos para alcohólicos (ejem. A.A.), el número de integrantes es variable, ya que admite una cantidad numerosa de ellos además de que permite a sus miembros vivenciar provechosamente las recaídas de sus compañeros y aunque en ocasiones beneficia el constante ingreso de nuevos elementos por promover la discusión sobre problemas no tratados antes, en otras ocasiones ellos provocan un avance lento pero el grupo permanece en tanto haya miembros. Como regla se puede decir que, mientras más profundo sea el insight que se desea obtener, menos variable debe ser el número de miembros de un grupo. (31)

Los grupos cerrados, por el contrario trabajan con una población constante desde su inicio a su término, son de número reducido, corta duración, con objetivos muy precisos y por tanto de avance rápido ya que la integración y la cohesión del mismo son óptimos. Sin embargo por la dificultad para mantener como mínimo a siete miembros, su efectividad se podría limitar a pacientes hospitalizados.

(31) Kolb, C. Lawrence. op. cit. p. 751

Es incuestionable que en la historia del uso de técnicas grupales con fines terapéuticos en problemas de alcoholismo, - los grupos de auto-ayuda estilo Alcohólicos Anónimos han tenido un éxito importante en el control de los problemas que sus afiliados tenían por su consumo inmoderado de alcohol.

Parece ser que la efectividad de este tipo de psicoterapia grupal no sistemática, radica en factores tales como: la espontaneidad, la autonomía de los grupos, su numerosidad y cobertura, ser gratuitos y otros factores internos como: el no tener que enfrentar problemas de relación terapeuta-paciente, la generación de identificación y aceptación entre iguales, el efecto catártico al relatar sus experiencias, la autoafirmación que proporciona el grupo, el efecto de revalorización --- provocado al prestar servicios a otros y el espíritu religioso de los grupos que le orillan a mantener una actitud de humildad y recato.

La terapia de grupo es ampliamente aplaudida y comúnmente usada como una de las mejores técnicas de tratamiento para Alcohólicos, generalmente acompañada con otros métodos terapéuticos. Existen numerosos modelos alternativos para conducir terapias de grupo y hay poca información para recomendar uno más - que otro. Miller nos dice "La psicoterapia de grupo es otra opción de tratamiento que tiene un promedio de éxito de 40% pero en seguimiento corto. Una aproximación terapéutica que reporta

•

una tasa de éxito similar en la terapia familiar". (32)

Estudios comparativos y controlados no han proporcionado un soporte para la creencia popular de que los métodos grupales representan una aproximación superior para tratar pacientes alcohólicos. Pero si se trata de ver una ventaja en las aproximaciones de grupo, ésta sería la ventaja de costo-efectividad.

2.1.1 PSICODRAMA

Jacobo L. Moreno fué el creador del método del psicodrama, al descubrir casualmente que mediante la base catártica de su método, favorece las "abreaciones" del sujeto, que proyecta en el juego las tensiones emocionales ligadas a un conflicto de su pasado, mal resuelto.

El psicodrama es esencialmente una forma de psicoterapia de grupo, como ya he mencionado anteriormente, que comprende una representación estructurada, dirigida y dramatizada de los problemas personales y emocionales del paciente y sus problemas inmediatos de interacción de grupo.

Esta técnica se desarrolla en sesiones las cuales constan de cuatro fases de una duración no igual: 1) la elección del tema; 2) la elección de los roles (sin ninguna limitación para esta elección) y la puesta en escena (por el autor del tema); 3) la representación propiamente dicha (en una o varias secuen

cias); 4) finalmente, la síntesis, (33) en esta fase se realizan reuniones de síntesis en las que el equipo terapéutico, ha ce sus comentarios libremente sobre la representación (empezando por los espectadores, que expresen, si es posible, con que rol se han identificado), incluyendo no solamente interpretaciones indispensables en el plano teórico y didáctico, sino -- también frecuentemente los ajustes necesarios. Estas reuniones permiten precisar más sobre el diagnóstico, y la evolución de cada caso en particular, adaptando y unificando las grandes lí neas de la psicoterapia.

El uso de esta técnica en el tratamiento del alcoholismo - ha brindado resultados satisfactorios y experiencias que permiten precisar actualmente ciertas indicaciones en su aplicación.

La selección de los pacientes para la aplicación de esta - técnica es importante ya que existen algunas contraindicaciones como podría ser el caso de las depresiones severas o las psicosis. (34)

Por otro lado, un estado de ebriedad que sobreviene tras - la catársis provocada por el juego, corre el riesgo de anular - el efecto positivo. Desde el punto de vista terapéutico, el juego psicodramático, con su contenido de experiencia o de aventura, para ser humano y estar al servicio de la persona sin desli zarse por escollos de orden mágico, no debe librar más que fuer

(33) Bour, Pierre. El psicodrama y la vida, Ed. Biblioteca Nueva Madrid 1977, p. 100

(34) Elizondo Lopez. J.A. op. cit. p. 193

zas susceptibles de ser controladas por el que las desencadena.

Se considera como una técnica muy efectiva en la primera - etapa del tratamiento, cuando el objetivo fundamental es romper defensas para provocar una aceptación de la enfermedad.

Además su uso no se limita a las fases de motivación y rehabilitación como pudiera pensarse, ya que se le puede emplear como método preventivo, al proveer con el la concientización - activa de las comunidades sobre la gravedad del alcoholismo y - sus consecuencias. Es recomendable combinar con otras técnicas - psicoterapéuticas ambas fases para poder obtener mejores resultados.

Según Elizondo, el motivo de la efectividad del psicodrama en el tratamiento del alcoholismo se debe a la tendencia del alcohólico a reprimir y enmascarar conflictos y sentimientos, provecándole la estimulación psicodramática una "borrachera artificial" estado en el cual externa sus sentimientos, pero libre de alcohol.

Hannah B. Weiner (1969) nos dice, "La reconstrucción de la personalidad que se deriva del método se parece en cierta forma, aunque mejor estructurada, a los fenómenos observados en los -- clubs de bebederos curados, como los "A.A." donde juega un gran papel para la emergencia del "yo conciente", el efecto de solidaridad". (35). Ella dice que la adaptabilidad de la técnica hace que el psicodrama sea particularmente útil en el tratamiento.

(35) Bour, Pierre. op. cit. p. 153

2.2 PSICOTERAPIA FAMILIAR

La psicoterapia familiar es útil en alcohólicos pertenecientes a familias sintomáticas en que el sistema familiar es patológico contribuyendo a la progresividad de la enfermedad y que por lo tanto es necesario modificar.

En 1981 Kaufman y Pattison (36) nos dicen que el uso del alcohol en una familia no es solamente un problema individual. El uso del alcohol y las consecuencias están dinámicamente relacionadas a eventos del sistema familiar. Así, se puede considerar al alcoholismo como un problema del sistema familiar.

La estructura, actitudes y funciones del sistema familiar pueden ser variables cruciales en los resultados del tratamiento del alcoholismo. La abstinencia alcohólica no aparece de repente como un miembro de la familia que no provoca problemas; en lugar de eso, él puede provocar stress familiar durante el período de abstinencia, por lo tanto es recomendable para la aplicación de esta técnica incluir a la familia en su totalidad.

Dentro de la terapia familiar se da lo que se conoce como sistema mojado y seco. Un sistema mojado es aquel en el cual el alcohólico continua bebiendo problemáticamente mientras que un sistema seco es aquel en el cual tomar activamente no es un problema, sino que el problema familiar continúa. Algunos terapeutas emplean solamente sistemas secos.

El terapeuta al aplicar esta técnica deberá sugerir medi-

(36) Kaufman, E.; Pattison, M., Differential methods of family therapy in the treatment of alcoholism. Journal of studies on alcohol., 1981, 42, No. 11, pp. 951-970

das para lograr el estado seco, al menos temporalmente. Si el alcohólico no deja de beber no va a ser posible que asista a las sesiones, ya que la primera prioridad es interrumpir el patrón de tomar.

Cuando un miembro de la familia llega a la sesión intoxicado, el terapeuta no deberá tratar directamente con este problema; más bien debería hacer que otros miembros de la familia trataran con esto. Ofrece una oportunidad para observar como interactúa la familia durante la intoxicación, la cual es una de las fases más críticas del funcionamiento familiar. En sesiones subsecuentes esta conducta puede ser reexaminada e pueden ser revisados video tapes. Una crítica que se hace al terapeuta que trabaja con sistemas mojados es la de que no mantienen la ilusión de que los problemas están siendo resueltos por que la familia está en terapia cuando, de hecho, los problemas están siendo todavía reforzados.

El terapeuta puede presentar a la familia tres elecciones como sus únicas alternativas:

1. Seguir haciendo exactamente lo que están haciendo.
2. Separarse emocionalmente del alcohólico
3. Separarse físicamente

Cuando los miembros de la familia escogen la primera alternativa, la decisión está tomada y cada uno sigue haciendo lo que estaba haciendo. Si ellos escogen la segunda alternati-

va, no deben atacar al alcoholismo, sino que lo deben aceptar, vivir con el alcohólico y ser responsables de su conducta. Si se elige la tercera alternativa, el alcohólico puede frustrar los intentos de llevarlo fuera de casa, y los familiares deben moverlo, alternativa que puede verse inicialmente como imposible. El problema es resolver por elección uno de los tres puntos de acción, sintiendo a través de la experiencia de los miembros, ayuda y poder. El terapeuta podrá aclarar que esas son solo acciones pero no podrá esperar que sean adoptadas rigidamente.

Entonces la familia opta bajo su propia responsabilidad -- llegar a ser dueños de ellos mismos, más bien que continuar -- tratando de cambiar al alcohólico. En breve el terapeuta puede necesitar la acción de la familia a llevar a cabo el sistema -- seco. Si ésto falla, entonces la siguiente opción es retirar -- de la familia al miembro alcohólico, así la clara responsabilidad de la familia puede ser desarrollada.

En general la terapia familiar a corto plazo pretende una definición de reglas y una reestructuración de los roles, se -- pretende que la familia pueda moverse más psicodinámicamente -- si la abstinencia es alcanzada con un equilibrio familiar estable, el terapeuta podrá estar satisfecho.

Cuando las familias son resistentes a establecer un sistema seco, se hará difícil el trabajo terapéutico, ya que los in

tegrantes estarán tratando de regresar al pasado, evitando el presente conllevando ocasionalmente explosiones emocionales. -- Por lo tanto, el terapeuta tendrá que emplear con frecuencia -- ejercicios de unión para mantener a los miembros involucrados -- y mantener las tensiones emocionales con límites factibles. -- Inicialmente el terapeuta deberá ser activo en la definición -- de roles, reglas y tareas para los miembros de la familia hasta que la separación y autonomía estén desarrolladas y la familia pueda operar con un sistema efectivo.

Los primeros pasos del tratamiento podrán enfocarse principalmente sobre el individuo alcohólico; cuando la abstinencia y la estabilidad emocional han sido alcanzadas por varios meses más exploraciones sustantivas de la familia pueden ser iniciadas para restablecer roles parentales y familiares. Estas sesiones pueden servir como ayuda para la apropiada redefinición o separación de roles o para reconciliar la estructura familiar.

El Dr. Elizondo (37) nos dice que los objetivos de la psicoterapia familiar en el alcohólico no distan mucho de la terapia familiar en general y son:

1. Resolver o reducir el conflicto, y la ansiedad patógena dentro de la matriz y de las relaciones interpersonales.
2. Aumentar la percepción y la realización por los miembros de la familia de las necesidades emocionales de cada uno.

3. Fortalecer la inmunidad de la familia frente a crisis-externas e internas.

4. Promover relaciones más adecuadas entre los sexos y -- las generaciones.

5. Fortalecer la capacidad de los miembros individuales y de la familia común a todo para enfrentarse con fuerzas des -- tructivas desde el interior y desde el ambiente que los rodea.

6. Influir sobre la identidad de los valores de la fami-lia de modo que se dirijan hacia la salud y hacia el crecimiente.

7. Aceptar que el alcoholismo es un problema exclusivo -- del miembro que lo padece y evitar toda actitud de presión, -- control, dominio e chantaje en relación a esta enfermedad.

