

13
29.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Propuesta de atención psicológica
para alcohólicos bajo el modelo humanista



SECRETARIA
TESIS PROFESIONAL

PSICOLOGIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A
VICENTE GATICA RAMIREZ

DIRECTOR DE TESIS: RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING



MAYO DE 1998

264400

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Este trabajo esta dedicado con respeto y devoción a las siguientes personas:

Esperanza López

Natalia Aparicio



Guadalupe López

Isabel Jiménez



Gonzalo Gatica

Agustín Ramírez

José Luis Acosta

Quienes ahora son como las estrellas que guían y motivan a seguir avanzando, con la seguridad de que se llegará donde uno se proponga.

A mi esposa:

Alma Patricia Fernández Ortega

A mi abuelito
Don Aarón Gatica Sánchez

A mis Padres:
Angela Sara y Joaquín

A mis Hermanos:
Irma, Joaquín, Ángel, Roman, Guadalupe,
Beatriz, Lucina, Alejandrina y Francisco.

A mis Sobrinos:
Miguel Ángel, Carlos Alberto, Selmi Ixtzul, Darío
y los que estan por llegar.

A mis Tios:
Irma, Blanca, Martha, Lourdes, Guadalupe,
Arturo, Luis, Antonio, Gerardo, Aarón, Cesar, y Rodolfo

A mis Primos:
Alma Rosa, Nidia, Laura, Isabel, Dulce Maria, Esperanza,
Fernando, Oscar, Roberto, Gonzalo, Rodolfo, Juan Carlos,
Gualberto, Daniel, Jorge

A todos ustedes
Muchas Gracias por compartir parte de sus vidas
conmigo y enseñarme el valor de los lazos filiales.

A la Familia Acosta Sánchez:
Sr. José Luis[®], Sra. Raquel,
Raquel, José Luis y Laura

A la Familia Segura Acosta:
Raúl, Lourdes y Guillermo

A mi compadre:
Salvador Guevara Saucedo y su familia

Agustín Caballero Solís
Carlos Real Venegas
Cosme Ortega Avila
Fernando Andrade Fabrigal
Fernando Mancilla Miranda
José Alvarez Prudome
José Gracia Ramírez
José Sánchez Barrera
Marco A. Del Angel
Nemesio Varela
Angel Pavón Lara
Rafael Sanchez Dirzo
Socorro Garcia Villegas

A todos ustedes quiero agradecerles el aportar a mi pensamiento algo propio, así como su valioso apoyo moral, buen criterio y estímulo.

A mi asesora de Tesis:

Raquel del Socorro Guillén Riebeling

A quien debo reconocerle su paciencia y tenacidad
para que este trabajo viera su fin.

Para tí,
todo mi respeto y agradecimiento.

A mis sinodales

Edgar Pérez Ortega

Inés Vargas Nuñez

Ma. Enriqueta Figueroa Rubio

Sergio Díaz Ramírez

Por su dedicación al revisar este trabajo

Gracias.

Propuesta de atención psicológica
para alcohólicos bajo el modelo humanista

Vicente Gatica Ramirez

Mayo de 1998

Contenido

Introducción	5
Capítulo 1. Alcohol: Uso y abuso	
1.1 Antecedentes	9
1.1.1 Grecia	10
1.1.2 Roma	12
1.1.3 Alcohol y religión	13
1.1.3.1 Islamismo y ebriedad	15
1.1.4 Medioevo y renacimiento	15
1.1.5 México	16
1.1.6 Estados Unidos	17
Capítulo 2 Alcoholismo	
2.1 Antecedentes	20
2.2 Diagnóstico	23
2.2.1 Médico	23
2.2.2 Psicológico	27

2.3 Tratamiento	32
2.3.1 Perspectivas psicológicas que han abordado el tratamiento del alcoholismo	32
2.3.1.1 Psicoanálisis	32
2.3.1.2 Terapia de la Conducta	35
2.3.1.3 Enfoque Sistémico	37
2.3.1.3.1 Terapia familiar estructural-estrategica para problemas de adicción	37
2.3.2 Alcohólicos Anónimos	39
2.3.2.1 Qué es un grupo de Alcohólicos Anónimos	39
2.3.2.2 Los doce pasos	40
2.3.2.3 El programa de las 24 horas	41

Capítulo 3. La Psicología Humanista

3.1 Antecedentes	45
3.1.1 Fenomenología	47
3.1.2 Fenomenología existencial	47
3.1.3 La psicología existencial	49
3.1.4 La psicología humanista	51
3.2 La terapia existencial: una psicoterapia dinámica	52
3.2.1 Psicodinámica freudiana	52
3.2.2 Psicodinámica neofreudiana o interpersonal	53
3.2.3 Psicodinámica existencial	53
3.2.4 Consideraciones sobre la psicoterapia humanista	54
3.3 Técnicas psicoterapéuticas de la psicología humanista	58
3.3.1 Terapia Centrada en el Cliente	58
3.3.2 Grupos de Autoayuda	58

3.3.3 Terapia Gestalt	62
3.3.4 Análisis Transaccional	64
3.3.5 Logoterapia	65
Capítulo 4. Discusión	69
Capítulo 5. Propuesta	81
Conclusiones	93
Bibliografía	95
Anexos:	
Anexo 1. Historia Clínica	102
Anexo 2. Ejemplo de Autobiografía	111
Anexo 3. Formato para Relatoria de Sesión	112
Anexo 4. Formato para Reporte Sumario de Expediente Clínico	113
Anexo 5. Cuestionario de Seguimiento	114

FALTAN PAGINAS

De la: **1**

A la: **4**

Introducción

No resulta exagerado decir que entre los problemas que enfrenta la humanidad, el del alcoholismo es uno de los más difíciles de resolver. Ya que al igual que elementos socialmente cohesionadores tales como la religión y la instauración de leyes que rijen el comportamiento humano, el alcohol ha permanecido unido como coprotagonista (y en ocasiones como actor principal) en la historia de la humanidad.

En diferentes etapas del desarrollo de las culturas, existen referencias a hechos donde las bebidas alcohólicas son mostradas ya sea como panacea capaz de curar cualquier mal existente; como un regalo de los dioses o puertas que conducen hacia ellos; o en el otro extremo, como una maldición de estos o incluso como droga peligrosa causante de falsedad, miseria y tinieblas. Así, el alcohol ha sido para el hombre por un lado, un ángel capaz de brindarle paz y alegría y por el otro es el demonio que lo arrastra hacia su infierno.

Envuelto en esta relación ambivalente, el hombre ha tratado de legislar el uso de las bebidas alcohólicas llegando a imponer castigos morales, físicos y económicos con el fin de que no se llegue al abuso de estas. Sin embargo, los esfuerzos realizados no han tenido los resultados esperados debido al gran número de circunstancias que se combinan para llevar a una persona a abusar del alcohol.

Aún con el desarrollo de la ciencia y la tecnología aplicadas a la solución de los problemas humanos, el problema del abuso del alcohol parece no tener visos de solución. Ya que al ser un estado de interés para investigadores y clínicos de muchas disciplinas, su diagnóstico se ha vuelto un tema polémico. Y es que los investigadores al estudiar a un alcohólico han visto muchas cosas diferentes: una persona con una enfermedad genéticamente heredada; una pauta de conducta determinada por la cultura; moléculas de etanol que atacan a las células hepáticas y deforman el funcionamiento del sistema nervioso periférico; alguien necesitado de tratamiento con orientación médica; una amenaza social que pone en peligro a gente inocente y reduce el potencial económico de los países.

Así, desde la perspectiva médico social se ha tratado de combatir el alcoholismo mediante: tratamiento médico, programas de educación antialcohólica y rehabilitación social, farmacoterapia e internamiento parcial en instituciones psiquiátricas y especializadas. Por su parte, las perspectivas psicológicas (psicoanálisis, conductual y enfoque sistémico) lo han intentado mediante: psicoterapia individual, terapia de grupo y terapia familiar. Así mismo, los grupos de Alcohólicos Anónimos han puesto su granito de arena con su programa de los doce pasos y una fuerte orientación religiosa.

Por otra parte, al plantear que el hombre no puede explicarse sólo a partir del estudio de sus funciones y relaciones parciales —puesto que lo considera un ser integral—, el modelo humanista permite una mayor amplitud de campo para la investigación de cualquier situación en que este se vea implicado, con el fin de obtener una explicación lo más completa posible y el establecimiento de estrategias que brinden una solución integral a los problemas planteados. Así, esta investigación se realizó con el fin de elaborar una propuesta de atención psicoterapéutica bajo el modelo humanista que apoye a las personas en su recuperación del alcoholismo.

Para cumplir este objetivo, se llevó a cabo la presente revisión bibliográfica donde se muestra en el capítulo uno parte de la historia humana donde el uso y abuso del alcohol ha sido coprotagonista. En el capítulo dos se abordan el diagnóstico: médico y psicológico; así como los tratamientos del alcoholismo propuestos por algunas perspectivas psicológicas. En el capítulo tres se elaboró una reseña de la psicología humanista y sus aportaciones teórico—metodológicas. En el capítulo cuatro se presenta la discusión y en el capítulo cinco la propuesta de atención psicológica para alcohólicos realizada bajo el modelo humanista. Posteriormente se anotan las conclusiones y finalmente, se menciona la bibliografía utilizada y los anexos resultantes.

***“Como psicólogos la naturaleza de los problemas que enfrentamos
es tal que no podemos conocer la verdad si no nos comprometemos”***

Rollo May

“Veo a Dios con el mismo ojo con que Dios me ve a mí”

Eckhardt

Capítulo 1

Alcohol: Uso y abuso

“Droga es una palabra indiferente, donde cabe tanto lo que sirve para matar como lo que sirve para curar, y los filtros de amor, pero esta ley sólo reprueba lo usado para matar a alguien.”

Lex Cornelia

“Las drogas son sustancias que actúan enfriando, calentando, secando, humedeciendo, construyendo y relajando, o haciendo dormir. En su naturaleza está curar amenazando al organismo, como cura el fuego una herida al desinfectarla, o como solución a alguna patología el bisturí de un cirujano. Lo esencial en cada una es la proporción entre dosis activa y dosis letal, pues sólo la cantidad distingue al remedio del veneno”.

Corpus hippocraticum IV, 246

1.1 Antecedentes

Las plantas productoras de alcohol son prácticamente infinitas. Para obtener una tosca cerveza basta masticar algún fruto y luego escupirlo; la fermentación espontánea de la saliva y el vegetal producirá alcohol de baja graduación.

Una tablilla cuneiforme del 2200 a.C. recomienda ya cerveza como tónico para mujeres en estado de lactancia. Poco más tarde, hacia el 2000 a.C., cierto papiro egipcio contiene el mensaje: *Yo tu superior, te prohíbo acudir a tabernas, estas degradado como las bestias*. Y en otro papiro se halla la admonición de un padre a su hijo: *Me dicen abandonas el estudio, que vagas de calleja en calleja, la cerveza es la perdición de tu alma*. Pero cervezas y vinos están en el 15 % de los tratamientos conservados, cosa notable en una farmacopea tan sofisticada como la del antiguo Egipto, que conoce casi 800 drogas distintas.

Poco más tarde, en el siglo XVIII a.C., la negra estela de diorita que conserva el código del rey babilonio Hammurabi protege a bebedores de cerveza y vino de palma: su ordenanza 108 manda ejecutar (por inmersión) a la tabernera que rebaje la calidad de la bebida. Rara vez se ha ensayado un remedio tan enérgico contra la adulteración de una droga (Escohotado, 1994).

En la Biblia, hay numerosas referencias al vino, por ejemplo: Tras el Diluvio viene el episodio de Noé, que se embriaga y se desnuda (Génesis IX, 20-29). Unos capítulos más tarde la desinhibidora droga reaparece en la seducción de Lot por sus hijas (Genesis 19:26 y 19:31-38). El Levítico prohíbe al rabino estar borracho cuando oficia el culto o delibera sobre justicia (Levítico 10:9), pero la actitud hacia el vino — expuesta en el Salmo 104, que lo canta con acentos casi báquicos — es sin duda positiva (Salmo 104:15) (Valera, 1977).

De ahí que sea imposible cumplir la ley siendo abstemio, pues en todas las ocasiones de señalada importancia social (circuncisión, fiestas, matrimonios, banquetes por el alma de los difuntos) es correcto apurar al menos un vaso.

Sin embargo, el Antiguo Testamento distingue puntualmente entre el vino y la bebida fuerte. Isaías (1:22, 5:11, 5:22, 28:4 y 28:7) y Amós (6:6 y 9:13-14) — los profetas más críticos con borracheras de reyes y jueces— hablan casi siempre de bebidas fuertes, asimismo, en el Nuevo Testamento, se encuentra la mención de San Lucas a lo fuerte que eran las bebidas en su época (San Lucas, 5:37-39) (Valera, 1977), cosa que desde luego no se refiere a caldos de mayor graduación alcohólica (pues los aguardientes sólo aparecerán milenios después) sino a vinos y cervezas cargados con extractos de alguna otra droga, o varias. En Asia Menor hay tradiciones sobre mezclas semejantes —empezando por el vino resinato al que aluden Demócrito y Galeno— y este tipo de práctica

explica varios enigmas: por ejemplo, la mención de Homero en la *Odisea* a vinos que podían ser diluidos en 20 partes de agua (Homero, 1990), la de Eurípides (1993a) al licor de Bromio que requería al menos ocho para evitar el riesgo de enfermedad o muerte y noticias sobre banquetes donde un maestro de ceremonias fijaba —consultando con el anfitrión— el grado deseable de ebriedad para los asistentes ya que bastaban tres copas pequeñas para quedar al borde del delirio,

Esa actitud básicamente favorable al alcohol tiene su exacto opuesto en la religión de la India desde sus primeros himnos. Sura, el nombre de las bebidas alcohólicas en sánscrito, simboliza falsedad, miseria, tinieblas, y seguirá simbolizándolo en el brahmanismo postvédico. Tampoco serán gratas las bebidas alcohólicas al budismo, aunque por diferentes razones; el santo budista prefiere el cáñamo como vehículo de ebriedad, mientras el brahmán guarda una sociedad rigurosamente cerrada, donde los desinhibidores tan poderosos como las bebidas alcohólicas amenazan el principio de incomunicación absoluto entre castas.

No pude decirse lo mismo de China y Japón, territorios muy afectos al vino de arroz —al parecer desde siempre. De África, se sabe que no hay tradiciones vinícolas y sí muchas cervezas, hechas a partir de distintos vegetales.

1.1.1 Grecia

En el caso de la sociedad griega, la peligrosidad social e individual de las drogas se concentró en el vino. Símbolo de Dioniso, un dios-planta que suspende las fronteras de la identidad personal e invoca a periódicas orgias. Esas tensiones son el tema de *Baquides*, el drama de Eurípides (1993b), en el que Penteo, tirano de Tebas, decide que el culto a un extranjero como Dioniso-Baco merece la muerte, y tras una serie de peripecias —disfrazado de mujer, pero descubierto— acaba siendo comido crudo por su propia madre y sus tías, que habían escapado a los bosques con otras mujeres para celebrar con bacanales la fusión de lo visible y lo invisible, lo viril y lo femenino, el delirio de posesión y la suprema lucidez, pero que tras descuartizar a Penteo recobran su conciencia rutinaria. La tragedia se cierra con un canto de retractación; el dios de la vid es reconocido como tal dios, y será apaciguado con ceremonias públicas periódicas (Eurípides, 1993b).

De hecho, ya sucedía eso al estrenarse *Las bacantes*: cuatro veces al año —en diciembre, en enero, en marzo y en abril— Atenas celebraba varios días de fiestas dionisiacas, que no imponían la promiscuidad a nadie, pero sí prohibían que alguien impusiera la castidad a cualquier otro, fuese cual fuese su sexo.

Las escuelas filosóficas debatían básicamente dos cuestiones. En general, si el vino había sido otorgado a los humanos para enloquecerles o por su bien y, en particular, si —como afirmaban los

estoicos (año 300 a.C.-200 d.C.) el sabio podía beber sin límite, hasta caer dormido, antes de verse llevado a alguna necesidad. Ese aguante exhibe el Sócrates platónico, desde luego, aunque peripatéticos y epicúreos —más realistas— consideraban imposible guardar la cordura por encima de cierta dosis.

En lo que respecta a la naturaleza misma del vino, aunque no le faltan detractores ilustres (desde Hesiodo a Lucrecio), lo habitual es creer que constituye un espíritu neutro capaz de producir bienes o males atendiendo a cada individuo y ocasión. Unos de sus grandes abogados fue Platón (671 a. 666 a.C.), quien dice en *Las Leyes*: "... No habló del uso del vino precisamente, ni de si vale más beberlo que abstenerse de él. Hablo del abuso en este punto y pregunto si es más conveniente usarlo como los escitas, los persas, los cartagineses, los celtas, los iberos y los tracios, naciones todas belicosas, o como vosotros. Vosotros os absteneis completamente de este licor, según tu dices, mientras que, por el contrario, los escitas y los tracios lo beben siempre puro así ellos como sus mujeres; y llegan a derramar el vino sobre sus vestiduras, persuadidos de que este uso nada tiene en particular, y que en esto consiste la felicidad de la vida... (Platón, 1991, Libro I, pág. 23)".

Y más adelante se tiene el siguiente diálogo:

"Ateniense.— Dime, ¿qué sucede sucedería a esta máquina, si se la hiciese beber mucho vino?"

Clinias.— ¿Con que intención me haces esa pregunta?

Ateniense.— No es aún tiempo de explicarla. Sólo me pregunto en general qué efecto producirá la bebida en la máquina; y para que comprendas mejor el sentido de mi pregunta, te suplico me digas, si el efecto del vino es dar un nuevo grado de vivacidad a nuestros placeres y a nuestras penas, a nuestros enojos y a nuestros amores.

Clinias.— Sin duda.

Ateniense.— ¿Da asimismo una nueva actividad a nuestros sentidos, a nuestra memoria, a nuestras opiniones y a nuestros razonamientos?

¿O más bien el vino, cuando se bebe a embriagarse, extingue en nosotros todo esto?

Clinias.— Enteramente lo extingue.

Ateniense.— La embriaguez reduce, pues al hombre, en cuanto al alma, al mismo estado que cuando era niño.

Clinias.— Precisamente.

Ateniense.— Sin duda que en tal situación esta muy distante de ser dueño de sí mismo.

Clinias.— Sí, ciertamente.

Ateniense.— La disposición de un hombre que se encuentra en tal estado, ¿no es muy mala?.

Clinias.— Sin duda.

Ateniense.— Y así, al parecer, no es sólo el anciano el que se vuelve niño, sino que lo mismo sucede a todo el que se embriaga.

Clinias.— Tienes razón Extranjero.

Ateniense.— En vista de esto, ¿crees que haya alguno tan atrevido, que intente probar, no sólo que no debe huirse, cuanto sea posible, de la embriaguez, sino que es conveniente satisfacer algunas veces esta pasión?...(Platón, 1991, Libro I, págs. 29-30)".

Y finalmente: "... ¿No prohibiremos, por lo pronto, por una ley, el uso del vino a los jóvenes hasta la edad de dieciocho años, haciéndoles comprender que no es conveniente añadir fuego al fuego que ya devora su cuerpo y su alma, antes de la edad del trabajo y de las fatigas, temerosos de la exaltación que es natural en la juventud? Les permitiremos después que beban moderadamente hasta los treinta años, ordenándoles que se abstengan de toda clase de libertinaje y de todo exceso. Cuando toquen en los cuarenta años, será cuando podrán entregarse al goce de los banquetes e invitar a Baco, para que venga con los demás dioses a tomar parte en sus fiestas y en sus orgías, trayendo consigo ese divino licor, que es el presente que ha hecho a los hombres como un remedio para dulcificar la austeridad de la ancianidad, restituirle el vigor de los primeros años, disipar sus pesares, ablandar la dureza de sus costumbres, como el fuego ablanda el hierro, y darle un no sé que de soltura y flexibilidad... (Platón, 1991, Libro II, pag. 44)".

1.1.2 Roma

Los romanos eran bastante afectos a beber, aunque una costumbre inmemorial excluía a mujeres y menores de treinta años. Como actualizando el tema dramatizado por Eurípides en *Las bacantes*, el cónsul Espurio Postumio persiguió en el 186 a. C., a cualquier persona relacionada con los Misterios de Baco, un culto que llevaba algunas décadas celebrándose en Roma. Tras forzar con amenazas a un testigo, y establecer altas recompensas para delatores, Postumio cerró las puertas de Roma e hizo que fuesen pasadas a cuchillo o crucificadas unas 7,000 personas, sin otorgar a ninguna las garantías del procedimiento judicial romano.

Seis años más tarde, un magistrado se quejaba de que tras 3,000 nuevas condenas no se ve ni con mucho el fin de este monstruoso proceso. En realidad, la llamada peste dionisiaca duró exactamente tanto como su persecución, y cesó cuando Baco fue asimilado de modo oficial al Liber, el viejo dios romano. Mirando hacia atrás, el historiador se pregunta por qué los horrores imputados a sus fieles no hubieron de probarse como cualquier otro crimen, por qué en vez de denunciarlos alguna víctima concreta (o sus deudos) sólo se animaron a hacerlo delatores recompensados, y por qué el secreto y la tortura presidieron el procedimiento en todo instante.

Buena parte de la respuesta es política: poco después comenzarían la guerras civiles romanas, y cazar fieles de Baco sirvió para deshacerse de enemigos determinados, no menos que para intimidar al pueblo en general; como siempre, la cura operada gracias a algún chivo expiatorio exige suspender las reglas del derecho, y hasta las del sentido común. Pero la gran trascendencia del senado consulto contra las bacanales deriva de que no llegó nunca a derogarse, y siglos más tarde —con la misma falta de garantías para cualquier acusado— servirá para perseguir a los cristianos, otro culto místico de excepcional porvenir y muy ligado al vino.

No falta tampoco quienes ven en las bebidas alcohólicas algo embrutecedor, que inclina a actos necios y orgías. Los brahmanes celebran la ebriedad alcanzada con otras drogas, como el cáñamo y el alcohol no está legalmente prohibido allí, sino tan sólo mal visto. Hasta en Roma, una cultura inclinada a establecer penas feroces para cualquier transgresión, el tabú que separa a la mujer del vino no se encomienda a la ley, y su quebrantamiento sólo puede castigarlo —si así lo deseara— el *pater familias*. Esto deriva de una clara distinción entre derecho y moral: Si la moral quisiera apoyarse en sanciones legales fomentaría hábitos hipócritas, y si el derecho quisiera sancionar una moral se haría sectario, fomentando el desprecio a sus leyes.

1.1.3 Alcohol y religión

Durante mucho tiempo subsistieron sin entrar en abierto conflicto el sacerdocio ritual y la hechicería, cubriendo esferas distintas. Los basileos de la religión civil griega coexistían con hierofantes de Eleusis y otros altares, los pontífices romanos con oficiantes de numerosos Misterios, los mandarines confucianos con santones taoístas y budistas, los rabinos con profetas.

La guerra sin cuartel estallará cuando cierta secta —unida originalmente a trances arcaicos de comunión— aspire a administrar no sólo la religión natural sino la prosaica o civil. Esto se observa ya en el brahmanismo, donde los viejos bebedores de soma pasan más tarde a defender un culto esencialmente anti-extático. Pero se observa con mayor claridad aún en el cristianismo, un culto místico apoyado sobre banquetes periódicos con pan y vino, cuando la cuenca mediterránea lleva más de un milenio celebrando la harina como símbolo de Eleusis y el vino como símbolo de Baco.

En sus formas más antiguas, el rito eucarístico exigía duros ayunos previos —con otros misterios paganos— y tras varios días a pan y agua un vaso de vino posee la eficacia de varios. Así era la Eucaristía en la rama copta, que fue la tendencia cristiana más pujante hasta ser condenada como herejía monofisita. La gran cantidad de copas halladas en las catacumbas —no pocas con la inscripción *bibe in pace* (bebe en paz)— sugieren también que el rito original pudo suscitar las borracheras y fiestas estrepitosas condenadas por San Pablo (Valera, 1977, Ep.Gal.21), alimentando actitudes orientadas —según el propio apóstol— hacia obras carnales, como la fornicación. A fines del siglo III, Novaciano —uno de los padres de la iglesia— fustiga el desordenado amor al vino que observa entre sus correligionarios: Se embriagan en ayunas, como si esto fuera presentar sacrificios al Hacedor. Y no sólo corren hacia los lugares de esparcimiento, sino que transportan consigo un lugar de esparcimiento permanente, pues su placer es beber.

El alivio de la rigidez, la relajación inducida por la ebriedad, había sido para el pagano uno de los grandes dones dionisiaco, admitido también por el Antiguo Testamento. Pero ahora es preciso — como dice San Pablo— liquidar todo estímulo a conductas relajadas. De ahí que proliferen sectas rigurosamente abstemias, como los encráticos, los tacionos, los marcionitas y los acuarianos, para las cuales beber constituye pecado mortal; según sus tradiciones, cuando Lucifer cayó de los cielos se unió a la Tierra y produjo la vid. Lucifer y Baco son una misma persona

La formalización del rito eucarístico comenzó reduciendo a mero símbolo el ayuno, para algo después reservar el vino al sacerdote. Esto permitió retener el núcleo de todas las religiones naturales —que es comer y beber del dios— descartando al mismo tiempo las substancias que aseguraban un trance psíquico muy intenso. En vez de caer en trance lo que se exige es querer creer, pura fe. Aunque los sentidos no hayan notado diferencia antes y después de tragar la hostia bendita, la fe consume el milagro de tener a Dios dentro, en forma física.

