

177  
2 es.



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

## “ALCOHOLISMO: UNA ENFERMEDAD PRIMARIA PSICODINAMIA Y NEUROSIS”

T E S I S  
Que para obtener el título de:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
p r e s e n t a  
SERGIO OMAR MEDINA CHAPA



Director de Tesis:  
M.C. Julián MacGregor y Sánchez Navarro

México, D. F.

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

268154



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.

## I N D I C E

	Página
I HIPOTESIS	1
II INTRODUCCION	3
III DIVERSAS TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO	21
1) TEORIAS GENETICAS	
2) TEORIAS BIOQUIMICAS	
3) TEORIAS PSICOLOGICAS	
4) TEORIAS SOCIO-CULTURALES	
IV EL ALCOHOLISMO COMO ENFERMEDAD ESPECIFICA	43
1) SINTOMAS	
2) DIAGNOSTICO	
V METODOLOGIA	73
1) CAUSAS QUE DIFICULTAN QUE EL ENFERMO ACCEDA A UN TRATAMIENTO	
a) NEGACION (TOCAR FONDO)	
b) NEGACION FAMILIAR	
2) TRATAMIENTO	
a) NECESIDAD DE ATACAR PRIMERAMENTE AL ALCOHOLISMO	
b) ESQUEMA ILUSTRATIVO	
c) TERAPIA GRUPAL	
d) CENTROS DE REHABILITACION	
e) ALCOHOLICOS ANONIMOS	

- 3) PSICOTERAPIA DEL ALCOHOLICO  
EN REHABILITACION
  - a) FORMAS DE APROXIMACION  
(TIPOS DE TERAPIA)
  - b) ASPECTOS DE DINAMICA FAMILIAR  
EN LA RECUPERACION DEL ENFERMO  
ALCOHOLICO (PROBLEMATICA DEL  
CO-ALCOHOLICO)

## I HIPOTESIS

Hasta ahora se ha tratado al alcoholismo como un subproducto de la neurosis.

Siendo así, el terapeuta se avocaba a enfrentar al paciente con su problemática siguiendo los pasos de un análisis tradicional. Trabajando bajo el supuesto que al desaparecer o atenuarse los núcleos neuróticos del paciente, disminuiría o desaparecería su forma alcohólica de beber.

El alcoholismo es una enfermedad en sí y no el subproducto de uno o varios núcleos neuróticos.

Para rehabilitar a un paciente alcohólico es necesario atacar en primera instancia al alcoholismo en sí.

En primer lugar es condición sin equanon que el paciente logre mantenerse sobrio. Solo de esta forma se podrá ver que no bebe porque su vida es un desastre sino que, tratándose de un alcohólico, su vida es un desastre porque bebe. Sólo así podrá aceptar y confrontar el porqué de lo que llamaremos conductas alcohólicas: negación (de su alcoholismo a pesar de lo evidente de este), auto compasión y aislamiento.

Y será sólo cuando el paciente haya conseguido mantenerse sobrio durante un tiempo razonable de 6 meses a un año, dependiendo del enfermo, y cuando a través del análisis y confrontación de y con su alcoholismo y las conductas de él derivados, que el terapeuta podrá iniciar el análisis de sus neurosis. De actuar

a la inversa, el tratamiento no sólo sería una pérdida de tiempo para paciente y analista, sino que este último estaría proporcionando al paciente elementos que éste utilizaría para continuar bebiendo, de "pretextos" para beber. Dado que el alcoholismo es una enfermedad primaria, al enfrentarse un terapeuta a un enfermo alcohólico, debe necesariamente atacar en primer término al alcoholismo en sí, a la ingestión de alcohol, y acto seguido, confrontar al paciente con sus conductas alcohólicas. De no ser así, el tratamiento no ayudará al paciente, antes bien puede agravar su alcoholismo.

Esta es mi hipótesis de trabajo y lo que intentaré demostrar.

## II INTRODUCCION

El alcoholismo es una enfermedad la cual se manifiesta por la forma incontralada de beber del paciente.

El alcoholismo es una enfermedad progresiva, la cual, si no se trata, se agrava año con año, llevando al enfermo cada vez más lejos del mundo "normal", sumergiéndolo en un caos que sólo tiene dos salidas: la locura o la muerte. (1)

Podemos agregar otra definición:

Un alcohólico es aquella persona cuya forma de beber causa un problema continuo en todas las áreas de su vida.

Lo anterior es cierto, las definiciones son claras y definitivas; sin embargo, para tratar el alcoholismo creo que antes es necesario tratar de saber y entender cómo siente y piensa la persona que padece dicha enfermedad; cuáles son los síntomas, características, evolución y etapas de la misma. Así, para desarrollar este capítulo, nos limitaremos a lo que encontramos en común entre las personas que padecen la enfermedad del alcoholismo, basándonos en la experiencia del trato directo en relación a su tratamiento de rehabilitación.

En el curso de los últimos seis años de trato directo y constante en la rehabilitación de personas que padecen alcoholismo, he observado que las diferencias que se encuentran son tan numerosas, que no se puede hablar del alcoholismo pensando que se presenta en la misma forma en todas las personas que lo

padecen.

Contrario a la idea popular, los alcohólicos no beben en la misma forma, algunos beben diariamente sin llegar a los mismos grados de intoxicación; otros beben de acuerdo a un patrón recurrente, es decir, hay pacientes que beben con asombrosa regularidad: cada quince días o cada tres meses, y los hay que sólo beben cada año, permaneciendo "secos" en los intervalos de tiempo de sus patrones recurrentes. Algunos beben enormes cantidades de bebidas alcohólicas, mientras que otros beben relativamente poco; algunos beben solamente cerveza y vino, mientras que otros sólo toman bebidas destiladas como whisky o vodka, y otros aún beben en forma indiscriminada cualquier bebida alcohólica. En relación a las edades, sexo y estrato social, encontramos la misma variabilidad. En algunos la enfermedad aparece en edad muy temprana, en otros en edad avanzada, en clases socio-económica baja, media o alta, e igual en ambos sexos. Algunas personas declaran haber bebido en forma normal durante años, mientras que otras empezaron a beber en forma alcohólica desde la primera copa.