Los modelos teóricos más recientes le han tomado menor importancia a los factores etiológicos y han puesto más el foco-de atención en el análisis operante de conductas dentro de la-estructura familiar, (Finlay, 1974). El alcoholismo y el com-portamiento familiar son percibidos como si fueran independientes. Steinglass y sus asociados, han desarrollado un proyecto-de investigación que incluye juntos al alcohólico y a su espo-sa en pequeños grupos, de siete a diez días. Para investigar -la función adaptativa del estado de intoxicación dentro de la-estructura marital, conformaron un programa de pacientes internos, de tal modo que durante siete de los diez días el alcohol

era libremente conseguido. Los patrones de interacción de conductas durante ambos estados de intoxicación y sobriedad fueron estudiados y consecuentemente usados en terapias de grupo. Las autopredicciones de conductas durante la intoxicación probaron ser totalmente indignas de confianza. Con frecuencia, - eventos maritales particulares y ciertos patrones de expresión de afecto fueron vistos únicamente durante las etapas de intoxicación. Steinglass, especuló que para algunos, los estados - de intoxicación juegan un rol funcional en el matrimonio. Ciertas conductas que pueden ser temporalmente adaptativas pueden empezar a estar asociadas con estados de intoxicación y un éxito temporal de esa conducta puede tender a reforzar un patrón de ingesta crónico. Una vez que las funciones adaptativas del estado de intoxicación son conocidas, pueden idearse estrategias terapéuticas para enseñar a la familia habilidades más -- adaptativas que ellos pueden utilizar para tratar el problema y brindarles soluciones más duraderas.

Steinglass y sus asociados, sugieren que la estructura de terapia familiar es un método que merece una exploración futura en el tratamiento de bebedores problema. La investigación - de Hedberg y Campbell (1974, citado en Anaya), apoya la terapia familiar conductual como una aproximación prometedora.

Por otro lado como hemos observado ha través de este trabajo se han realizado investigaciones en otras partes del mun-

do, pero es de suma importancia mencionar el trabajo realizado por la Dra, Emma Espejel Aco, en el año de 1983, en la Ciudad de México, D.F. en la colonia Rufz Cortines.

El proposito de la investigación fué proporcionar psicoterapia a parejas con miembro alcohólico.

En dicho estudio la terapia que se utilizo tiene un enfoque desde el punto de vista sistémico, dinámico, estructural y comunicacional.

Los participantes en dicho estudio se seleccionaron bajo los siguientes criterios:

1. que el miembro con dependencia alcoholica estuviera -- asistiendo a un grupo de A.A.
2. que ninguno de los participantes hubiera recibido previamente algún tipo de psicoterapia.
3. que ninguno de los miembros estuviera clínicamente psicótico.
4. que ambos conyuges. estuvieran viviendo bajo el mismo techo.
5. que ambas parejas estuvieran dispuestas a asistir al grupo y ocasionalmente a venir con toda su familia o individualmente.

Los objetivos generales a alcanzar durante la psicoterapia fuerón:

- a) Lograr una mejor adaptación de los conyuges y

b) disminuir malestar y sufrimiento tanto en ellos como en el resto de la familia, ante el nuevo estado de control de la dependencia alcohólica.

Los objetivos específicos fueron:

1. Lograr catársis a través de la comunicación verbal y no verbal.
2. Permitir expresiones directas de culpa, identificaciones proyectivas y transferencias.
3. Responsabilizar a cada uno de los cónyuges de su propia conducta.
4. Permitirles vivencias a través de sus interacciones lo que cada uno hace para que el otro cónyuge responda como lo hace.
5. Promover transacciones y tareas que llevan a las parejas a mejorar límites y aspectos instrumentales.
6. Buscar la desaparición de resentimientos y la comprensión del sufrimiento tanto de uno y otro cónyuge, como de una y otra de las parejas.
7. Propiciar una mejor comunicación verbal, afectiva y sexual.
8. Desarrollar en cada uno de los cónyuges la capacidad de ver en su compañero tanto sus limitaciones, como sus aciertos y logros.
9. Lograr que cada pareja se evalúe a sí misma y sea ca--

paz de evaluar a la otra apoyándose y reflejándose mutuamente.

10. Preparar el alta y elaborar el duelo a la terminación del tratamiento.

11. Realizar el cierre evaluando inicio y final del tratamiento mediante la guía conjunta de evaluación familiar.

El trabajo se realizó en cuatro fases, cada una de ellas tuvo una duración aproximada de dos meses y medio efectivo de trabajo, con una sesión semanal de hora y media.

Los logros terapéuticos de las cuatro fases son los siguientes:

1º Se cumple con la función de catarsis, esto se logra a través de la verbalización y del lenguaje no verbal, exponiendo los sentimientos de rabia, culpa y agresión, depositándolos principalmente en el conyuge y en el alcohol.

2º Se logra que los conyuges tomaran conciencia de su propia conducta y de sus sentimientos personales, a través de la comunicación directa, clara y efectiva que se estableció. A su vez se logró la significancia de ambos, como consecuencia de la disminución de la lucha por el poder de uno y otro.

3º Se considera como una etapa de proceso ya que está enfocó a la organización de aspectos instrumentales como son los referentes a distribución de la economía, manejo de límites integracionales, vacaciones, diversiones e intereses recreativos y distribución y participación de actividades por ca

da uno de los conyuges y de los miembros de la familia.

40 En esta fase se logró que cada uno de los coyuges expresarán sus necesidades y limitaciones en el aspecto sexual -- así como sus carencias y posibilidades de acierto. También se logró que cada pareja se evaluara objetivamente y fuera capaz de evaluar a la otra expresándole su apoyo, reflejándole su -- problemática y señalándole constructivamente sus errores.

En conclusión se reportó mejoría en todas las áreas.

Cabe mencionar que los grupos AL-ANON existen como grupos de auto-ayuda para los familiares de los alcohólicos; éstos es tan integrados por esposos y esposas, padres, madres, parientes en general e inclusive amigos íntimos de los alcohólicos, es-- tán destinados a ayudar a los parientes de los alcohólicos fun damentalmente los más cercanos: madres y esposas constituyen -- la población mayoritaria quienes frecuentemente se sienten angustiados o culpables de la conducta alcohólica de su familiar. Los grupos AL-ANON les ayuda primeramente a que reciban una -- formación y orientación sobre el problema del alcoholismo, -- además les ofrece la oportunidad de relacionarse con otras per sonas que tienen su mismo problema encontrando apoyo y forta-- leza mutua, finalmente se sugiere como enfrentar sus dificulta des y manejar más serenamente problemas que no depende de ellos cambiar; en tanto que Alcohólicos Anónimos carece de la instru cción necesaria de los dirigentes adecuados, los conocimientos

apropiados para manejar una información realista, actualizada y desde luego la falta de sentido terapéutico para cumplir con las metas de expertos internacionales. (OMS)

2.3 PSICOTERAPIA INDIVIDUAL

En el tratamiento del Síndrome de Dependencia al Alcohol, la psicoterapia individual no es recomendable como parte inicial, y mucho menos en ausencia de la psicoterapia de grupo, ya que la característica mitomanía y las defensas neuróticas del paciente alcohólico le harían fracasar.

Es así, un complemento de la psicoterapia de grupo, por lo que una vez que se determina la necesidad de tratamiento psicológico, se debe practicar un detallado interrogatorio y un exámen psiquiátrico al paciente, incorporarlo a una psicoterapia grupal y hasta entonces auxiliar con la psicoterapia individual, con el objeto de abocarnos a aquellos problemas que no pueden ser tratados en el grupo y para aclarar y reafirmar conceptos que presenten cierta dificultad al paciente.

Puede decirse que todas las diferentes corrientes psicoterapéuticas, intentan alcanzar la recuperación del alcohólico, pero no hay ninguna a la que pueda considerársele como "la correcta", ni siquiera "la mejor". La razón de ésto es muy clara: cada paciente tiene diferentes capacidades y necesidades; no puede hablarse de un tratamiento para el alcohólico en general,

sino para éste o aquél alcohólico en particular.

Las diferentes psicoterapias han intentado ayudar al paciente alcohólico con los medios de que disponen, con base en el marco teórico en que se apoyan. A continuación se describirán brevemente las diversas aproximaciones de tratamiento que se dan como psicoterapia individual, siendo las siguientes: a) Terapias con droga; b) Hipnosis; c) Psicoterapia; d) Terapia de apoyo; e) Terapia reeducativa; f) Terapia reconstructiva.

a) TERAPIAS CON DROGA

Un agente químico quizás de los más utilizados en el tratamiento del alcoholismo, es el disulfiram y se caracteriza por producir reacciones violentas displacenteras en los humanos cuando es combinado con el uso de bebidas alcohólicas. Esta reacción conocida como reacción de disulfiram-etanol, está caracterizada por la llegada masiva de éste al sistema nervioso autónomo.

Los síntomas de la reacción disulfiram-etanol incluyen, calor, náusea, vómito, dolor de pecho, disnea, debilidad, dificultad para respirar, corazón acelerado, y una marcada disminución de la presión arterial.

Efectos secundarios. Los profesionales que incluyen disulfiram en los paquetes de tratamiento deben conocer la po-

sibilidad de efectos secundarios. Estos incluyen, erupciones - en la piel, fatiga, dolores de cabeza, impotencia. Estos efectos no ocurren en todos los pacientes, parecen ocurrir en menor grado cuando se toman menores dosis y aparecen con mayor - frecuencia después de la primera semana de tratamiento.

Parece ser que la inclusión de disulfiram oral como compo nente en un programa de tratamiento puede elevar significativa mente la tasa de mejoramiento comparándolo con otro programa - sin disulfiram. En situaciones cuando se les da a escoger a -- los pacientes, aquéllos que escogen la disulfiram la pasan mejor que aquéllos que rehusan el medicamento. Anaya nos dice: - "El disulfiram parece particularmente ser más exitoso con los pacientes de edad que tienen problemas de ingesta mas severos- pero concomitantemente menos psicopatológicos".(38)

Los medicamentos psicotrópicos son aquellos encaminados a influir directamente en el estado mental y a aliviar síntomas- tales como depresión y ansiedad, por lo general los psicotrópi cos han sido usados extensamente en el proceso de desintoxica ción. Pattison, afirma "las drogas psicotrópicas actualmente - siguen siendo uno de los métodos de tratamiento más comunmente usados para bebedores problema". (39)

Los tranquilizantes menores, han sido prescritos para los alcohólicos primeramente debido a su acción de anti-ansiedad--

(38) Anaya Hernandez, P. op. cit. p. 59

(39) Pattison, E.M. ACritique of Alcoholism Treatment with --- Special Reference to abstinence. Quarterly Journal of -- Studies on Alcohol, 1966,27 pp. 49-71

que calma sin ser tan fuerte como los barbitúricos y con un riesgo aparentemente menor de acción farmacológica. Entre los tranquilizantes, el clorodiazepóximo (nombre en el mercado li
brium) es el más común.

Los resultados obtenidos en los estudios realizados con tranquilizantes menores, no son optimistas acerca de su eficacia con bebedores problema, y evidencias limitadas sugieren que su efecto puede ser negativo en cierta población.

Por último se encuentran los antidepresivos, en cuanto a éstos, la información que se tiene parece ser un poco más pro
metedora, ya que, cuando menos parece que ciertos antidepresivos son efectivos en el alivio de síntomas depresivos en algunos alcohólicos (Akiskal, 1974; Butter Worth, 1971; Shaffer, 1964; Wilson, 1970, citados en Anaya).

b) HIPNOSIS

Las referencias del uso de Hipnosis en el tratamiento del alcoholismo datan atrás hasta 1899 (Moll, 1899, citado en Edwards (40)).

En este tipo de tratamiento el cliente es visto en un rol pasivo, perdiendo el control personal y el tratamiento puede parecer que tiene cualidades mágicas. La literatura reciente en el área de Auto-Control y Modificación Conductual - Cognitiva, puede argumentar que este tipo de perspectiva (cam

(40) Edwards G. : Patients With Drinking Problems. Br. Med. J., 4: 435, 1969. U.S.A.

bios externamente impuestos con poca actividad incluida por parte del cliente) puede no resultar un éxito duradero, porque a la persona no se le ha enseñado ninguna habilidad conductual nueva o procesos cognitivos adaptativos para tratar las presiones interpersonales e intrapersonales que pueden conducirla a recaer.