Este giro exigía borrar cualquier punto de comparación, cualesquiera comuniones no basadas sobre un esfuerzo de autosugestión. Todos los otros ritos místicos del Mediterráneo pasan a ser tratos con potencias satánicas. Dios no tendrá ya nada de misterio vegetal y multiplicidad: será uno y trascendente, como la propia autoridad de la fe.

Sin embargo, no sólo los usos mágico-religiosos quedan sometidos a estigma. Para el pagano la euforia, tanto positiva (por obtención de contento) como negativa (por alivio de dolor), constituye un fin en sí. La euforia es sencillamente terapéutica, sana. La fe cristiana desea, en cambio, una medida considerable de aflicción, porque el dolor es grato a Dios mientras mortifique a la carne: lo que no sea aliviar patologías momentáneas es huida indigna ante desdichas que redimen al ser humano. Toda ebriedad implica debilidades culpables.

1.1.3.1 Islamismo y ebriedad

Suele mantenerse que Mahoma (580-632 d.C.), prohibió severamente el vino. En realidad, sólo consta que mandó azotar a un borracho por incumplir sus deberes. Como murió sin más aclaraciones, su cuñado Ali forjó una sentencia célebre: *El que bebe se emborracha, el que se emborracha hace disparates, el que hace disparates forja mentiras, y a quien forja mentiras debe aplicársele la pena*. Pero Ali no era el Profeta, y durante varios siglos los jueces árabes no recurrirán casi nunca a la pena de tres o cinco azotes en los pies. La borrachera se deplora porque: hace ridícula y falaz a una persona, y quien no se muestre ridículo y falaz, estando ebrio, cobra más bien visos de santidad; como el derviche danzante o el místico de la inmovilidad, da pruebas de un aplomo admirable.

De ahí que ni siquiera el griego posea una colección de cantos báquicos comparables al árabe. En los cuartetos del Rubaiyat, el astrónomo Omar Khayam declara preferir: el fuego de la verdad en la taberna a su amable bruma en el templo. Entre sus himnos al vino está el siguiente: *La uva, que con lógica absoluta dos y setenta sectas invalida, soberano alquimista que transmuta en oro el metal pobre de la vida*.

Admitido que tanto el vino como el opio crean hábito cuando se consumen en altas dosis, durante períodos largos, el alcohólico tiene una vida bastante más corta, y entra mucho más en conflicto con deberes familiares, sociales y laborales; además, se hace notar por falta de coordinación, agresividad, farfulleos verbales y halitosis, mientras el habituado al opio puede realizar con precisión sus tareas, manteniendo sin dificultad una compostura externa. Estas consideraciones hicieron que los dirigentes del Islam, y el pueblo, prefiriesen la ebriedad proporcionada por un fármaco a la del otro.

1.1.4 Medioevo y renacimiento

En lugar de la piedra filosofal, los alquimistas descubrieron el alcohol. La primera mención a este procedimiento aparece en un tratado técnico del siglo XII, que llama *agua vitae*, agua de vida, al resultado de una destilación, y *agua ardens*, agua inflamable, al alcohol de 96 grados obtenido por bidespilación (Cohen, 1983).

Aunque el alcohol puro fuese muy útil para preparar perfumes, los licores recibieron una acogida mucho más calurosa aún. Siendo cuatro o cinco veces más activos que el vino —y otras tantas más tóxicos—, ofrecían una embriaguez rápida y profunda, obtenible con mucho menos líquido y permitiendo elegir entre variados aromas. Como a eso se añadía una estabilidad del producto incomparablemente superior a la de los vinos, el negocio de fabricarlos y venderlos cobró márgenes comerciales grandiosos. De ahí que los destiladores formaran gremio ya desde el siglo XV, bastante antes que los médicos. Poco después sus preparados venden muy bien en China, creando un

espectacular aumento de enfermedades venéreas tanto en la Corte como fuera de ella, lo cual motiva duras y —pasajeras— restricciones al consumo.

Para hacer frente al aluvión de alcohólicos promovido por las bebidas destiladas se tomaron en Europa varias medidas. La más ambiciosa fue una fundación orientada a promover la sobriedad, presidida por los principales nobles y obispos alemanes. No faltaron tampoco condenas al borracho, como en China y Arabia; en Francia el rey Francisco I, ordena cortar una oreja y desterrar de por vida al reincidente. Pero aun así, reina una inmensa hipocresía, y en no pocas ocasiones es el propio clero quien produce masivamente licores de gran aceptación popular, como sucede con cartujos y benedictinos.

En términos generales, el Medioevo y el Renacimiento son épocas donde el consumo de bebidas alcanza niveles antes desconocidos. En los monasterios se componen cantos de corte dionisiaco como los *Catulli Carmina* y los *Carmina hurana*, en una exaltación casi religiosa del vino que Bocaccio (1313-1375) y Rabelais (1494-1553), describen a menudo. El antipuritanismo que sostiene el uso lujurioso-hechiceril de ungüentos tiene su paralelo legal en fiestas donde se bebe tumultuosamente al son de canciones atrevidas, ya se trate de celebrar el *Corpus Christi* o la semana de Pasión. A mediados del siglo XIV, las actas oficiales de Estrasburgo muestran que el gobierno de la ciudad repartía cada año 1,200 litros de vino alsaciano a quienes pasasen la noche de San Adolfo velando el sagrario y orando en la catedral (Escohotado, 1994).

1.1.5 México

Madsen y Madsen (1991), señalan que hacia el Siglo XVI, los aztecas utilizaban una bebida intoxicante llamada pulque, elaborada con el jugo fermentado de la planta de maguey. El pulque era considerado como un regalo divino de su deidad Mayahuel (Diosa del Maguey), así que el beber pulque era honrar a los dioses, pero precisamente por tratarse de una bebida sagrada y bendita, no se debía abusar de ella. Únicamente se permitía que la gente bebiera hasta intoxicarse durante ciertos días sagrados, pero en cualquier otro momento el emborracharse en público era castigado y sancionado con multas que iban desde el descrédito público hasta la pena de muerte, ya fuera en la piedra de los sacrificios o a golpes. En los contextos seculares el consumo de alcohol era raro salvo en los casos de los ancianos, quienes estaban exentos de las sanciones sociales que prohibían se hiciera en público. Cuando alguien bebía en exceso se decía que era debido a la desgracia de haber nacido bajo el destino de volverse un borracho.

Por su parte, De la Fuente (1991), menciona que la producción, distribución y consumo de bebidas alcohólicas fueron entre los mayas actos de naturaleza curativa sacra y ceremonial, aun cuando existiese también consumo de tipo secular.

Y que la secularización puede ser atribuida a la introducción del aguardiente; ya que este se producía y consumía en la región por lo menos desde el siglo XVII, y sus efectos destructivos fueron tempranamente reconocidos tanto por los indios como por los españoles.

La chicha y el aguardiente se consumían en las ceremonias y ocasiones importantes del ciclo de vida, en algunas localidades se bebía durante la ceremonia a través de la cual se trata de asegurar larga vida y bienestar al recién nacido. Por otra parte la falta de descendencia originaba frecuentes riñas entre los esposos y conducía a que el marido castigase físicamente a la mujer y se embriagase. Las transacciones prematrimoniales, la ratificación del matrimonio y su celebración implicaban el ofrecimiento, entrega y consumo de aguardiente entre los miembros de los dos grupos familiares.

El velorio y el entierro tenían prescritos la adquisición y consumo de chicha y aguardiente. Dicho consumo busca reducir la tensión ocasionada por la pérdida de un miembro de la familia y crear con los amigos presentes una atmósfera de simpatía acorde con la situación.

El diagnóstico tratamiento y prevención de enfermedades implicaban actividades rituales en las cuales se empleaban bebidas alcohólicas y sobre todo aguardiente. En muchos rituales médico religiosos el alcohol era la ofrenda necesaria que se hacía a los santos y deidades cuya buena voluntad se buscaba o cuya ira se trataba de apaciguar. Así, tratamientos sencillos tienen el aguardiente como elemento principal o único. Para curar ciertas enfermedades se rocía aguardiente sobre el enfermo, o se expone éste a los vapores del alcohol derramado sobre piedras calientes.

1.1.6 Estados Unidos

En 1785 Benjamin Rush —uno de los padres fundadores de la nación norteamericana— publica el primer llamamiento a la ley seca señalaba entre otras cosas que: *En lo sucesivo será asunto del médico salvar a la humanidad del vicio, tanto como hasta ahora lo fue del sacerdote. Concibamos a los seres humanos como pacientes en un hospital, cuanto más se resistan a nuestros esfuerzos por servirlos, más necesitarán nuestros servicios.*

Siguiendo directrices dictadas por Rush, en 1869 se constituye el *Prohibition party* de Estados Unidos, el cual tenía entre sus aliados básicos a distintas asociaciones — a menudo exclusivamente femeninas— volcadas a promover la templanza y el decoro cristiano. En 1873 Anthony Comstock, crea la Sociedad para la Supresión del Vicio. En 1895 se funda la *Anti-Saloon League*, una activísima organización que pronto alcanza millones de miembros: su expreso objetivo es una América limpia de ebriedad, juego y fornicación

En 1900, el reverendo W.S. Crafts, propone en la Conferencia Misionera Mundial celebrar el

inicio del segundo milenio cristiano con una cruzada civilizadora internacional contra bebidas y drogas su fin es una política de prohibición para razas aborígenes, en interés del comercio tanto como de la conciencia .

En 1914, H. Wright, diseña el procedimiento para la prohibición del opio y la cocaína, la cual es declarada bajo el nombre de Ley Harrison, una semana después de su aprobación, el Congreso recibe un pliego con seis millones de firmas pidiendo la Ley Seca, (*Volstead Act*) la cual es aprobada hasta 1919 y entra en vigor en 1920 con la expresa finalidad de crear una nueva nación. Esta ley prescribía multa y prisión para la venta y fabricación de bebidas alcohólicas —seis meses para la primera infracción y cinco años para la siguiente—, así como el cierre durante un año de los locales donde se detectara consumo, salvo el del vino para la santa misa. También se aceptaba un uso médico de alcoholes, previa inscripción del terapeuta en un registro especial, donde —por cierto— acabaron inscritos casi 100,000 médicos.

En 1932, a los doce años de su vigencia, el precepto había creado medio millón de nuevos delincuentes y una corrupción en todos los niveles. Un 34 % de los *prohibition agents* tiene notas desfavorables en su expediente; un 11 % es culpable de extorsión, robo, falsificación de datos, hurto, tráfico y perjurio. Dos ministros —el de Interior y el de Justicia— han sido condenados por conexiones con *gangs* (bandas) y contrabando. Hay casi 30,000 personas muertas por beber alcohol metílico y otras destilaciones venenosas y unas 100,000 con lesiones permanentes como ceguera o parálisis.

Tres grandes familias —la judía, la irlandesa y la italiana— se reparten el monopolio de violar la ley Volstead, mientras los bebedores se ven en la disyuntiva de alimentar sus clandestinos *saloons* (bares o cantinas) o acudir a algún médico para obtener una receta de whisky, coñac o vino, por un precio algo superior.

En 1933 se deroga la ley Seca, atendiendo a que ha producido injusticia, hipocresía, criminalización de grandes sectores sociales, corrupción abrumadora y creación del crimen organizado (Escohotado, 1994).

Como se ha podido ver, las bebidas alcohólicas han acompañado al hombre a lo largo de su historia y en ocasiones han influido para que esta se modifique, sin embargo, la historia únicamente toma como referencia los efectos sociales del abuso del alcohol, por lo que en el siguiente capítulo se abordaran varios puntos de vista con respecto a los elementos antropológicos, médicos y psicológicos de este problema al que se le ha denominado alcoholismo.

Capítulo 2

Alcohólistmo

“Si el sujeto desea olvidar, se sabe que el alcohol tiene un efecto entorpecedor. Si desea placer, puede gozar sensaciones de euforia durante las primeras etapas de embriaguez. Si desea entusiasmo, puede buscar el rápido flujo de ideas que se tiene cuando ya no se controla la mente. Si desea estar triste, el vino a menudo hace llorar. El alcohol esta presente en todas las fiestas y en todos los duelos.

N.D.C. Lewis

2.1 Antecedentes

Según Menéndez (1991), uno de los puntos de partida del análisis del alcoholismo debe ser la explicitación de los términos alcohol, alcoholismo y alcoholización, los cuales constituyen conceptos relacionados pero no intercambiables por lo que su diferenciación y contextualización evitaría algunos malentendidos que surgen en el análisis de esta problemática.

De esta manera, el alcohol constituye una sustancia química caracterizada por una serie de propiedades cuyas consecuencias y funciones operan básicamente a partir de las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que lo utilizan. Es decir, el alcohol *per se* puede generar algunas consecuencias patológicas a nivel físico y/o psíquico en función de las características de su consumo. Pero la mayoría de las consecuencias negativas serían producto o no del alcohol en sí, sino de las condiciones construidas socialmente.

La producción antropológica se caracteriza por diferenciar el alcoholismo de la alcoholización, siendo el primero un concepto que refiere explícita o implícitamente a las consecuencias patológicas generadas por el consumo de alcohol y el segundo, un término que coloca la ingesta dentro de un proceso que le da funcionalidades específicas dentro del juego de relaciones dominantes en una sociedad o cultura determinada.

Menéndez (1991) hace una revisión de la bibliografía producida entre 1930 y 1980; y observa que en una etapa inicial (1930-1950) en los trabajos que discuten el alcoholismo tienen relevancia los aspectos políticos, económicos y de control social. De los cuales se puede resaltar el siguiente punto: *El desarrollo del alcoholismo impulsado por el gobierno con fines de lucro.*

Por una parte, si bien los materiales antropológicos no específicos hacen referencia a las condiciones económico-políticas, si suelen ponderarse las funciones del alcohol como integrador social, pero sin ser analizada la amenaza, negatividad e incluso muerte que esta articulación supone, ya que es conflictiva o contradictoria con las funciones de integración.

Asimismo, la evidente incidencia en la criminalidad, en la mortalidad por cirrosis, en la limitación de la esperanza de vida son sólo mencionadas y respecto del alcoholismo como concepto, no se va más allá de un relativismo cultural, que reduce la normalidad de la ingesta a los patrones culturales dominantes.

Lo cual da como resultado una inconsistencia explicativa donde el sesgo del marco teórico se objetiviza en la carencia o inexistencia de información básica para entender tanto el alcoholismo como la alcoholización.

Mientras que la producción mexicana adquiere su mayor relevancia durante el lapso comprendido entre fines de la década del 30 y mediados de 1950, la antropología de origen no nacional se concentrara en las décadas de los 60 y 70, teniendo como antecedente el trabajo de Bunzel (1940), donde ya se planteaban las siguientes cuestiones:

- a) Establecimiento de nuevos niveles de calidad en la descripción etnográfica utilizando lo que puede denominarse "comparación controlada";
- b) Incorporación de conceptos psicoanalíticos a la discusión de la socialización infantil;
- c) Cuestionamiento sobre la relación del alcohol con la personalidad, la estructura de la socialización infantil, funcionalidad y disfuncionalidad del alcohol.

Sin embargo, el foco principal de su investigación, no era el alcohol, ni el alcoholismo, sino los hábitos, costumbres y comportamiento sociocultural hacia el alcohol, así como la relación de este con el contexto social global y los condicionamientos culturales que se expresan a través de los comportamientos alcoholizados. Y por lo tanto, la causalidad del alcoholismo es detectada en diferentes niveles de integración, pero la funcionalidad integrativa no la conduce a olvidar las consecuencias problemáticas. Por lo que llega a plantear lo siguiente:

- Reconoce que es imposible resolver el problema del alcoholismo mediante los enfoques de la terapia individual;
- Que solo puede actuarse tomando en cuenta la funcionalidad y el desempeño del alcohol en cada sociedad;
- Que el alcoholismo como problema social debe ser atacado tomando en consideración los factores etiológicos y los roles sociales y psicológicos que desempeña en la cultura. De esta forma, las primeras acciones debieran ir contra las causas externas, es decir, contra los productores y comerciantes;
- Una propuesta de medidas económico-ocupacionales y hasta educacionales.

Por lo tanto el interés de la antropología por el alcohol se debe a que este constituye un articulador, un procesador que permite el análisis cultural global a través de las expresiones sociales y simbólicas ocurridas a partir de su uso colectivo.

Los trabajos que se generan en las décadas de los 60 y 70 tampoco estudian el alcohol o el alcoholismo en sí, sino en su funcionalidad y articulación sociocultural. La ingestión, aún cuando sea

excesiva y continua no es analizada en términos de enfermedad, salvo en las investigaciones referidas por Fromm y Maccoby en 1967.

Esta tendencia teórica no supone concluir que la producción antropológica no haya detectado y/o descrito consecuencias negativas en los procesos de alcoholización estudiados. La mayoría de los trabajos señalan la existencia de consecuencias, en particular violencias, devenidas de la ingestión alcohólica. Si bien la enfermedad mental prácticamente no es reconocida en la producción antropológica analizada, sí lo son la condición de postborrachera (cruda), así como la asociación con algunas enfermedades.

Por otra parte trabajos que buscaron establecer en forma precisa no solo patrones de consumo, sino también cantidad de alcohol consumido, hallaron valores que superan notoriamente a los datos propuestos por la investigación epidemiológica. Además de evidenciar que explícita o implícitamente los grupos saben de estas consecuencias potenciales pero que las reglas dominantes afirman las funciones de integración ideológica y social del consumo de alcohol.

Es por esto, que casi en la totalidad de las investigaciones la ingestión de alcohol es analizada en términos de relaciones sociales, de expresión simbólica, de patrones culturales sin que se den descripciones y análisis relevantes en términos de estratificación social, donde el beber colectivo de las comunidades es considerado como integrado, no patológico y no problemático; y el beber individual (aunque sea en grupo) como enfermante, desintegrador y problemático, siendo articulada esta concepción con conceptos dominantes en la práctica médica.

Así en la producción antropológica hay una serie de supuestos ideológicos respecto del alcoholismo que no están explicitados y que orientan las conclusiones sobre las implicaciones patológicas o no de la alcoholización. Los principales supuestos son: El alcoholismo solitario como potencialmente patológico y el colectivo como integrador; el alcoholismo individual como potencialmente dependiente y el colectivo como integrado; el alcoholismo individual como preferentemente psicotrópico y el colectivo como integrado. Donde adquiere una singular importancia la utilización del concepto de dependencia ya que dicho concepto es referido exclusivamente a sujetos y no a conjuntos sociales. Por lo que a nivel colectivo se puede considerar una dependencia construida social e ideológicamente, pero sin ser considerada como dependencia o por un concepto equivalente sino como integración (Menéndez, 1991).

2.2 Diagnóstico

2.2.1 Médico

El uso del alcohol y las drogas es un medio a través del cual la gente trata de escapar del estrés emocional. En pequeñas cantidades el alcohol puede aliviar la tensión que crean el estrés en el trabajo y la vida cotidiana. El alcohol produce este efecto al deprimir las funciones del sistema nervioso central.

El consumo crónico de cantidades excesivas de alcohol produce adicción. Es común que los alcohólicos necesiten beber desde horas tempranas del día y que a veces sustituyan la comida por el alcohol. Beben debido a problemas de tipo psicológico, y también para evitar los temblores producidos por la abstinencia, las alucinaciones, los ataques, y otros síntomas. El alcoholismo crónico produce cirrosis del hígado, pancreatitis, úlcera y enfermedades neurológicas (Stellman y Daum, 1986).

El alcoholismo suele influir en la actividad vital global de la persona, por lo que es posible hallar indicios de su existencia en el ámbito familiar social y laboral del paciente, así como en su conducta y estado físico. Las alteraciones de la conducta son más frecuentes en las fases iniciales, mientras que los signos y síntomas físicos y bioquímicos aparecen posteriormente (Wallace, 1989).

"E.M. Jellinek, propuso un modelo en el cual consideraba cuatro fases en el desarrollo del alcoholismo:

Fase I (Prealcohólica). Se caracteriza por el uso de alcohol para relajarse y enfrentarse a las tensiones y al estrés de la vida cotidiana.

Fase II (Alcohólica temprana). Se caracteriza por: a) Pérdida de la consciencia; b) Beber a escondidas; c) Creciente preocupación por la bebida y por las situaciones que provoca; d) Intentos de evitar la bebida y de racionalizar su consumo; y e) Sentimientos de culpabilidad e intentos de negar la evidencia como mecanismos de defensa.

Fase III (Crítica). Se produce la adicción real. La dependencia física es evidente y se pierde el control sobre la bebida.

Fase IV (Crónica) Aparición de enfermedades orgánicas y psicológicas agudas (Cohen, 1983)".

En 1958, el Dr. Mark Keller del Centro de Estudios sobre el Alcohol de la Universidad de Rutgers, definió al alcoholismo como una enfermedad crónica de carácter físico, psíquico y psicossomático o social que se manifiesta como un desorden de la conducta, caracterizado por la ingestión repetida de

bebidas alcohólicas hasta el punto que excede a lo que esta socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, así como con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para el trabajo. También, en esta definición se señala la existencia de daño físico o mental, condición que permite llevar a cabo un diagnóstico; por lo que toca a los males orgánicos, estos son fáciles de reconocer y generalmente se identifican porque el enfermo acude al médico precisamente por los síntomas que provoca. Los aspectos mentales son más difíciles de demostrar porque el paciente no esta dispuesto a admitirlos (Velazco, 1982). (ver cuadro 1)

Cuadro 1
Correlación de la concentración de alcohol en la sangre
y sus efectos conductuales (Modificado de Cohen, 1983).

Alcohol consumido	Efecto conductual
0.05 % de alcohol en la sangre.	Afecta los centros nerviosos superiores. El bebedor pierde inhibiciones y olvida convenciones y cortesías. Se relaja.
0.15 % de alcohol en la sangre.	Afecta zonas motoras más profundas. El bebedor se tambalea, habla atropelladamente, tiene exceso de confianza y actua impulsivamente.
0.25 % de alcohol en la sangre.	Afecta los centros emocionales del mesencéfalo. Se afectan las reacciones motoras y la alegría inestable del bebedor. Se distorsionan las sensaciones. Tiende a ver doble y a dormirse.
0.4 % de alcohol en la sangre.	Afecta las zonas sensoriales del cerebelo. Se embotan los sentidos. El bebedor cae en un estupor.
0.6 % de alcohol en la sangre.	Afecta las zonas perceptuales. El bebedor cae en la inconsciencia. Sólo continúan las funciones de respirar y latir.
0.8 % de alcohol en la sangre.	Afecta todo el cerebro. Cesan los latidos y la respiración. Viene la muerte.

“En 1960 Jellinek tomando como elementos básicos:

1. Forma de dependencia del alcohol, fisiológica o psicológica.
2. La incapacidad para abstenerse de beber frente a la pérdida de control sobre la bebida.
3. La frecuencia con que se bebe, que diferencia a los alcohólicos que beben todos los días de aquellos que lo hacen en forma episódica.
4. El estado de salud.

Estableció una tipología de los alcoholismos, dividiéndolos en cinco tipos:

Alcoholismo Alfa. Representa una dependencia o confianza continua, puramente psicológica en los efectos del alcohol para aliviar el dolor corporal o emocional, pero esta no lleva a una pérdida del control ni a incapacidad de abstenerse.

Alcoholismo Beta. Es aquella clase de alcoholismo en la que pueden ocurrir complicaciones alcohólicas tales como polineuropatía, gastritis, cirrosis hepática, sin dependencia física ni psicológica del alcohol.

Alcoholismo Gamma. Se refiere a aquella clase de alcoholismo en la que interviene: a) Aumento adquirido en la tolerancia tisular al alcohol; b) metabolismo celular adaptativo; c) síntoma de aislamiento y apetito, es decir, dependencia física; y d) pérdida de control.

Alcoholismo Delta. Manifiesta las tres primeras características del alcoholismo Gamma, al igual que una forma menos marcada de la cuarta característica, esto es, en lugar de pérdida de control, hay incapacidad de abstenerse.

Alcoholismo Epsilon. Se refiere a crisis periódicas de alcoholismo. El sujeto bebe de forma periódica, no bebe todos los días, sino que coge grandes borracheras de forma imprevisible, tras días, semanas e incluso meses de total abstinencia, el alcohólico entra en una fase de fuertes borracheras que pueden durar días o semanas (Wallace, 1989)”.

En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS), reemplazó la categoría de alcoholismo en la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades Psiquiátricas, por la de síndrome de dependencia al alcohol, la cual definió como:

“Un estado psíquico y generalmente también físico resultante de la ingestión de alcohol, caracterizado por respuestas del comportamiento y otras, que siempre incluyen a la compulsión a beber alcohol de manera continua o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y algunas veces para evitar el malestar de la abstinencia; puede haber tolerancia aunque esta podría no estar presente. Una persona puede ser dependiente del alcohol y otras drogas” (Carballeda, 1991, pág. 34).