E.M. Jellinek (2), en sus importantes estudios sobre el alcoholismo, establece una tipología la cual consiste en 5 diferentes tipos, los que denomina: alfa, beta, gama, delta y epsilon; basada su tipología en las causas subyacentes a la ingestión alcohólica en el individuo. El tipo Alfa establece una preponderancia de la dependencia psicológica sobre la fisiológi-



ca.

Los tipos Gama y Delta presentan una dependencia fisiológica evidenciada por la aparición de los síntomas de abstinencia (síndrome de supresión) al cesar la ingestión de bebidas alcohólicas. Durante el síndrome de supresión puede presentarse algunas o todas las siguientes reacciones: angustia, mareos, temblor distal, convulsiones, alucinaciones, delirium tremens, psicosis alcohólica. La diferencia entre el tipo Gama y Delta es de intensidad.

El alcohólico Delta no se puede abstener de beber mientras que la característica predominante del tipo Gama es la pérdida de control sobre la bebida.

Estos dos conceptos parecen estar íntimamente relacionados pero son distinguibles. El alcohólico Delta es el llamado bebedor de estado fijo: es aquel que ha aprendido a regular la dosis y frecuencia para mantener un estado de intoxicación moderado pero constante a través de todo el día. El alcohólico Gama muestra cierta habilidad para abstenerse de beber en ocasiones, pero no puede controlar la ingestión de bebidas alcohólicas una vez que ha iniciado. Jellinek pensó que los alcohólicos Gama eran el tipo que prevalecía en los EEUU, y también que era el tipo más comunmente encontrado en los miembros de Alcohólicos Anónimos.

Así, otra variable en la tipología de Jellinek, es la frecuencia en el beber: el beber diario contra el beber episódico.

El bebedor Epsilon o periódico, no bebe diariamente, pero está sujeto a recaídas impredecibles. Después de días, semanas y hasta meses de completa abstinencia, al elcohólico Epsilon es talla en una furiosa ingestión de bebida alcohólica que se prolonga durante periodos de días o semanas.

La variable final en la tipología de Jellinek, salud física contra enfermedad, parece ser el menos satisfactorio de sus esfuerzos para desarrollar una tipología útil sobre el alcoholismo. El quinto tipo, alcoholismo Beta, está caracterizado por enfermedades de deficiencias de nutrición asociadas con las bebidas alcohólicas. Pero dado que las enfermedades físicas, ya sean de origen dietario o ligadas directamente al consumo de al tos niveles de alcohol, son comunes a todo tipo de alcoholismo, el tipo Beta no es distinguible como un tipo independiente.

Aún cuando la tipología de Jellinek es de bastante utilidad respecto a la valoración, definición y categorización del alcoholismo, vemos que no resuelve en forma satisfactoria el problema de la variabilidad entre alcohólicos. Las categorías sugeridas por Jellinek no son definidas con precisión, ni suficientemente independientes. Por ejemplo, la dependencia psicológica y fisiológica están seguramente involucradas en el alcoholismo; ambas están siempre presentes en grados variables en la mayoría de las personas que padecen alcoholismo. De hecho, la dependencia fisiológica es lo que determina que alguien sea alcohólico. Nadie se vuelve alcohólico poco a poco. La enfer-

medad puede encontrarse más o menos avanzada, pero es una enfermedad primaria y no el resultado de una dependencia psicológica que se transforma en fisiológica.

Además de la tipología se ha tratado de entender el alcoholismo considerándolo como una enfermedad caracterizada por diferentes fases; de acuerdo a esto, todos los enfermos alcohólicos pasan por varias fases o estados identificables de la enfermedad. El desarrollo de la enfermedad varía como una función del punto de progresividad.

El modelo de progresión de E. M. Jellinek (3) consiste en un proceso unidimensional que involucra cuatro fases I, o fase Prealcohólica; se caracteriza por el uso del alcohol para relajarse y manejar las tensiones y ansiedades de la vida cotidiana. Desafortunadamente el beber en forma continua para estos propósitos conduce a un aumento gradual de la tolerancia fisiológica de la droga y la persona deberá beber cantidades mayores y más frecuentes para lograr los mismos efectos (o los efectos que lograba al principio).

La Fase II, o fase Temprana alcohólica, se manifiesta por la experiencia de lagunas mentales - un corto período de amnesia que ocurre durante o después de un episodio alcohólico. El alcoholismo temprano se caracteriza por las siguientes experiencias:

- a) Lagunas mentales posteriores a un episodio alcohólico
- b) Ocultamiento de la cantidad que se bebe (o lo que se be

be).

- c) Aumento de la preocupación sobre la bebida y de las situaciones en que se bebe.
- d) Defensividad con respecto a la bebida con un aumento en la racionalización.
- e) Sentimientos de culpa sobre el beber, resultando de esto un aumento de la negación como mecanismo de defensa.

En la Fase III, o fase Crucial, la dependencia fisiológica se evidencia claramente y la persona muestra pérdida de control sobre su bebida. En esta etapa es donde aparecen problemas tales como pérdida del empleo, conflictos maritales, separación y divorcio, dificultades interpersonales generales y un aumento en la conducta agresiva. El individuo arriesga de buena gana todo por lo que ha luchado para continuar bebiendo.

La Fase IV, o fase Crónica de la enfermedad, es el punto en el que el alcohólico experimenta muchos de los horrores asociados con el alcoholismo como es comunmente entendido. Puede aparecer una avanzada enfermedad del hígado en forma de cirrosis hepática alcohólica, polineuropatías, cardiomiopatía, pancreatitis, hipertensión, taquicardia, daño al sistema nervioso central, anemia, enfermedades de músculos y huesos, enfermedades de la piel, cáncer oral, que pueden aparecer solas o en varias combinaciones. Con la suspensión abrupta de la bebida, la persona puede experimentar alucinaciones, temblores violentos, agitación severa, episodios paranoides y algunos otros síntomas

psiquiátricos, como depresiones severas, "acting outs" maniácos, sentimiento persuasivo de futilidad y desesperanza, pensamientos e impulsos suicidas, estados de pánico, autoconmiseración, que se encuentran en las últimas fases del alcoholismo.