Anaya nos dice "después de revisar varias investigaciones se observa que los resultados son poco consistentes, probablemente debido a la falta de control y a la manera en que el concepto de Hipnosis ha sido presentado a los sujetos"(41)

c) PSICOTERAPIA

La mayoría de las psicoterapias para alcohólicos parecen estar derivadas de modelos psicodinámicos. El supuesto central aquí es que el alcoholismo es un síntoma de un conflicto inconsciente básicamente, con la implicación de que el conflicto más que el síntoma debe ser tratado.

Por otro lado la teoría del análisis transaccional (Steiner, 1971) y las teorías de sistemas de comunicaciones (Stein glass, 1971), comparten el supuesto de que la llave para la resolución del síntoma del alcoholismo es el logro de un insight crítico dentro de las dinámicas intrapsíquicas.

Selzer y Hayman nos dicen al respecto, "Los alcohólicos generalmente son pacientes que no se encuentran en tratamien-

(41) Anaya Hernandez, P. op. cit. p. 69

to con psicoterapeutas y son además, consistentemente diagnosticados como teniendo desórdenes de la personalidad, con menor pronóstico positivo en psicoterapia". (42)

Las investigaciones realizadas indican que la psicoterapia de insight no representa un tratamiento apropiado para -alcohólicos. Investigaciones controladas señalan un alto grado de deserción y más baja o igual efectividad en comparación con otros métodos alternativos de tratamiento (Gomez -- Schwartz, 1978, citado en Anaya). Una posible razón para la respuesta pobre de los alcohólicos a las terapias de insight, es el déficit en abstracción cognitiva y habilidades de memoria asociados con el uso crónico de alcohol. Además, la psicoterapia, en general, dura mucho tiempo y las investigaciones recientes no apoyan la superioridad de investigaciones -intensivas de larga duración sobre menos extensas y costosas alternativas.

La duración de la psicoterapia y el grado de entrenamiento profesional que requiere su administración, combinados con algunos resultados desfavorables obtenidos en la literatura revisada, no tienen un buen pronóstico por el costo efectividad de la psicoterapia como un tratamiento de primera modalidad para el alcoholismo.

d) TERAPIA DE APOYO

(42) Selzer, ML.: y Col. A Screening program to detect alcoholism in traffic offenders, in the prevention of highway insury. Edited by Selzer y Col. University de Michigan pp. 44-50; 1967.

Sus objetivos principales son los de proporcionar al alcohólico un equilibrio emocional tan rápidamente como sea posible y lograr la abstinencia total, de tal manera que la persona pueda funcionar mejor en la sociedad en que vive. Se intenta fortalecer las defensas existentes, así como elaborar mejores mecanismos de control. Además, se trata de modificarlo, si es posible, eliminar factores negativos para el alcohólico y situaciones que faciliten la aparición de la conducta de beber.

En esta terapia, no se pretende hacer un cambio en la estructura de la personalidad, a pesar de lo cual, si pueden darse ciertas alteraciones caracterológicas.

Meyer y Chesser nos dicen al respecto, "El objetivo de la psicoterapia de apoyo consiste en suprimir o aliviar los síntomas actuales lo más pronto posible, y las técnicas empleadas incluyen la ventilación de los problemas, dar confianza al paciente, usar la sugestión, la persuasión y la guía directa". (43)

Kolb, afirma "Se puede considerar que esta técnica es un medio de mantener la angustia a un nivel que permita al paciente encarar con posibilidades de éxito sus problemas emocionales". (44)

Se usan técnicas directivas, manipulación ambiental, ex-

(43) Meyer, V.C. y Chesser, S.E., Terapéutica del Comportamiento en Psiquiatría Clínica, La Prensa Médica Mexicana, S.A., México, 1982 p. 20

(44) Kolb, C. Lawrence, op. cit. p. 740

ternalización de intereses (como terapia ocupacional) se busca que el paciente se interese en otras actividades, se le da seguridad, y se facilita la catársis emocional, así como el auto-control.

Estos métodos no han obtenido resultados alentadores y sólo son benéficos para aquellos que se encuentran en las primeras etapas del alcoholismo. Se usan solamente cuando otros procedimientos no pueden administrarse.

En este tipo de tratamiento los resultados son parciales si hay presiones ambientales desagradables que el enfermo no puede evitar.

Puede decirse que lo que intentan estas técnicas, es cambiar la fuente de dependencia del alcohol por otras menos dañinas.

e) TERAPIA REEDUCATIVA

Esta terapia tiene como objetivo, el lograr un cambio en las metas del alcohólico, desarrollar sus potencialidades creativas y modificar su posición ante el alcohol y ante la vida en general. Se orienta a dar a los alcohólicos seguridad y confianza en sí mismo, ayudándolos a sentirse valiosos. En esta forma se pretende que el paciente sienta que no necesita del alcohol para asegurar su valor como persona y que pueda depender de sí mismo, en lugar de depender de la bebida.

Al principio, como en las terapias de apoyo, el terapeuta se convierte en una fuente de dependencia que le proporciona seguridad, pero conforme el proceso terapéutico se desarrolla, se intenta hacer del alcohólico, una persona independiente.

La abstinencia total es o no una meta del tratamiento dependiendo de las necesidades y capacidades del paciente y de la orientación teórica del terapeuta.

f) TERAPIA RECONSTRUCTIVA

Esta terapia tiene como objetivo, el lograr insight sobre los conflictos inconscientes que provocaron la conducta de beber excesivamente en un principio, así como hacer alteraciones extensas en la estructura del carácter; facilitar el crecimiento de la personalidad y el desarrollo de nuevas potencialidades adaptativas.

Obviamente la abstinencia no es una meta en este tipo de terapia, sino el liberar completamente al individuo de su dependencia del alcohol.

2.3.1. TERAPIA AVERSIVA

Las terapias Aversivas cuando son aplicadas a problemas de ingesta, tratan de interrumpir la conducta de ingesta creando aversión o disgusto a las bebidas alcohólicas.

Caddy y Lovibond (1970) nos dicen al respecto, "La tera--

pia aversiva generalmente a sido empleada, aunque no siempre, hacia una meta total de abstinencia". (45)

Según las teorías del aprendizaje, el alcoholismo es un hábito aprendido y la aparición de falta de control sobre la bebida se explica por medio del concepto de reforzamiento propuesto por Dollar y Miller que dicen que la reducción repentina de un estímulo displacentero tiende a producir un incremento de la conducta que conduce a tal reducción. En el alcohólico, el estímulo displacentero que se reduce mediante la conducta de beber, es la ansiedad, el miedo, la ira, etc.

Así pues, con cada trago de alcohol, se refuerza más el hábito alcohólico.

Por otro lado, el hábito alcohólico puede llegar a ser -- autónomo, es decir, que puede alcanzarse un estado en el que el alcohol ya no guarde relación alguna con la reducción del estímulo aversivo y así el alcoholismo empieza a generar trans tornos y tensiones del propio bienestar. Es posible entonces, que la respuesta condicionada, o sea la tendencia a beber, pueda extinguirse mientras que el impulso básico (el miedo o ansiedad que motivaron originalmente la conducta de beber), puede permanecer inalterado. De este modo, es probable una recaída.

El condicionamiento operante aversivo tiene éxito cuando:

a) El alcohol ya no reduce ningún impulso, excepto el que

(45) Caddy, G.R., and Lovibond, S.H. Self-regulation and discriminated aversive conditioning in the modification of alcoholic's drinking behavior. Behavior Therapy, 7 pp. 223-230, 1976.

b) Cuando la ansiedad esta siendo extinguida simultáneamente por otros métodos.

La conducta de beber se adquiere debido al reforzamiento positivo y se mantiene a través del reforzamiento negativo (- evitación del síndrome de abstinencia).

De las técnicas conductuales existentes para el tratamiento del alcohólico, estan las aversivas, en las que la conducta de beber alcohol precede a un estímulo aversivo como náusea -- (producida por la aplicación de agentes químicos, estimulación eléctrica, o fantasía aversiva). El alcohol se apareará y se asociará a la respuesta de vomitar. Una vez que esta respuesta desagradable se ha condicionado a la conducta de beber alcohol, el hábito de evitar el mismo se habrá establecido mediante el condicionamiento operante. La persona aprende que la abstinencia de beber conduce a evitar la "náusea condicionada". Así la respuesta de abstenerse de ingerir alcohol se fortalece por -- que reduce la sensación desagradable que se condicionó.

Las sesiones de tratamiento aversivo se imparten diariamente en un principio, y después, como terapéutica de "sosten", a intervalos irregulares, para tratar o prevenir recaídas.

La terapia aversiva, la cual es una terapia individual, - se puede aplicar a través de: a) Agentes químicos como la Emetina, Apomorphina, y Succinylcholina; b) Estimulación eléctrica; y c) Fantasía aversiva (sensibilización cubierta).

En la terapia aversiva con agentes químicos, como son las drogas que producen náusea, la Emetina empezó a ser utilizada en 1935 para crear aversión. El procedimiento consistía en una inyección intramuscular de emetina hydrochloride, que producía náusea y vómito cuando se ingería alcohol.

Anaya nos dice al respecto "El condicionamiento aversivo con emetina ha sido usado con éxito relativo con cierta población de pacientes que tienen un buen matrimonio y un buen trabajo, de clase media o alta y con suficiente motivación para gastar demasiado en un programa de tratamiento desagradable. - Las tasas de abstinencia dentro de este grupo tienden a estar entre el 60 y 70% en un año. La efectividad en este tratamiento en otra población es menos clara". (46)

La Apomorphina, de acuerdo con Lemere y Voegtlin, 1980, - (citados en Niño Hurtado y Cardenas Moya), se rechazó desde -- que se advirtió que producía sedación, la que se cree interfiere con el proceso de condicionamiento. En adición, no se encontró que fuera un emético confiable y su duración de acción fué considerada como muy corta para ser útil.

La Succinylcholina, fué usada durante los 60's en un intento de crear aversión al alcohol asociandolo con un evento traumático. Dicha droga produce una parálisis total de músculos, - incluyendo aún los involucrados en la respiración justo antes de la inyección se le da al paciente alcohol para olerlo y pro

barlo. La droga se da intravenosamente en una dosis suficiente para producir apnea por cerca de 60 segundos, una experiencia altamente aterradora. Actualmente no se hace uso de esta droga.

Aversión Eléctrica, en esta terapia se utilizan los electro-choques como estímulo incondicionado alternativo, se puede aplicar en dedos, pies, piernas y cara.

Los primeros reportes publicados de la aversión eléctrica en alcohólicos, aparecieron en Rusia en 1930, posteriormente a recibido una extensa investigación en los siguientes 50 años.- Una variedad de grupos sin control y estudios de casos han reportado un porcentaje de tasas de mejoría que oscilan entre el 0% y 60% (Blake, 1965, 1967, Cimero, et al, 1975; Classon y Malm, 1973; Aju, 1965, McGuire y Vallenge, 1965; Michaelsson, 1976; Miller y Hensen, 1972; Morosko y Baer, 1970; citados en Anaya).

Miller (1978) ha reportado que "no hay diferencia significativa en la eficiencia entre programas de tratamiento conductual con o sin choque". (47)

Un factor que impide el uso efectivo de la aversión eléctrica es la falta de entendimiento del porque ésta parece servir para ciertos pacientes y para otros no. Es probable que los cambios críticos en los procesos cognitivos y/o estructu--

(47) Miller, W.R. Behavioral Treatment of problem drinking: A comparative outcome study of three controlled drinking therapies. Journal of consulting and clinical Psychology, 1979, 46, p. 74

ras influyen en el impacto de la aversión eléctrica.

La Sensibilización Cubierta o Terapia de Aversión Verbal, es una técnica que incluye guía verbal en donde se le pide al paciente que imagine el alcohol y escenas de ingesta asociando las con sentimientos displacenteros, generalmente náusea y vómito.