Por otra parte, y siguiendo los postulados básicos de la epidemiología (la cual sostiene que para determinar las causas de las enfermedades debe utilizarse un enfoque ecológico; es decir, el origen de la enfermedad no puede atribuirse a la acción de un solo factor), se puede ilustrar las interrelaciones ecológicas entre agente, huésped y ambiente. En el caso del alcoholismo, el alcohol debe estar presente para que este aparezca, por tanto, se le puede considerar agente de la enfermedad.

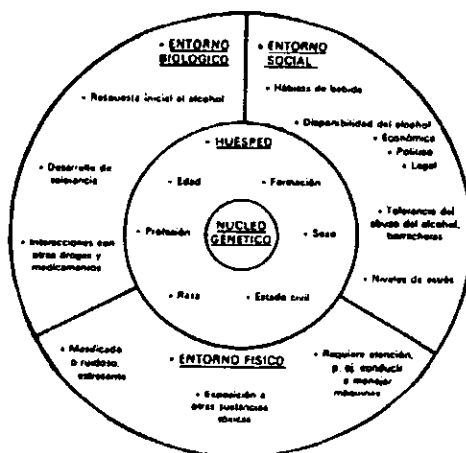


Fig. 1. Modelo ecológico del alcoholismo (Russell, 1989).

Sin embargo, el hecho de que la mayoría de los bebedores no lleguen a convertirse en alcohólicos indica que el alcohol es una causa necesaria pero no suficiente, para que la enfermedad se desarrolle ya que deben darse también unas determinadas condiciones en el huésped y en el medio.

Aun no se ha propuesto un modelo definitivo para el alcoholismo y este es simplemente un modo de ilustrar algunas de las formas en que los atributos del huésped y las condiciones ambientales interaccionan para aumentar o disminuir la probabilidad de que este aparezca (Russell, 1989).

2.2.2 Psicológico

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM—IV), se pueden identificar tres niveles en el desarrollo de la dependencia o adicción al alcohol, estas son: intoxicación, abuso, dependencia.

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbilidad y una mortalidad considerables.

La ingestión repetida de dosis de alcohol puede afectar casi todos los órganos, especialmente, el tubo digestivo, el sistema cardiovascular y el sistema nervioso central y periférico. El consumo de alcohol abundante y repetido durante el embarazo puede asociarse a abortos espontáneos y síndrome alcohólico fetal.

La abstinencia de alcohol se asocia a náuseas, vómitos, gastritis, hematemesis, sequedad de boca, abotagamiento facial y edema periférico. La intoxicación por alcohol puede dar lugar a caídas y accidentes que pueden provocar fracturas, hematomas subdurales y otras secuelas de traumatismos craneales. La intoxicación alcohólica repetida y grave puede suprimir los mecanismos inmunológicos y predisponer a infecciones y al aumento de riesgo de cáncer.

Las tradiciones culturales que fomentan el consumo de alcohol en la familia, en la religión y en la vida social, especialmente durante la infancia, afectan tanto los patrones de consumo de alcohol, como la probabilidad de que se presenten problemas relacionados con él.

Aunque es difícil separar causa y efecto, el bajo nivel educacional, la falta de empleo y un bajo status socioeconómico se asocian con trastornos relacionados con el alcohol. Los años de escolaridad no son tan importantes en la determinación del riesgo de problemas alcohólicos, pero si es el hecho de que la escolaridad no se culmine (p. ej., quienes abandonan la escuela presentan una mayor proporción de trastornos relacionados con el alcohol).

Entre los adolescentes, el trastorno disocial y el comportamiento antisocial reiterativo coexisten con frecuencia con el abuso o dependencia alcohólica y con otros trastornos relacionados con sustancias. Los cambios físicos de la vejez producen un aumento de la susceptibilidad cerebral a los efectos depresores del alcohol, disminuyen el metabolismo hepático de algunas sustancias, entre las que se incluye el alcohol, y reducen el porcentaje de agua en el organismo. Estos cambios pueden provocar que la gente mayor presente intoxicaciones más graves y, por consiguiente, problemas con menores niveles de consumo.

El abuso y la dependencia del alcohol son más frecuentes en varones que en mujeres, en una proporción de cinco a uno. Sin embargo, esta proporción varía en función de la edad. Las mujeres tienden a empezar más tarde el consumo abundante de alcohol en comparación con los varones y, por tanto, también presentan más tarde los trastornos relacionados con el alcohol. Una vez establecido el abuso o dependencia alcohólica en las mujeres, progresa con mayor rapidez, y en la edad media de la vida éstas pueden tener los mismos problemas y en la misma proporción que los varones (problemas de salud, consecuencias laborales o interpersonales).

Curso

Es probable que el primer episodio de intoxicación alcohólica aparezca en la juventud, con una edad de inicio de la dependencia alcohólica entre los 20 y los 30 años. La gran mayoría de quienes desarrollan trastornos relacionados con el alcohol lo hacen a partir de los 30 años. La primera demostración de abstinencia no aparece probablemente hasta que se han desarrollado muchos otros aspectos de la dependencia alcohólica. El abuso y la dependencia del alcohol presentan un curso variable que se caracteriza frecuentemente por periodos de remisión y de recaídas. La decisión de interrumpir la bebida, a menudo como respuesta a una situación de crisis, es seguida con toda probabilidad por semanas o meses de abstinencia. Sin embargo, una vez reanudado el consumo de alcohol reaparecen de nuevo rápidamente los problemas graves.

Patrón familiar

Con frecuencia, la dependencia alcohólica presenta un patrón familiar y por lo menos se han detectado indicios de algunos factores genéticos. El riesgo para la dependencia alcohólica es tres a cuatro veces mayor en los familiares de primer grado de los sujetos con dependencia alcohólica. El riesgo es más alto si hay un mayor número de familiares afectados, si las relaciones genéticas con el paciente bebedor son muy próximas y si sus problemas relacionados con el alcohol son muy graves.

Sin embargo, los factores genéticos sólo explican una parte del riesgo para la dependencia alcohólica, ya que una parte significativa depende de factores ambientales e interpersonales que incluyen las actitudes culturales acerca de la bebida y los bebedores, la disponibilidad de acceso al alcohol (incluyendo su precio), las expectativas de los efectos del alcohol sobre el estado de ánimo y el comportamiento, las experiencias personales adquiridas por el alcohol y el estrés.

Información adicional sobre los trastornos relacionados con el alcohol.

Síntomas y trastornos asociados

La dependencia y el abuso del alcohol se asocian con frecuencia a la dependencia y el abuso de otras sustancias (p. ej., Cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y nicotina). El alcohol puede utilizarse para aliviar los efectos de estas sustancias o para sustituirlas en caso de no disponer de ellas. Los síntomas de depresión, ansiedad e insomnio acompañan frecuentemente y a veces preceden la dependencia del alcohol. La intoxicación por alcohol se asocia en ocasiones con amnesia para acontecimientos sucedidos durante la intoxicación (lagunas o blackouts). Este fenómeno puede estar relacionado con la presencia de niveles altos de alcoholemia y quizá con la rapidez con que se alcanzan dichos niveles.

Los trastornos relacionados con el alcohol se asocian a un aumento significativo del riesgo de accidentes, violencia y suicidio. La intoxicación alcohólica grave, especialmente en sujetos con trastorno antisocial de la personalidad, se asocia con la ejecución de actos criminales. La intoxicación alcohólica grave contribuye a los intentos de suicidio y a los suicidios consumados. Los trastornos relacionados con el alcohol contribuyen al ausentismo laboral, a los accidentes laborales y a la disminución de la productividad.

Hallazgos de laboratorio

La prueba más válida para medir el consumo de alcohol es la concentración de alcohol en la sangre, que puede usarse para estimar la tolerancia al alcohol. Se considera que un sujeto con una concentración de etanol de 100 mg/dl que no muestra signos de intoxicación ha adquirido un cierto grado de tolerancia al alcohol. Cuando la concentración de etanol alcanza los 200 mg/dl muchos sujetos sin tolerancia presentan una intoxicación grave.

Intoxicación por alcohol

La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamental desadaptativo clínicamente significativo (p. ej. comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después (Criterios A y B). Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmo, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma (Criterio C). Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiazepinas o sedantes. La falta de coordinación

puede interferir la capacidad de conducir hasta el punto de provocar accidentes. La demostración de que el sujeto ha bebido se puede conseguir por el olor de su aliento, por la historia obtenida a través de la información del propio sujeto u otro acompañante e incluso, si es necesario, practicando análisis de orina y de sangre.

Criterios para el diagnóstico de F10.00, Intoxicación por alcohol [303.00]

A. Ingestión reciente de alcohol

B. Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.

C. Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:

- (1) lenguaje farfullante
- (2) incoordinación
- (3) marcha inestable
- (4) nistagmo
- (5) deterioro de la atención o de la memoria
- (6) estupor o coma

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

F10.1 Abuso de alcohol [303.90]

La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando máquinas en estado de embriaguez). Beber alcohol puede causar problemas legales. Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o interpersonales que ello les acarrea, por ejemplo discusiones violentas con la mujer mientras está

intoxicado, abuso de los niños. Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.

F10.2x Dependencia del alcohol

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia del alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia del alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas por ejemplo, depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas u otras secuelas (Pichot. P., 1995).

2.3 Tratamiento

2.3.1 Perspectivas psicológicas que han abordado el tratamiento del alcoholismo

2.3.1.1 Psicoanálisis

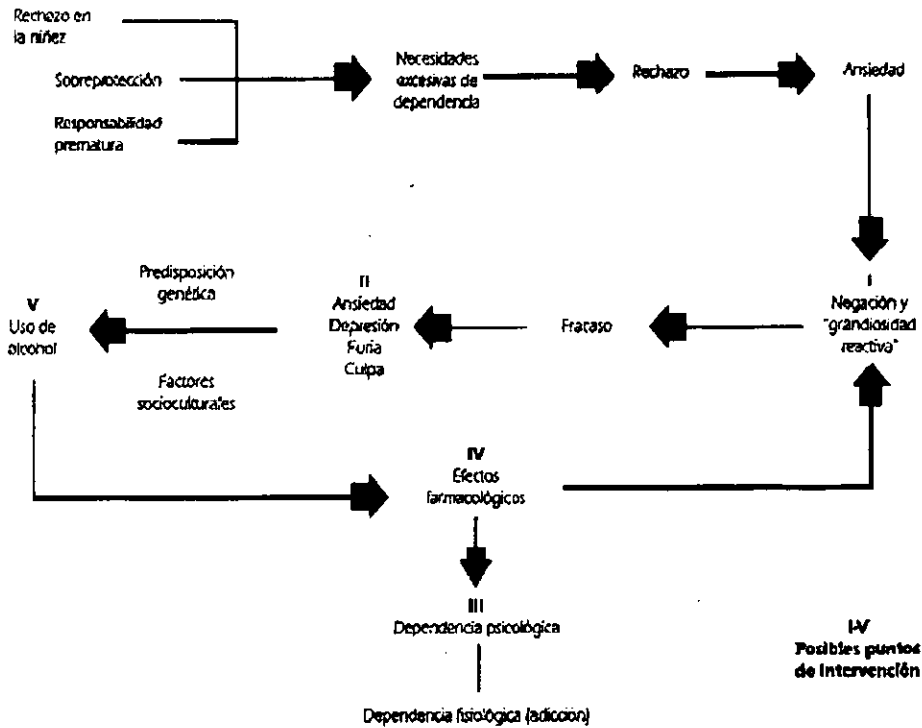
Blum en 1966, revisó la literatura sobre las teorías psicoanalíticas del alcoholismo y concluyó que los conceptos psicoanalíticos pueden aplicarse al entendimiento psicodinámico del alcoholismo. Según él: La fijación oral parece ser el área predominante en el desarrollo del alcohólico, esta fijación responde a características infantiles y de dependencia tales como el narcisismo, comportamiento demandante, pasividad y dependencia. La fijación ocurre después de un grado significativo de privación durante el desarrollo de la primera infancia. Hay evidencias que apoyan el punto de vista de que los alcohólicos fueron expuestos al rechazo de uno o de ambos padres y que las necesidades de dependencia son uno de los mayores factores psicológicos que contribuyen al desarrollo del problema.

Otros factores de desarrollo que se han encontrado como contribuyentes a un conflicto de dependencia han sido, la sobreprotección y el forzar prematuramente la responsabilidad del niño. Aunque no se ha logrado sistematizar ningún tipo de personalidad alcohólica, si se puede hablar de una constelación psicodinámica tal como la describe Zimberg (1978).

Según este autor esta constelación psicodinámica es el factor psicológico clave en el alcoholismo y constituye el conflicto central que debe reconocerse en la psicoterapia. Y agrega que: si bien esta constelación es común entre los alcohólicos, no produce una personalidad común. El conflicto consiste en una falta de autoestima aunada a sentimientos de minusvalía e inadaptación. Estos sentimientos son negados y reprimidos y conducen a necesidades inconscientes de ser cuidados y aceptados — necesidades de dependencia —. Como estas necesidades no pueden ser satisfechas en la realidad producen ansiedad y necesidades compensadoras de control, poder y logro. El alcohol tranquiliza la ansiedad y lo que es más importante, crea sentimientos inducidos de poder, omnipotencia e invulnerabilidad.

Cuando el alcohólico despierta, después de un episodio de ingesta, experimenta culpa y desesperación porque no ha logrado nada más que antes de beber y sus problemas permanecen igual. Por lo tanto, sus sentimientos de minusvalía se intensifican y el conflicto continúa en un círculo vicioso, frecuentemente con una espiral descendente progresiva. El alcohol provee un estado de sentimiento artificial de poder y control que no puede ser logrado en la realidad. A esta intensa necesidad de grandeza puede llamarsele grandiosidad reactiva (Cuadro 2). Un individuo con un conflicto psicológico de éstos, se convertirá en alcohólico si existe una predisposición genética y si vive en una sociedad en la cual el uso del alcohol es sancionado como manera de sentirse mejor, o en

la cual hay ambivalencia con respecto al uso del alcohol. En cualquier individuo uno o más de estos factores etiológicos pueden predominar y provocar el alcoholismo.



Cuadro 2
Paradigma de la Psicodinamia del Alcoholismo (Zimberg, 1978).

Como se observa aquí, el cuadro 2 resume la psicodinamia del alcoholismo. Donde el rechazo en la infancia, la sobreprotección o la responsabilidad prematura conducen a una necesidad inconsciente de protección que no puede ser llenada en la realidad. El rechazo conduce a la ansiedad que a su vez lleva al desarrollo de un número de mecanismos de defensa, particularmente la negación y una necesidad compensatoria de grandeza. La grandiosidad causa que tales individuos la traten de obtener con desesperación y resulta un inevitable fracaso. Los fracasos llevan a más ansiedad, depresión, furia y culpa. Estos efectos poco placenteros pueden reducirse con el alcohol, por lo menos por algún tiempo y llevan a los sentimientos farmacológicamente inducidos de poder y omnipotencia, reforzando así la negación y la grandiosidad reactiva (Zimberg, 1978).

Por su parte Matrajt (1986), considera que las adicciones son compulsiones autodestructivas propositivamente inducidas por la estructura social dominante para establecer y mantener el control social.

Con respecto a la personalidad del adicto, plantea que esta es la de un psicópata, la cual es una psicosis compensada y estabilizada donde la desestabilización se produce en forma controlada, en el acto de drogarse siendo este un momento psicótico al cual el sujeto entra y sale a voluntad, a diferencia de la psicosis —donde el sujeto se instala en sus delirios— en la psicopatía el sujeto requiere una escena fabricada por él —la cual reemplaza la alucinación del psicótico— y en la cual cree a medias o en forma temporal.

El adicto proviene de una infancia caracterizada por dos factores: Graves carencias y excesiva normatividad. El primero determinará una de las características del síntoma de adicción; la búsqueda ilusoria de lo que carece y el segundo la necesidad de burlarse de quien represente tal normatividad.

Las carencias tal como las vive el niño futuro psicópata, hay que entenderlas desde la trama de deseos y valores en que se desenvuelve su existencia. Sus necesidades, demandas, el significado personal y social de la satisfacción de las mismas están determinadas desde el sector social al que pertenece. De tal forma que en los adictos de nivel socioeconómico más bajo, se superponen la carencia de un satisfactor básico más la vivencia de inferioridad por no habérsela podido procurar.

Mientras que en los adictos de nivel socioeconómico medio y alto, la carencia impulsora es de naturaleza psicológica; una pérdida amorosa, la incapacidad para un determinado logro, el vacío existencial, etc.

Siendo lo que confiere poder patógeno a estas carencias la peculiar forma de vivenciarlas que tiene el adicto y donde se agrega el ataque que el adicto dirige hacia la persona o personas que enjuician su conducta sea esto entendido como la violación de las normas sociales.

De esta manera, el acto de drogarse constituye para el individuo una forma propositiva y controlada de evadir una realidad insoportable, para crear artificialmente un micromundo placentero aunque transitorio donde se escapa de un entorno vivido como frustrante y donde la frustración es vivida como humillación a su autoestima. Lo cual es comprendido —aunque no necesariamente aceptado— en los momentos de sobriedad (Matrajt, 1986).

2.3.1.2 Terapia de la Conducta

Bajo el Modelo del Aprendizaje Social, la terapia de la conducta considera al alcoholismo como una conducta desadaptativa (adicción), dentro de esta corriente se han llevado a cabo los siguientes estudios y sus propuestas para el tratamiento del alcoholismo:

Hacia 1930, se lleva a cabo la primera tentativa de utilizar una técnica con estímulos aversivos para tratar el alcoholismo. Se atribuye generalmente esta primicia a Kantorovich, ya que en 1935 informo haber tratado a 20 alcohólicos utilizando estímulos aversivos eléctricos y afirmaba que después de varios meses la mayor parte no habían probado el alcohol.

Entre 1930 y 1940, predomina el uso de estímulos químicos en la terapia aversiva, especialmente en el tratamiento de alcohólicos en Inglaterra, Bélgica, Francia, URSS y en los Estados Unidos. Los trabajos más importantes son los realizados por Voegtlin y Lemire a partir de 1942 y quienes para 1950 habían suministrado datos sobre 4,096 casos de alcohólicos tratados con estímulos aversivos químicos.

A su vez, Avard (1981), señala que hacia el final de los años 60 con el surgimiento de la aversión con estímulos imaginarios de Cautela, se da un cuestionamiento de los objetivos terapéuticos, por tanto la estrategia del tratamiento tiende a proponer al individuo un repertorio de conductas nuevas además de suprimir las conductas no adaptativas. Debido a esto, se proponen nuevos temas de estudio y se generan múltiples investigaciones, especialmente referidas al alcoholismo de las cuales, Avard cita las siguientes: La abstinencia como éxito terapéutico (Sobell y Sobell, 1975; Sobell y Sobell, 1976; Orfor, Oppenheimer y Edward, 1976; Strickler y Vigelow, 1976; Volger, Weissbach y Compton, 1977); Predicción del éxito terapéutico en un sujeto alcohólico: (Miller et al., 1974; Weissbach y Compton, 1977); Características de una conducta de abstinencia parcial: (Miller et al., 1976); Entrenamiento en identificación del nivel de alcohol en la sangre: (Silverstein, Nathan y Taylor, 1974); Respuestas subjetivas de los alcohólicos a bebidas alcohólicas y no alcohólicas: (Frankel, 1976); Crítica de los criterios de abstinencia: (Pattison, 1968; Pattison, Sobell y Sobell, 1976) (Citados en Avard, 1981)".

Finalmente, Thorensen y Mahoney (1981), exponen modalidades del autocontrol utilizadas en el tratamiento del alcoholismo, estas son; Técnicas de Inhibición Recíproca (relajamiento, desensibilización sistemática, interrupción del pensamiento, sensibilización cubierta y formación de carácter asertivo) desarrolladas por Cautela en 1969.

Además de la breve historia que se toma en todos los casos de terapia conductual (BASIC-ID), se pone especial atención a ciertas características de la conducta de beber del cliente:

1. Historia del problema de beber.
2. Frecuencia actual.
3. Lugares donde bebe el sujeto.
4. Tipo de bebida.
5. Condiciones antecedentes a la conducta de beber.

Estos datos servirán para recrear mejor la escena, y cubrir todas las posibilidades de acceso a la bebida.

Jaffe y cols. (1980), señalan que también se han proporcionado las siguientes técnicas:

- Aprendizaje del autocontrol.
- Aprendizaje de técnicas sociales.
- Condicionamiento afirmativo.
- Entrenamiento en relajación.

Los cuales intentan enseñar al alcohólico la forma de enfrentarse y resolver sus propios problemas personales.

2.3.1.3. Enfoque sistémico

Desde el enfoque familiar, se sugiere, que las familias con miembros alcohólicos constituyen sistemas conductuales de enorme complejidad, con notable tolerancia para el estrés, y con ocasionales estallidos de inventiva conductual de adaptación (Steinglass, 1993).

2.3.1.3.1 Terapia familiar estructural-estrategica para problemas de adicción

Etapas

1. Cuando el joven llama la atención de la comunidad, los expertos deben organizarse de tal modo que un terapeuta se responsabilice por el caso. Es mejor no tener un equipo o un grupo de terapeutas por separado ni diversas modalidades de terapia.

El único terapeuta debe decidir si el joven quedará dentro o fuera de una institución y que medicación administrarle, y cuándo. Sólo si el terapeuta esta a cargo del caso, puede poner a los padres a cargo de la familia.

2. El terapeuta necesita reunir a la familia para una primera entrevista. Si el joven vive en otra parte, aun con una esposa, debe acudir con la familia de origen para que todas las personas significativas para él estén allí. La meta consiste en otorgar al joven mayor independencia, a solas o con la esposa, pero el primer paso a ese efecto consiste en devolverlo a la familia.

No se debe inculpar a los padres sino que los padres (o progenitor y abuela, o quien sea) deben hacerse cargo de solucionar el problema del joven. Se los debe persuadir de que en verdad son los mejores terapeutas para el hijo problemático (pese a los fracasos anteriores en sus intentos de ayuda). Se asume que los miembros de la familia están en conflicto y que el hijo problemático esta expresando eso. Cuando los familiares se hacen cargo y fijan las reglas para el joven, se están comunicando mediante el joven, como de costumbre, pero de modo positivo.

Ciertas cuestiones necesitan aclararse.

a) El foco debe estar en la persona problemática y su conducta, no en una discusión sobre las relaciones familiares. Si el hijo es adicto la familia debe concentrarse en lo que sucederá si alguna vez vuelve a ingerir drogas; si tiene una conducta demente, qué se hará si reincide en el comportamiento que antes lo llevó al hospital.

b) Se ignora el pasado, y no se exploran las causas pasadas del problema. El asunto es qué hacer ahora.

c) El terapeuta debe hacer causa común con los padres contra el joven problemático, aunque esta parezca privarlo de opciones y derechos individuales, y aunque parezca demasiado grande para que se lo considere tan dependiente. Una vez que la persona se comporte normalmente, se tendrán en cuenta sus derechos. Se da por sentado que la jerarquía familiar sufre una confusión. Si el terapeuta abandona su categoría de experto para hacer causa común con el joven problemático contra los padres, la confusión aumenta y la terapia fracasa.

d) Los conflictos entre los padres u otros miembros de la familia se ignoran y minimizan aun si ellos los sacan a colación, hasta que el joven regresa a la normalidad. Si los padres dicen que ellos tienen problemas y también necesitan ayuda, el terapeuta debe decir que el primer problema es el hijo, y que sus problemas se pueden encarar una vez que el hijo haya vuelto a la normalidad.

e) Todos deben esperar que la persona problemática vuelva a la normalidad, sin sugerencias de que la meta es una persona discapacitada. Por tanto el joven no debe estar en una clínica de readaptación, un hospital diurno, medicado ni mantenido con metadona. El trabajo o la escuela normal deben esperarse de inmediato, no más tarde. El trabajo debe ser real, lucrativo, no voluntario.

3. A medida que el joven problemático se vuelve normal (alcanzando la autosuficiencia, estudiando, o trabando amistades íntimas), la familia se vuelve inestable. Esta es una etapa importante de la terapia, la razón para impulsar al joven hacia la normalidad. Los padres amenazarán con la separación o el divorcio, o bien uno o ambos revelarán turbación.

En este punto, una recaída del joven forma parte del patrón habitual, pues ello estabilizará a la familia. Si el terapeuta se ha puesto de parte de los padres, ellos se apoyarán en él en esta etapa y el joven adulto no necesitará una recaída para salvarlos. El terapeuta debe resolver el conflicto parental, o mantener alejado al joven problemático. En este punto, el joven puede continuar siendo normal.

4. La terapia debe consistir en una intensa participación y un rápido desapego, no en entrevistas regulares durante años. Apenas se produce un cambio positivo, el terapeuta puede comenzar a distanciarse y planear la conclusión. La tarea no consiste en resolver todos los problemas familiares sino los que giran alrededor del joven problemático, a menos que la familia quiera establecer un nuevo contrato para otros problemas.

5. Deben hacerse seguimientos regulares para garantizar que el cambio positivo continúe (Stanton y Cols, 1994).

2.3.2 Alcohólicos Anónimos

Alcohólicos Anónimos (A.A.), es una asociación fundada en Estados Unidos en 1935 y que empezó a establecerse por primera vez en el Reino Unido a finales de la década de los 40. En la actualidad se calcula que el número de miembros en el mundo es de más de un millón. A.A. ha ayudado a un sinnúmero de personas (a menudo cuando a fracasado la intervención de un profesional), constituye un depósito de sorprendentes experiencias y de sabiduría sutil y ha tenido una gran influencia para humanizar las actitudes sociales hacia las personas que tienen problemas de alcoholismo (Edwards, 1990).