Aún cuando las investigaciones de Jellinek, de las cuales obtuvo la tipología las fases del alcoholismo, se llevaron a cabo con miembros de Alcohólicos Anónimos, constituyen una muestra altamente representativa y seleccionada de la población alcohólica. Algunos investigadores han señalado que no existe -- una razón contundente para aceptarlo como el único modelo imaginable o correcto. Hasta el momento, la naturaleza precisa de la progresividad del alcoholismo esta en cuestión.

Al respecto, hemos encontrado personas que bebieron su primera copa a los 36 años de edad y lo hicieron desde el primer momento en forma alcohólica, Fase IV, llegando rápidamente a la Fase V, mientras que otras personas han durado años en la Fase I (tomando en cuenta esta clasificación de Jellinek).

Hasta el momento he insistido en las diferencias que se encuentran de un paciente a otro. Se suele afirmar que todos los alcohólicos son iguales, al respecto he observado lo contrario. Un alcohólico varía enormemente de otro, la enfermedad es la misma, las personas que la padecen son diferentes. El hecho de entenderlo de esta manera nos impide cometer errores de diagnóstico. Así, no le diremos a un enfermo que no es alcohólico por que sólo presenta algunas de las características de la enferme-

dad o porque no se ajusta del todo al modelo de conducta establecido. Repito, la enfermedad es la misma, presenta ciertas características, es diagnosticable. Los alcohólicos, en tanto -- personas, son distintos. Por lo consiguiente, para plantear un estudio más realista del alcoholismo, nos convendría situarnos en el lugar del alcohólico y tratar de ver la enfermedad de --- adentro hacia afuera.

Al tomar un punto de vista objetivo del alcoholismo, vemos grandes diferencias y pequeñas similitudes; sin embargo, si nos relacionamos con el mundo interno del alcoholismo, tratando de ver la situación de adentro hacia afuera, ¿qué descubriríamos o qué podríamos ver?

Al adoptar el cuadro de referencia del mismo alcohólico y tratar de entender su experiencia de la enfermedad nos relacionamos con el mundo, no como sería descrito objetivamente, sino con el mundo ~~es~~ experimentado por la persona enferma. Así trataremos de ver, sentir y experimentar el mundo como lo hace el enfermo alcohólico y no como lo vivimos nosotros.

A través del trato con alcohólicos, he podido observar que su mundo interno está caracterizado por una gran confusión; no entienden lo que está pasando, ni el porqué. Pueden saber que algo está muy mal en sus vidas, mas no pueden relacionar sus -- sentimientos de incomodidad, ansiedad y falta de realización -- con el uso del alcohol, más aún, están incapacitados para ver - la relación entre su forma de beber y los eventos indeseables -

que tienen lugar en sus vidas.

Dada la aparente incapacidad del alcohólico para entender y aceptar la relación entre su forma de beber y sus problemas, los estudiosos del alcoholismo rápidamente llegan a la conclusión de que el alcohólico está usando el mecanismo de defensa de la negación. Muchos consideran que el alcoholismo constituye una enfermedad de negación, esto es, un proceso de la enfermedad empeorado por la actitud inconsciente del paciente de no ver lo que está sucediendo. Sin embargo, aún cuando en el alcoholismo aparece un proceso de negación, no se puede atribuir toda la incapacidad del alcohólico para relacionar su forma de beber con su problemática a este mecanismo de negación. Esto se verá más claro si vemos más de cerca el dilema epistemológico del alcohólico.

El primero de los factores que entra en el problema epistemológico del alcohólico es la gran incertidumbre de su misma historia con la bebida. El alcohólico no se embriagaba cada vez que bebía, ni tuvo experiencias negativas cada vez que bebía. La gran mayoría de los alcohólicos pueden señalar períodos en los cuales bebían moderadamente, en forma social, antes de llegar a beber en forma alcohólica; algunos, inclusive, llegan a hablar de períodos en los que podrían beber en forma moderada después de beber en forma alcohólica.

Por supuesto que en el último caso, la mayoría no puede sostener el beber moderado y vuelve a caer en intoxicaciones

frecuentes. El punto es que el alcohólico mismo a menudo está confundido por la naturaleza recurrente del problema.

Nunca puede predecir a dónde lo va a conducir una primera copa.

El segundo factor del problema epistemológico es no poder reconciliar las imágenes tempranas de intoxicaciones moderadas placenteras y las percepciones de lo horrible de las presentes intoxicaciones extremas y sus consecuencias. Todos los alcohólicos recuerdan todas las cosas agradables que obtenían a través del alcohol, el suave calor en todo el cuerpo, el relajamiento de los músculos y de la mente, el sentimiento que hacía parecer que todo era posible. No se debe subestimar la fuerza de estas experiencias tempranas positivas con el alcohol.

Al revisar historias clínicas en psicoterapia, se puede ver, de alcohólico a alcohólico, una característica en común: persistir en tratar de recapturar estas experiencias tempranas con el alcohol muchos años después de que han cesado del todo. Esta incongruencia entre las imágenes ilusorias del pasado y las de la realidad presente, contribuyen en mucho a la confusión interna del alcohólico.

El tercer factor en el dilema epistemológico es la naturaleza disyuntiva de la categoría "alcoholismo". Es necesario recordar que los conceptos o categorías pueden ser conjuntivas o disyuntivas. Una categoría conjuntiva es aquella en la cual los atributos que la definen deben estar presentes juntos en -



cualquier individuo para calificar para su membresía. Una categoría disyuntiva, por otro lado, es aquella en la cual las reglas de la membresía requieren la presencia de todas las demás, de cualquier combinación de algunas de ellas o de cualquiera de los atributos definidos.<sup>(4)</sup> (Bruner, Goodnow y Austin)

Después de lo anterior podemos ver que el alcoholismo es un proceso disyuntivo, conlleva muchas instancias confusas y complejas, por ejemplo, una persona puede ser clasificada como alcohólica si:

- a) Ha tenido lagunas mentales por la bebida.
- b) Ha experimentado cambios de personalidad mientras bebe.
- c) Ha tenido delirium tremens.
- d) Ha experimentado cualquiera de esta experiencias, combinaciones de las mismas o todas.