Los datos de las investigaciones realizadas son inadecuados para sacar conclusiones firmes. Estudios controlados sugieren que la sensibilización cubierta es más efectiva que el no recibir tratamiento. Cuando únicamente los resultados de abstinencia son considerados, las tasas son del 40%. La ingesta moderada también ocurre.

Robert A. Harper nos dice que "la necesidad, por ley y -- por ética, de una administración suave e infrecuente de los es tículos punitivos, además de la disponibilidad de es tículos condicionados que refuerzan los antiguos patrones, como el alcohol para el alcohólico, también ayuda a que sean frecuentes las re caídas en la terapia aversiva".(48)

Es justo señalar que la terapia de la aversión con frecuencia es una terapia de último recurso para pacientes muy difíciles con los cuales ha fracasado otra terapia o que se han rehusado a asistir voluntariamente a cualquier terapia.

2.4 TRATAMIENTO CONDUCTUAL CON ORIENTACION A LA MODERACION

(48) Harper, A. Robert., op. cit. p. 157

En la actualidad existen evidencias clínicas y experimentales que demuestran que algunos alcohólicos, aún siendo crónicos, pueden ser capaces de moderar, y/o controlar sus patrones de ingesta y mantenerlos por períodos de tiempo extensos.

Para cumplir con lo anterior existe una amplia variedad de estrategias, de tratamientos conductuales no aversivos, las cuales son usadas para reducir el consumo excesivo de alcohol y para mejorar el funcionamiento social, marital, vocacional y emocional del sujeto.

Un modelo de tratamiento conductual amplio para el alcoholismo, necesita el uso de una variedad de técnicas. El rango de técnicas actualmente es muy amplio.

- Técnicas que disminuyen inmediatamente las propiedades de reforzamiento del alcohol; son comúnmente usadas. Estas incluyen asociación aversiva o estímulo displacentero con el patron de ingesta y con una amplia variedad de factores medioambientales que provocan la conducta.
- Técnicas de auto-control o auto-gobierno, para controlar el impulso y reorganizar el estímulo medioambiental asociado con la conducta de acercarse al alcohol.
- Técnicas designadas a proveer al alcohólico de conductas sociales-emocionales incompatibles con el abuso del alcohol. Estas incluyen el aprendizaje de formas alternativas para tratar situaciones de stress, sociales, ma

ritales y vocacionales.

- Técnicas que enseñan a personas significativas en el medio ambiente a reforzar al sujeto cuando esté sobrio, y a castigar o ignorar el consumo excesivo de alcohol.

Tradicionalmente la meta terapéutica para el alcoholismo era la abstinencia, en la actualidad se tiende a ser más flexible, ya que la meta puede ser la moderación.

Hasta antes de 1970 el concepto de ingesta moderada como meta explícita de tratamiento era relativamente ignorada, fue hasta cuando Lovinbond y Caddy (49) publicaron el primer reporte de investigación controlada con un procedimiento de tratamiento orientado a la "moderación". En los siguientes diez años ha habido una cantidad alentadora de investigaciones bien diseñadas y controladas que evalúan la eficacia de una variedad de métodos de tratamiento que intentaron producir lo que ha venido a ser llamado "ingesta controlada" (Reinert y Bowen, 1968, citados en Anaya), pero con esto no quiere decir que ninguna terapia propuesta con una orientación de moderación ha propugnado su uso para todos los bebedores problema, tampoco se sugiere que los abstinentes puedan reanudar la ingesta con seguridad. Más bien, se ha sostenido que las aproximaciones con una orientación de moderación representan una alternativa viable para algunos bebedores problema.

Debido a que muchos bebedores problema, particularmente -

(49) Caddy, G.R. and Lovinbond, S.H. op. cit. pp. 223-230

aquellos que se encuentran en las primeras etapas de desarrollo del problema, no desean ser etiquetados como "alcoholicos" o considerar la abstinencia como una meta de tratamiento, la orientación de moderación puede ser más aceptable y más exitosa, que otros métodos tradicionales. Así mismo, para los pacientes que repetidamente fallan en responder a aproximaciones de abstinencia, las terapias de ingesta controlada pueden ofrecer una alternativa efectiva.

Actualmente existen algunos tratamientos alternativos, como rutas hacia la moderación, entre ellos se encuentran: a) Entrenamiento conductual de auto-control, b) Entrenamiento de relajación, c) Entrenamiento de asertividad, y d) Retroalimentación con videotape, por considerar que son éstos los que han recibido mayor atención en el tratamiento del alcoholismo, a continuación los revisaremos brevemente.

a) ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL DE AUTO-CONTROL

En esta terapéutica se debe de considerar que el éxito a largo plazo de la terapia probablemente dependa del desarrollo del "auto-control".

Thoresen y Mahoney, en 1974 nos dicen que hay que considerar lo siguiente, "la falta de motivación de los alcohólicos para cambiar es por definición falta de control interno de su conducta"(50), esto lo consideran con objeto de poder estable-

(50) Thoresen, C.F. and Mahoney, M.J. Behavioral Self-Control. New York: Holt Rinehart and Winston, Inc. 1974.

cer los pasos iniciales del tratamiento e incluir el control externo para iniciar los cambios del comportamiento, los pasos pueden incluir: 1) coerción de la ley, de la familia o del empleo para iniciar el proceso de tratamiento; 2) un programa -- planeado de reforzamiento para inducir antabuse y/o 3) sistemáticamente dar premios o castigos para cambiar el comportamiento. La última y óptima meta, es ir gradualmente reemplazando el control externo y la motivación por el control interno.

El entrenamiento conductual de auto-control "ECAC" (en inglés abreviado BSCT), representa una aproximación con orientación educacional para el tratamiento del problema de ingesta.

"El auto-control, es un proceso por el cual el individuo comienza a ser el principal agente que guía, dirige y regula -- aquellas características de su propio comportamiento, que eventualmente pueden conducir a las consecuencias positivas deseadas", Goldfriend y Merbaum (51).

Thorensen y Mahoney, han desarrollado dos formas básicas de auto-gobierno que son: control de estímulos, en el que incluye el rearreglo de claves o consecuencias medioambientales para disminuir la probabilidad de la ingesta, y la segunda, -- programación conductual, la cual se refiere a que el individuo rearregla las consecuencias de su propia conducta. Básicamente esto es similar a las aproximaciones operantes en donde el reforzamiento es dado contingentemente a la abstinencia o ingesta

(51) Goldfriend, M.R. and Merbaum, M. (eds.). Behavior Change through Self-Control. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc. 1973

moderada y el castigo o retirada del reforzamiento es contingente a la ingesta excesiva. En este sentido, el individuo por sí mismo arregla y se provee con estas contingencias.

Las técnicas de auto-control son programas terapéuticos - que consisten en que el paciente establezca cuál es la concentración de alcohol que puede ingerir en forma óptima.

A estas técnicas de auto-control se añaden técnicas de auto-registro, ya que las segundas tienen como principio básico la retroinformación. El auto-registro tiene características similares a la confrontación (cuando el terapeuta confronta al sujeto con cierta información que él está evadiendo; esto se lleva a cabo contrarestando los mecanismos de defensa que el paciente está utilizando. Se le presiona al sujeto a manejar la información que está evadiendo) y le da más información sobre una variable para estar en mejores condiciones para resolver un problema.

El auto-registro tiene como objeto el que el ser humano, maneje más información sobre su problema para tener más control de éste.

A pesar de que el contenido específico de los programas - ha variado de un clínico a otro, las aproximaciones de entrenamiento conductual de auto-control, generalmente tienen en común las siguientes características.

- Un programa educacional designado para ayudar a los in

moderada y el castigo o retirada del reforzamiento es contingente a la ingesta excesiva. En este sentido, el individuo por sí mismo arregla y se provee con estas contingencias.

Las técnicas de auto-control son programas terapéuticos - que consisten en que el paciente establezca cuál es la concentración de alcohol que puede ingerir en forma óptima.

A estas técnicas de auto-control se añaden técnicas de auto-registro, ya que las segundas tienen como principio básico la retroinformación. El auto-registro tiene características si milares a la confrontación (cuando el terapeuta confronta al sujeto con cierta información que él está evadiendo; esto se lleva a cabo contrarestando los mecanismos de defensa que el paciente está utilizando. Se le presiona al sujeto a manejar la información que está evadiendo) y le da más información sobre una variable para estar en mejores condiciones para resolver - un problema.

El auto-registro tiene como objeto el que el ser humano, maneje más información sobre su problema para tener más control de éste.

A pesar de que el contenido específico de los programas - ha variado de un clínico a otro, las aproximaciones de entrenamiento conductual de auto-control, generalmente tienen en común las siguientes características.

- Un programa educacional designado para ayudar a los in

dividuos a adquirir y mantener un nivel de ingesta moderado y sin problemas.

- Generalmente, se ofrece a pacientes internos.
- Con una variedad de formas de presentación, incluyendo grupal, individual y biblioterapia.

El auto-control en comparación con otras aproximaciones alternativas no requiere del consumo de bebidas alcohólicas dentro del tratamiento, así como también tiene una posible ventaja de costo-efectividad.

b) ENTRENAMIENTO DE RELAJACION

Podemos partir del hecho de que el alcohol a sido frecuentemente descrito como un escape o como un método para enfrentar la depresión ó la frustración. En 1969 Wisocki (citado en Anaya) encontró que los alcohólicos subjetivamente reportaban ansiedad en relación al miedo, fracaso, equivocaciones, sentimientos de desapruebo y sentimientos de rechazo. Estos estados emocionales sirven como claves para provocar una ingesta excesiva.

Por otro lado a pesar de los esfuerzos que se han realizado, todavía no existen bases experimentales en las que se establezca una relación entre stress fisiológico y el abuso del alcohol, ya que es extremadamente complejo.

Si el alcohol es usado inteligentemente o no, como un mecanismo para hacer frente, parece ser razonable entonces una estrategia

tegia para disminuir la dependencia psicológica de la ingesta y que enseñe al individuo habilidades alternativas para enfrentarse a las situaciones que provocan stress.

Los terapeutas conductuales han desarrollado un amplio -- rango de métodos relevantes de auto-control que podrían enseñar a bebedores problema, y uno de ellos es el entrenamiento de relajación, el cual ha sido usado para ayudar a la gente a: 1) Reducir ansiedad; 2) reducir la necesidad y urgencia de beber; 3) poder conciliar el sueño más fácilmente; 4) tratar con factores medioambientales específicos que traen como consecuencia ansiedad, Miller y Mastria (52).

El entrenamiento de relajación incluye un proceso en el cual, durante una serie de sesiones el cliente es enseñado a -- relajarse, muscular y cognitivamente, por completo, el terapeuta brinda apoyo y reforzamiento verbal.

En 1980 Miller y Taylor (53), encontraron resultados de -- una modesta mejoría en los alcohólicos ayudados con el entrenamiento de relajación.

El entrenamiento de relajación comúnmente no es usado sólo, sino como parte de la desensibilización sistemática.

La desensibilización sistemática consiste en asociar si-- tuaciones que producen ansiedad, ya sea imaginariamente o en -- vivo, con relajación.

(52) Miller, P.M. and Mastria M.A. Alternatives to Alcohol Abuse. Champaign Illinois: Research Press, 1977.

(53) Miller, W.R. Taylor, C.A. Relative effectiveness of bio-- biotherapy, individual and group self-control training - in the treatment of problem drinkers., Addictive Behavior, 1980, 5, 13-24.

Los datos de los resultados de tratamiento con desensibilización sistemática, son más prometedores que aquellos con -- únicamente entrenamiento de relajación.

c) ENTRENAMIENTO DE ASERTIVIDAD

La asertividad ha sido descrita como la habilidad para expresar apropiadamente los derechos y sentimientos personales, -- ambos positivos y negativos, en la presentación de otros (Herson y Miller, 1973, citados en Anaya).