2.3.2.1 ¿Qué es un grupo de Alcohólicos Anónimos?

La conciencia de los grupos de A.A. en los E.U. y Canadá, parecen haberse puesto de acuerdo en seis puntos que definen lo que es un grupo de A.A.

- 1) Todos los miembros del grupo son alcohólicos,
- 2) Como grupo se mantienen a sí mismos,
- 3) El propósito primordial de un grupo es ayudar a que los alcohólicos se recuperen por medio de los Doce Pasos,
- 4) Como grupo no tiene ninguna afiliación
- 5) Como grupo no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades,
- 6) Como grupo su política de relaciones públicas está basada en la atracción y no en la promoción manteniendo siempre el anonimato personal a nivel de prensa, radio, televisión y cine.

La reuniones programadas con regularidad, son la actividad principal de cualquier grupo de A.A.

Se necesita alguna estructura para mantener estas reuniones fidedignas y efectivas. Por lo tanto los miembros del grupo eligen servidores y a los miembros se les pide o se les ofrece que manejen los quehaceres de los refrigerios.

Fuera de las horas de reunión, el grupo continua existiendo, listo a ofrecer ayuda cuando se necesita. Otras actividades pueden incluir llamadas a Paso Doce (pasar el mensaje), trabajo en instituciones y de información pública.

El grupo también puede mantenerse en comunicación con AA., como un todo pidiendo que lo registren en la Oficina de Servicios Generales de su país y que lo incluyan en el directorio apropiado. También puede elegir un Representante de Servicios Generales (R.S.G.), para así estar ligado a la estructura de Servicios Generales (A.A., 1991).

2.3.2.2 Los Doce pasos

Los doce pasos son el núcleo del programa de A.A. para la recuperación personal del alcoholismo. Se presentan simplemente como sugerencias basadas en la experiencia de ensayos y errores de los primeros miembros de A.A. Describen actitudes y actividades que los miembros originales creen fueron importantes para ayudarles a lograr la sobriedad. La aceptación de los doce pasos no es obligatoria de ninguna manera.

La experiencia indica, no obstante, que los miembros que siguen esos pasos con todo fervor y los aplican a su vida cotidiana parecen sacar mayor beneficio del programa de A.A. que aquellos que no les dan mayor importancia. Se ha dicho que es casi imposible seguir literalmente los pasos, día por día. Eso puede ser cierto, en el sentido de que los Doce pasos representan un modo de vivir totalmente nuevo para la mayoría de los alcohólicos pero muchos de los miembros piensan que los pasos son para ellos casi imprescindibles.

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.
3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.

8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba prejuicio para ellos o para otros.
10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos (A.A., 1989).

2.3.2.3. El programa de las 24 horas

El programa de las veinticuatro horas, es una frase que se usa para describir el enfoque básico de A.A., al problema de permanecer sobrio. El A.A., nunca promete dejar el alcohol de por vida, nunca hace promesa de que mañana no se tomara un trago. En la época en que acuda a A.A., en busca de ayuda se ha dado cuenta de que, no importa lo sincero que haya sido en prometerse a sí mismo abstenerse de ingerir alcohol en el futuro, por una u otra razón, se olvidó de sus promesas y se emborrachó. Su deseo incontrolable por la bebida resultó más poderoso que sus buenas intenciones de no volver a tocar el alcohol.

El A.A. reconoce que su principal problema es mantenerse sobrio ¡¡AHORA!! estas veinticuatro horas son el único período a que puede comprometerse en cuanto a la bebida concierne. Ayer ya pasó, mañana nunca llega. PERO HOY, dice el A.A., hoy no probaré el alcohol. Puede ser que mañana sienta la tentación de tomar y tal vez tome. Pero mañana es cosa de la cual me preocuparé cuando le llegue su turno. Mi problema importante es no beber alcohol durante estas veinticuatro horas.

Junto con el programa de veinticuatro horas A.A., le da gran importancia a tres dichos (axiomas):

- Poco a poco se va lejos;
- Vivir y dejar vivir;
- Haz primero lo primero.

Haciendo que estos refranes sean una base de su actitud hacia los problemas de la vida cotidiana, el A.A., corriente se ayuda eficazmente en sus intentos de vivir bien sin el alcohol (A.A., 1989).

Es claro que el consumir bebidas alcohólicas de diversos tipos constituye un comportamiento social comúnmente aceptado que afecta y abarca virtualmente todos los aspectos de nuestra cultura. En todo el mundo, el alcohol se emplea, en un momento u otro, por la mayoría de las personas, como recurso de elección en cualquier acto social imaginable, a pesar de ser una droga potencialmente peligrosa y de los estragos que causa tanto en el organismo de las personas como en su relación con los demás (cuadro 3).

Cuadro 3.
Efectos psicológicos, biológicos y sociales
originados por el abuso del alcohol

Psicológicos

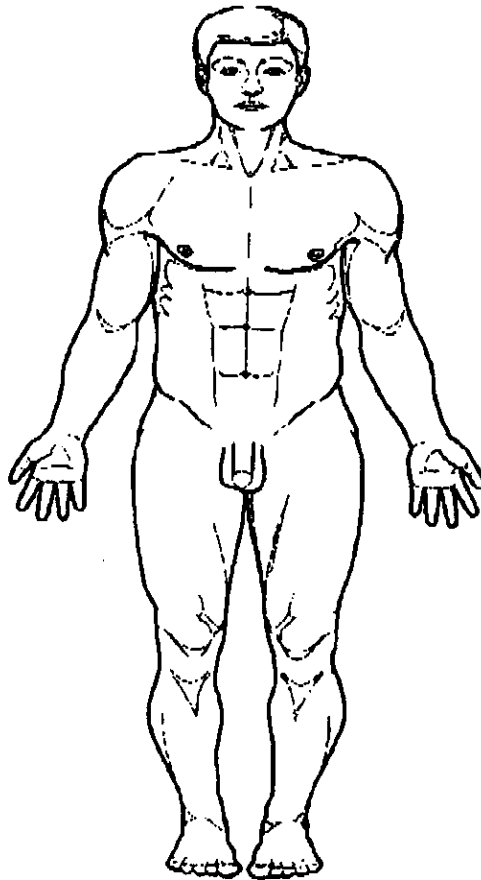
- Angustia
- Baja Autoestima
- Demencia
- Depresión
- Disminución de la capacidad de memoria y aprendizaje.
- Neurosis
- Psicosis Alcohólica

Biológicos

- Cirrosis Hepatica
- Cardiopatía Alcohólica
- Cáncer
- Dermatosis
- Desnutrición
- Esofagitis
- Úlcera Duodenal
- Úlcera Estomacal

Sociales

- Aislamiento
- Delincuencia
- Desintegración Familiar
- Problemas Laborales (accidentes, despidos).
- Violencia (Riñas)



La presión de los compañeros, los patrones de comportamiento de los padres y familiares, los hábitos socioculturales y el contexto ambiental, son algunos de los factores que propician una compleja interacción con la personalidad del individuo para favorecer el consumo de bebidas alcohólicas y el desarrollo del alcoholismo.

Bajo estas premisas se han desarrollado técnicas o métodos para combatir lo que parece ser una enfermedad no contagiosa, pero si, transmisible. Sin embargo, estos esfuerzos al dirigirse en su mayoría a aspectos muy específicos del alcoholismo, parece que han perdido la perspectiva de conjunto, esto es, ver el problema del alcoholismo como un todo integrado, lo cual permitiría establecer una atención más completa hacia el paciente alcohólico.

En el siguiente capítulo, presentaré, una semblanza de la psicología humanista, modelo psicológico que permite abordar los problemas humanos desde una perspectiva más integral.

Capítulo 3

La Psicología Humanista

... Si el limbo es algo inexistente, algo irreal; un ser metido en el limbo sería una existencia dentro de una inexistencia, un absurdo. No habría nada... ni espacio, ni tiempo, ni luz, ni aire, ni color, ni visión, sólo una negación interminable de la existencia, que necesariamente debía hallarse en un punto situado fuera del universo...

CLIFFORD D. SIMAK. Estación de tránsito, Cap. 13, pág. 75.

3.1 Antecedentes

Se da el nombre de existencialismo a una corriente filosófica y psicológica del pensamiento moderno, la cual se podría caracterizar como una reacción de la filosofía del hombre contra el exceso de la filosofía de las ideas y de la filosofía de las cosas.

El existencialismo esta respaldado por una larga serie de antepasados: Es el llamamiento de Sócrates (470-399 a.C), oponiendo a los sueños cosmogónicos de los físicos jónicos, el imperativo interior del concómete a ti mismo; es el mensaje de los estoicos (300 al 200 a.C), llamando al dominio sobre uno mismo, al enfrentamiento del destino; es también San Bernardo (1090-1153), al salir en cruzada, en nombre de un cristianismo de conversión y de salvación contra la sistematización de la fe por Abelardo (1079-1142); en Pascal (1623-1662), levantándose en el umbral de la gran aventura cartesiana contra los que profundizan demasiado en las ciencias y apenas se inquietan por el hombre, por su vida y por su muerte.

Con Pascal se entra al existencialismo moderno, él trazó todos los caminos y tocó casi todos los temas. Sin embargo, es Kierkegaard (1813-1855), el que aparece como padre titular de la escuela, ya que se levanta contra el sistema de Hegel (1770-1831), el Sistema Absoluto, sistematización del sistema al que opuso la Existencia Absoluta. Desde este momento, el tronco del existencialismo se separa en dos ramas. Una de ellas se injerta directamente en el viejo tronco cristiano, rescatada y evocada por el Cristo encarnado; primacia de los problemas de salvación sobre las actividades de saber y de utilidad.

El existencialismo realizo sus mejores cosechas en la escuela fenomenológica alemana: Scheler (1875-1928), Jaspers (1883-1969) y Pablo Luis Lansberg; una derivación rusa pasa por Soloviev (1820-1879), Chestov (1866-1938) y Berdiaev (1874-1948); una rama judía nos lleva a Buber (1878-1965), Karl Barth (1886-1968); una rama francesa a Main de Biran (1766-1824), Bergson (1859-1941), Peguy (1873-1914), Claudel (1868-1955), Berhonnierre, Blondel (1861-1949) y Gabriel Marcel (1889-1973) quien se destaca como representante del existencialismo cristiano francés viviente.

Nietzsche (1844-1900) se alza en el origen de la otra corriente. En posición simétrica con San Juan Bautista estalló como un trueno inoportuno, quiso señalar el fin de la era evangélica, anunciando la muerte de Cristo a los hombres, que no se atrevían a asumirla después de haberla perpetrado. El también como Kierkegaard, debía esperar que la desesperación se inscribiera en los corazones desiertos de la presencia divina y decepcionado por los mitos substitutivos, para que su voz tuviera eco. De su coyuntura debía originarse un nuevo estoicismo, decían los antiguos. Por ello esta filosofía de la angustia total reprocha al racionalismo moderno, en nombre de una experiencia decidida, haber conservado por miedo, frente al hombre, el pobre ser sin realidad del positivismo. Enfrentarnos

directamente con la nada, fondo sin fondo de la experiencia, es la línea del existencialismo ateo que va de Heidegger (1889-1955) a Sartre (1905-1980) (Mounier, 1973) (Vease Fig. 2.)

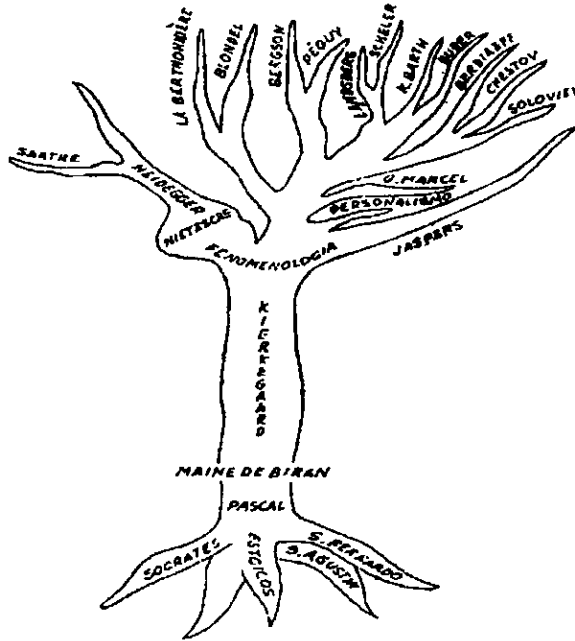


Figura 2.

Árbol existencialista (Mounier, 1973).

Barret (1967) considera al filósofo alemán Martín Heidegger junto con Karl Jaspers (1883-1969) como uno de los creadores de la Filosofía Existencial de este siglo. Y señala que Heidegger constituye el puente de unión entre los psicólogos y los psiquiatras. La idea central de la Filosofía de Heidegger (ontología) es que el hombre es un ser-en-el-mundo. No existe como un sí mismo o un sujeto en relación con un mundo exterior; ni es una cosa, objeto o cuerpo que interactúa con otros para inventar el mundo. El hombre tiene su existencia por ser-en-el-mundo, y el mundo existe porque hay un Ser para descubrirlo.

Heidegger es también un fenomenólogo y la fenomenología ha desempeñado un papel importante en la historia de la psicología. Heidegger fue alumno de Edmund Husserl (1895-1938), fundador de la Fenomenología moderna y Husserl a su vez fue discípulo de Carl Stumpf (1848-1936), uno de los líderes de la nueva psicología experimental que surgió en Alemania durante la última mitad del siglo XIX. Se señalan estos hechos históricos con el objeto de resaltar los antecedentes comunes de la Psicología, la Fenomenología y el Existencialismo (Hall y Lindsey, 1977).

3.1.1 Fenomenología

Dartiguez (1981), señala que etimológicamente, la Fenomenología es el estudio o la ciencia del fenómeno. Mientras que la fenomenología de tipo kantiano concibe al ser como aquello que delimita la pretensión del fenómeno, al tiempo que permanece siempre inalcanzable, y mientras que, a la inversa, en el caso de la fenomenología hegeliana, el fenómeno es reabsorbido en un conocimiento sistemático del ser, la fenomenología husserliana se presenta en cambio como siendo ella misma una ontología, ya que según Husserl, no cabe disociar el sentido del ser y el sentido del fenómeno. Ya que intenta sustituir una fenomenología a la que limita una ontología imposible que absorbe y rebasa la fenomenología por una fenomenología que prescinde de la ontología en cuanto disciplina distinta; por consiguiente, es ella misma a su modo ontología ciencia del ser. Por lo tanto, sostiene que el fenómeno esta penetrado de pensamiento, de logos y que a su vez el logos se expone en el fenómeno, y sólo en él. Únicamente con esta condición es posible una fenomenología.

Si el fenómeno no es una cosa elaborada, si por lo tanto es accesible a todos, también habrá de serlo el pensamiento racional, el logos. Porque si bien es cierto que los fenómenos se ofrecen por mediación de los sentidos, no obstante se presentan siempre como provistos de un sentido o esencia. De ahí que, más allá de los datos de los sentidos, la intuición sea una intuición de la esencia o del sentido.

La intuición de la esencia se distingue de la percepción del hecho; dicha intuición, en efecto, es la visión del sentido ideal que se atribuye al hecho materialmente percibido y que permite identificarlo. Si la esencia permite identificar un fenómeno, es porque siempre es idéntica a sí misma, cualesquiera que sean las circunstancias contingentes de su realización.

Esa identidad de la esencia consigo misma, y esa imposibilidad por lo tanto de ser una cosa diferente de lo que ya es, se traduce por su carácter de necesidad, que se opone a la facticidad, es decir, al carácter de hecho aleatorio, de su manifestación. Además, si cada esencia es única en su género, cabe concebir una infinidad de esencias nuevas cada una de las cuales será irreductible a las otras. Las esencias son la racionalidad inmanente del ser, el sentido a priori en el que debe entrar todo lo real o posible, y fuera del cual nada puede producirse, puesto que la idea misma de producción o acontecimiento es una esencia y pertenece por tanto a esa estructura a priori de lo pensable. Por lo tanto el fenómeno esta preñado de pensamiento, y es logos al mismo tiempo que fenómeno.

3.1.2 Fenomenología existencial

Laing (1988), señala que la Fenomenología Existencial trata de caracterizar la naturaleza de la experiencia que una persona tiene de su mundo y de sí misma. No es tanto un intento de describir

objetos particulares de su experiencia, como de incluir todas las experiencias particulares en el marco de su total ser en su mundo. Es necesario el intentar comprender su marco existencial.

Y menciona que las palabras técnicas de uso común en psicología y psiquiatría se refieren al hombre aislado de los otros y del mundo, es decir como una entidad que no está esencialmente en relación con los otros en el mundo, o bien se refieren a aspectos falsamente sustancializados de esta entidad aislada. Por lo que en vez de partir del que denomina vínculo original del yo y del tú, se toma a un solo hombre aisladamente y se conceptualizan sus diversos aspectos hasta obtener el ego, el super ego y el id. Convirtiendo al otro en un objeto interno o externo, o en una fusión de ambos.

Plantea, que sólo el pensamiento existencial ha intentado captar la experiencia original de uno mismo en relación con otros, en el mundo de uno, mediante un término que refleja adecuadamente esta totalidad. De tal modo existencialmente, lo concreto es entendido como la existencia de un hombre, como su ser-en-el mundo. El ser del hombre (se utiliza el término ser para denotar tan sólo todo lo que el hombre es) puede verse desde diferentes puntos de vista, y uno u otro de sus aspectos puede convertirse en el punto de enfoque del estudio. Este señalamiento tiene una importancia muy especial ya que como el mismo afirma, la manera inicial en que se ve una cosa determina los subsiguientes tratos con ella.

Expresado en el lenguaje de la fenomenología existencial, el otro, según que se vea como persona, o en cuanto organismo, es el objeto de distintos actos intencionales. No hay dualismo en el sentido de la coexistencia de dos diferentes esencias o sustancias en el objeto, psique y soma; hay dos diferentes gestalts experienciales: persona y organismos. El otro en cuanto persona, es visto por mí como responsable, como capaz de elección, en otras palabras, como agente que actúa por sí mismo. Visto en cuanto organismo, todo lo que ocurre en ese organismo puede ser conceptualizado a cualquier nivel de complejidad atómico, molecular, celular, de sistema o de organismo. Mientras que la conducta entendida como personal es contemplada en función de la experiencia de esa persona y de sus intenciones.

De esta manera, en la Fenomenología Existencial, la existencia en cuestión puede ser la propia de uno o la del otro. Cuando dos personas cuerdas están juntas, se espera que A reconozca que B es más o menos la persona que B piensa que es, y viceversa. Es decir, espero que mi propia definición de mí mismo sea confirmada por la de la otra persona, suponiendo que yo no esté deliberadamente simulando ser otra persona, siendo hipócrita o mintiendo y así sucesivamente. Dentro del contexto de la mutua cordura existe, sin embargo un amplio margen de conflicto, error, concepción equivocada, en pocas palabras, una disyunción de una u otra clase entre la persona que uno es a sus propios ojos (ser-para-sí-mismo de uno) y la persona que uno es a ojos del otro (el-ser-para-el-otro de uno), y a la inversa, entre quien es lo que es para mí, y quien es y lo que es para sí mismo; finalmente entre lo

que uno se imagina que es la imagen que se hace de sí mismo y su actitud e intenciones para con uno mismo y la imagen, actitud e intenciones que tiene en realidad para con uno mismo y para otro.

Es decir, cuando dos personas cuerdas se encuentran existe un reconocimiento mutuo y recíproco de la identidad de cada una de ellas. En este reconocimiento mutuo hay los siguientes elementos básicos:

- a) reconozco que el otro es la persona que cree que es;
- b) el otro reconoce que soy la persona que creo que soy.

Donde cada uno posee su propio sentido autónomo de identidad y su propia definición de quién y de lo que es y se espera que el otro sea capaz de reconocerle. Es decir, estoy acostumbrado a esperar que la persona que alguien cree que soy, y la identidad que considero que tengo, habrán de coincidir. Por lo tanto, la interpretación fenomenológica existencial es una inferencia acerca de la forma en que el otro está sintiendo y actuando. Como interprete, el terapeuta debe poseer la plasticidad necesaria para trasponerse a sí mismo a otra extraña, y aún ajena, concepción del mundo.

3.1.3 La psicología existencial

Hall y Lindsey (1970), plantean que la psicología existencial puede definirse como una ciencia empírica de la existencia humana que emplea el método del análisis fenomenológico. Binswanger (1963) por su parte, define el análisis existencial como un análisis fenomenológico de la existencia humana real. Su objetivo es la reconstrucción del mundo interior de la experiencia. Y junto con Boss (1957) señala las diferencias de la Psicología existencial en relación con las otras corrientes psicológicas: Objetan la persistencia del concepto de causalidad legado por las ciencias naturales a la psicología. y argumentan que no existen relaciones de causa-efecto en la existencia humana, que a lo sumo hay sólo secuencias de conductas, y que no es posible derivar la causalidad de la secuencia. Por lo tanto, la Psicología Existencial al rechazar la causalidad también rechaza el positivismo, el determinismo y el materialismo.

Sostienen que la psicología no es como ninguna de las otras ciencias y no debería modelarse a su imagen. Requiere su propio método (fenomenología) y sus propios conceptos (estar-en-el-mundo, modos de existencia, libertad, responsabilidad, llegar a ser, trascendencia, espacialidad, temporalidad y muchos otros) derivados todos de la ontología de Heidegger.

El psicólogo existencial reemplaza el concepto de causalidad por el de motivación. Esta siempre presupone un entendimiento (o desentendimiento) de la relación entre causa y efecto. La motivación

y la comprensión son principios activos en el análisis existencial de la conducta.

La Psicología Existencial también niega que exista algo detrás de los fenómenos que los explique o cause su aparición y descarta las explicaciones de la existencia del hombre en función de un sí mismo, un inconsciente, la energía psíquica o física, o fuerzas tales como los instintos, las ondas cerebrales, los impulsos y los arquetipos.

Los fenómenos son lo que son en toda su inmediatez, no una fachada o un derivado de algo más. Es y debe ser, la tarea de la psicología describir los fenómenos tan cuidadosa y completamente como sea posible. La descripción o explicación fenomenológica, no la explicación o la prueba causal, es el motivo de la ciencia psicológica.

La Psicología Existencial sospecha de la teoría porque está (cualquiera) implica que algo que no puede verse produce lo perceptible. Para el fenomenólogo, sólo lo que se ve o se experimenta es real. La verdad no se alcanza por un ejercicio intelectual; se revela o descubre por los mismos fenómenos. Además la teoría o todo preconcepto actúa como una visera para aprehender la verdad revelada de la experiencia, que sólo puede lograrla una persona completamente abierta al mundo. Ver lo que haya que ver sin ninguna hipótesis o prejuicio es la prescripción de la psicología existencial para el estudio de la conducta.

El objetivo de la Psicología Existencial según Boss, es hacer transparente la estructura articulada del ser humano. La articulación es posible sólo en el contexto del todo que ha sido dejado intacto; toda articulación de este tipo deriva de la totalidad

A la Psicología Existencial le concierne tanto la muerte como la vida. La nada bosteza siempre a nuestros pies. El pavor se asoma, tan profundo como el amor, en la obra existencialista. No puede haber luz sin sombras. Una psicología que considera que la culpa es ingénita y además, un rasgo inevitable de la existencia, no ofrece mucho solaz al hombre. Soy libre significa al mismo tiempo Soy absolutamente responsable de mi existencia.

El hombre es libre y único responsable de su existencia. Este fundamento de la Psicología Existencialista es el que atrae al movimiento humanista de la Psicología Norteamericana. Los psicólogos existenciales norteamericanos son muchos, pero sus criterios se derivan en gran parte de los de Binswanger y otros psicólogos y psiquiatras europeos (Hall y Lindsey, 1970).

3.1.4 La psicología humanista

En 1950, G. Allport, Henry Murray, Gardner Murphy, G. Kelly, A. Maslow, C. Rogers y Rollo May entre otros, establecieron formalmente una nueva escuela ideológica a la que denominaron Psicología Humanística.

En 1962, esta organización declara formalmente que: La Psicología Humanística se interesa primordialmente por aquellas capacidades y potencialidades humanas que no tienen un lugar sistematizado ni en la teoría conductista o positivista ni en la teoría psicoanalítica clásica: por ejemplo, el amor, la creatividad, el autodesarrollo, el organismo, la gratificación de las necesidades básicas, la autorrealización, los valores más altos, el ser, el convertirse, la espontaneidad, el juego, el humor, el afecto, la naturalidad, el calor, la trascendencia del yo, la objetividad, la autonomía, la responsabilidad, el significado, el juego limpio, la experiencia trascendental, la salud psicológica y otros conceptos afines.