Sin embargo, en la actualidad lo que se le pide al alcohólico es que vea y acepte - en clínicas, centros de rehabilitación, hospitales y grupos de Alcohólicos Anónimos - que debe enfrentarse a un fenómeno disyuntivo confuso y aparentemente contradictorio. Más aún, esta complicada categoría se le adjudica cuando su pensamiento no es muy claro. Trata de llevar todo a una simple conjunción con la cual él pueda enfrentarse, pero el terapeuta no se lo permite. Cuando el alcohólico dice "... yo nunca he tenido una laguna mental, ni he ido a la cár-

cel, ni he robado dinero para beber, etc.", el terapeuta deduce que el paciente está usando la negación y que el paciente no admite rendirse ante los hechos o evidencias de su alcoholismo. Desafortunadamente, lo que el terapeuta no ve es que el alcohólico puede no estar negando en absoluto su alcoholismo, sino que puede estar masivamente confundido y perplejo por la etiqueta y el tipo de problema que está ante él o al que se le está enfrentando.

El cuarto factor dentro del problema epistemológico es -- que la categoría "alcoholismo" no solamente es disyuntiva, es además una categoría en la cual los atributos están en una complicada relación con la categoría. Ningún síntoma del alcoholismo aparece en una relación simple de uno a uno a la categoría mayor. Por ejemplo, una experiencia de laguna mental puede llevar hacia un diagnóstico de alcoholismo, pero no lo indica con certeza. Para complicar aún más la situación, la importancia de cualquier síntoma varía como una función de la presencia o ausencia de otros síntomas que no tienen el significado de una laguna mental en el contexto de uno o más de otros síntomas del alcoholismo.

De estas relaciones probabilísticas complejas para clasificar la enfermedad, puede consecuentemente resultar la confusión.

Por ejemplo: seudo-alcoholismo y alcoholismo pueden ser confundidos. Es importante notar que una persona puede mos---

trar un período de abuso del alcohol durante el cual se pueden evidenciar uno o más síntomas del alcoholismo, pero aún así -- puede no clasificar en la categoría. Las formas individuales de beber varían en el curso de la vida de un individuo. Aún -- cuando es cierto que una vez establecido un patrón en la forma de beber, éste tiende a persistir, está claro que algunos individuos son capaces de revestir este patrón. En otras palabras, aún cuando el alcoholismo es en verdad una enfermedad progresiva, el abuso del alcohol no lo es necesariamente. Desafortunadamente, las dos categorías no son conceptual u operacionalmente distintas para todos los casos.

Un último factor concierne a la información de compara---ción social obtenida por la persona que bebe. La teoría de -- comparaciones sociales - una teoría psicológica-social desarrollada por Festinger<sup>(5)</sup> - nos recuerda que la gente desarrolla - ideas normativas acerca de sus propias conductas observando a otras. ¿Y qué es lo que el alcohólico ve cuando observa el mundo?: Bebedores, y en gran cantidad. Independientemente de su - clase social o posición, el alcohólico está rodeado de perso--nas que beben. Algunas beben mucho menos que él, pero siempre hay otras que parecen beber mucho más. No importa que tan excesiva haya llegado a ser su forma de beber y que tan desastrosas las consecuencias, el alcohólico siempre puede encontrar a otras personas que parecen estar en peor estado que él. La -- conclusión de la comparación social es obvia, "estas u otras -

gentes, cuya forma de beber parecen peor que la mía", "ellos son los alcohólicos, no yo". Complicando el juicio de la comparación social aún más está la observación del alcohólico de que estas otras gentes tampoco se consideran alcohólicos, ni tratan de resolver su problema, entonces, ¿por qué habría de hacerlo él?

Estos son los cinco factores que forman el dilema epistemológico del alcohólico y le hacen difícil entender y aceptar su propia situación.

Sin embargo, encontramos que aún cuando la persona puede llegar a clasificarse a sí misma como alcohólico, sus problemas epistemológicos están lejos de terminarse. Las personas pueden "saber" que son alcohólicos, pero para muchos que se clasifican a sí mismos como alcohólicos, esto no los lleva a dejar de beber. La aceptación de la etiqueta "alcoholismo" no es la misma cosa que aceptar el hecho del alcoholismo y enfrentar todo lo que éste implica.

Habiéndose etiquetado a sí mismo como alcohólico, una persona puede concluir que debe de cambiar algo acerca de su forma de beber, pero no dejar la bebida misma. Puede cambiar de un tipo de bebida a otra, cambiar el tiempo y patrones de su forma de beber, decidir tomar sólo cuando tenga el estómago lleno, beber sólo cuando se sienta feliz y no cuando esté triste, dejar ciertos amigos, divorciarse, cambiar de trabajo, etc. Sin embargo, el hecho de que debe mantenerse por completo ale-

jado de la bebida, del alcohol, no se le ocurre. A pesar de los terribles resultados de la experimentación, la persona puede continuar bebiendo.

Los internamientos en hospitales, confinamientos, accidentes de todos tipos provocados por la intoxicación etílica, convulsiones, delirium tremens y demás, pueden ser razones para interrumpir la bebida por cortos períodos, pero el enfermo alcohólico, en lo que parece un reto a todo lo racional, regresará una vez más a sus viejos patrones.

Al observar al enfermo alcohólico, fácilmente se puede concluir que su conducta está impulsada por una terrible urgencia autodestructiva, sin embargo, si tratamos de observar su conducta desde su perspectiva, nos lleva a una conclusión muy diferente. El alcohólico está arraigado a una fuerte hipótesis la cual nunca es invalidada completamente; cree que si busca lo suficiente, encontrará una forma de disfrutar y controlar la bebida. Este principio o engaño descansa en el mismo centro de la enfermedad del alcoholismo. La hipótesis de poder llegar a controlar la bebida nunca es invalidada por completo. Encontramos que en alcohólicos recuperados, después de muchos años de abstinencia, permanece la idea de que bajo ciertas circunstancias tal vez podrían volver a controlar la bebida.