Al respecto Wolpe nos dice "El entrenamiento asertivo es aplicable predominantemente al descondicionamiento de hábitos -- de respuesta de ansiedad inadaptables que se presentan como -- respuesta ante la gente con la que el paciente interactúa".(54)

Los deficits en la habilidad para expresar adecuadamente -- los desacuerdos con algunas opiniones cuando se infringen nuestros derechos (ejemplo, de amor, enojo y afección) causan problemas intra e interpersonales, los cuales engendran, una variedad de respuestas mal adaptativas, como: depresión, aislamiento social, resentimiento crónico, abuso de drogas y de alcohol, fobias sociales.

En 1979 Sturgis (citado en Anaya) en base a un estudio que realizó, sugiere que el entrenamiento de asertividad para algunos alcohólicos puede resultar como un efecto del "halo" en -- otras áreas de funcionamiento intrapersonal e interpersonal.

(54) Wolpe, Joseph. Práctica de la Terapia de la Conducta, -- Ed. Trillas, México, 1985. p. 95

Los resultados de las investigaciones que se han realizado hasta 1979, generalmente apoyan la utilidad de enseñar a -- los bebedores problema una asertividad más efectiva y habilidades para resolver problemas.

El entrenamiento de asertividad es clínicamente significativo en el tratamiento del alcoholismo, ya que la inhabilidad del individuo para enfrentar situaciones que requieren conductas asertivas, a menudo ocasionan episodios de excesiva ingesta.

e) RETROALIMENTACION CON VIDEOTAPE

En los años 40's., da inicio el uso de audio-grabadora como auto-confrontación, para los pacientes con problemas en la ingesta del alcohol.

Los usos de la video-grabadora en el tratamiento del alcoholismo han sido variados y generalmente se pueden dividir en cuatro clases:

a) Grabación de una entrevista intensiva (sin alcohol o - una dosis moderada), que explora material dinámico significativo y revisando la grabación con el cliente posteriormente.

b) Mostrando entrevistas gravadas con "pacientes modelo"- que experimentarán resultados exitosos.

c) Usando vídeo-gravaciones de retroalimentación como una ayuda en ejercicios conductuales y en entrenamiento de habilidades sociales.

d) Grabando a alcoholicos en etapas avanzadas de intoxicación o con el síndrome de abstinencia y viendo la grabación -- posteriormente para confrontar a los pacientes (ya sobrios) -- con la severidad de sus síntomas alcohólicos, que son típicamente olvidados o negados.

La contribución del componente de video-grabación en un programa de tratamiento multimodal es difícil de juzgarse. Una alta tasa de deserción similar a la de la psicoterapia intensiva y confrontativa, parece ser característica.

Bailey en colaboración con otros investigadores, hace referencia al respecto "la video-grabación para la auto-confrontación puede ser una experiencia poderosamente aversiva y el potencial de daño a los pacientes debe ser considerado". (55)

(55) Bailey, M.D. y cols. The epidemiology of alcoholism in an urban residential area. Quart J. Stud. Alcohol 26:19-40, 1965, U.S.A.

CAPITULO III

INVESTIGACION DE CAMPO

CAPITULO III

INVESTIGACION DE CAMPO

1. METODO

1.1 GENERALIDADES

Al referirnos al "Síndrome de Dependencia al Alcohol" nos enfrentamos a un serio problema, el como resolverlo, y a quien o a donde recurrir.

Es de todos conocida la Asociación de Alcohólicos Anónimos, la cual fué fundada en Estados Unidos en 1935. Se calcula que el número de miembros en el mundo es de más de un millón. Alcohólicos Anónimos ha ayudado a un sinnúmero de personas, -- constituye un depósito de sorprendentes experiencias, y ha tenido una gran influencia para humanizar las actitudes sociales hacia las personas que tienen problemas de alcoholismo.

Alcohólicos Anónimos es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayuda a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida. En AA no se pagan honorarios ni cuotas; se mantienen 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 mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos--

a alcanzar el estado de sobriedad.

Hay además una gran cantidad de Instituciones y organismos públicos que atienden problemas relacionados con el alcoholismo, pero no como actividad exclusiva ni prioritaria, como son: la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, el Departamento del Distrito Federal, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, el Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud (CREA), el Instituto Mexicano de Psiquiatría, la Universidad Nacional Autónoma de México a través de sus Facultades y Escuelas (principalmente del área de la Salud) e Institutos de Investigación, el Instituto Politécnico Nacional en el Centro de Estudios Avanzados, el Colegio de México, A.C., el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán", el Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales, la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.

Por otro lado existen Instituciones privadas las cuales pretenden coadyuvar en la disminución de este grave problema contando con personal especializado y técnicas específicas de rehabilitación.

No se trata con ésto de hacer una comparación de que Institución o grupo es más efectivo sino únicamente hacer un breve estudio de las Instituciones particulares para determinar -

cuales son las aportaciones y el apoyo que se brinda a personas con Síndrome de Dependencia al Alcohol.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Que estrategias de prevención y cuales son las técnicas-
psicoterapéuticas que ofrecen las Instituciones particulares-
para la rehabilitación de personas con Dependencia al alcohol;
de los diversos sistemas, cual es el más frecuente.

1.3 OBJETIVO GENERAL

El presente estudios de campo tiene como objetivo general
dar un panorama de los servicios de prevención y tratamiento -
para los enfermos con "Síndrome de Dependencia al Alcohol" y -
para tal efecto se mencionarán las Instituciones particulares-
que existen en el Distrito Federal.

1.3.1 OBJETIVOS INTERMEDIOS

- Explorar las estrategias que se utilizan para la pre-
vención primaria del alcoholismo.

- Detectar si la Institución cumple con los tres aspec-
tos generales de un tratamiento a seguir y explorar los pro-
gramas o terapias rehabilitatorios.

- Identificar los recursos humanos con que cuentan dichas
Instituciones, analizando si el personal es el indicado para -

para el éxito del proceso rehabilitatorio de personas con -- Síndrome de Dependencia al Alcohol.

- Recopilar los requisitos de ingreso de dichas Instituciones, especificando las facilidades o restricciones que se proporcionan a las personas que requieren de este servicio.

- Establecer que población es atendida en las Institu-- ciones.

1.4. TIPO DE ESTUDIO

En función de los objetivos que se pretende alcanzar, - el tipo de estudio que se realizó, de acuerdo al periodo de captación de la información, es prospectivo, como no se pretendió evaluar la evolución de las características a estu--- diar, es transversal, descriptivo, en cuanto a que no se rea lizó comparación de variables, y por último observacional de bido a que no se controló ninguna variable.

1.5. DELIMITACION DEL UNIVERSO

Debido a que las Instituciones privadas que tienen como uno de sus objetivos la atención del alcoholismo, son pocas- en el Distrito Federal, se consideraron en su totalidad, es- por esto que no se utilizó un procedimiento estadístico de - muestreo.

Se consideraron las siguientes Instituciones:

1. Instituto Psicoantropológico, A.C.
2. Monte Fenix
3. Instituto Médico Antialcohólico, A.C.
4. Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación, A. C.
5. Yalentay Centro Terapéutico Especializado.

(Cabe mencionar que este centro se encuentra ubicado en Cuernavaca, Mor., pero lo consideré de importancia ya que en el D.F. se localiza el consultorio -- donde se realiza la captación de pacientes).

1.6 RECOPIACION DE LA INFORMACION

Para la recopilación de la información se realizó una - entrevista dirigida, apoyada por un cuestionario.

El cuestionario esta compuesto por 17 preguntas abiertas y 10 cerradas, las cuales siguen una secuencia lógica y están agrupadas para alcanzar los objetivos de este estudio.

Los grupos formulados son:

- Grupo I Infraestructura de la Organización
- Grupo II Programas generales
- Grupo III Sistemas de Evaluación
- Grupo IV Captación de pacientes
- Grupo V Diagnóstico y requisitos de admisión
- Grupo VI Porcentaje de éxito y fracaso

Grupo VII Población atendida

Al final del capítulo se encuentra un ejemplar del cuestionario que se utilizó en la recopilación de la información.

1.7 PRESENTACION DE RESULTADOS

El procedimiento que seguí para la obtención de los resultados fue el siguiente:

a) Se agruparon las preguntas para dar respuesta a los diferentes objetivos que se pretenden alcanzar.

b) Se analizaron por separado los diferentes grupos establecidos, considerando a cada una de las Instituciones.

c) Los datos obtenidos a través de la entrevista, apoyada en el cuestionario, se trasladaron a tablas, cuadros y gráficas, realizando un breve análisis descriptivo de éstas.

Por la naturaleza de la investigación en la cual solamente se pudieron estudiar a cinco Instituciones, opté por no aplicar estadísticas sofisticadas.

CUADRO No. 1
INFRAESTRUCTURA DE LA INSTITUCION

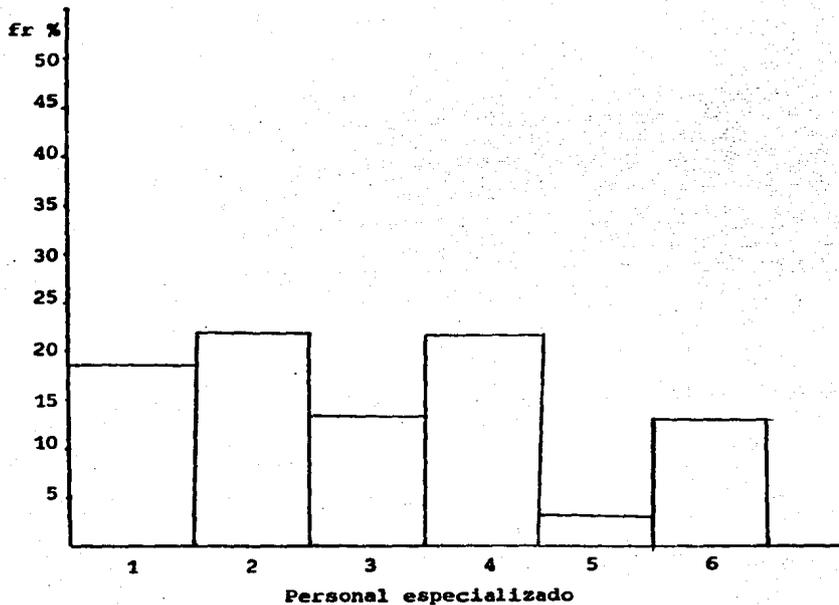
Nombre de la Institución	Antigüedad de la Institución	Objetivo principal de la Institución	Recursos humanos de la Institución	Recursos económicos de la Institución	Recursos materiales de la Institución	Relaciones con otras Instituciones
Instituto Psiconetropológico, A.C.	8 años	Rehabilitación y Asesoría a Empresas	Doctor Psicólogo Psiquiatra Enfermera	Cuotas de los pacientes	Clínica	INSS, ISSSTE, ABC, HUMANA, Y OTRAS.
Monte Fenix	7 años	Rehabilitación y Control de drogas	Neurologo Psiquiatra Psicólogo Dietista Enfermera	Cuotas de los pacientes	Clínica	No
Instituto Médico Antialcohólico A.C.	35 años	Rehabilitación	Psicólogo Médico Dietista Enfermera	Cuotas de los pacientes	Clínica	No
Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación, A.C.	32 años	Rehabilitación	Doctor Psicólogo Dietista Enfermera	Cuotas de los pacientes	Clínica	No
Yalentay Centro Terapéutico Especializado	12 años	Rehabilitación	Psiquiatra Psicólogo Doctor Enfermera	Cuotas de los pacientes y donaciones de Instituciones	Clínica	No

TABLA No. 1
RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES

Personal Especializado	f	fr	fa
Dector	4	19.00%	4
Psicólogo	5	23.80%	9
Psiquiatra	3	14.28%	12
Enfermera	5	23.80%	17
Neurologo	1	4.76%	18
Dietista	3	14.28%	21
Total	21		

GARFICA No. 1

RECURSOS HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES



Personal especializado

1. Doctor
2. Psicólogo
3. Psiquiatra
4. Enfermera
5. Neurologo
6. Dietista

Debemos considerar que el equipo interdisciplinario -- con que cuenta una Institución es de suma importancia en la Rehabilitación de un alcohólico, y como puede apreciarse en la gráfica No. 1, los psicólogos y las enfermeras son los que predominan en las Instituciones (23.80%), los psicólogos debido a que el tratamiento psicológico se encamina a -- reforzar la capacidad del individuo para controlar su grado de ingestión alcohólica y a la mejora general de la madurez mental y adaptación psicosocial de la persona. Las enfermeras por ser las que se encuentran a cargo del cuidado diario del paciente alcohólico, las cuales son de importancia ya que muchas veces depende de ellas, que la motivación de estas personas se mantenga.