En 1963, James Bugental presidente de la asociación sugiere que se adopten cinco postulados básicos:

1. El hombre, en cuanto a tal, sobrepasa la suma de sus partes (esto es, que el hombre no puede explicarse simplemente a partir del estudio científico de sus funciones parciales).
2. El hombre es un ser dentro de un contexto humano (es decir, que el hombre no puede entenderse estudiando simplemente sus funciones parciales y dejando de lado su experiencia interpersonal).
3. El hombre tiene conciencia (y no puede explicarse psicológicamente por una teoría que no reconozca el curso continuo de la autoconciencia humana, formada por sus distintas capas).
4. El hombre tiene una capacidad de elección (no es un espectador de su propia existencia, sino que crea sus propias experiencias).
5. El hombre tiene una intencionalidad, tiende hacia el futuro; tiene un propósito, unos valores y un significado (Esta intencionalidad difiere del concepto comúnmente empleado en filosofía, que parte de que la conciencia se encuentra siempre enfocada hacia algún objeto; esto es, que la conciencia consiste en darse cuenta de algo).

La Psicología Humanística estadounidense no es equivalente a la tradición existencial europea; existe entre ellas una diferencia fundamental de acento. La segunda siempre ha dado gran importancia a las limitaciones humanas y a las dimensiones trágicas de la existencia. Estados Unidos y la Psicología

Humanística surgida en ese país se han caracterizado en cambio, por un espíritu de expansividad, optimismo, horizontes ilimitados y pragmatismo.

El enfoque europeo se concentra casi siempre en los límites y en la necesidad de enfrentarse a la angustia derivada de la incertidumbre y del no ser. Los psicólogos humanistas estadounidenses por su lado, se refieren menos a los límites y a las vicisitudes que al desarrollo de un potencial, hablan menos de aceptación que de conciencia, menos de angustia y más de experiencias culminantes y de integraciones globales; les interesa menos el significado de la vida que la autorrealización; no se refieren tanto a la separación y al aislamiento básico como al binomio yo-tu y al encuentro (Yalom, 1989).

3.2 La terapia existencial: una psicoterapia dinámica

El término dinámico tiene un significado vulgar y otro científico. En su sentido más común, dinámico (que se deriva del griego *dynasthi*, tener fuerza o poder) hace referencia a algo dotado de energía y movimiento. En el terreno técnico, el término está relacionado específicamente con el concepto de fuerza. La contribución fundamental de Freud a la comprensión del ser humano fue la creación de un modelo dinámico del funcionamiento mental: un modelo basado en el principio de que dentro del individuo hay una serie de fuerzas en conflicto y que los pensamientos, las emociones y la conducta, tanto la adaptativa como la psicopatológica, son el resultado de estas fuerzas en conflicto. Más aún estas fuerzas existen en distintos niveles de conciencia y algunas son completamente inconscientes. De tal modo, la psicodinámica de un individuo está formada por las distintas fuerzas conscientes e inconscientes, por los motivos y los temores que operan en su interior. Las psicoterapias dinámicas son, pues, las basadas en este modelo de funcionamiento mental.

La psicoterapia existencial se amolda perfectamente a la categoría de las psicoterapias dinámicas. Pero si se nos pregunta cuáles son las fuerzas (los temores y motivos) que están en conflicto, cuál es el contenido de esta lucha intensa consciente e inconsciente, se llega al punto a partir del cual se separa del resto, pues adopta un punto de vista radicalmente diferente de las fuerzas específicas, los motivos y los temores que actúan en el interior del individuo.

3.2.1 Psicodinámica freudiana

Según Freud (1856-1939), el niño está regido por fuerzas instintivas innatas que, como una selva de helechos, crecen y fructifican a través del ciclo de desarrollo psicosexual. Estos conflictos pertenecen a diversas esferas: los polos de los instintos duales se oponen entre sí (el yoico al libidinal o, en la segunda etapa de su teoría, el eros al tánatos). Por otra parte, los instintos chocan con las exigencias

del medio real y más adelante, con las demandas del ambiente internalizado o super yo. El niño tiene que negociar entre sus presiones internas que le impulsaran a buscar una gratificación inmediata y el principio de realidad que exige posponerla. De este modo, el individuo movido por sus impulsos sostiene una guerra contra un mundo que le impide satisfacer sus instintos agresivos y sexuales.

3.2.2 Psicodinámica neofreudiana o interpersonal

Los neofreudianos —especialmente Harry Stack Sullivan (1892-1939), Karen Horney (1885-1952) y Erich Fromm (1900-1980)— presentan otro enfoque del conflicto básico del individuo. En lugar de estar previamente programado por sus propios instintos, el niño es un ser humano que, al margen de sus cualidades innatas de naturaleza neutral, tales como el temperamento y el nivel de energía, se estructura íntegramente como resultado de factores culturales y de la experiencia interpersonal. Su necesidad básica es la seguridad —la aceptación y la aprobación que recibe a través de su experiencia interpersonal— y su estructura caracteriológica vendrá determinada por la calidad de la interacción habida con los adultos significativos capaces de proporcionarle seguridad.

3.2.3 Psicodinámica existencial

La posición existencial hace hincapié en un conflicto que emana del enfrentamiento del individuo con los supuestos básicos de la existencia. Es decir a ciertas preocupaciones esenciales, a ciertas propiedades intrínsecas que ineludiblemente forman parte de la existencia del ser humano en el mundo.

El método para descubrir la naturaleza de estos supuestos consiste en una profunda reflexión personal, las condiciones son igualmente simples: soledad, silencio, tiempo y libertad con respecto a las distracciones cotidianas que suelen llenar el mundo de las experiencias. Con frecuencia este proceso de reflexión se cataliza a través de ciertas experiencias urgentes, denominadas, por lo general situaciones límite, entre las que se incluyen el enfrentamiento con la idea de la propia muerte, con algunas decisiones importantes e irreversibles o con el colapso de algunos esquemas fundamentales los cuales proporcionan una serie de significados.

Las cuatro preocupaciones esenciales: la muerte, la libertad, el aislamiento y la carencia de sentido vital. El enfrentamiento del individuo con cada uno de estos hechos constituye el contenido de un conflicto dinámico existencial. (Yalom, 1989)

3.2.4 Consideraciones sobre la psicoterapia humanista

Las tendencias en boga de la psicoterapia actual miran a ensanchar las perspectivas psicodinámicas y socio-dinámicas dentro de una visión existencial más amplia, tomando como base las aportaciones de las escuelas de antropología fenomenológica y particularmente de la ontología. Estas escuelas de pensamiento iluminan al ser humano y su existencia en un sentido totalizador y profundamente significativo, permitiendo reconsiderar los objetivos de la psicoterapia, ensanchando su radio de acción más allá de la integración personal en dirección de la integración óntica.

En la situación psicoterapéutica, como en todo encuentro humano, los pacientes no aparecen sólo como muestras de distintos mecanismos psíquicos o de entidades nosológicas sino, muy por encima de eso, como personas con una forma específica de vivir la vida, de responder a los estímulos que vienen del medio ambiente y enfrentar las profundas incitaciones de sus potencialidades internas, las cuales exigen realizarse en un espacio de tiempo limitado y desconocido. Según la tesis ontológica de Heidegger (1949), los seres humanos poseen una forma específica de ser-en-el-mundo.

Estas características ónticas se aplican al ser total del hombre tal como ha sido valorado y descrito por Binswanger (1942) en cuanto ser-capaz-de-ser, ser-libre-para-ser y tener-que-ser-en-este-mundo. Ser-capaz-de-ser se refiere a la capacidad del hombre para saber que él existe. Esta conciencia supone una cierta libertad y responsabilidad óntica frente a su propia existencia.

Ser-libre-para-ser se refiere al fenómeno del amor en cuanto ser-más-allá-del-mundo, que es uno de los modos duales de la existencia. Es una ampliación de la descripción hecha por Buber (1937) de la relación Yo-Tú. Ser-más-allá-del-mundo se refiere a la trascendencia experimental de espacio, tiempo, objeto y sujeto en el acto de amar, o mejor, en la situación de amar.

Tener-que-ser hace alusión al hecho de que el hombre ha sido arrojado (*geworfen*) al mundo con ciertas potencialidades inherentes aunque desconocidas que exigen realizarse. Este es su destino.

Estas características ónticas se aplican al ser total del hombre en cuanto existente, pero pueden ser observadas y experimentadas en cada función del organismo humano en cuanto a tal.

Parece más bien evidente por sí mismo que en el momento en que se asume una perspectiva ontológica frente al hombre, se entra en un plano metafísico, es decir, se enfrenta el Misterio del Ser. Quiere ello decir que la psicoterapia se encuentra en tal caso sobre un terreno común a la religión. Es comprensible que la psicoterapia existencial fuera absurda e inefectiva en caso de ser practicada en un plano puramente conceptual. Lo mismo se tendría que decir de la dirección espiritual y asesoramiento pastoral.

Es importante hacer notar la diferencia entre aprender, leer y hablar sobre las condiciones ónticas y vivirlas. La primera perspectiva se refiere a una forma de conocimiento discursivo-inductivo (es decir, intelectual, conceptual, o inferido-mediato, abstracto-simbólico); la segunda —experiencia directa— se refiere a un conocimiento empírico-fenomenológico (es decir, directo-experencial, inmediato-concreto). Esta posibilidad de un conocimiento empírico-fenomenológico sirve de base al concepto heideggeriano de ser-en-el-mundo en cuanto trascendencia. Esto apunta a la superación de la dicotomía sujeto-objeto en el conocimiento y a la eliminación de la fisura entre el yo y el mundo. Además, lleva a entender la subjetividad como trascendencia. Las enfermedades mentales y sus equivalentes somáticos pueden, por tanto, ser entendidas como resultado de una modificación o desviación en la estructura fundamental o esencial del ser-en-el-mundo en cuanto trascendente. Con otras palabras el hombre sufre las consecuencias de una desarmonía con el orden esencial de las cosas.

La característica principal del proceso terapéutico existencial es su calidad de ser-junto-a entre psiquiatra y paciente en un clima de dejar-ser (que no debe confundirse con dejar solo). El principio de dejar ser es reminiscencia del respeto a la vida de Albert Schweitzer (1875-1965). Heidegger (1949), habla de dejar-ser como un modo de participar en una relación de forma que todo lo que es, puede revelarse en la esencia de su ser. La esencia de un ser humano es su verdadero yo. La verdad sólo podrá revelarse en unas condiciones de libertad. Libertad es dejar-ser; por tanto, la esencia de la verdad es la libertad. Esencia es la potencialidad humana intrínseca de algo existente. El concepto de dejar-ser es una afirmación de la existencia de otra persona. El estar con una persona en un clima de dejar-ser facilita la comprensión de esa persona de una forma transyectiva, es decir, experiencial. La experiencia de ser comprendido bajo estas condiciones es terapéuticamente beneficiosa, porque se trata de una experiencia trascendental.

La tarea del terapeuta no es tanto curar al paciente como percibir y comprender el modo específico de su ser-en-el-mundo, y ayudándole a tomar conciencia de sus implicaciones, capacitarle para alterarlo según sus propias opciones y decisiones existenciales. Los cambios en la estructura psicodinámica son resultado de otros cambios ocurridos en el paciente a consecuencia de haber alterado su modo de ser-en-el-mundo.

Desde un punto de vista ontológico, la psicopatología podría muy bien entenderse como una gama compleja de reacciones producidas por la voz callada de la conciencia existencial, que recuerda al hombre el hecho de haberse separado de su auténtico plano existencial y de haberse arrogado el derecho a vivir en oposición al mundo; le recuerda el haber abusado de su capacidad de pensamiento en una dirección extraña al mundo, en lugar de realizar su tarea existencial, utilizando los dones que le brinda su conciencia para entrar en armonía con el Orden fundamental de las Cosas. El sufrimiento

le recuerda al hombre que su mente ha olvidado el poder que la afirmó y la gracia por medio de la cual existe.

La mayoría de las situaciones en la vida, suponen una cierta relación experiencial con el tiempo. El malestar de la angustia y de los síntomas en general, esta relacionado con la tendencia del hombre a entrar en conflicto con el tiempo. El ansia de aferrarse al pasado y evitar el futuro puede terminar en melancolía, depresión, como si estuviera en un duelo que certeramente Heidegger(1949) califica de un quedarse con el muerto. Se requiere valor, entrega y fe para dejar que el futuro se acerque libremente y permanecer quietos en actitud de aceptación. El hombre esta enfrentado con decisiones vitales, cuyo desenlace es siempre desconocido. El calcula sus probabilidades de acuerdo con sus esquemas internos. Todo paso hacia el futuro le enfrenta con la necesidad de decidir, comprometerse y aceptar la angustia o terror existencial.

Se hace notar que la tarea del terapeuta es la de captar y comprender, y que la relación médico-paciente es concebida como un encuentro inter-humano. Esto trasciende los conceptos de transferencia y contra transferencia. El encuentro existencial supone un encuentro real de personas reales en un mutuo empeño por entender el uno al otro a través de una comunión recíproca. El proceso terapéutico se basa en una comunicación existencial, caracterizada por la percepción experiencial y la autenticidad de la respuesta entre médico y paciente. A través de esa comunicación existencial el paciente es ayudado a desarrollar una capacidad de relación dialogal.

Martin Buber (1937) hace una penetrante y sutil diferenciación entre existencia monologal y dialogal toca el verdadero núcleo del predicamento humano e ilumina el problema básico de la psicoterapia, de la religión y de la salud mental. Señala por una parte la naturaleza del pecado como un quedarse consigo mismo y por otra apunta la necesidad de colmar la condición esencial de la existencia humana en el encuentro dialogal del Uno con el Otro.

El encuentro existencial entre médico y paciente viene a ser el medio que capacita al paciente para tomar consciencia de su proceso existencial y aprender a abrirse al mismo con la aceptación de la santa inseguridad que toda existencia auténtica exige. La santa inseguridad o angustia existencial es el punto dinámico donde psicoterapia y religión pisan terreno común. Porque sobre esa base, la psicoterapia existencial y la religión afrontan la tarea de ayudar al hombre a aceptar la condición humana y a través de una aceptación genuina trascender su desesperación y separación del mundo.

La angustia existencial lleva al hombre a buscar múltiples formas de defensa y vías de escape. Tratando de escapar al terror de perder su vida, el hombre vive en el terror de perder sus defensas. Se aferra a ellas rigidamente y va siendo cada vez más inmovilizado por ellas. Finalmente, aquello a lo que él se aferra termina por aferrarlo a él. Es explicable que las actitudes y las prácticas religiosas

de los seres desorganizados y fragmentados a la fuerza tengan que ser inauténticas y carecer de sentido. Las tentativas de defensa crean barreras no sólo entre el hombre y sus semejantes, sino también entre el hombre y Dios.

El concepto de Paul Tillich (1956) de fe absoluta y de Dios más allá de Dios es muy parecido o quizás idéntico a la postura de Buber (1955), porque lo describe como un estado del ser, como una forma de relacionar la realidad caracterizada por el valor, la aceptación y el compromiso total.

La fragmentación, desorganización, incomunicación e inauténticidad del ser humano en actitud de defensa reviste con frecuencia un carácter progresivo. En tales casos se llegará a crisis existenciales de distintos grados. Será en tales puntos críticos de angustia y desesperación donde el hombre, después de haber alcanzado los límites de su paciencia, se halle en disposición de entregarse a Dios en el espíritu del *Fiat voluntas Tua*, o busque la psicoterapia sumisa y seriamente (Hora, 1972).

3.3 Técnicas psicoterapéuticas de la Psicología Humanista

3.3.1 Terapia Centrada en el Cliente, Carl Rogers

Bernstein (1986) y Castanedo et al. (1993), coinciden en que las condiciones de la actitud no-directiva son:

1. Aceptación incondicional del paciente por el terapeuta. Se basa en una estimación positiva incondicional, evita hacer interpretaciones, juicios y evaluaciones a priori. Consiste en que el terapeuta preste atención calurosa a su paciente, atención que no sea posesión, que no exija ninguna gratificación personal.

2. Comprensión empática. Se da cuando el terapeuta entiende los sentimientos y las reacciones personales experimentadas por el cliente en cada momento. Cuando sabe percibirlos desde dentro tal y como aparecen en él, y cuando logra comunicarle algo de esta comprensión.

3. Congruencia. El cambio de la persona se facilita cuando un psicoterapeuta es él mismo, cuando las relaciones con su paciente son auténticas, sin máscaras, cuando expresa abiertamente los sentimientos y actitudes que le invaden en ese momento. Entre más genuino sea el terapeuta en todos los aspectos de su relación con el paciente, mayor será la experiencia, conciencia y comunicación, así como la ayuda que le prestara.

Y que el objetivo de la terapia centrada en el cliente es lograr los siguientes cambios psicológicos internos:

a) Que se de un incremento de conciencia en el cliente; b) incremento de autoaceptación, c) una comodidad interpersonal incrementada; d) incremento de la flexibilidad cognoscitiva; e) incremento de la autoconfianza y f) funcionamiento mejorado.

3.3.2 Grupos de autoayuda

Definición de grupo

Para los fines de este trabajo, consideramos que de las diferentes definiciones que del grupo existen, la de Cartwright y Zander (1971) es la más adecuada. Ellos plantean que para poder hablar de un grupo, este debe contar con las siguientes características:

1. Que sus integrantes interactuen frecuentemente.

2. se reconozcan unos a otros como pertenecientes al grupo.
3. Que otras personas ajenas al grupo también los reconozcan como miembros de éste.
4. Acepten las mismas normas.
5. Se inclinen por temas de interés común.
6. Constituyan una red de papeles entrelazados.
7. Se identifiquen con un mismo modelo que rija sus conductas y que exprese sus ideales.
8. El grupo les proporcione recompensa de algún tipo.
9. Las metas que buscan alcanzar sean interdependientes.
10. Todos perciban al grupo como una unidad.
11. Actúen en forma similar respecto al ambiente (González, Monroy y Kupferman, 1994).

Origen y desarrollo de los grupos de autoayuda

Poco antes de 1947 Kurt Lewin en el Instituto Tecnológico de Massachusetts, promovió la idea de que la formación de relaciones humanas constituía un tipo de educación importante pero descuidado en la sociedad moderna. Poco después de su muerte se creó en Bethel, Maine el primer grupo T (T por training: capacitación). Al principio estos grupos se ajustaron a la T con que se los describía. Eran grupos de capacitación en habilidades vinculadas con las relaciones humanas, donde se enseñaba a los individuos a observar la índole del proceso grupal y sus interacciones con otras personas.

Se entendía que, a partir de esto, estarían mejor preparados para comprender cómo funcionaban ellos mismos dentro de un grupo y en el desempeño de sus tareas, y la influencia que ejercían en otros, adquiriendo así mayor competencia para encarar situaciones interpersonales difíciles.

Más o menos por la misma época se desarrollaba en la Universidad de Chicago otra fase del movimiento hacia la experiencia grupal intensiva, basándose en la premisa de que era posible ligar el aprendizaje cognitivo con el que era fruto de la experiencia, en un proceso que tuviese valor terapéutico para el individuo. Los grupos de Chicago se orientaron sobre todo hacia el desarrollo personal, el aumento y mejoramiento de la comunicación y las relaciones interpersonales, en vez de considerar que estas eran finalidades secundarias. Además tuvieron una orientación más experiencial y terapéutica que los grupos de Bethel (Rogers, 1990).

Rogers (1990), plantea que la demanda de grupos de encuentro se deriva de dos elementos básicos:

1. La deshumanización creciente de la cultura occidental, en la cual se le da preferencia a lo material sobre la persona, y;
2. Al hecho de que las personas contaban con la prosperidad suficiente para permitirse prestar atención a sus necesidades psicológicas.

Pero que la necesidad psicológica de las personas era el ansia de relaciones reales e íntimas, en las que los sentimientos y emociones pueden expresarse en forma espontánea, sin una previa y cuidadosa censura o contención; en las que pueda correrse el riesgo de probar nuevas formas de conducta; en una palabra, en las que la persona se aproxime al estado en que todo se conoce y acepta, siendo así factible un mayor desarrollo.

Por otra parte Robinson (1979), señala que hay que considerar dos puntos importantes sobre el porqué del florecimiento actual de los grupos de autoayuda:

- a) La desilusión con los servicios de ayuda existentes, y
- b) el declive de las instituciones sociales de asistencia.

Ya que la gente que se ha llevado un chasco es aquella con un problema real, el cuál el doctor no reconoce y mucho más cuando los problemas son más sociales que médicos. Esta desilusión en las profesiones en general y en la profesión médica en particular, surge como una respuesta a la ruptura entre las necesidades que la gente siente y la existencia de servicios disponibles, así como las facilidades o los beneficios sociales que satisfacen tales necesidades. Y que vinculado a esta desilusión con los servicios existentes está un articulado antiprofesionalismo en incremento. Hay una creciente comprensión acerca de que los profesionales no tienen una respuesta para la gran mayoría de los problemas de la vida diaria y aún más, que la relación personal entre el profesional y su cliente no es solamente económica y sujeta a producir una dependencia embrutecedora en la persona que busca ayuda. Y concluye que la desilusión con los servicios de ayuda establecidos, el antiprofesionalismo, el cambiar ideas acerca de lo que es la medicina o puede ser, un declive en el sistema tradicional de ayuda social y el rechazo a un mundo pragmático y en exceso individualista son algunas de las razones dadas para la aparición de los grupos de autoayuda (Robinson 1979).

Asimismo, Katz y Bender (1976) plantean que la industrialización, una economía de dinero, el crecimiento de vastas estructuras de negocios, la industria, y el gobierno han llevado a la gente a la despersonalización, a la deshumanización de las instituciones y de la vida social; provocando el que mucha gente sienta que son incapaces de controlar los hechos que forman sus vidas; sentimientos de

estar atrapados por fuerzas impersonales y el declive del sentido de comunidad o de identidad. Estos problemas están compuestos en mucho por la pérdida de creencias en la iglesia, el estado, el progreso, en los partidos políticos y sus representantes, en muchos de los valores y las instituciones establecidos. Y se vuelven campo de cultivo propicio para el crecimiento de muchos de los movimientos sociales de nuestros días: los nacionalismos, la conciencia étnica y la batalla por los derechos civiles. Los cuales luchan contra la deshumanización y la atomización, la discriminación y el vacío de las instituciones sociales. Y que cercanamente aliados a estos cambios ha estado el rápido y sustancial crecimiento de los grupos de autoayuda (Robinson y Henry, 1977).

Killilea (1976), extrae siete características centrales de los grupos de autoayuda y sus procesos a los que los investigadores les han dado un particular énfasis. Ella los lista así:

1. Experiencia común de los miembros: Entre las características primarias de los grupos de autoayuda está el hecho de que el que da ayuda, tiene la misma enfermedad que el que la recibe.

2. Ayuda y soporte mutuo: El hecho de que el individuo es un miembro de un grupo que se reúne regularmente en orden de proveer ayuda mutua.

3. El principio de ayudar: Según el cual la gente que ayuda a otros con un problema común, al ayudar puede resultar más beneficiado.

4. Asociación diferencial: La cual enfatiza el reforzamiento de autoconceptos de normalidad, lo que acelera la separación del individuo del compromiso con sus previas identidades desviadas.

5. Fuerza de voluntad colectiva y creencia: La tendencia de cada persona a ver en los otros o en el grupo la validación de sus actitudes y sentimientos.

6. La importancia de la información: La promoción de una gran información verdadera de la condición del problema ya que esto es opuesto al entendimiento intrapsíquico.

7. Acción constructiva hacia metas compartidas: Ya que los grupos de autoayuda son de acción orientada, su filosofía es que los miembros aprenden y están cambiando por el hacer.

Por su parte, Rogers (1990), distingue las siguientes etapas en el proceso de autoayuda:

1. Etapa de rodeos

2. Resistencia a la expresión o exploración personal.

3. Descripción de sentimientos del pasado.

4. Expresión de sentimientos negativos.
5. Expresión y exploración de material personalmente significativo
6. Expresión de sentimientos interpersonales inmediatos dentro del grupo.
7. Desarrollo en el grupo de la capacidad de aliviar el dolor ajeno.
8. Aceptación de sí mismo y comienzo del cambio.
9. Resquebrajamiento de las fachadas.
10. Retroalimentación al individuo.
11. Enfrentamiento
12. Relación asistencial fuera de las sesiones de grupo (Ponerse a disposición)
13. El encuentro básico.
14. Expresión de sentimientos positivos y acercamiento mutuo.
15. Cambios de conducta en el grupo.

Y apunta que en la última parte del siglo veinte, el crecimiento de los grupo de auto-tratamiento, los programas de auto-examen, auto-cuidado, otros tipos de ayuda profesional y otras variantes de autoayuda empiezan a jugar una parte crucial en la estructura primaria del cuidado de la salud en los países en desarrollo.

3.3.3 Terapia Gestalt, Fritz Perls

La psicoterapia gestáltica se define como un enfoque psicoterapéutico centrado en el momento existencial que vive la persona, en el aquí y el ahora, su presente. Uno de los requisitos en su aplicación terapéutica reside en que el individuo tome conciencia o se dé cuenta de lo que está pasando momento a momento dentro de sí mismo y a su alrededor (Castanedo et al., 1993).

1. Concentración en el aquí y ahora. Ahora = experiencia = conciencia = realidad.
2. Frustrar al cliente. Es una estrategia que también es denominada hábil frustración, donde se incluyen desde un gesto de desdén hasta un breve mensaje verbal airado, ante el retraimiento o

evasión del paciente. Es condición necesaria, que esta se haga en el momento oportuno, para impedirle al paciente que se refugie en viejos papeles, orillándolo a que se acerque a su callejón sin salida o atolladero, punto en el que sabe y comprende perfectamente lo que hace (Baumgardner. P, Perls. F, 1987).