Con lo anterior, no quiero afirmar que el alcohólico recuperado mantiene continuamente la obsesión por beber, ya que

la compulsión a beber desaparece eventualmente, en especial en personas que llevan el programa de "AA" o quienes reciben alguna terapia especializada; esto tampoco implica que los alcohólicos rehabilitados continúan manteniendo consciente y deliberadamente la posibilidad de regresar a beber en forma controlada, pero la hipótesis de llegar a controlar la bebida, aún --- cuando debilitada, permanece como posibilidad, podríamos decir que la enfermedad se controla pero el detonador permanece.

La confusión de identidad es un tema común entre los alcohólicos; encontramos que los alcohólicos rehabilitados hablan de su "personalidad alcohólica" como algo completamente opuesto a su "personalidad sobria". A la "personalidad alcohólica" la definen básicamente en términos de características sociales indeseables o negativas.

El problema de identidad del alcohólico es una consecuencia directa de los repetidos asaltos de pensamientos y conductas alcohólicas a las creencias, valores y actitudes que constituyen la base de su "personalidad sobria".

Las personas alcohólicas se identifican entre ellos, encontramos que hay una liga común entre los alcohólicos, en especial entre los alcohólicos rehabilitados. Esta identificación tiene sus raíces en el mundo interno de los sentimientos y las emociones. La angustia es angustia, no importa su origen.

La progresividad de la enfermedad del alcoholismo va acu-

mulando una serie de sentimientos y emociones negativas de las cuales muy pocos logran liberarse. Remordimientos, culpas, -- vergüenza, autodesprecio, son un grupo de sentimientos que se evidencian en cualquier grupo de personas alcohólicas.

La autoestima del alcohólico está literalmente destruída. Aún cuando manifiesten una imagen de grandiosidad, excesiva autoconfianza y un evidente narcisismo, la realidad es lo contrario. El alcohólico es generalmente una persona asustada, insegura y con un fuerte sentimiento de autodesprecio que maneja con una apariencia externa de autoconfianza. Por lo regular - toma varios años de completa sobriedad para superar sus sentimientos de minusvalía y su autoimagen negativa así como la culpa irracional sobre su pasado alcohólico.

Los sentimientos de culpa y baja estima son evidenciados por la pérdida de seguridad en sí mismo, búsqueda de perfeccionismo, excesiva necesidad de aprobación de los demás, patrones compulsivos de trabajo, pérdida de interés en sí mismo y la susceptibilidad a ser manipulados y usados por otros.

Sentimientos de soledad, alienación y aislamiento también se encuentran comúnmente entre las personas alcohólicas. Sin el lubricante social del alcohol, muchos se vuelven callados e introvertidos, terminando en aislamiento total.

A medida que la enfermedad progresa, va apareciendo la -- ilusión de sentirse únicos, diferentes a los demás; esta acentúa y contribuye a la alineación del alcohólico.

La depresión y los sentimientos de desesperación, futilidad y un sentido persuasivo de falta de significado de la vida, complican aún más su mundo interno.

Por todo lo expuesto, resulta evidente que ignorar el interior, la condición espiritual de las personas que padecen alcoholismo, es ignorar una de la facetas más críticas de la enfermedad.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) Marty Mann "New Primer on Alcoholism"; An Owl Book, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1981.
- (2) Jellinek, E.M. "Disease Concept of Alcoholism". New Haven, 1960, United Printing Service
- (3) Jellinek, E.M. "Phases of Alcohol Adiction", Q.U. Stud. -- Alcohol, 1952
- (4) Bruner, J.S., Goodnow, J.J., and Austin, G.A. "A Study of Thinking", New York, 1956, John Wiley & Sons, Inc.
- (5) Festinger, L.A. "A Theory of Social Comparison Processes" Human Relations, 1954.



### III DIVERSAS TEORIAS SOBRE LA ETIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

#### FACTORES BIOLOGICOS.

En el funcionamiento orgánico de los alcohólicos, se encuentran muchas anormalidades; ésto no es de sorprender, considerando los efectos del alcohol en el organismo y los daños ocasionados a través de una ingestión crónica aunado a una -- dieta deficiente.

Una de las teorías más interesantes propone que el alcohol produce sustancias semejantes a la morfina, las cuales -- son responsables de la compulsión que en el beber manifiestan las personas adictas al alcohol.

Otra teoría que ha estado en boga últimamente parte de -- la observación de que los alcohólicos presentan frecuentes al -- teraciones en el metabolismo del azúcar. Se encuentra que -- después de varios años de beber fuertemente, los alcohólicos desarrollan enfermedades hepáticas o pancreáticas, lo que a -- su vez da como resultado anormalidades en el metabolismo de -- azúcares o carbohidratos. No se sabe si las alteraciones es -- taban presentes o no antes de la trayectoria alcohólica del -- enfermo.<sup>(1)</sup> Para saberlo sería necesario tratar a un grupo -- de "prealcohólicos" a quienes se les hicieran las pruebas de -- metabolismo de azúcares o carbohidratos antes de que aparecie -- ra el abuso del alcohol.

En el renglón de las alergias, algunos investigadores --

han señalado la posibilidad de que algunas alergias a ciertos alimentos sean responsables del desarrollo del alcoholismo. -- Respecto a esta teoría, hay que señalar que si los sujetos son alcohólicos crónicos, una reacción alérgica al etanol o a alimentos usados para elaborar bebidas alcohólicas podría ser el resultado de beber en forma fuerte y no su causa inicial. (2)(3)

El problema con las teorías biológicas descansa en la necesidad de investigar en alcohólicos crónicos cuál es la causa y cuál el efecto, ya que son casi imposibles de deslindar. Sin embargo, estas teorías son útiles como punto de partida para futuras investigaciones y necesitan ser estudiadas, de ser posible en individuos jóvenes estadísticamente predispuestos a desarrollar el alcoholismo pero que aún no se manifiesten como tales.