El Doctor (19.00%) es parte integrante de los recursos humanos de la Institución, para la aplicación del tratamiento médico de la intoxicación alcohólica y sus complicaciones intercurrentes.

Por otro lado se encuentra el Psiquiatra y el Dietista (14.28%) y por último el Neurologo (4.76%).

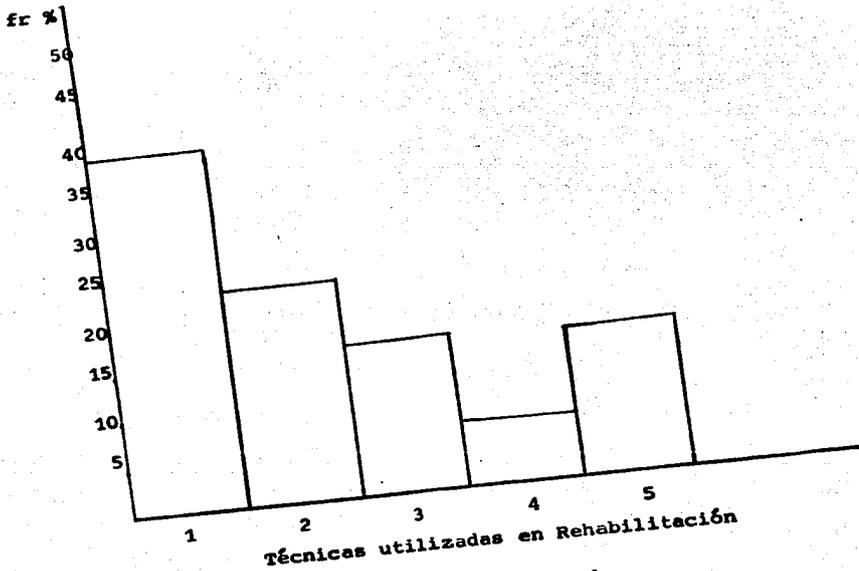
CUADRO No. 2
PROGRAMAS DE LA INSTITUCION

Institución	Programas generales de Prevención	Programas generales de Rehabilitación	Programas generales de Seguimiento
Instituto Psicoan tropológico A.C.	No tienen	Tratamiento de 30 días Desintoxicación Terapia grupal	Después de 30 días Terapia familiar Sesiones de intervención di rigida con videocasetas
Monte Fenix	No tienen	Tratamiento de 2 meses Desintoxicación Psicoanálisis Terapia familiar Tratamiento psicosocia	Después de 2 meses Terapia grupal Psicoanálisis
Instituto Médico Antialcohólico A.C.	No tienen	Tratamiento de 10 días Desintoxicación Terapia Grupal	Después de 10 días Terapia grupal Terapia individual
Asociación Mexicana de alcohólicos en Rehabilitación A.C.	No tienen	Tratamiento de 3 meses Desintoxicación Terapia grupal Tratamiento psicosocial	Después de 3 meses Terapia grupal
Valentay Centro Terapéutico Espe cializado	No tienen	Tratamiento 30 días Desintoxicación terapia familiar	Después de 30 días Terapia grupal terapia familiar

TABLA No. 2
PROGRAMAS GENERALES DE REHABILITACION

Técnicas utiliza das	f	fr	fa
Desintoxicación	5	38.46%	5
Terapia grupal	3	23.07%	8
Terapia familiar	2	15.38%	10
Psicoanálisis	1	7.69%	11
Tratamiento psico social	2	15.38%	13
	Total 13		

GRAFICA No. 2
PROGRAMAS GENERALES DE REHABILITACION



- Técnicas utilizadas en Rehabilitación
1. Desintoxicación
 2. Terapia grupal
 3. Terapia familiar
 4. Psicoanálisis
 5. Tratamiento psicosocial

Según lo demuestra el cuadro No. 2, el tratamiento en su fase inicial de Rehabilitación en las Instituciones varía de 10 días a 3 meses, para posteriormente, después de este periodo de tiempo proseguir con el seguimiento.

Como se muestra en la gráfica No. 2, las cinco Instituciones realizan la desintoxicación (33.46%), de ser necesaria, ya que de no realizarla, no se podría continuar con el proceso rehabilitatorio.

En segundo lugar se utiliza con mayor frecuencia la Terapia grupal (23.07%), debido a los resultados tan alentadores que se han obtenido, en forma general, aplicándola sistemáticamente o asistemáticamente (ejem. AA). Esta terapia permite que el individuo pueda obtener el grado de autoestima y confianza en si mismo necesario para su rehabilitación.

En tercer lugar se aplica la Terapia familiar (15.38%), considerada como una variación de la terapia grupal, la aplicación de esta terapia es importante debido a que los familiares (principalmente conyuges, madres e hijos) de las personas con problemas de dependencia al alcohol necesitan recibir orientación a fin de que tomen conciencia clara de las formas en que pueden estar obstaculizando la recuperación de su familiar alcohólico.

Por último, únicamente en una Institución utilizan el psicoanálisis, debido a que se considera como una terapia -

a largo plazo y de costo elevado.

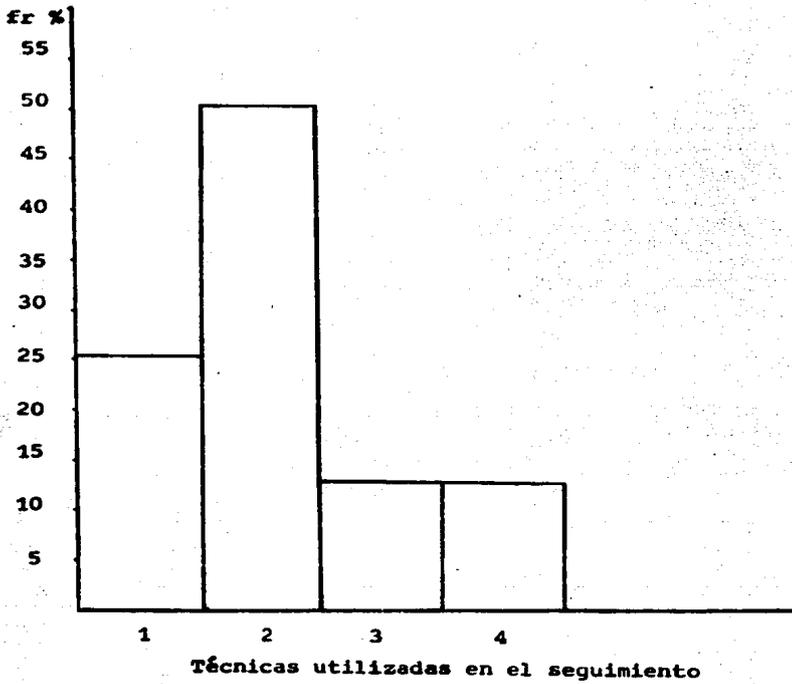
Por otro lado podría mencionar que desde la perspectiva psicoanalítica el alcoholismo es contemplado como un trastorno de la personalidad de tipo narcisista, que podría ubicarse, nosológicamente, dentro de las neurosis, y debido a - que, por otro lado, se le considera una enfermedad multifactorial, podría no ser de gran efectividad para ser utilizada con mayor frecuencia.

TABLA No. 3
PROGRAMAS GENERALES DE SEGUIMIENTO

Técnicas utilizadas	f	fr	fa
Terapia familiar	2	25%	2
Terapia grupal	4	50%	6
Psicoanálisis	1	12.5%	7
Terapia individual	1	12.5%	8
	Total		
	8		

GRAFICA No. 3

PROGRAMAS GENERALES DE SEGUIMIENTO



Técnicas utilizadas en el seguimiento

1. Terapia familiar
2. Terapia grupal
3. Psicoanálisis
4. Terapia individual

Según lo muestra la gráfica anterior en los programas de seguimiento, la terapia grupal predomina con 50%, posteriormente la terapia familiar con 25%, el psicoanálisis y la terapia individual con 12.5%, la terapia individual, se utiliza como complemento de la terapia de grupo, ya que no es recomendable su aplicación en ausencia de ésta ni como terapia inicial en el tratamiento.

CUADRO No. 3
SISTEMAS DE EVALUACION

Institución	Prevención	Rehabilitación	Seguimiento
Instituto Psicoan- tropológico A.C.	No hay	Evaluación psicológica y por computadora	Por computadora
Monte Fenix	No hay	Diagnostico clínico y Evaluación psicologica	Evaluación psiquiatrica
Instituto Médico Antialcoholico A.C.	No hay	Según criterio de perso- nal especializado	Se realiza consulta médica cada 3 o 5 meses
Asociación Mexicana de alcohólicos en Rehabilitación A.C.	No hay	Junta de dirigentes del departamento para dar un diagnóstico	Se realiza a través de una junta de personal especializado
Valentey Centro Terapéutico Especia- lizado	No hay	Análisis clínico y cues- tionarios	Resultados obtenidos en terapias

CUADRO No. 4

INFORMACION GENERAL DE LA INSTITUCION

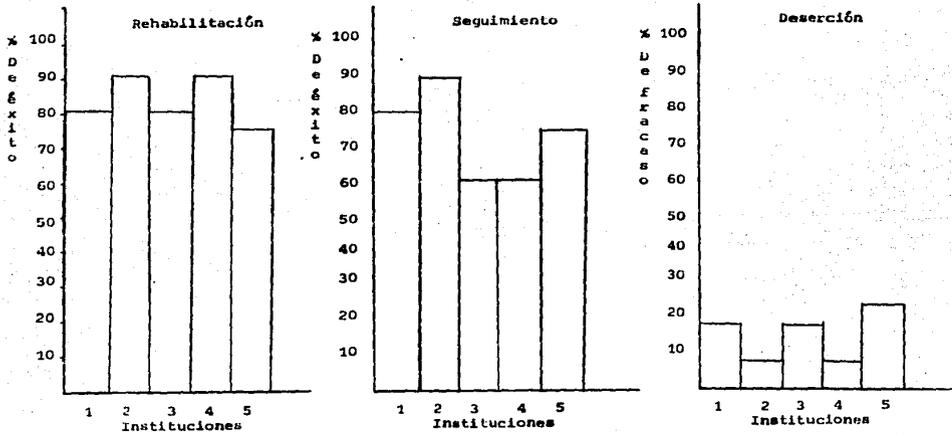
Nombre de la Institución	Captación de pacientes	Forma de diagnosticar el alcoholismo	Requisito de admisión	Trámite administrativo de admisión
Instituto Psicoanalítico, A.C.	A través de círculo privado	Se aplica un cuestionario Por computadora	Pago de cuota por tratamiento de 1'500,000.00 a 3'000,000.00	Apertura de historia clínica
Monte Fenix	Por medio de Clubes privados	Se realizan tres sesiones Se aplica un cuestionario	Pago de una cuota diaria de 50,000.00 más medicamentos y análisis	Investigación de la solvencia económica del paciente.
Instituto Médico Antialcohólico, A.C.	Spots en radio y anuncios en el periódico	Se realiza a través de consulta médica Se aplica un cuestionario	Se paga una cuota, dependiendo la capacidad económica que va de 30,000.00 diarios en adelante	Apertura de historia clínica
Asociación Mexicana de alcohólicos en rehabilitación, A.C.	Spots en radio y a través del mismo grupo	Se aplica examen clínico, un test psicológico y un cuestionario	Se paga una cuota por tres meses de 1'700,000.00	Pertener a una familia de recursos económicos
Yalentay Centro Terapéutico Especializado	Recomendación de los miembros del grupo	Se aplica un cuestionario	Se paga cuota por 30 días de 3'000,000.00	Diagnosticar alcoholismo

105

CUADRO No. 5
PORCENTAJE DE EXITO Y FRACASO

Institución	Prevención %	Rehabilitación %	Seguimiento %	Deserción %
Instituto Psicoan- tropológico A.C.	No hay	80	80	20
Monte Fenix	No hay	90	90	10
Instituto Médico Antialcohólico A.C.	No hay	80	60	20
Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación A.C.	No hay	90	60	10
Valentay Centro Terapéutico Especia- lizado	No hay	75	75	25
Promedio de las Instituciones		83	73	17

GRAFICA No. 4
 PORCENTAJES DE EXITO Y FRACASO



Instituciones

1. Instituto Psicoantropológico, A.C.
2. Monte Fenix
3. Instituto Médico Antialcohólico

4. Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación A.C.
5. Valentay Centro Terapéutico Especializado

Como podemos observar en la gráfica de Rehabilitación, las dos Instituciones que presentan un 90% de éxito en rehabilitación, cuentan con el equipo interdisciplinario recomendable para la prestación de sus servicios, no obstante, las tres Instituciones restantes también lo tienen, pero cabe mencionar que también influyen las técnicas rehabilitatorias utilizadas, ya que por ejemplo Monte Fenix hace una combinación de psicoanálisis, terapia familiar y el tratamiento psicosocial, y la Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación, A.C., aplica la terapia grupal y el tratamiento psicosocial, el segundo factor que influye, es el periodo del tratamiento, el cual es de 2 meses en el primero y de 3 meses en el segundo.