3. Manejo de la resistencia. El propósito de este procedimiento es facilitar que el paciente acepte su situación y sus sentimientos en un momento determinado; que empiece a moverse de nuevo con su flujo natural de energía vital y que asuma más y más responsabilidad de sí mismo, como condición previa y correlacionada con el descubrimiento de que realmente es él quien arregla su propia existencia. Este procedimiento, se lleva a cabo de la siguiente manera:

Se le pide al paciente que describa su callejón sin salida y que exprese como se siente paralizado en ese momento.

Después, se le sugiere que asuma la responsabilidad por inmovilizarse y por querer permanecer en donde se encuentra, es decir, por crear los sentimientos que expresa ((Baumgardner. P, Perls. F, 1987).

4. Uso de los sueños. Baumgardner y Perls (1987), plantean por una parte que los sueños son como mensajes existenciales donde se proyectan partes de la personalidad, los cuales pueden ser verdaderos o falsos, o en otro caso, utilizados para evitar enfrentarse a situaciones presentes o para confundir la fantasía con la realidad.

Por otro lado, señala que al ser una parte proyectada de la personalidad, los sueños permiten identificar huecos en esta, de esta forma, cualquier cosa que falte en el sueño falta en la existencia de la persona. Y los sueños señalan directamente lo que la persona evita para estar completa.

Para aprovechar al máximo los sueños Perls sugiere que el paciente vuelva el sueño a la vida, es decir, lo platique y lo escenifique en tiempo presente, buscando con este proceso que el paciente se identifique y reintegre las partes de sí mismo que se han fracturado en el proceso de socialización. Esta técnica se aplica de la siguiente forma:

– Volver el sueño a la vida.

Pedir al paciente que relate el sueño en tiempo presente –que describa la experiencia de su sueño como si ocurriera en el momento mismo que lo relata– como si su sueño fuese la realidad presente. Para reforzar este proceso y que el paciente pueda conectar el argumento de su vida con la experiencia de su sueño, se le sugiere al paciente que después de cada oración que diga, repita la frase y *ésta es mi existencia*.

- El drama de la reidentificación.

Una vez que el paciente ha realizado lo anterior, se le pide que represente todas las partes del sueño, actuando los papeles en tiempo presente y mencionando siempre que cambie de papel la palabra *Yo* para identificarse con la situación ((Baumgardner, P, Perls, F, 1987).

6. Otros métodos: a) Uso de mensajes directos e inmediatos. b) Se prohíben las discusiones intelectuales. c) Uso de diálogos internos y de técnicas relacionadas con estos

3.3.4 Análisis Transaccional, Erick Berne

A diferencia de los enfoques psiquiátrico-psicológicos tradicionales, enmarcados generalmente dentro del esquema de la enfermedad y de la psicopatología el Análisis Transaccional opera principalmente en función de un modelo de aprendizaje, ya que plantea que la mayoría de de las conductas humanas son el resultado de los aprendizajes educacionales prejuiciados y de las influencias negativas a las que se encuentran expuestas la mayoría de las personas en el seno de sus familias y de su entorno sociocultural.

Berne (1976) consideró necesario que el terapeuta abandonase el supuesto de enfermedad y estado crónico, cuyo efecto demostrado por Goldstein en 1962, y luego por Frank en 1968, es producir en el paciente un estado crónico y de enfermedad, y que adopte en su lugar el supuesto de la curabilidad, ofreciendo a quienes acuden a ella en búsqueda de ayuda, una esperanza positiva, lo cual hace posible que las personas aquejadas por dificultades emocionales y de interacción social, tomen el mando de sus vidas y produzcan sus propios planes vitales, nuevos, positivos y satisfactorios.

Fundamentado en la premisa de que todas las personas tienen la capacidad para aprender a confiar en sí mismas, a pensar por sí mismas y a tomar sus propias decisiones conductuales; el Análisis Transaccional proporciona varios instrumentos conceptuales y conductuales que ayudan a la expresión libre de las emociones y que facilitan el acceso a la plena satisfacción de las necesidades superiores del hombre: el afecto, el amor, la autoestima, la autoconfianza y la autonomía, todo ello dentro de un contexto humanístico, ético y armónico, que invita al crecimiento y al desenvolvimiento emocional, mental y espiritual del hombre.

Parte de los siguientes postulados básicos:

a) Por naturaleza los seres humanos propenden y son capaces de vivir en armonía consigo mismos, con los demás y con la naturaleza;

b) las personas aquejadas de dificultades emocionales y por ende, de problemas conductuales son, con todo, seres humanos completos e inteligentes;

c) todas las dificultades emocionales son curables.

Por su estructura y dinámica el Análisis Transaccional sirve también de marco de referencia claro y comprensivo, para el análisis y aplicación de otras técnicas derivadas tanto de las ciencias de la conducta como de la gestalt, la bioenergética, la psicocibernética, el reflejo de sentimientos, la relajación y los métodos de meditación. Además, los esquemas, lenguajes y modelos del Análisis Transaccional tienen una aplicación muy valiosa en la organización y el trabajo con grupos humanos, tanto en el campo laboral y organizacional (Desarrollo Organizacional) como en el campo educacional, contribuyendo al crecimiento y desarrollo de los individuos y de los grupos mediante el aprendizaje y aplicación de relaciones interpersonales sanas, adecuadas y armoniosas. Siendo ante todo, un método positivo de formación del hombre integral (Castanedo et al., 1993).

3.3.5 Logoterapia, Víctor E. Frankl

La Logoterapia parte del supuesto de que el hombre, además de su dimensión física y su dimensión psicológica, posee una tercera dimensión específicamente humana, y que es preciso tomar en consideración estas tres dimensiones si se desea comprenderlo en su totalidad. Da por supuesto que esta dimensión humana le permite al hombre trascenderse, aspirar a una dimensión superior a la suya e incorporar sus aspiraciones y sus ideales a su realidad; que su vida tiene sentido bajo cualquier circunstancia, asimismo, que es dueño de una conciencia firmemente arraigada que puede ayudarlo a descubrir los sentidos específicos de su vida. La logoterapia supone también que el hombre no tiende primariamente al placer, que por encima de todo busca tareas vitales que consumir y que su placer más profundo lo encuentra en la realización de estas tareas. Afirma que toda persona es única, en el sentido de que tiene que vivir su propia vida, es irremplazable y ningún momento de su vida puede repetirse. Además sostiene que el hombre dentro de sus evidentes limitaciones, es libre de elegir respecto a sus actividades, experiencias y actitudes y que esta libertad le permite transformarse. Sin embargo, el hombre no debe utilizar su libertad arbitrariamente, ya que el uso que haga de ella deberá estar regulado siempre por su responsabilidad, debiendo asumir la responsabilidad enorme de sus propias decisiones.

Sostiene que, en la búsqueda del sentido de su existencia, el hombre puede recurrir al conjunto de valores y tradiciones que le han sido transmitidos de generación en generación, pero advierte que finalmente la decisión deberá corresponder a él (Frankl, 1978).

Con respecto a la psicoterapia, señala que en ciertos casos particulares, a veces sin pretenderlo, el paciente en el curso de su tratamiento se remonta a las fuentes durante mucho tiempo legadas y escondidas de una fe primordial, inconsciente y reprimida, dándose un efecto secundario que le ayuda a avanzar en su recuperación. Por lo que Frankl (1988) llama la atención sobre el poder curativo de la fe de la siguiente manera:

“El fin perseguido por la psicoterapia es la curación psíquica, el fin de la religión consiste en la salud (o salvación) del alma, cuan distintos sean uno del otro, estos dos fines podrían deducirse del hecho de que el sacerdote en ciertos casos luchará por la salud del creyente, aún exponiéndose conscientemente a aumentar en éste las tensiones emocionales, y no hará nada por evitárselas, ya que primariamente y ante todo, al sacerdote no le mueve ningún motivo psicohigienico; ahora bien, por más que la religión sea, según su intencionalidad primordial, ajena a toda curación o profilaxis de tipo médico, sucede que en sus resultados (y no según su intención) produce efectos psicohigienicos e incluso psicoterapéuticos, al originar en el hombre un sentimiento de alivio y anclarle en algo que no ha podido hallar en otra parte, a saber, en la trascendencia, en el absoluto (Frankl, 1988) (Figura 3).

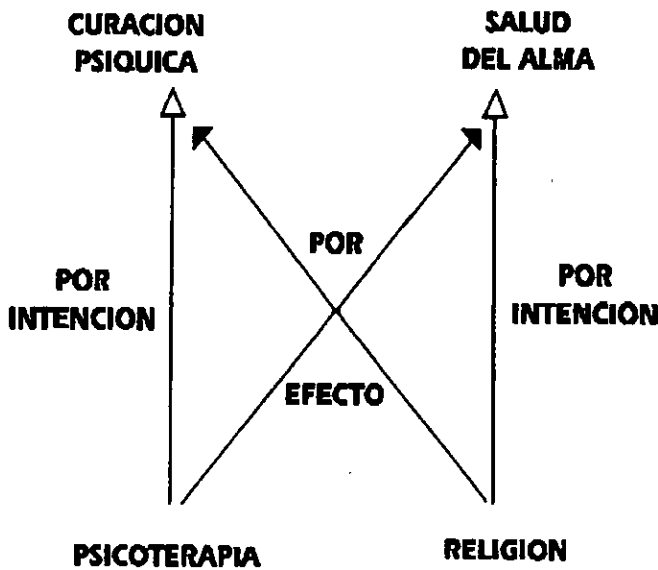


Figura 3 (Frankl, 1988).

Fabry (1990), por su parte, señala que la logoterapia esta fundada en la convicción intuitiva y profunda que posee cada hombre de que la vida tiene sentido, por obscuro que parezca en ocasiones. Asimismo, que todo hombre se siente impulsado a buscar sentido en virtud de una voluntad de sentido y que, dentro de ciertos limites a menudo estrictos, es libre para descubrir el de su propia

existencia. De esta manera, la logoterapia contribuye a que el individuo se vea a sí mismo desde una nueva perspectiva, conozca tanto sus limitaciones como sus potencialidades y descubra su sitio en la vida; el modo en que se adapta a la totalidad de la existencia, se relaciona con otras personas, supera sus fracasos y cumple sus tareas.

Mediante las técnicas logoterapéuticas no específicas:

1) Intención paradójica

La cual consiste en educar a los pacientes a desear precisamente aquello que temen, y se compone de tres fases:

- a) Fase de clarificación y adquisición de seguridad. La cual se establece en base a los resultados negativos del examen clínico y de los procedimientos diagnósticos se excluye una afección orgánica y se confirma la naturaleza puramente funcional psicógena del trastorno y, por consiguiente la ausencia de peligro;
- b) Fase de las instrucciones comportamentales en las que se le explica al paciente qué deberá decirse a sí mismo y cómo deberá actuar;
- c) Fase de la toma de posición irónica frente al propio miedo infundado con la intención de ridiculizarlo.

2) Derreflexión

La cual busca romper el círculo vicioso que mantienen algunos trastornos psicógenos, al modificar la actitud equivocada del paciente (ignorarse a sí mismo, para dedicarse a un objetivo). Esta técnica tiene dos fases:

- a) Se le hace ver al paciente el efecto perjudicial de la autoobservación y la angustia que esta produce;
- b) Se le aconseja al cliente que se aproxime al objetivo que le produce ansiedad y que al llegar a este, renuncie a realizarlo.

Y la logoterapia específica, cuyo objeto son las situaciones generales de malestar ante la falta de sentido o ante la presencia del sufrimiento provenientes de acontecimientos o situaciones objetivamente dolorosas, un luto, una disminución física, una enfermedad incurable, etc.

Se orienta a que el cliente:

- a) Asuma la responsabilidad de sus sentimientos y acciones.
- b) De sentido a su vida, realizando los valores o los significados vinculados a una situación específica (Bazzi y Fizzotti, 1989).

Como se puede ver, la psicología humanista al plantear que el hombre no puede explicarse sólo a partir del estudio de sus funciones y relaciones parciales permite una mayor amplitud de campo para la investigación de cualquier situación en que este se vea implicado, ya que al abordar las situaciones desde los diferentes puntos de vista que las conforman, permite obtener una explicación más completa del problema y el establecimiento de estrategias que brinden una solución integral a este.

Capítulo 4

Discusión

“El hombre plenamente consciente nunca obrará mal, pues su propia condición le haría reconocer, consigo mismo, los efectos devastadores de su acción”.

Socrates

“Pascal observó que la suma del mal disminuiría mucho si los hombres aprendieran a quedarse sentados en sus habitaciones.

A. Huxley

Como se ha visto a lo largo del marco teórico, el alcoholismo es un problema que invade prácticamente todos los ambientes donde se desenvuelve el ser humano y por lo tanto, para su tratamiento, se necesita de una perspectiva que permita la instrumentación de programas de atención donde se combinen de manera articulada métodos y técnicas pertenecientes a distintas disciplinas tales como la Medicina, la Psiquiatría, la Sociología y la Psicología, entre otras, de manera que se cubra el espectro de lo biopsicosocial, esta perspectiva es el modelo humanista perteneciente al campo de la psicología.

A continuación se exponen las razones por las que se considera que este modelo es el más adecuado para la tarea que nos ocupa. Sin embargo, para hacer más clara esta exposición es necesario especificar: 1) el área particular a la que nos referimos dentro del campo de estudio de la psicología, ésta es, la psicología clínica; y 2) la estrategia de intervención la cual es la psicoterapia.

“La psicología clínica esta interesada en la comprensión y mejoramiento del funcionamiento humano... Como un campo clínico, está dedicado a mejorar el estrés de cantidad de individuos, utilizando el mejor conocimiento y técnicas disponibles, en tanto que se lucha a través de la investigación a incrementar el conocimiento y depurar las técnicas necesarias para mejorar la intervención en el futuro” (Korchin, 1976).

Así pues, puede decirse que la psicología clínica es una forma de psicología aplicada que intenta evaluar, definir e investigar las capacidades y características de la conducta de un individuo o grupo de ellos utilizando para ello diversos métodos, sobre la base de una integración de la información recabada mediante un conglomerado de técnicas. De ahí que se puedan proponer estrategias de intervención para el “reajuste adecuado” del individuo conforme a una relación armoniosa con los intereses de éste y de la sociedad.

De esta forma, la mayoría de las intervenciones persiguen como meta el incrementar un estado de bienestar y efectividad tanto psicológica, como social de los sujetos con problemas clínicos, incluyendo en ella no sólo la evaluación sino también el proceso de intervención y el de prevención con el fin de modificar el estado disfuncional del sujeto, así como la modificación del entorno físico y social, pues obviamente será un factor que genere fuerte influencia en su patrón de conducta.

Por tanto, la Psicoterapia puede ser definida “como un proceso psicológico ocurriendo entre dos o más individuos, en el cual uno (el terapeuta), por virtud de su posición y entrenamiento, busca sistemáticamente aplicar su conocimiento e intervenciones psicológicas en un intento por entender, influir y en última instancia modificar la experiencia psíquica, la función mental y la conducta del otro (el paciente). Esta forma de interacción se distingue de otras relaciones entre dos personas por

la formalidad de un acuerdo terapéutico (ya sea implícito o explícito), el entrenamiento específico, la habilidad y experiencia del terapeuta y el hecho de que el paciente (ya sea voluntariamente o por coerción) viene al terapeuta buscando ayuda profesional” (Dewald, 1964).

Hasta aquí se han planteado los aspectos más generales con respecto a la psicología clínica y la psicoterapia, pero antes de continuar con esta exposición se explicarán algunas razones personales y profesionales que influyeron en la utilización del modelo humanista sobre otros.

Durante el séptimo semestre de la carrera, el que esto escribe y algunos compañeros realizamos una investigación que llevó el título “Identificación de elementos psicodinámicos considerados como desencadenantes del alcoholismo” para cubrir la materia de Programación Teoría.

Para la elaboración de este trabajo, recurrimos a varios grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A.) ubicados en diferentes puntos de la ciudad y les planteamos los propósitos de nuestra investigación y la forma en que podían ayudarnos.

Las respuestas en todos los casos coincidían en un punto, la desconfianza hacia el psicólogo, quien sólo los tomaba como conejillos de indias, aplicaba sus pruebas y jamás volvía.

Ante esta situación, se les propuso a los grupos establecer un intercambio de información o lo que ellos denominan “compartir”, donde ellos accedían a contestar nuestras pruebas y mostrarnos como funcionaba su método para la recuperación del alcoholismo si nosotros les dábamos los resultados de las pruebas y también organizábamos pláticas de orientación sobre diversos temas.

Los compañeros y el que esto escribe cumplimos el compromiso y logramos terminar la investigación.

Este primer encuentro con los grupos de A.A., resultó bastante enriquecedor, ya que nos permitió entre otras cosas:

- 1) Poner en práctica los conocimientos que hasta ese momento habíamos adquirido.
- 2) Nos enfrentó directamente con una de las áreas de trabajo del psicólogo, la psicoterapia.
- 3) Conocer con mayor profundidad y en acción, los lineamientos, estructura y funcionamiento de los grupos de A.A.

4) En lo personal, me hizo ver que el trabajo del psicólogo combinado con el de los grupos de A.A. y la medicina, podía ofrecer una recuperación más completa al paciente alcohólico.

A partir de ese momento, me dedique a estudiar la literatura que se utiliza en A.A. y que es parte fundamental de su método de recuperación y descubri elementos que coincidían con algunas tesis planteadas por la psicología humanista, tales como el beneficio de trabajar los problemas en grupo y la utilización de la fe (religiosa o no) como un elemento importante en la recuperación, entre otras.

Posteriormente, al ir profundizando en los modelos psicológicos, me he convencido aun más de que el modelo humanista por su estructura teórica y metodológica ofrece un mayor número de herramientas para el tratamiento del alcoholismo.

Por lo que a continuación, presento una síntesis de lo que considero plantea el modelo humanista y de lo que he aprendido aplicándolo en la psicoterapia a pacientes con problemas de alcoholismo que pertenecen a grupos de A.A.

Sobre el Modelo Humanista

La psicología humanista plantea que los trastornos psicológicos son causados por perturbaciones existenciales que surgen durante el desarrollo del ser humano. Por lo que considera que los métodos más adecuados para enfrentar estas perturbaciones existenciales son el fenomenológico y el autorreflexivo donde la introspección tiene un papel muy importante, ya que supone que los contenidos de la experiencia accesibles a la introspección son el objeto de la experiencia.

La fenomenología tiene como objetivo el aprendizaje, por lo que el proceso terapéutico se plantea como una reeducación en la cual se considera que así como el paciente pudo aprender maneras distorsionadas de ver las cosas, estas pueden ser desaprendidas y cambiarse por otras que le ayuden a integrar una manera de ver y enfrentar la realidad de una forma que le sirva para reintegrarse a los grupos sociales.

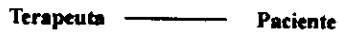
Diferencias con otros modelos

En cuanto a las diferencias con los otros modelos, tal vez la más importante sea que en el modelo humanista, el terapeuta trabaja con el paciente en un nivel horizontal, es decir no se coloca por sobre el paciente, ni convierte la relación psicoterapéutica en una relación de poder.

Otros modelos psicoterapéuticos:



Modelo humanista:



Otra diferencia es que en este modelo, no se les teme, ni se trata de eliminar los estados de ansiedad, sino que se les considera como síntomas valiosos que permiten identificar y recuperar una gran cantidad de energía vital que se ha estancado para alcanzar el equilibrio del paciente.

Sobre el trabajo del terapeuta

El terapeuta humanista a partir de la observación clínica, valora la condición del paciente, su estado mental y existencial, sus necesidades momentáneas, su estado sintomático y la dinámica subyacente a su condición y con esta información decide el método y la técnica reeducativa.

Asimismo, ya durante la aplicación de esta, debe tomar en cuenta que a medida que se avanza, el paciente ira descubriendo cada vez un mayor número de elementos que conforman su problema y profundiza en las causas subyacentes, por lo que debe promover un equilibrio entre metas a corto y mediano plazo.

Por otro lado, se debe tener bien claro que en la situación curativa, la imparcialidad es una condición indispensable del éxito. Sobre todo si tenemos en cuenta que el ser humano durante el proceso psicoterapéutico es, a la vez objeto para otro y sujeto para sí mismo. El aspecto objetal se manifiesta por la actividad accesible a la observación clínica, que es trabajo del terapeuta. Sin embargo, las acciones no se vuelven comprensibles para este, más que a partir de los motivos del paciente, los cuales se pueden descubrir exclusivamente por vía de autoobservación.

El problema que se presenta aquí es claro ya que el paciente de entrada puede no saber como ni qué buscar, por lo que el terapeuta debe proporcionar claves que guíen al paciente para que aprenda a buscar en sí mismo, es decir para que pueda realizar una autoobservación evaluativa y posteriormente pase a una autoobservación curativa.

Así, durante la terapia el terapeuta es un espejo, el cual le muestra al paciente las diferentes caras o mascarar que ha estado utilizando para evadir o negar la responsabilidad de sus acciones.

Después de ir aclarando el panorama e ir ubicando y reconociendo los problemas el siguiente paso es comenzar a trabajar en el proceso de recuperación, la cual es un proceso curativo gradual que implica:

Que el paciente reconozca y acepte que es un proceso dentro del cual la recaída (resbalar o volver a caer en un estado anterior luego de haber experimentado una mejoría o una aparente mejoría) es una parte y puede tener diferentes características, no siempre agradables;

cambiar las conductas de supervivencia aprendidas, que hoy resultan autodestructivas;

enfrentarse con cualquiera de la maneras en que pudimos haber sido traumatizados;

dar a nosotros mismos algo de amor y de cuidados;

sentirse seguro y que esta bien que estemos tan sanos como podamos lograrlo;

aprender acerca de sí mismo;

volverse a conectar con uno mismo;

aceptación de uno mismo y la búsqueda del cambio;

rescatar o en su caso desarrollar la capacidad de ver en retrospectiva y aprender de las experiencias;

aprovechar las experiencias, para no volver a caer en el error.

tomar el control de la propia vida;

fijarse metas y alcanzarlas;

recobrar la capacidad de elegir las cosas que se hacen y no únicamente reaccionar a los hechos sin alternativas;

aprender a decir no;

tener la certeza de que alguien esta cuidando de uno y ayudándole a que uno se cuide a si mismo.

fijar límites;

dejar de controlar;

dejar de preocuparse y de negar las cosas;

aprender habilidades constructivas para la solución de problemas;

aprender a valorar lo que se tiene y a añorar lo que no se tiene;

aprender a sentirse bien en relación con lo que se ha logrado y trabajar para alcanzar otras metas;

creer que se puede ir más allá de lo que alguna vez se ha llegado;

aprender que existen alternativas;

aprender cuando es tiempo de hacer algo y cuando es tiempo de dejar que algo suceda;

dejar que las cosas caigan por su propio peso;

ser responsable sólo por nuestros actos y sus consecuencias;

descubrir en qué se esta fallando,

reconocer en qué se necesita trabajar más y hacerlo;

reconocer que la fe (religiosa o no) puede ser una ayuda para fortalecernos espiritualmente.

Y finalmente que la recuperación es un medio para que el paciente refuerze en la práctica lo que ha aprendido, de manera que al avanzar en el proceso de crecimiento lo tenga presente.

Sobre el proceso de crecimiento

A diferencia de los animales, que se limitan a desaparecer cuando sus necesidades no están de acuerdo con los medios de que disponen para satisfacerlas, el hombre posee, además de la necesidad sexual y de nutrición, una necesidad de rebasamiento y renovación (crecimiento) que le sirve para descubrir los principios de su propia naturaleza.

Sin embargo, entre sus necesidades esenciales y su satisfacción existen dos tipos de imaginación, una positiva y creativa que le ayuda en su proceso de crecimiento y otra fertil en engaños, quimeras, deseos decepcionantes y motivaciones degradadas que afectan su actividad, la fragmentan y la vuelven incoherente o inarmónica.

Ejemplos de esto son los siguientes:

a) La responsabilidad –que significa capacidad de responder– con frecuencia es malinterpretada y tomada como obligación –acto que uno emprende presionado por una persona superior interna o externa– la cual generalmente es acompañada por el resentimiento.

b) Se trata de encajarle la responsabilidad personal a alguien más, para contar con un chivo expiatorio al cual se le puede culpar si algo sale mal.

c) No se asume la responsabilidad de hacer y producir lo que se quiere durante la existencia, así que se busca que otro lo haga y se le manipula por cualquier medio de que se disponga para convertirlo en esclavo.

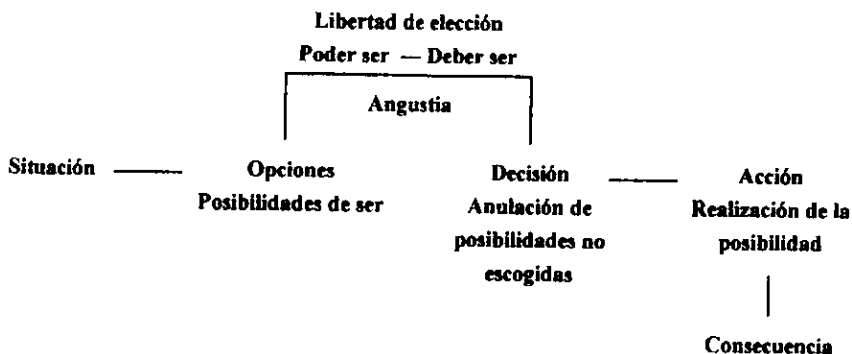
Sobre los valores y la responsabilidad personal

Desde etapas tempranas de su desarrollo el ser humano comienza a internalizar determinados valores, sin embargo, estos no permanecen inmutables ya que conforme va creciendo unos se van reafirmando, otros se modifican y algunos tienden a desaparecer. Estos cambios obedecen a una cuestión de crecimiento donde entran en juego las experiencias, aprendizajes, éxitos y decepciones que va teniendo la persona a lo largo de su vida. La importancia de los valores radica en que le permiten a la persona decidir la moralidad o pertinencia de sus acciones en base a las reglas sociales establecidas.