#### FACTORES GENETICOS.

La relativa facilidad con que se pueden estudiar las posibles influencias genéticas en el alcoholismo y la gran cantidad de investigaciones que se han hecho en esta área, permiten una discusión más amplia pero no más iluminadora que las otras teorías. Al revisar algunas de las investigaciones más importantes en esta área, se encuentra que los factores genéticos nunca han explicado o aclarado el cuadro completo del alcohólico.

Estudios llevados a cabo en Suiza, Escandinavia y EEUU (4)

han intentado demostrar repetidamente la naturaleza genética del alcoholismo<sup>(5)</sup>. La fuerza del posible factor familiar parece depender de la severidad del alcoholismo bajo estudio. Cuando se trabaja con un grupo de alcohólicos hospitalizados se puede observar que un 50% de los familiares masculinos de primer grado (padres, hermanos, hijos) pueden desarrollar el alcoholismo. Sin embargo, esta tendencia familiar no necesariamente implica factores genéticos, ya que el stress psicológico y socio-cultural pueden ejercer efectos en más de uno de los miembros de una unidad familiar.

En estas investigaciones se ha utilizado el estudio de gemelos para tratar de establecer la importancia de los factores genéticos en la causalidad del alcoholismo. Las investigaciones se han basado en que se puede comparar el grado de similitud del alcoholismo entre dos pares de gemelos genéticamente idénticos (monosigóticos o gemelos de un solo huevo), con gemelos que no son más similares que hermanos consanguíneos que nacen al mismo tiempo (bisigóticos o gemelos de dos huevos). En esta investigación se asume que ambos tipos de gemelos son criados dentro de la misma familia y el mismo medio ambiente socio cultural; cualquier diferencia en las tasas de concordancia entre los gemelos MZ y BZ son el resultado de los factores genéticos (los gemelos MZ comparten el 100% de sus genes y los BZ sólo el 50%). Nos limitaremos a examinar tres de sus estudios<sup>(6)</sup>.

Hay dos formas de trabajar con gemelos en la génesis del alcoholismo. Uno se desarrolla con gemelos en los cuales al menos uno ha sido identificado como alcohólico; el otro se lleva a cabo a partir de similitudes en los patrones de beber pero en muestras de gemelos no seleccionados por la presencia del alcoholismo. El primer tipo de estudio está tipificado por la investigación Swedish de Kaij<sup>(7)</sup>, quien estudió 174 pares de gemelos masculinos de los cuales al menos uno se sabía que era alcohólico. Este estudio requirió de entrevistas personales con 90% de los sujetos y reportó un 54% de concordancia en el alcoholismo en gemelos MZ, contra 28% de concordancia en alcoholismo en gemelos BZ. Kaij observó que entre más severo era el alcoholismo en el primer gemelo identificado, era más alta la tasa de concordancia. Análisis posteriores a estos resultados revelaron que los aspectos de deterioro en las funciones cerebrales y sociales asociadas a la ingestión de alcohol tenían una relación estrecha en los gemelos estudiados, y también la cantidad y la frecuencia de la ingesta del alcohol. Estos resultados han sido reforzados por Bohman<sup>(8)</sup>.

En el estudio Finnish, llevado a cabo por Partanan, Bruun y Markkanen<sup>(9)</sup>, se obtuvo un resultado completamente diferente. Este estudio se efectuó con 133 gemelos MZ y 471 BZ entre los 28 y 27 años de edad. La conclusión en esta población no alcohólica fue que había concordancia de frecuencia y cantidad en la forma de beber, pero no de consecuencias alcohólicas social

es. Aún cuando estos resultados parecen ser diferentes a los obtenidos por Kaij, debemos observar cuán dispares fueron las muestras.

En 1972, Loehlin<sup>(10)</sup> estudió 850 pares de gemelos del mismo sexo. Como en la muestra de Partanan, este grupo no fue seleccionado por el alcoholismo. Las conclusiones a las que llegó Loehlin fueron que parecía haber un factor hereditario en la cantidad de bebida pero no necesariamente con consecuencias médicas o psicológicas.

Aún cuando los estudios hechos con gemelos son consistentes, se debe reconocer que algunas de las suposiciones básicas que llevan las investigaciones con gemelos pueden no ser ciertas. Gemelos MZ y BZ tienen otras diferencias además del grado de igualdad genética. Los gemelos MZ se parecen y es más probable que sean tratados en la misma forma y que probablemente se identifiquen más con su gemelos que los BZ.

Se puede decir que estas conclusiones son consistentes -- con la influencia genética del alcoholismo, pero deja mucho -- que desear al establecer la problemática de una relación.

El acercamiento más importante para establecer un factor genético en el alcoholismo ha sido el estudio de gemelos que han vivido separados. Este estudio se llevó a cabo con niños, hijos de alcohólicos, quienes fueron separados de sus padres biológicos poco después de haber nacido y fueron criados y educados por padres adoptivos. Este grupo es comparado separada-

mente mediante una muestra-control en su edad adulta con respecto a su grado de alcoholismo. Lo esperado es que la muestra control y los hijos de alcohólicos vivirían situaciones de medio ambiente similar mientras crecían en sus hogares adoptivos, con el resultado de que las diferencias entre los dos grupos en las fases de alcoholismo como adultos podría ser una medida de la influencia genética en el alcoholismo.

El primer estudio se reportó en 1945 por Roe y Burke<sup>(11)</sup> en una investigación con 27 niños adoptados de padres alcohólicos y 22 de padres no alcohólicos. Cada grupo tenía una edad promedio de 30 años. Los investigadores concluyeron que aún cuando los niños adoptados de padres alcohólicos tuvieron más problema de ajuste en la adolescencia y en la edad adulta que los niños adoptados de padres no alcohólicos, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La investigación se enfrentó a muchos problemas porque muchos niños no fueron adoptados hasta después de los 5 años de edad y los niños hijos de alcohólicos fueron más frecuentemente colocados en localidades rurales las cuales presentan menores tasas de alcoholismo.