Las dos Instituciones que obtienen el 80% de éxito en rehabilitación son: el Instituto Psicoantropológico, A.C., el cual cuenta con doctores, psicólogos, psiquiatras, y enfermeras, su periodo de tratamiento es de 30 días, y la técnica que utiliza es la terapia grupal, el Instituto Médico-Antialcohólico, cuenta con equipo de psicólogos, médico, dietista y enfermera, con un periodo de tratamiento de 10 días, y aplicando la terapia grupal, podemos observar que se utiliza únicamente la terapia grupal, en un periodo menor pero los resultados son satisfactorios.

La quinta y última Institución con 75% de éxito en re

habilitación, cuenta con psiquiatra, psicólogo, doctor y enfermera, aplicando en esta fase la terapia familiar, este resultado puede deberse a la falta de una terapia complementaria.

En lo referente a la gráfica de Seguimiento, la Institución que lo realiza con un 90% de éxito es Monte Fenix utilizando la terapia grupal y el psicoanálisis, en segundo lugar se encuentra el Instituto Psicoantropológico, A.C. con 80% de éxito, aplicando la terapia familiar y sesiones de intervención dirigida con videocasetes, en tercer lugar se encuentra Yalentay con 75%, aplicando la terapia grupal y la terapia familiar, y por último el Instituto Médico Antialcohólico, haciendo uso de la terapia grupal, y la terapia individual, y la Asociación Mexicana de Alcoholicos en Rehabilitación, A.C. utilizando la Terapia grupal.

Por lo que se refiere a la gráfica de Deserción podemos observar que las dos Instituciones que presentan menor porcentaje (10%), son Monte Fenix y Asociación Mexicana de Alcoholicos en Rehabilitación, A.C., le siguen con 20% el Instituto Psicoantropológico, A.C., y el Instituto Médico Antialcohólico y por último con 25% Yalentay, lo cual podría deberse a que, como se mencionó anteriormente, en la delimitación del universo, se encuentra ubicada en Cuernavaca, Morelos.

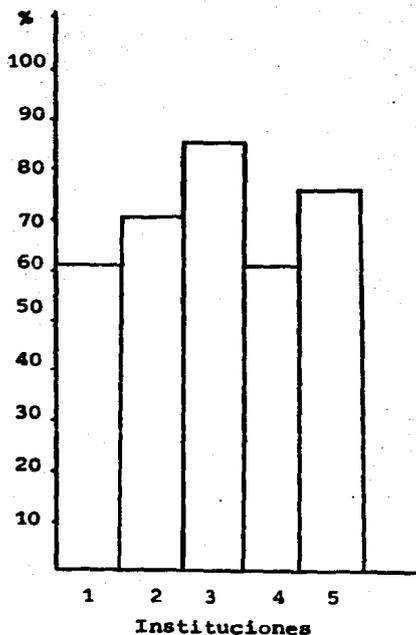
CUADRO No. 6

POBLACION ATENDIDA

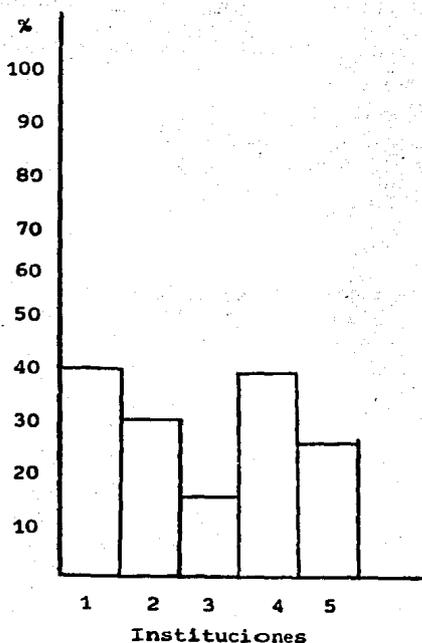
Institución	Población atendida en %			
	Hombres	Mujeres	Adultos	Adolescentes
Instituto Psicoantrópico A.C.	60	40	70	30
Monte Fenix	70	30	60	40
Instituto Médico Antialcohólico A.C.	85	15	90	10
Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación A.C.	60	40	70	30
Yalentay Centro Terapéutico Especializado	75	25	80	20
Promedio de las Instituciones	70	30	74	26

GRAFICA No. 5
POBLACION ATENDIDA

Hombres



Mujeres

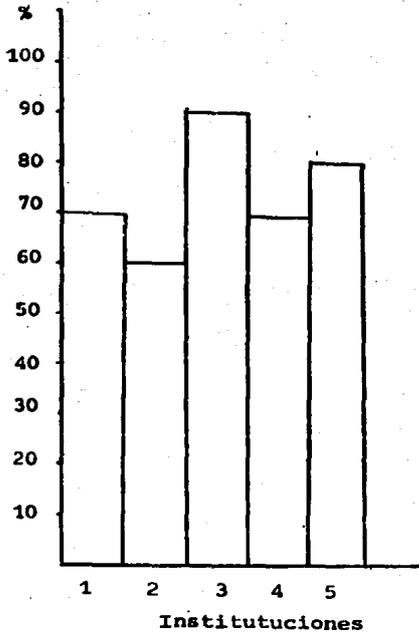


Instituciones

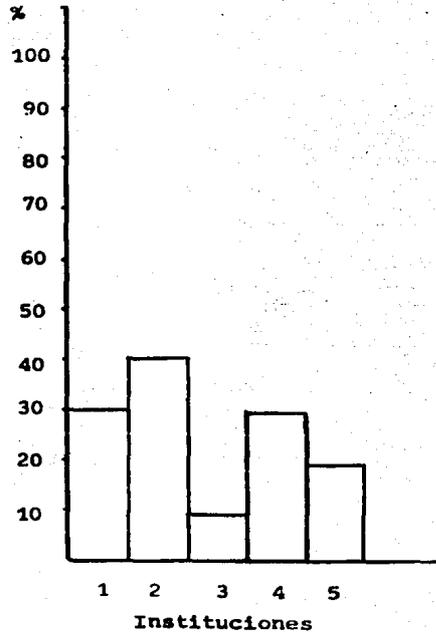
1. Instituto Psicoantropológico, A.C.
2. Monte Fenix
3. Instituto Médico Antialcohólico
4. Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación, A.C.
5. Yalentay Centro Terapéutico Especializado

GRAFICA No. 6
POBLACION ATENDIDA

Adultos



Adolescentes



Instituciones

1. Instituto Psicoantropológico, A.C.
2. Monte Fenix
3. Instituto Médico Antialcohólico
4. Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación, A.C.
5. Yalentay Centro Terapéutico Especializado

Como puede apreciarse en las gráficas 5 y 6, la población que recurre en mayor porcentaje a estas Instituciones con el objeto de rehabilitarse, son los adultos del sexo -- masculino, enseguida las mujeres y por último los adolescentes, cabe mencionar que Monte Fenix, comparativamente con las otras Instituciones, atiende en mayor porcentaje (40%) a los adolescentes, y en menor porcentaje (60%) a los adultos, y el Instituto Médico Antialcohólico el 90% de adultos en su población atendida con únicamente el 10% de adolescentes.

1.8 CONCLUSIONES

El panorama de servicios de prevención y rehabilitación aquí plasmado, sólo conforma una pequeña parte de las acciones totales que se realizan en materia del alcoholismo, ya que si bien existen pocos centros de atención especializada en problemas de esta índole (objeto de estudio de este trabajo).

Del estudio en las Instituciones privadas las cuales -- prestan sus servicios a personas con problemas en el uso inmoderado del alcohol, se puede concluir lo siguiente:

1. La prevención primaria no figura como objetivo primordial de las Instituciones, carecen de estrategias o programas preventivos específicos, sin embargo en el Instituto Psicoantropológico, A.C. a través de la asesoría que proporciona a las empresas, la está realizando, creando conciencia de los problemas que puede ocasionar este Síndrome.

2. Las cinco Instituciones tienen como objetivo principal la rehabilitación y el seguimiento a través de los cuales se realiza la prevención secundaria y terciaria.

3. De las tres fases en el tratamiento del alcoholismo, la primera fase de desintoxicación la realizan las cinco Instituciones siempre que sea necesario en aquellos casos en que el paciente presente un estado de impregnación tóxica alcohólica.

lica de larga evolución, y en los que cabe contar con considerables manifestaciones de abstinencia.

4. La segunda fase, de motivación se lleva a cabo en las cinco Instituciones, para mi punto de vista la fase más importante, debido a que algunos estudiosos en la materia le llaman deshabitación, ya que consiste en romper el proceso de dependencia, y para ello se tiene que concientizar al enfermo mental, hasta donde sea posible y necesario, de las circunstancias somáticas, psicológicas y sociales de dicha dependencia, así como el tratar de desplegar nuevas formas de vida social sin alcohol, y para alcanzar estas metas hay que incorporar al enfermo mental a un proceso terapéutico.

5. La tercera fase de rehabilitación, en la que se estabiliza la deshabitación se realiza en las cinco Instituciones, aplicando la terapia grupal en 50%, enseguida la terapia familiar con 25% y por último el psicoanálisis y la terapia individual con 12.5% cada una.

6. Los programas generales que manejan las Instituciones se conforman básicamente con las siguientes terapias; Terapia grupal, familiar, psicoanálisis y tratamiento psicosocial.

7. La terapia grupal es la que predomina en las cinco Instituciones, debido a que conduce a una descarga del Yo y un fortalecimiento del mismo, ya que el grupo constituye un super-ego en el que se encuentra reconocimiento, y el poder -

normativo del grupo es el que mejor puede determinar un cambio de actitudes y pautas de conducta. Se suma a ello la función reflectiva del grupo, que presenta al enfermo mental la imagen de su personalidad, su enfermedad y sus conflictos. - Además ejerce un efecto especialmente positivo en el sentido de reforzar emocionalmente y cognocitivamente al individuo.- Al mismo tiempo, el grupo consigue activar de forma considerable la responsabilidad y la conciencia social, así como el contacto con la realidad. Estas funciones del grupo pueden - proporcionar a la minoría alcohólica un esfuerzo de su conciencia de identidad, que incrementa su capacidad de apreciación ante la mayoría no alcohólica y fomenta además la tendencia al proselitismo.

8. La terapia familiar ocupa el segundo lugar, y se -- aplica partiendo del hecho de que la conducta errónea de los familiares podía ser una condición esencial para la puesta - en marcha y el mantenimiento del alcoholismo.

9. El psicoanálisis, es la tercera técnica utilizada -- únicamente por una Institución (Monte Fenix), y ésto quizás- es debido a las dificultades que plantea el mismo, las cuales radican en el tiempo, el costo, y un factor muy importante, - la contratransferencia, ya que el alcohólico, con su depen-- dencia infantil, va a provocar un rechazo impaciente por par-- te del terapeuta y una formación reactiva. Estas circunstan-

cias hacen que, hoy día, se restrinja fuertemente la indicación de una terapia psicoanalítica en los enfermos alcohólicos. Se podría conservar su vigencia esencialmente para aquellos casos en los que el abuso alcohólico constituya realmente el síntoma de neurosis subyacente.