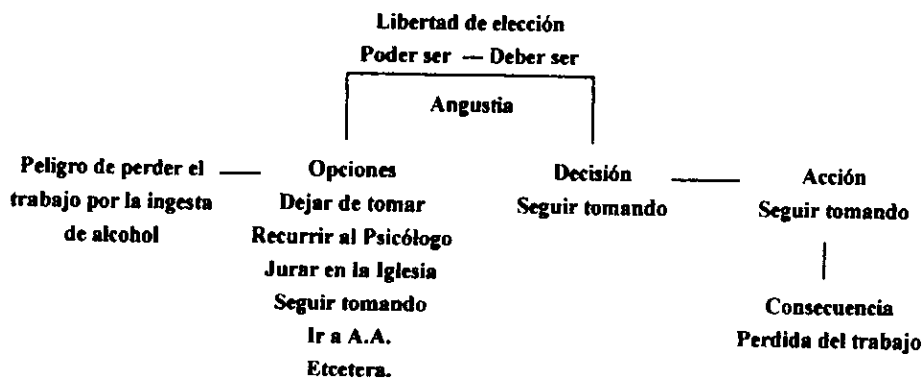
Por otra parte, si el hombre fuese movido únicamente por motivos, su respuesta sería sólo una reacción automática, un actuar desprovisto de responsabilidad. Por lo que, lo acepte o no, al hombre lo mueven motivos intencionales sobre los cuales reflexiona más o menos antes de descargarlos en una acción, la cual no puede negar después de realizarla, ya que es responsable ante sí mismo o ante otros.

De esta manera, la misma existencia es una elección ya que el hombre ante cualquier situación debe tomar una decisión –la cual puede ser anodina o gravísima por su trascendencia– donde la angustia se encuentra presente en menor o mayor medida y que de acuerdo con los resultados

puede ser utilizada en situaciones parecidas que se presenten posteriormente como lo podemos apreciar en el siguiente esquema:



Aplicando este esquema a una situación que continuamente se le presenta a las personas con problemas de alcoholismo, tenemos:



Así, el ser humano conoce la angustia, pero se niega a achacarse la responsabilidad; reacciona por orgullo y vanidad a los sentimientos de culpabilidad que lo asedian y se esfuerza en cargarlos sobre los hombros de otro u otros.

Y bien, antes de finalizar esta discusión, quiero expresar lo que hasta este momento entiendo por psicoterapia y los objetivos que persigue:

– Considero la psicoterapia como un proceso dialéctico donde el paciente le permite al psicoterapeuta estudiar e investigar más sobre la naturaleza humana, pidiéndole a cambio que comparta este conocimiento y le ayude a conocerse a sí mismo.

– La psicoterapia humanista la considero una secuencia de acciones basadas en una unidad integradora, donde los aspectos biológicos, sociales y espirituales se entrelazan y apoyan mutuamente para hacer que el paciente se vea como un ser completo y no fragmentado y también para no permitirle el tratar de justificarse o evadir el problema apelando a uno de estos aspectos en particular.

De esta manera, los objetivos que busca cumplir son los siguientes.

Que el paciente:

- a) Reconozca que la realidad existe y que en ella debe satisfacer sus necesidades;
- b) reconozca que asumir la responsabilidad de los actos realizados y esforzarse por ser constante juegan un papel muy importante en el proceso terapéutico;
- c) reconozca que los sucesos que enfrenta durante su existencia, sólo adquieren significado si están dirigidos hacia un fin determinado y que este significado es puesto por él mismo ya que las cosas por sí mismas no lo tienen;
- d) reconozca que la coherencia (actuación consecuente con la propia ideología) no sea una cuestión accidental, sino una luz permanente;
- e) reconozca que la creación de un proyecto personal de vida se alimenta tanto de las metas que se alcancen como de los tropiezos que se tengan. Ya que quien se pasa su vida estrenando vivencias es muy difícil que se encuentre a sí mismo en sus propias obras.

Finalmente, sólo me resta decir que la propuesta que se presenta unas páginas adelante ha sido elaborada para ser llevada a cabo en colaboración con los grupos de A.A. Los cuales han demostrado con su esfuerzo que el problema del alcoholismo sí puede ser solucionado y pongo a la consideración de todos aquellos que lean esta tesis, la siguiente interpretación del programa de A.A. como una terapia psicológica.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Sobre AA como terapia

– El método de A.A. puede ser clasificado o interpretado como terapia directa, ya que es aplicado a la persona específicamente.

– El método de los grupos de Al-Anon puede ser considerado como terapia indirecta, ya que se ocupan de las personas que conviven con el paciente.

– Los grupos de A.A. utilizan:

Según los medios

– Métodos de entrenamiento, que procuran dar mayor firmeza a la voluntad y se proponen obtener la salud psíquica;

– terapéutica por el trabajo.

Según la organización.

– Psicoterapia de grupo;

– psicoterapia individual.

– Así mismo, una condición necesaria del proceso terapéutico es una interacción de ayuda entre terapeuta-paciente. En los grupos de A.A., esta se da de las siguientes formas: grupo-alcohólico y alcohólico-alcohólico.

– En esta relación, el grupo de A.A. juega los siguientes papeles: Observador, analítico, facilitador, figura mediadora, modelo, agente de refuerzo y soporte de poder; y los alcohólicos el rol de coterapeutas.

– Finalmente, el grupo a lo largo del tratamiento, entre otras cosas:

a) Sugiere que el compañero alcohólico procure corregir las falsas ideas que hubiese adquirido durante su carrera alcohólica;

b) promueve los aspectos y comportamientos positivos;

c) estimula las actividades comunes mediante compromisos;

- d) estimula la búsqueda de estrategias para la solución de problemas;
- e) estimula la realización de actividades independientes al grupo por su valor de refuerzo mutuo;
- f) promueve una adaptación emocional más madura;
- g) estimula el proceso de crecimiento.

Capítulo 5

Propuesta

“ El niño inconsciente que se asoma a la ventana no es valiente, como tampoco lo es el alcohólico que se lanza al vacío. El valor requiere conocer el peligro y el miedo.

“ La visión de este mundo es una visión de espectadores bienaventurados, por que ver las cosas como son en sí mismas es una bendición pura e inexpressable.

Platón

Programa de Atención Psicológica para Alcohólicos bajo el modelo humanista

Introducción

Debido a que cada una de las disciplinas que han enfrentado el problema del alcoholismo lo han hecho desde su marco de referencia, llegan a obviar o incluso negar la existencia de otros elementos que se mueven al interior del mismo, esto ha traído como consecuencia que se llegue a explicaciones parciales, que en la práctica psicoterapéutica no logran integrar un método que realmente lleve a los pacientes alcohólicos hacia un proceso de recuperación más efectivo.

Dentro de la psicología, la corriente humanista al plantear que el hombre no puede explicarse sólo a partir de sus funciones y relaciones parciales puesto que lo considera un ser integral (un ser perteneciente a una determinada sociedad y cultura, con valores y una ética particulares, un ser religioso, etc.), permite una mayor amplitud de campo para la investigación de cualquier situación en que este se vea implicado, con el fin de obtener una explicación lo más completa posible y el establecimiento de estrategias que brinde una solución integral al problema planteado.

En la elaboración de esta propuesta, se utilizó el instructivo realizado por la Sección de Psicología Clínica de la Carrera de Psicología de la hoy FES Zaragoza en 1989 y se basa en dos premisas principales: a) integrar técnicas psicoterapéuticas agrupadas dentro de un mismo modelo psicológico, en este caso la psicología humanista, ya que técnicamente pueden ser complementarias y no tienen el problema de un origen epistemológico distinto; y b) apoyar a los pacientes alcohólicos en el manejo de los problemas relacionados con su alcoholismo y ofrecerles una esperanza positiva de recuperación y bajo la siguiente hipótesis de trabajo: Si se le aplica al paciente alcohólico un programa de atención psicológica elaborado bajo el modelo humanista, este tendrá una recuperación más completa.

Por otra parte, este programa no presenta ninguna objeción ética, de esta manera, únicamente queda recordar al terapeuta lo siguiente:

- Es una obligación del terapeuta, respetar la integridad y proteger el bienestar de la persona que esta tratando.

Método

Objetivos

El objetivo general de este programas es:

- Qué al finalizar el tratamiento, el paciente no necesitará consumir bebidas alcohólicas para reducir su tensión y enfrentar adecuadamente sus problemas.

Los objetivos particulares son:

- a) Apoyar a los pacientes en el manejo de los problemas relacionados con su alcoholismo.
- b) Reducir la frecuencia de recaídas

Sujeto

Teniendo en cuenta que de las definiciones, tanto de alcoholismo como de alcohólico, presentadas en el marco teórico no satisfacen las necesidades del presente estudio, se propone la siguiente definición de alcohólico, elaborada desde el punto de vista fenomenológico.

Alcohólico - Persona que presenta un conflicto de valores producido por ideas irracionales sobre sí mismo, lo que hace y el mundo que lo rodea; pobre contacto con la realidad o negación de esta; aislamiento; depresión, sentimientos de culpa, alucinaciones auditivas y/o visuales; incapacidad para expresar de una manera adecuada sus sentimientos y emociones; así como una necesidad imperiosa por ingerir bebidas alcohólicas.

Escenario:

Cubículo de 4 por 4 mts. equipado con escritorio, silla secretarial, 2 sillones individuales, mesa central, bien iluminado y ventilado, decorado con colores neutros.

Materiales

Hojas blancas, historia clínica, lápices, folders para expediente, hojas de registro de avance del tratamiento, hojas de Reporte sumario de expediente clínico, cuestionarios de seguimiento.

Obtención de datos

Dentro de la psicoterapia, la fase de evaluación consiste en la recolección de información respecto a los individuos en estudio, cuyo fin es el permitir seleccionar las estrategias de intervención más adecuadas al caso, de acuerdo con esto, los materiales de evaluación que se utilizarán son los siguientes:

1) Entrevista

La entrevista es una técnica de suma importancia en todo proceso de evaluación, ya que es el primer contacto del psicoterapeuta con el paciente. Durante su realización, se dan las condiciones para que el terapeuta comience a establecer lazos de confianza, conozca la opinión del paciente sobre su situación y el contexto en que esta se desarrolla, lo cual le permitirá al profesional obtener mejores resultados en el proceso de diagnóstico y un trabajo de intervención más adecuado.

De acuerdo a las características de este programa, se recomienda la utilización de una entrevista diagnóstica, la cual, pretende la recolección de información sobre la problemática del paciente, la evaluación de su conducta en general, percepción del mundo y contacto con la realidad, los cuales sirven para establecer el diagnóstico terapéutico.

2) Historia Clínica

La historia clínica suele ser la parte más valiosa del examen clínico para establecer un diagnóstico, ya que no sólo permite obtener información acerca del padecimiento actual, sino entender al paciente como persona y su situación (Macleod, 1987).

La historia clínica es una relación de los acontecimientos en la vida del paciente que tienen importancia para su salud física y mental. Mucho más que la narración espontánea del paciente, es una forma literaria especializada en la cual el psicólogo compone y escribe una relación basada en los hechos, suministrada por el paciente y otros informantes. La elaboración de la historia clínica tiene un triple propósito: (1) búsqueda de los síntomas; 2) proporcionar descripciones cuantitativas precisas, y 3) asegurar cronologías precisas de los acontecimientos. Los hechos son aceptados para registro solamente después de una rigurosa valoración hecha por el psicólogo, para lograr detalles pertinentes y establecer la secuencia de los acontecimientos (Degowin y Degowin Jr., 1991).

En este caso se utilizará la historia clínica que se realizó tomando como base la historia clínica de Lazaruz y la guía de para la confección de la historia clínica de personas con problemas con el alcohol propuesta por Estes y Heinemann (1989).

De esta manera, la historia clínica se compone de los siguientes apartados.

- I. Identificación
- II. Datos personales
- III. Datos laborales
- IV. Datos familiares
- V. Historia matrimonial
- VI. Bebida
- VII. Autodescripción (Ver anexo 1)

3) Autobiografía

La autobiografía es una prueba de las denominadas de lapiz y papel, donde se le proporcionan al paciente hojas de papel blanco de preferencia y bolígrafo, y se le indica que redacte o escriba su historia personal.

La autobiografía es un relato, narración o cuento personal que refleja la autopercepción verdadera y falsa del sujeto.

Áreas a considerar en la autobiografía:

a) Intelectual

- El proceso de asociación
- Cronología de los hechos
- La expresión gráfica
- Utilización del lenguaje en general y en particular del vocabulario.
- Características del pensamiento y contacto con la realidad.

b) Percepto-motora.

- Transtornos perceptuales y motores de la escritura
- Contenido ideacional del pensamiento

c) Afectiva

Se considera la elección asociativa del relato, de las experiencias y el diferente interés con que se expresa cada uno de ellos. Se observan los adjetivos calificativos que se eligen para remarcar la importancia de algunos acontecimientos y figuras de la experiencia del individuo.

Características del control de impulsos que pueden ser de carácter cultural o psicológico.

- De carácter psicológico:

_____	Agresión
<u> Inga United </u>	Sensual
<u> 20000 </u>	Extrovertido
_____	Introvertido

- De carácter cultural, pueden detectarse por medio del análisis de: la ortografía, la redacción, etc.

d) Características dinámicas:

- Cuando el sujeto escribe mucho, tiene falta de control de estímulos (escritura exagerada), esto también ocurre en casos de farmacodependencia, o bien cuando se sobrepasa la línea del margen.

- Existe represión cuando hay poca escritura.

- Signo lingüístico: Serie de trazos cuya forma denota características particulares y connota (tener significado) un conocimiento o comprensión de la forma.

- El relato permite la identificación de mecanismos de defensa primarios y secundarios del paciente (negación, represión, identificación, proyección y racionalización), y el sentido de las relaciones objetales (Guillén, 1989). Ver anexo 2.

La fase de tratamiento, viene a ser la aplicación de las técnicas de intervención.

Definición de la variable dependiente

Para los fines de este programa, se propone la siguiente definición fenomenológica de alcoholismo:

Necesidad de ingerir bebidas alcohólicas que deteriora la salud física y mental del sujeto, además de influir en la forma en que este percibe e interactúa con la realidad y la manera en que se relaciona con las personas que lo rodean.

Definición de la (s) variable (s) independiente (s)

Las variables independientes, en el caso de este trabajo serán las técnicas psicoterapéuticas que se van a utilizar, estas son:

- Terapia Centrada en el cliente (Rogers).
- Técnicas de los Grupos de Apoyo.
- Terapia Gestalt
- Logoterapia

Descripción de las técnicas psicoterapéuticas que se utilizarán

Terapia Centrada en el cliente

1. Aceptación incondicional del paciente por el terapeuta. Se basa en una estimación positiva incondicional, evita hacer interpretaciones, evita hacer juicios y evaluaciones.

Consiste en que el terapeuta preste atención calurosa a su cliente, una atención que no sea posesión, que no exija ninguna gratificación personal.

2. Comprensión empática. Se da cuando el terapeuta entiende los sentimientos y las reacciones personales experimentadas por el paciente en cada momento. Cuando sabe percibirlos desde dentro tal y como aparecen en él, y cuando logra comunicarle algo de esta comprensión.

3. Congruencia: (sentimientos-acciones). El cambio de la persona se facilita cuando un psicoterapeuta es él mismo, cuando las relaciones con su paciente son auténticas, sin máscaras, cuando expresa abiertamente los sentimientos y actitudes que le invaden en ese momento.

Entre más genuino sea el terapeuta en todos los aspectos de su relación con el cliente, mayor será el acuerdo entre la experiencia, la conciencia y la comunicación y por lo tanto en la ayuda que prestara al paciente..

Técnicas de los Grupos de apoyo

El terapeuta debe desarrollar un estilo de comunicación basado en la confianza para que el paciente pueda expresar y explorar material personalmente significativo, se acepte a sí mismo y comience el cambio.

Así mismo, el terapeuta debe estar preparado para poder brindar una retroalimentación adecuada al individuo para que pueda enfrentar el resquebrajamiento de sus fachadas y los cambios de conducta.

Terapia Gestalt

1. Concentración en el aquí y ahora. Ahora = experiencia = conciencia = realidad.
2. Frustrar al cliente. Es una estrategia que también es denominada hábil frustración, donde se incluyen desde un gesto de desdén hasta un breve mensaje verbal airado, ante el retraimiento o evasión del paciente. Es condición necesaria, que esta se haga en el momento oportuno, para impedirle al paciente que se refugie en viejos papeles, orillandolo a que se acerque a su callejón sin salida o atolladero, punto en el que sabe y comprende perfectamente lo que hace (Perls y Baumgardner, 1987).
3. Manejo de la resistencia. El proposito de este procedimiento es facilitar que el paciente acepte su situación y sus sentimientos en un momento determinado; que empiece a moverse de nuevo con su flujo natural de energía vital y que asuma más y más responsabilidad de sí mismo, como condición previa y correlacionada con el descubrimiento de que realmente es él quién arregla su propia existencia. Este procedimiento, se lleva a cabo de la siguiente manera:

Se le pide al paciente que describa su callejón sin salida y que exprese como se siente paralizado en ese momento.

Después, se le sugiere que asuma la responsabilidad por inmovilizarse y por querer permanecer en donde se encuentra, es decir, por crear los sentimientos que expresa (Perls y Baumgardner, 1987).

4. Uso de los sueños. Perls (1987) plantea por una parte que los sueños son como mensajes existenciales donde se proyectan partes de la personalidad, los cuales pueden ser verdaderos o falsos, o en otro caso, utilizados para evitar enfrentarse a situaciones presentes o para confundir la fantasía con la realidad.

Por otro lado, señala que al ser una parte proyectada de la personalidad, los sueños permiten identificar huecos en esta, de esta forma, cualquier cosa que falte en el sueño falta en la existencia de la persona. Y los sueños señalan directamente lo que la persona evita para estar completa.

Para aprovechar al máximo los sueños Perls sugiere que el paciente vuelva el sueño a la vida, es decir, lo platique y lo escenifique en tiempo presente, buscando con este proceso que el paciente se identifique y reintegre las partes de sí mismo que se han fracturado en el proceso de socialización. Esta técnica se aplica de la siguiente forma:

– Volver el sueño a la vida. Pedir al paciente que relate el sueño en tiempo presente –que describa la experiencia de su sueño como si ocurriera en el momento mismo que lo relata– como si su sueño fuese la realidad presente. Para reforzar este proceso y que el paciente pueda conectar el argumento de su vida con la experiencia de su sueño, se le sugiere al paciente que después de cada oración que diga, repita la frase y *ésta es mi existencia*.

– El drama de la reidentificación. Una vez que el paciente ha realizado lo anterior, se le pide que represente todas las partes del sueño, actuando los papeles en tiempo presente y mencionando siempre que cambie de papel la palabra *Yo* para identificarse con la situación (Perls y Baumgardner, 1987).

6. Se prohíben las discusiones intelectuales.

Logoterapia

No específicas

1) Intención paradójica

La cual consiste en educar a los pacientes a desear precisamente aquello que temen, y se compone de tres fases:

a) Fase de clarificación y adquisición de seguridad. La cual se establece en base a los resultados negativos del examen clínico y de los procedimientos diagnósticos se excluye una afección

orgánica y se confirma la naturaleza puramente funcional psicógena del trastorno y, por consiguiente la ausencia de peligro;

- b) Fase de las instrucciones comportamentales en las que se le explica al paciente qué deberá decirse a sí mismo y cómo deberá actuar;
- c) Fase de la toma de posición irónica frente al propio miedo infundado con la intención de ridiculizarlo.

2) Derreflexión

La cual busca romper el círculo vicioso que mantienen algunos trastornos psicógenos, al modificar la actitud equivocada del paciente (ignorarse a sí mismo, para dedicarse a un objetivo). Esta técnica tiene dos fases:

- a) Se le hace ver al paciente el efecto perjudicial de la autoobservación y la angustia que esta produce;
- b) Se le aconseja al cliente que se aproxime al objetivo que le produce ansiedad y que al llegar a este, renuncie a realizarlo.

2) Logoterapia específica.

Cuyo objeto son las situaciones generales de malestar ante la falta de sentido o ante la presencia del sufrimiento provenientes de acontecimientos o situaciones objetivamente dolorosas, un luto, una disminución física, una enfermedad incurable, etc.

Se orienta a que el cliente:

- a) Asuma la responsabilidad de sus sentimientos y acciones.
- b) De sentido a su vida, realizando los valores o los significados vinculados a una situación específica (Bazzi y Fizzotti, 1989).

Procedimientos de registro y avance del programa

Para llevar a cabo el registro y avance del programa, se utilizarán los siguientes formatos:

a) Relatoria de sesión

En esta relatoria, el terapeuta anotará, los datos generales del paciente, el o los objetivos de la sesión, las actividades desarrolladas y las observaciones sobre la evolución del paciente que considere pertinentes. Ver anexo 3.

b) Reporte sumario de expediente clínico

En este reporte el terapeuta anotará los datos generales de identificación del paciente, la fecha, la etapa del tratamiento y el número de sesión que en que se encuentren, asimismo, se anotarán las actividades realizadas durante la sesión, las tareas o recomendaciones encomendadas al paciente y las observaciones que sobre la evolución del paciente considere pertinentes. Ver anexo 4.

Procedimiento

Diseño

Es la comparación sistemática, con el propósito de detectar relación entre variables (Livier, 1982a).

Se utilizará un diseño A-B-A (Castro, 1987), donde la primera letra A representa la línea base, que será la aplicación del apartado VI (Bebida) de la historia clínica como evaluación o diagnóstico; la letra B representa el programa de intervención (Programa de atención psicológica para alcohólicos bajo el modelo humanista; y la segunda letra A representa el regreso a la línea base, es decir se valorará nuevamente al paciente con el apartado VI (Bebida) de la historia clínica.

El procedimiento de tratamiento se dividirá en las siguientes fases (*)

Fase 1. Evaluación. a) Aplicación de la entrevista diagnóstica (1 sesión); b) Aplicación de la Historia Clínica (2 sesiones); c) Redacción de la Autobiografía (1 sesión). Una vez ubicados los objetivos y las metas que el paciente quiera alcanzar, se iniciará la segunda fase.

(*) Hay que tener en cuenta que al ser la psicoterapia un proceso dinámico, las actividades posiblemente no se lleven a cabo en el orden en que se describen, pero es altamente recomendable que se cumplan en su totalidad.

Fase II. Tratamiento. Donde se aplicarán las técnicas que el terapeuta considere adecuadas de acuerdo a las características del paciente. Se recomienda que esta fase se llevé a cabo en siete sesiones (cada sesión tendrá una duración de 50 minutos). Después de que el terapeuta considere que se han conseguido las metas propuestas, se recomienda que se de una sesión para llevar a cabo el cierre del tratamiento.

Fase III. Cierre. Se recomienda que durante esta sesión, se le proporcione al paciente un breve resumen del proceso que se ha llevado a cabo, atar cabos en relación a la opinión del paciente, planear como se van a dar los contactos de seguimiento y finalmente, dar seguridad al paciente acerca de su habilidad para continuar solo (Bernstein, 1982).

Fase IV. Seguimiento. Literalmente, seguimiento puede ser definido como *ir en compañía del otro*, esta fase del tratamiento en el caso del paciente alcohólico, tiene una importancia capital, ya que le permite en muchos casos mantenerse comprometido y apoyado en su proceso de recuperación.

Se recomienda que se establezca en la entrevista de cierre, cada cuando el paciente llenará un cuestionario de seguimiento (Ver anexo 5), el cual le permitirá al terapeuta, por una parte, valorar los avances o retrocesos del paciente y por otro lado, el éxito de la intervención y las posibles omisiones que se hayan cometido, todo esto le servirá al terapeuta para mejorar su práctica profesional.

La eficacia de este programa se determinará a partir del cumplimiento de los objetivos propuestos.

Conclusiones

El trabajo del terapeuta con el paciente es una empresa ardua, ya que se deben tomar en cuenta tanto la individualidad de este como la gran variedad de situaciones en que se desenvuelve. En el caso del alcoholismo, esta labor se convierte en un verdadero reto para el profesional, ya que la gran cantidad de elementos que conforman el problema hacen poco creíble que con una sola técnica psicoterapéutica se le pueda dar solución.

Por lo que es válido plantear que la utilización combinada de técnicas psicoterapéuticas, en este caso pertenecientes al modelo humanista, permiten abordar los problemas del paciente alcohólico de una manera más completa. Sin embargo, esto no podrá verse hasta que la presente propuesta sea implementada y evaluada su eficacia, ya que es imposible enjuiciar el valor práctico de una psicoterapia en términos que no sean los de la experiencia.