Otro de los estudios que utilizó registros de adopción fue el llevado a cabo en Dinamarca por Goodwin<sup>(12)</sup>. Compara a 20 individuos del grupo original de padres alcohólicos con 30 de sus hermanos que no fueron adoptados sino que fueron criados por sus padres biológicos alcohólicos. La tasa de alcoholismo.

lismo en una edad promedio de 30 años fue de 25% en los niños que fueron adoptados y solamente el 17% de aquellos que fueron criados por sus padres biológicos alcohólicos. El estar expuestos al alcoholismo del padre fue irrelevante al desarrollo final del alcoholismo; pero la severidad del alcoholismo en el padre sí predijo las posibilidades de que el alcoholismo se desarrollara ya sea en los hijos adoptados o en los que seguían viviendo con el padre alcohólico.

#### TEORIAS BIOQUIMICAS

Con respecto a las teorías bioquímicas empezaré por explicar en forma breve lo que sucede en el organismo cuando ha ingerido el alcohol que comúnmente se encuentra en las bebidas alcohólicas en el mercado.

Cuando un adulto normal saludable ingiere de 20 a 30 centímetros cúbicos de licor etílico en un periodo de una hora, esta sustancia, alcohol etílico, se convierte en acetaldehído, sustancia muy tóxica que si se acumulara en el cuerpo y permaneciera en él un tiempo considerable, provocaría la muerte del individuo. Pero dentro del organismo el acetaldehído se convierte en otra sustancia que es el ácido acético que también conocemos como vinagre, el cual pasa por varios procesos bioquímicos y finalmente termina como dióxido de carbono, el cual se elimina por los pulmones, y agua que es eliminada por los riñones.

Lo que se ha descubierto en los alcohólicos en instituciones de investigación de EEUU y de otras partes del mundo es -- que cuando el alcohólico ingiere alcohol, éste también es convertido en acetaldehído, pero un pequeño porcentaje del acetaldehído en lugar de tomar el camino normal de desdoblamiento -- químico de la sustancia, es desviado, por razones que se desconocen, y se liga a una sustancia que se encuentra en el cerebro llamada dopamina. Esta sustancia es lo que se conoce como un transmisor nervioso, un expedidor de mensajes químicos. En el alcohólico, el acetaldehído del alcohol, en pequeña cantidad, se condensa y se une a la dopamina en una serie complicada de fenómenos químicos y da lugar a una sustancia llamada -- TETRAHIDROQUALANONA, que abreviaremos THIQ o TIQ, como aparece en algunos estudios.

Esta sustancia se conoce desde hace mucho tiempo.

La THIQ fue descubierta en el cerebro de los heroínómanos hace años. Es un producto de la descomposición del opio y se relaciona de cerca con la morfina, y de hecho, durante la Guerra Mundial se llevaron a cabo investigaciones con animales para utilizarla como una posible alternativa a la morfina. Pero nunca pasó de estudiarse con animales porque era tan adictiva que resultaba peor que la morfina. De esta se pasó a la teoría de que tal vez la formación de esta sustancia condujera a la adicción física al alcohol etílico, porque, repito, la THIQ se ha encontrado siempre en el cerebro del alcohólico y nunca



en el cerebro de bebedores no alcohólicos.

Un experimento interesante es aquel en el que se ha tratado de desarrollar el alcoholismo en ratas poniéndolas a beber sólo agua con vodka al 3%. Las ratas han muerto de sed antes de beber. A otro grupo de ratas se les ha inyectado una cantidad infinitesimal de THIQ en el cerebro y las ratas han corrido a beber vodka puro hasta emborracharse y morir por sobredosis. Se ha tomado a un animal que era abstemio y se le convirtió en alcohólico fulminante con sólo inyectarle THIQ en el cerebro, lo cual demostró su alto potencial adictivo.

Es importante anotar que en experimentos llevados a cabo con monos a los cuales también se les inyectó THIQ en el cerebro, siete años después de haber tomado su última copa, tenían la misma cantidad de THIQ que cuando fueron analizados inmediatamente después de haber dejado de tomar. De aquí se dedujo - que una vez que la sustancia se forma, se adquiere y se queda allí.

Este modelo bioquímico es muy importante dado que se ajusta al del componente genético. Se ajusta también a las experiencias clínicas en donde vemos que el individuo una vez alcohólico lo es sin importar el tratamiento que reciba. Se puede ser un alcohólico abstemio en recuperación o uno que bebe y sigue deteriorándose. Una vez que se forma la THIQ, allí se queda. La bioquímica básica no se cambia con un tratamiento de rehabilitación alcohólica.<sup>(13)</sup>

## TEORIAS PSICOLOGICAS

Las teorías psicológicas relacionan asociaciones entre -- los factores psicológicos y el alcoholismo. Una de las princi pales diferencias psicológicas entre alcohólicos y no alcohóli cos puede ser consecuencia del abuso de la bebida alcohólica. A continuación se plantean algunas teorías específicas.

## TENSION REDUCCION

Un gran número de investigaciones en alcoholismo se han - centrado en la capacidad del alcohol de reducir la tensión. El supuesto efecto del alcohol sobre la tensión al relacionarse - al alcoholismo puede ser dividido en dos partes:

- 1) La hipótesis de que los alcohólicos cuando se comparan a los no alcohólicos, presentan diferentes niveles de ansiedad. (14)
- 2) Los posibles efectos que el alcohol pueda tener al dis minuir los niveles de tensión para los alcohólicos. Es to es muy difícil de medir porque los efectos del alco hol difieren según la dosis de etanol. Además, habría que ver si la tensión se medirá por la fase de eleva-- ción o caída de la curva de alcohol en la sangre (15).