10. En dos de las Instituciones se aplica el tratamiento psicosocial (análisis transaccional), como complemento para reincorporar al individuo a su ámbito social.

11. Las cinco Instituciones cuentan con el equipo interdisciplinario para el éxito del tratamiento. Los psicólogos y las enfermeras predominan con un 23.80%, enseguida los doctores con 19%, el psiquiatra y el dietista con 14.28% y por último el neurólogo con 4.76%, cabe mencionar que sería ideal que contaran con trabajadora social.

12. En lo tocante a los sistemas de evaluación, se basan en diagnósticos clínicos, cuestionarios elaborados por las mismas Instituciones, y evaluaciones psicológicas, pero cabe mencionar que el manejo confidencial de esta información por parte de las Instituciones, no me permitió el acceso al material utilizado en la misma.

13. Las cuotas que se deben cubrir como único requisito para el ingreso a las Instituciones, son verdaderamente elevadas, de ésto se puede deducir que únicamente personas con un nivel socioeconómico alto o medio alto pueden ingresar a-

estas Instituciones, ya que no realizan actividades de Indo-
le altruista.

14. El 83% de éxito en rehabilitación, nos indica que -
el equipo interdisciplinario y las técnicas terapéuticas uti-
lizadas son las indicadas. Podría quedar como una interrogan
te para estudios posteriores una comparación de AA e Institu-
ciones privadas, en cuanto a si éstos dos aspectos son facto
res que intervienen en la rehabilitación del alcohólico, ya-
que AA carece de los mismos.

15. La deserción (17%) aparece como resultado de las es
pectativas en el pago de las cuotas, o por factores propios-
del individuo.

16. De las personas atendidas, el 70% es de sexo mascu-
lino, y 74% de adultos, ésto nos indica que es la población-
más afectada, dejando establecido que las mujeres con 30% --
(en su mayoría amas de casa) y los adolescentes con 26%, son-
también afectados por este grave problema.

17. Por todo lo anterior como conclusión general afirma
ría que la psicología es una ciencia social, una ciencia hu-
mana, ya que su objeto de estudio es el ser humano y más pre
cisamente su interrelación con la sociedad tomando en cuenta
que no se estudia al individuo, sino su individualidad, el -
psicólogo clínico, en el desempeño de su labor, puede pasar-
a ser un psicólogo clínico comunitario, si enfoca sus activi

dades a la atención de grupos que evidentemente sean vecinos, compañeros de trabajo o gente de la misma zona u otras zonas- los que en grupos, se interesan en recibir los servicios asistenciales.

1.9 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

En los resultados de la investigación, deben considerarse algunas limitaciones derivadas de la naturaleza misma del presente estudio y que a continuación mencionaré.

a) Dentro de nuestra muestra, se incluyó en su totalidad a las Instituciones privadas debido a que son pocas en el Distrito Federal, es por ésto que no se utilizó un procedimiento estadístico de muestreo.

b) El carácter lucrativo de dichas Instituciones se puede considerar como factor que altere dicha información.

c) Algunos datos de importancia no pudieron ser obtenidos debido a que se manejan en forma confidencial.

d) Los datos obtenidos pudieron ser afectados por las personas entrevistadas a causa de su renuencia a contestar en algunas ocasiones.

Ante estas limitaciones sugeriría en primer lugar, la necesidad del establecimiento de convenios entre las Instituciones de Educación Superior y los diversos organismos públi-

cos y privados para que se brinde apoyo y orientación a quienes lo solicitan, ya sea a personas que se dediquen a la investigación en el área del alcoholismo, o a las personas que padezcan esta enfermedad.

Como segunda sugerencia, la creación de Instituciones o grupos los cuales tengan como objetivo prioritario y exclusivo atender a personas con el grave problema del "Síndrome de Dependencia al Alcohol", pero que dichas Instituciones cuenten con el equipo interdisciplinario indicado, y a su vez que las cuotas establecidas no sean tan elevadas o en su defecto sean de carácter altruista.

ANEXO

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

I. INFRAESTRUCTURA DE LA ORGANIZACION

1. Nombre de la Institución

2. Años que tiene prestando sus servicios la Institución

3. Objetivo principal de la formación de la Institución

4. Recursos humanos con los que cuenta la Institución

5. Recursos económicos con los que cuenta la Institución

6. Recursos materiales con los que cuenta la Institución

(instalaciones, equipo médico, etc.)

7. Relaciones profesionales con otras Instituciones

II. PROGRAMAS GENERALES

8. Prevención

9. Rehabilitación

10. Seguimiento

III. SISTEMAS DE EVALUACION

11. Prevención

12. Rehabilitación

13. Seguimiento

IV. CAPTACION DE PACIENTES

14. Cuales son los medios de captación de los pacientes

V. DIAGNOSTICO Y REQUISITOS DE ADMISION

15. Cual es la forma de diagnosticar el alcoholismo

16. Requisitos de admisión

17. Tramites administrativos de admisión

VI. FORCENTAJE DE EXITO O FRACASO

18. Prevención _____

19. Rehabilitación _____

20. Seguimiento _____

21. Deserción _____

VII. POBLACION ATENDIDA

22. Hombres SI () NO () _____

23. Mujeres SI () NO () _____

24. Adultos SI () NO () _____

25. Adolescentes SI () NO () _____

26. Edades 70-60 ()

60-50 ()

50-40 ()

40-30 ()

30-20 ()

20 ()

27. Clase socioeconómica

ALTA ()

MEDIA ()

BAJA ()

COMENTARIOS ADICIONALES _____

BIBLIOGRAFIA

B I B L I O G R A F I A

1. Avila Cisneros, I. Aspectos de Salud Pública en los Problemas del consumo de Alcohol. "El Alcohólicismo en México". Tomo III. Edit. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., México, 1983
2. Armendariz López, M.G. Inventario para Medir la Predisposición al Alcohólicismo. Tesis U.I.A., México, 1984
3. Anaya Hernandez, P. Detección Precoz de Alcohólicismo en una población de Provincia (Apatzingan, Michoacán) con el instrumento Cuaal, UNAM. Fac. Psicología, México -- 1984.
4. Bailey MD. y Cols. The epidemiology of alcoholism in an urban Residential area. Quart J. Stud. Alcohol. 26: -- 1965, U.S.A.
5. Bour, Pierre. El Psicodrama y la Vida. Edit. Biblioteca Nueva. Madrid, 1977.

6. Campillo Serrano, C. Los problemas relacionados con el Alcohol en México y Estrategias para Prevenirlos. En: "El Alcoholismo en México" por V. Molina Piñeiro y L. Sánchez Medal. Tomo I. Edit. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., México. 1982.
7. Caddy, G.R., and Lovinbond, S.H. Self-regulation and discriminated aversive conditioning in the modification of alcoholic's drinking behavior. Behavior Therapy, 7, 1976, U.S.A.
8. Calderón Narváez, G. y C. Suárez de Ulloa. La Investigación de la OMS sobre la respuesta de la comunidad a los problemas que origina el alcohol. En: Gaceta Médica de México, México, 1980.
9. Carbonell, I.E. y Villanueva, R.M. Análisis de los Métodos de Rehabilitación empleados por Alcohólicos Anónimos. Tesis U.I.A. México, 1979.
10. De las Pozas, R.C.; González Méndez R. y Guerra Carmentes, R. Resumen del Tratamiento Antialcohólico en el Hospital Psiquiátrico de la Habana. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. Vol. 20, No. 4, 1979.

11. ¿Es Alcohólicos Anónimos para Usted?. Grupo 24 Horas de Alcohólicos Anónimos (Folleto). México.
12. Espejel Aco Emma. Tratamiento en parejas con miembro Alcohólico. VIII Reunión de Psiquiatría, San Luis Potosí, S.L.P., 1985.
13. Edwards, G.: Patients with drinking problems. Br. Med. J., 4: 435, 1969. U.S.A.
14. Feuerlein, Wilhelm. Alcoholismo: abuso y Dependencia. Edit. Salvat. Barcelona, España, 1982.
15. Flores, M.T.; Jiménez, B.J. y Rivera, D.A. Algunas Técnicas de tratamiento para Alcohólicos. Tesina U.I.A. México, 1984.
16. Golfried, M.R. and Merbaum, M. (Eds.) Behavior Change Through Self-Control. New York: Holt, Rinehart, and Winston, Inc. 1973.
17. Guerra Guerra, Armando J. El Alcoholismo en México. Edit. F.C.E., México, 1977.

18. Harper, A. Robert. Nuevas Sicoterapias. Edit. Diana. México, 1982.
19. Kaufman, E. y Pattison M. Differential Methods of Family Therapy in the treatment of Alcoholism. Journal of studies on alcohol. 42 No. 11. 1982.
20. Kolb, C. Lawrence. Psiquiatria Clínica Moderna. Edit. La Prensa Médica Mexicana. México, 1976.
21. Ley General de Salud. Edit. Libros económicos, México, 1986.
22. Madden, J.S. Alcoholismo y Farmacodependencia. Edit. El Manual Moderno. México, 1986.
23. Manual en Alcoholismo. Illinois. American Medical Association. Edición revisada. 1973.
24. Medina Mora, M. de la Parra, C.A. y Terroba, G. El consumo del Alcohol en la Población del Distrito Federal. Revista Salud Pública de México, época V. Vol. XXII, No. 3, México, 1982.

25. Meyer, C.V. y Cesser, E.S. Terapéutica del Comportamiento en Psiquiatría Clínica. La Prensa Médica Mexicana. México, 1982.
26. Méndez Ramirez I. Namihira Guerrero D. Moreno Altamirano L., y Sosa de Martínez C. El protocolo de Investigación. Edit. Trillas., México, 1986.
27. Miller, W. The addictive behaviors. Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. U.S.A. Pergamon Press. 1980.
28. Miller, W.R. Behavioral Treatment of problem drinking: A comparative outcome study of three controlled drinking therapies. Journal of consulting and clinical Psychology, 1979, 46.
29. Miller, P.M. and Mastria M.A. Alternatives to Alcohol abuse, Champaign Illinois: Research Press, 1977.
30. Miller, W.R. Taylor, C.A. Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers., Addictive Behaviors, 1980, 5.

31. Moore, R.A. The prevalence of Alcoholism in a community general Hospital. A.M.J. Psychiatry 128: 1971, U.S.A.
32. Pardinas, Felipe. Metodología y técnicas de Investigación en Ciencias Sociales. Edit. Siglo XXI. México, 1985.
33. Pattison, E.M. A critique of Alcoholism Treatment with Special Reference to abstinence. Quaterly Journal of - studies on alcohol, 27, 1966. U.S.A.
34. Problemas Comunes de Salud Mental, Instituto Mexicano de Psiquiatría (Ed.) México, 1981.
35. Roth, V.E. Formación Comunitaria. Un Anteproyecto de Prevención Social del Consumo del Alcohol. ENEP Iztacala. (Inédito).
36. Silva, M.M. "Alcoholismo y Accidentes de Tránsito". En: El Alcoholismo en México. Por Guerra Guerra A.J. Edit. F.C.E. México, 1977.

37. Selzer, M.L.: y Col. A. Screening program to detect alcoholism in traffic offenders, in the prevention of highway insury. Edited by Selzer y Col. University of Michigan, 1967, U.S.A.
38. Thoresen, C.F. and Mahoney, M.J. Behavioral Self-Control New York: Holt Rinehart and Winston, Inc. 1974.
39. Vannicelle, M. Group psychotherapy with alcoholics Special Techniques. Journal of studies on alcohol. 43. No. 1, 1982.
40. Velasco Fernández, R. Salud Mental, Enfermedad Mental y Alcoholismo. Edit ANUIES. México, 1980
41. Velasco Fernández, R. Esa enfermedad llamada alcoholismo. Edit. Trillas. México, 1982.
42. wolpe, Joseph. Práctica de la Terapia de la Conducta. Edit. Trillas, México, 1985.