Queda claro, que este trabajo representa un intento por fomentar la flexibilidad teórica y técnica de los psicólogos, la cual les ayudará a adaptarse al caso concreto que se le presente. Asimismo, esta flexibilidad les permitirá tener una mayor conciencia del proceder terapéutico en relación a las particularidades del paciente.

Por otra parte, espero motivar la curiosidad del psicólogo hacia: 1) La búsqueda de elementos comunes entre los enfoques psicoterapéuticos en lugar de centrarse en sus diferencias; 2) la investigación de cuestiones relativas al paciente, tales como tipo de demanda, estilo interpersonal, disposición al cambio, relaciones sociales y afectivas, así como otras variables relacionadas; y 3) el estar abiertos a la actualización.

Asimismo, quiero plantear algo que considero de suma importancia y puede quedar también como una propuesta de trabajo a desarrollar posteriormente.

El psicólogo en la mayoría de los casos, es considerado como un consejero experimentado y es buscado para dar consejo en cuestiones de angustia vital, ajenas a toda enfermedad, hace evaluaciones de la conducta de las personas, les dice lo que deben hacer, y llega en ocasiones a dirigir las relaciones de estas con su entorno, muchas veces sin estar consciente de que esta ocupación incluye la educación moral.

Probablemente, es tiempo de que la educación moral deje de ser considerada como parte de los planes de estudio ocultos o sin estudiar por parte de los psicólogos,

Finalmente y de gran importancia es apuntar que si bien los problemas asociados con el alcoholismo son ya suficientemente difíciles cuando se ven con calma y desde un punto de vista científico; resultan de solución casi imposible cuando el terapeuta no ha solucionado sus propios problemas, por lo que es altamente recomendable que durante su entrenamiento también él entre a terapia.

Mayo de 1998.

Bibliografía

- A.A. (1989). 44 preguntas y respuestas acerca del programa de A.A. de recuperación del alcoholismo. Sección México. pp. 31.
- A.A. (1991). El grupo de A.A. Sugerencias para la iniciación y funcionamiento de los grupos. Sección México. pp. 20-23.
- AVARD, J., (1981). Métodos Aversivos. En BOUCHARD Y COLS. Principios y aplicación de las terapias de la Conducta. Madrid: Ed. Debate.
- BARRET, W. (1967). El hombre irracional. Madrid: Siglo Veinte.
- BAZZI, T., FIZZOTTI, T. (1989). Guía de la Logoterapia. Humanización de la psicoterapia. Barcelona: Herder. pp. 100-110.
- BAUMGARDNER, P., PERLS, F. (1987). Terapia Gestalt/teoría y práctica/una interpretación. México: Concepto. pp. 168-173.
- BERNE, E. (1976). Análisis transaccional en psicoterapia. Buenos Aires: Psiques.
- BERNSTEIN Y NIETZEL (1982). Introducción a la Psicología Clínica. México: McGraw Hill. pp. 172
- BERNSTEIN Y NIETZEL (1986). Introducción a la Psicología Clínica. México: McGraw Hill.
- BINSWANGER, L. (1942). Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. Zurich. (Citado en Hora, T., 1972).

BINSWANGER, L. (1963). The case of Ellen West, En: R. May, E. Angel y H.F. Ellenberger (comps): Being-in-the-world: Selected papers of Ludwig Binswanger. Nueva York Basic Books. (Citado en HALL y LINDSEY, 1977).

BLUM, M. (1966). Psychoanalytic views of alcoholism. Quart. J. Stud. Alc. 27:259.

BOSS, M. (1959). Psicoanálisis y analítica existencial. Madrid: Morata. (Citado en: HALL y LINDSEY, 1977).

BUBER, M. (1937). I and thou. New York: Charles Scribner's Sons. (Citado en Hora, T., 1972).

BUBER, M. (1949). Between man and man. Boston: Beacon Press. (Citado en Hora, T., 1972).

BUNZEL, R. (1940). The role of alcoholism in two Central American Cultures. En Psichitry 3:361, Baltimore. (Citada en MENENDEZ. E. L., 1991, pp. 17.)

CAGNÉ, R.M. (1979). Las Condiciones del Aprendizaje. México: Interamericana.

CARBALLEDA. (1991). La Farmacodependencia en América Latina: su abordaje desde la atención primaria de salud. OPS. Washington. pp. 34

CARTWRIGHT y ZANDER. (1971). Dinámica de grupos. México: Trillas. .

CASTANEDO, C., BRENES. A., JENSEN, H., LUCKE, H., RODRÍGUEZ, G. y THOMAS, P. (1993). Seis Enfoques Psicoterapéuticos. México: Manual Moderno.

CASTRO. L. (1987). Diseño experimental sin estadística. México: Trillas. pp. 103-110.

COHEN, J. (1983). Psicología de los motivos personales. (Serie Temas de Psicología Tomo 3). México: Trillas. pp 57-59.

DARTIGUES, A. (1981). La Fenomenología. (Biblioteca de Filosofía Tomo 2) Barcelona: Herder. pp. 9-29.

DEGOWIN y DEGOWIN Jr. (1991). Examen Diagnostico Clínicos. México: La Prensa Médica Mexicana. pp. 15-27.

DE LA FUENTE, J. (1991). Alcoholismo y Sociedad. En Menendez, L. Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979. CIESAS. México: Cuadernos de la Casa Chata. pp. 176-182

DEWALD, P.A. (1964). Psychotherapy -A Dinamic Approach. New York, Basic Books. pág. 156 En: Sección Clínica (1986) Análisis y Diseño Nivel Grupal. Seminario. 6° Semestre de la Carrera de Psicología, México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, UNAM. pp. 10.

EDWARDS, G. (1990). Tratamiento de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional. México: Trillas. pp. 241-246.

ESCOHOTADO, A. (1994). Las drogas. De los orígenes a la prohibición. México: Alianza Cien. pp. 9-11; 16-18; 23-24; 26-27; 33-35; 50-52; 86-87; 94-95.

EURIPIDES (1993a). El Cíclope. En: Las Diecinueve tragedias. (Colección Sepan Cuantos # 24) México: Porrúa.

EURIPIDES (1993b). Baquides. En: Las Diecinueve tragedias. (Colección Sepan Cuantos # 24) México: Porrúa. págs. 471-495.

FABRY, JOSEPH B. (1990). La búsqueda de significado. La logoterapia aplicada a la vida, México: F.C.E.

FRANKL, V. E. (1978). Psicoanálisis y Existencialismo. México: F.C.E.

FRANKL, V.E. (1988). La presencia ignorada de Dios. Psicoterapia y religión. Barcelona: Herder. pp. 90-91.

FROMM, E. y MACCOBY, M. (1967). Sociopsicoanálisis del campesino mexicano, México. F.C.E. Citado en: Menendez. (1991). pp. 19.

GONZÁLEZ, N. J. de J., MONROY, A. y KUPFERMAN, S. E. (1994). Dinámica de grupos. Técnicas y tácticas. México: Concepto.

GUILLEN R. RAQUEL DEL S. (1989). Introducción a la Evaluación de la Personalidad. Notas sobre aplicación y Evaluación de Pruebas Psicológicas. Mecanograma. págs. 6-7.

HALL y LINDSEY (1977). Teoría Existencialista de la personalidad, Buenos Aires: Paidós. pp. 8-9; 11-19.

HAMMOND, D. C., STANFIELD, K. (1981). Psicoterapia multidimensional: Guía para el uso de la Ficha MAP. Madrid: TEA.

HEIDEGGER, M. (1949). Existence and Being. Chicago: Henry Regnery Co. (Citado en Hora, T., 1972).

- HOLLANDER, E.P., (1978). Principios y Métodos de Psicología Social. Buenos Aires: Amorrortu.
- HOMERO (1990). La Odissea. México: Quinto Sol. pp. 105.
- HORA T. (1972). Psicoterapia, existencia y religión. En RITTENBEEK, H.R. Psicoanálisis y Existencia, Filosofía Existencial. Madrid: Gredos. pp. 101-111.
- JAFFE Y Cols. (1980). Vicios y drogas, problemas y soluciones. Brasil: Harla.
- KATZ, A. and BENDER, E.I. (1976). The Strength in Us: Self Help Groups in the Modern World. New York: Franklin Watts.
- KEARNEY, M. (1991). Borrachera y conversión religiosa en un pueblo mexicano. En Menendez, L., Antropología del Alcoholismo I. México: Cuadernos de la Casa Chata. pp. 349-351.
- KEENEY, B., ROSS, J. (1987). Construcción de terapias familiares sistémicas. Espiritu en la terapia. Buenos Aires: Amorrortu.
- KILLILEA, M. (1976). Mutual Organizations: Interpretations in the Literature. En CAPLAN, G. and KILLILEA, M. (Eds.) Support Systems and Mutual Help. New York: Grune Stratton.
- KORCHIN, S.J. (1976). Modern Clinical Psychology: Principles of Intervention in the Clinic in Psychology: The Major Themes. New York. Basic Books.
- KRIZ, J. (1990). Corrientes fundamentales en psicoterapia. Buenos Aires: Amorrortu.
- LAING, R. D. (1988). El yo dividido. México: F.C.E. pp. 13-32.
- LAZARUS, A. A. Terapia Conductista y Problemas Clínico. En Sección Clínica (1986). Análisis y Diseño Nivel Grupal. Seminario, 6° Semestre de la Carrera de Psicología. México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, UNAM. pp. 74-75.
- LIVIER B. DE RUIZ, O. (1982). Curso de Prácticas de Tercer Nivel. Social Unidimensional. Cuarto Semestre de la Carrera de Psicología. México: Coordinación de Laboratorios, Facultad de Psicología, UNAM. pp. 27
- MACLEOD, J. (1987). Examen Clínico. México: Manual Moderno. pp. 1.
- MADDEN, J.S. (1986). Alcoholismo y Farmacodependencia. México: Manual Moderno.

MADSEN, W., y MADSEN, C. (1991). La estructura cultural del comportamiento hacia el alcohol en México. En Menendez, L., Antropología del Alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979, México: CIESAS. Cuadernos de la Casa Chata. pp 310.

MARTINEZ, M. (1984). Manual de apoyo para la práctica de Campo de Educación Especial. México: Programa de Publicaciones de Material Didáctico, Facultad de Psicología, UNAM.

MATRAJT, M. (1986). Replanteo. Buenos Aires: Nuevo Mar. pp. 25-45.

MENENDEZ, E. L. (1991). Alcoholismo y proceso de alcoholización; la construcción de una propuesta antropológica. En Menendez, L., Antropología del Alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979, México: CIESAS. Cuadernos de la Casa Chata. pp. 13-29.

MOUNIER, E. (1973). Introducción a los Existencialismos. Madrid: Guadarrama. pp. 13-18.

NADA J. ESTES, y EDITH HEINEMANN (1989). Diagnóstico del Alcoholismo. En NADA J. ESTES, R.N.,M.S. y M. EDITH HEINEMANN, R.N., M.A.,F.A.A.N. Alcoholismo, desarrollos, consecuencias y tratamientos, España: Interamericana-McGraw-Hill. pp. 341-348.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1980). Clasificación Internacional de las enfermedades. Novena revisión. Trastornos mentales. Ginebra: OMS.

PICHOT, P. (1995). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Masson. pp. 200-210.

PLATÓN (1991). Las Leyes. (Colección Sepan Cuantos # 139.) México: Porrúa. (Libro I, pág. 23; Libro I, págs. 29-30; Libro II, pág. 44).

QUITMANN, H. (1989). Psicología Humanística. (Biblioteca de Psicología # 158) Barcelona: Herder.

ROBINSON, D. and HENRY, S. (1977). Self—Help and Health: Mutual Aid for Modern Problems. London: Martin Robertson.

ROBINSON, D. (1979). Talking out of Alcoholism. The Self—Help proces of Alcoholics Anonymous. Baltimore: University Park Press.

ROGERS, CARL R. (1990). Grupos de Encuentro. Argentina: Amorrortu. pp. 10-30.

RUSSELL, M. (1989). Epidemiología del alcoholismo. En NADA J. ESTES, R.N.,M.S. y M. EDITH HEINEMANN, R.N., M.A.,F.A.A.N. Alcoholismo, desarrollos, consecuencias y tratamientos. España: Interamericana-McGraw-Hill. pp. 32-34.

SECCIÓN PSICOLOGIA CLÍNICA (1989a). Análisis y Diseño Nivel Grupal. Modulo IV. Estrategias de Intervención Psicoterapeutica. Manual de Prácticas de Servicio Comunitario. Sexto Semestre. México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, UNAM. pp. 120.

STANTON, TODD y Cols. (1994). Terapia Familiar del abuso y adicción a las drogas. Barcelona: Gedisa. pp. 108-109.

STELLMAN, J. M. DAUM, S.M. (1986). El trabajo es peligroso para la salud. México: Siglo XXI. pp. 103.

STEINGLASS y Cols. (1993). La Familia Alcohólica. Barcelona: Gedisa. pp. 25.

THORENSEN, C., MAHONEY, M. (1981). El autocontrol: Una intrpducción. México: F.C.E.

VALERA. CIPRIANO DE (1977). La Santa Biblia. Antiguo y Nuevo Testamento. Dallas: Asociación Bíblica Internacional. Antiguo Testamento: Genesis 9:20-29 pp. 8-9; Genesis 19:26 y 19:31-38 pp 18; Levítico 10:9 pp. 114; Salmo 104:15 pp. 633; Isaías 1:22 pp. 709, 5:11 pp. 712, 5:22 pp. 713, 28:4 y 28:7 pp. 730; Amos 6:6 pp. 921, 9:13-14 pp. 924. Nuevo Testamento: San Lucas 5:37-39 pp. 72; San Pablo Ep. Gal. 21 pp. 215.

VELAZCO, F. R. (1982). Factores causales del alcoholismo. En: MOLINA P.V. y SÁNCHEZ M. El alcoholismo en México I. Patología, México: Fundación de Investigaciones Sociales A.C.

WOLMAN, B.R. (1984). Diccionario de Ciencias de la Conducta, México: Trillas.

YALOM, I. D. (1984). Psicoterapia Existencial, Madrid: Herder. pp. 16-22; 32-33.

YATES, A. J. (1979). Teoría y práctica de la terapia conductual. México: Trillas.

ZIMBERG, S. (1978). Principles of Alcoholism Psychoterapy. En: BLUME, S: Practical approaches to alcoholism psychoterapy. New York: Plenum Press. pp. 3.

Bibliografía de Apoyo

DIEL, PAUL. (1979). Los Principios de la Educación y de la Reeducación, FCE, México.

FEIXAS, G., MIRO, T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos. (Primera edición) Barcelona: Paidós.

FERNÁNDEZ, A. H. (1992). Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia. (Primera Edición) Argentina: Paidós.

GLOAG, D. (1985) Needs and opportunities in rehabilitation. British Medical Journal 290, 981-84, 1059-62, 1201-03. En: HARRE y LAMB (1990). Diccionario de Psicología Fisiológica y Clínica. Barcelona: Paidós.

NORT, R. y ORANGE Jr., R. (1983). El alcoholismo en la juventud. México: Pax.

PAAP, P. (1991). El proceso de Cambio. España: Paidós.

PLAZA-JANES (1979). Enciclopedia de la Psicología. (Tomo 4, Psicoanálisis y Psicología Médica) Barcelona.

RACKER, H., (1977) Estudios sobre técnica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós.

RAM DASS (1993). Promesas y peligros del camino espiritual. En LAING, R.D. y otros. El poder curativo de las crisis. (Primera edición) Barcelona: Kairos.

SADABA, J. (1995). El Perdón. La soberanía del yo. (Primera Edición) España: Paidós.

SALZBERGER-WITTENBERG, I. (1990). La relación asistencial: Aportes del psicoanálisis kleiniano. Argentina: Amorrotu.

THORNE, F. (1973). Eclectic psychotherapy. In R. Corsini (Ed), Current Psychotherapies. Itasca, Ill.: F.E. PEACOCK Publishers Inc. 1973. En Bernstein y Nietzel. (1986). Introducción a la Psicología Clínica. México: McGraw Hill. pp. 315.

WALLACE, S. (1989). El alcoholismo visto desde dentro: un análisis fenomenológico. En NADA J. ESTES, R.N., M.S. y M. EDITH HEINEMANN, R.N., M.A., F.A.A.N. Alcoholismo, desarrollos, consecuencias y tratamientos. España: Interamericana-McGraw-Hill. pp. 4-6.

Anexo 1
Programa de Atención Psicológica
para Alcohólicos bajo el Modelo Humanista

Historia Clínica

El propósito de este cuestionario es: obtener un cuadro comprensivo de sus antecedentes. En el trabajo científico los datos son necesarios, ya que ello permite un tratamiento más minucioso de nuestros problemas. Contestando éstas preguntas de la manera más completa y precisa que le sea posible, facilitará su programa terapéutico.

Es comprensible que Usted deba estar preocupado por lo que ha de suceder a la información aquí vertida, debido a que mucha de ésta es altamente personal. Los datos de los casos son estrictamente confidenciales. A ningún extraño le será permitido el acceso a éstos datos sin el permiso expreso de Usted mismo.

Si usted no dese contestar alguna pregunta, solamente escriba "no deseo contestar"

Fecha: _____

I. Identificación

Nombre: _____

Edad: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____

Télefono: Casa _____ Trabajo: _____

Por quien fue referido? _____

Estado Civil (Encierre en un círculo)

Soltero (a) Comprometido (a) Casado (a) Separado (a) Divorciado (a) Viudo (a)

II. Datos personales

Fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento _____

¿Qué enfermedades contrajo durante su infancia?

¿Durante la adolescencia que enfermedades contrajo?

¿Cuáles son sus cinco miedos principales?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

¿Cuál es su último grado escolar completo?

¿Hace amigos fácilmente?

¿Mantiene la amistad?

III. Datos laborales

¿Trabaja? Si No

En que _____

¿Qué antigüedad tiene?

¿Le satisface su trabajo?

¿En qué utiliza su tiempo libre?

IV. Datos familiares

Padre:

¿Vive o ya falleció? _____

¿Qué edad tiene (o tenía)? _____

Describa a su padre

Madre:

¿Vive o ya falleció? _____

¿Qué edad tiene (o tenía) _____

Describa a su madre

¿Cómo se llevaban sus padres cuando usted era pequeño?

¿Cómo lo trataban sus padres cuando usted era pequeño?

¿Cómo se llevaba con sus hermanos cuando usted era pequeño?

Actualmente ¿Cómo se lleva con ellos?

¿Alguién de su familia ha tenido problemas de alcoholismo o drogadicción?

V. Historia matrimonial

¿Cuánto tiempo lleva casado (a)? _____

Edad del esposa (o) _____

Ocupación de la esposa (o)

¿Cómo es su esposa (o)?

¿Cómo se lleva con ella (él)?

¿Cuántos hijos tiene y que edades tienen?

¿Alguno de ellos a presentado problemas en su desarrollo?

¿Cómo se ha llevado con sus parientes políticos (suegros, cuñados, etc.)?

VI. Bebida

- 1) ¿A que edad empezó a beber?

- 2) ¿Cuándo empezó a beber regularmente?

- 3) ¿Desde cuándo tiene problemas con la bebida?

- 4) Describa su forma de beber:
 - a) Frecuencia (¿Cada cuándo?)

 - b) ¿Tipo y cantidad de bebida?

 - c) ¿Con quién?

 - d) ¿Donde?

- 5) ¿Qué situaciones le empujan a beber?

- 6) ¿Cuándo suele beber más?

7) ¿Cuándo se tomo la última copa?

8) ¿Cuándo empezó su último periodo de bebida?

9) ¿Qué ha estado bebiendo durante este último periodo?

10) ¿Ha tenido problemas con?

Esposa Hijos Familia

Escuela Amigos Trabajo

Otros _____

11) ¿ Ha sufrido lesiones alguna vez por causa de la bebida?

12) ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas por causa de la bebida?

Peleas Caídas Accidentes automovilísticos

Otros: _____

12) ¿Ha sido detenido o encarcelado alguna vez por beber?

13) ¿Cómo ha solucionado los problemas anteriores cuando han surgido?

14) ¿Ha seguido algún tratamiento por los problemas con la bebida?

15) Cuando no bebe, ¿Siente deseos ardientes de hacerlo?

16) ¿Cómo ha enfrentado esos deseos en otras ocasiones?

17) Cuando bebe mucho, ¿Cómo pasa un día normal?

18) Cuando no bebe, ¿Cómo pasa un día normal)?

VII. Autodescripción

Por favor complete las oraciones siguientes:

a) Soy una persona que _____

b) Toda mi vida _____

c) Desde que era niño _____

d) Una de las cosas que me hacen sentir orgulloso (a) _____

e) Me cuesta trabajo admitir que _____

f) Algo que no puedo perdonar es _____

g) Algo que me hace sentir culpable es _____

h) Si no tuviera que preocuparme por mi imagen _____

i) Una forma de que la gente me lastime es _____

j) Mi madre siempre era _____

k) Lo que necesitaba de mi madre y nunca tuve fué _____

l) Mi padre siempre era _____

m) Lo que necesitaba de mi padre y nunca tuve fué _____

n) Si no tuviese miedo de ser yo mismo, probablemente yo _____

o) Una de las cosas que me tiene enojado es _____

p) Una de las cosas que necesito, pero que nunca he recibido de un (a) hombre (mujer) es

q) Lo peor de crecer es _____

r) Una manera de ayudarme a mí mismo pero que no pongo en práctica es

Si desea ampliar la información respecto a cualquiera de los puntos tratados en cualquiera de las hojas anteriores, hágalo en el espacio que sigue:

Anexo 2

Programa de Atención Psicológica para Alcohólicos bajo el Modelo Humanista

Ejemplo de autobiografía

Me llamo Roberto.

Nací el 15 de febrero de 1959.

Estudie:

7 años de primaria

3 secundaria

2 1/2 vocacional

Tuve una niñez muy humilde, carente de padre, mi madre trabajaba todo el día, en lavar, hacer la comida. Practicamente no tuve quien me guiara en la vida, tuve mucha influencia de mis hermanos mayores, soy el septimo de familia, los primeros seis son mis medios hermanos, el ultimo y yo si somos hermanos.

De niño me cai dos veces y me pegue en la cabeza, perdiendo la razon, actualmente, si pienso mucho siento del lado derecho arriba de mi oreja, caliente...

Anexo 3

Programa de Atención Psicológica para Alcohólicos bajo el Modelo Humanista

Relatoria de sesión

Nombre: _____ No. Exp. _____

Fecha _____ No. Sesión _____

Objetivo de la Sesión:

Actividades:

Observaciones:

Anexo 4

**Programa de Atención Psicológica
para Alcohólicos bajo el Modelo Humanista**

Reporte sumario de Expediente Clínico

Nombre: _____ Fecha inicio _____

Edad _____ Edo. Civil _____ Exp. No. _____

Domicilio _____ C.P. _____

Ocupación _____ Tel. _____

Fecha	Etapa/Sesión	Actividades	Tareas	Observaciones

Anexo 5

Programa de Atención Psicológica para Alcohólicos bajo el Modelo Humanista

Cuestionario de Seguimiento

Estimado Sr. (a).....

La última vez que nos vimos fue hace unos ... meses. Querría tener una idea clara acerca de como se ha sentido usted ultimamente y qué está haciendo, en especial en relación con el (los) motivo (s) que lo llevó (llevaron) a consultarme.

Cuando se le pide a alguien que suministre información de seguimiento, a menudo responde de acuerdo con ciertas pautas sociales y trata de dejar conforme a su ex terapeuta, comunicándole una buena impresión. Muchas personas son tan reacias a informar acerca de cualquier evolución, que a su entender podría decepcionar a su terapeuta (por ejemplo, recaídas, nuevos problemas u otros hechos desagradables), que distorsionan la realidad. En este sentido, quiero subrayar que los informes negativos son tan importantes como los positivos. Un terapeuta sólo puede evaluar su trabajo o perfeccionar sus métodos si recibe datos de seguimiento honestos.

Por favor sea lo más franco que pueda. Le agradezco de antemano la atención que pondrá para llenar este cuestionario.

1. Los problemas principales que lo llevaron a consultarme fueron:
2. Por favor comente como se las arregla ahora con dichos problemas.
3. Si ha tenido mejorías o retrasos significativos, por favor dígame a que motivos los atribuye.
4. ¿Ha tenido síntomas o problemas nuevos? Si la respuesta es "sí", por favor especifique.
5. ¿Como considera usted que podríamos haber procedido para facilitarle las cosas?

Anexo 5 **(Continuación)**

6. ¿Ha consultado a algún psicólogo, psiquiatra, médico o sacerdote durante el tiempo que no nos hemos visto? Por favor indique detalles, si vienen al caso.

7. ¿Ha habido algún cambio favorable o desfavorable en su vida en general (por ejemplo nuevas amistades, cambio de trabajo, muerte en la familia) que pueda haber afectado su adaptación?

8. ¿Ha bebido o ingerido drogas durante el tiempo que no nos hemos visto?

9. ¿Tiene nuevos intereses, deportes o actividades sociales?

10. ¿Alguién de su familia ha recurrido a la psicoterapia, ha tenido problemas emocionales o ha recibido atención médica durante el tiempo que no nos hemos visto?

11. Por favor agregue cualquier dato que a su entender pueda ser pertinente a efectos de este seguimiento.

Por su atención muchas gracias.