Aún cuando los bebedores sociales y alcohólicos declaran que ingieren bebidas alcohólicas para relajarse y sentirse cómodos en situaciones difíciles, las pruebas de la capacidad -- del alcohol para reducir la tensión han dado resultados opues-

tos. Athan y Lisman<sup>(16)</sup>, tratando con grupos de alcohólicos - en una investigación, reportaron que aún cuando otros, además de los alcohólicos, declararon que el beber los hacía sentirse relajados; al observar sus conductas mientras bebían, revelaban depresión, ansiedad y nerviosismo. A pesar de esta realidad, cuando se les entrevistó al día siguiente acerca de su -- conducta mientras bebían, la mayoría reportó que el recuerdo - de su conducta incluía relajamiento y placer. Un factor relacionado con esta respuesta podría ser el de que los alcohóli-- cos recuerdan selectivamente. Esto tal vez sea consecuencia - del deterioro que sufre la memoria durante el rápido aumento - de niveles de alcohol en la sangre. Recuerdan lo bueno y olvi-- dan los efectos adversos del beber.

Otro acercamiento para probar esta hipótesis fue llevado a cabo por Rosenberg y Buttsworth<sup>(17)</sup>, quienes observaron los efectos del alcohol tomando en cuenta la presión sanguínea en el brazo y la conductibilidad basal de la piel (al impulso -- eléctrico). Usando estas medidas, al contrario de la hipóte-- sis, no se encontró que el alcohol disminuyera los niveles de tensión o ansiedad.

Relacionado la hipótesis de Tension-Reducción está el he-- cho de que los eventos estresantes en la vida, precipitan los problemas relacionados al alcohol en los alcohólicos (18,19), entendiendo el stress como una demanda exagerada de las capa-- cidades personales de respuesta J.R.M. Mientras que esta te

oría tiene sentido y es consistente con muchas observaciones - individuales que afirman que el alcohol ayuda a los bebedores a relajarse después de un día lleno de tensiones, muy pocos da tos reafirman una relación directa de causa y efecto entre algún stressor específico y la aparición del alcoholismo. Una - investigación reciente indica que la relación temporal entre - algunos o todos los factores de un número de eventos stresantes en la vida y el alcoholismo, no es fuerte. Pareciera como si ningún evento en particular tuviera asociación alguna con el - alcoholismo. Debe recordarse que aunque un individuo reporte una asociación entre un evento y un problema psicológico o emo cional, no debe asumirse que tales relaciones sean causales o siguiera que existan.

Así, al revisar la hipótesis de tensión-reducción, encontramos resultados inconsistentes y aún cuando sigue siendo una teoría posible para explicar las razones de ingestión del alco hol o su progresión definitiva, las pruebas indican que éste - no es el factor principal en el alcoholismo.

#### TEORIAS DE REFORZAMIENTO

Las teorías del reforzamiento están basadas en la premisa de que la persona empieza a beber, bebe en forma exagerada o - llega al alcoholismo porque el alcohol sirve a algún propósito útil. Esto es, la conducta de beber le es recompensada o re- forzada. La recompensa puede ser la inducción de cambios psi-

cológicos placenteros<sup>(20)</sup>, la desaparición de incomodidad<sup>(21)</sup>, o tener otras experiencias placenteras. Una variante interesante de reforzamiento es la posibilidad de que el individuo busque un cambio en el nivel de conciencia. En cuyo caso, aún estados aparentemente aversivos o displacenteros pueden representar suficiente cambio del "status" para que este mismo se refuerce. Esta teoría ha sido discutida ampliamente por Mello<sup>(22)</sup>. Una descripción detallada de la forma en la cual los principios de reforzamiento pueden ser relevantes para el alcoholismo es presentada por Bandura<sup>(23)</sup> y por Roebuck y Kessler<sup>(24)</sup>. Así que sólo citaremos algunas teorías representativas.

Se ha dicho que la ingestión de alcohol es una conducta aprendida que ha resultado de la necesidad de los jóvenes de copiar las prácticas de los adultos. Entre los reforzamientos positivos que más se mencionan se encuentra la aprobación del grupo, una mayor facilidad para interactuar socialmente, el aliviar la presión de un día difícil y la ilusión que produce el alcohol de sentirse independiente o poderoso<sup>(24)</sup>. Estas interacciones no siempre son francas, sin embargo, como se ha demostrado por la hipótesis de tensión-reducción, los efectos reforzadores del alcohol a menudo son dependientes en tiempo y situación.

El abuso del alcohol, en este cuadro teórico, sería resultado de una conducta aprendida. En esta esfera psicológica, el

alcoholismo puede satisfacer un impulso autodestructivo o negar y hasta borrar recuerdos infelices<sup>(25)</sup>. En un nivel puramente conductual, el alcoholismo puede ser resultado de copiar o quizás de el proceso accidental de aprender a beber en forma diferente a los demás: beber a grandes tragos o pedir bebidas alcohólicas solas en vez de mezcladas.

Las técnicas de aprendizaje han sido aplicadas a todos los aspectos de conductas relacionadas al alcohol, incluyendo el tratamiento. Aún cuando las teorías tienen sentido y probablemente contribuyen al cuadro general del alcoholismo, no explican el problema en su totalidad. Estas teorías demuestran de nuevo la división arbitraria de las mismas, en etiología y el alto grado de interacción entre los factores, y esto subraya la dificultad de encontrar la causa en problemas de alcoholismo.

#### TEORIAS TRANSACCIONALES

El análisis transaccional ha ganado aceptación como una forma de tratar con alcohólicos<sup>(26)</sup>. En general, esta forma de terapia supone que niveles desordenados de comunicación pueden haber sido responsables del desarrollo inicial de la ingestión de alcohol y posteriormente del alcoholismo y que estos niveles de comunicación se vuelven más desordenados y casi siempre se perpetúan a medida que aumenta la ingestión de alcohol.

Como lo ha declarado Steiner<sup>(26)</sup>, es como si las consecuencias de estar borracho llegaran a ser un juego en sí mismo y pudieran llegar a ser autorreforzados. De acuerdo a esta teoría, el alcoholismo es una forma de interacción en la cual el individuo y su familia usan la embriaguez y el desvalimiento como una excusa para su conducta. El resultado de esto es una serie de dobles mensajes: decirle al alcohólico que ya no beba, llevando a casa botellas de licor; transfiriendo responsabilidades familiares; justificando hechos y acciones por la embriaguez (lo hice porque estaba tomado). Se desarrolla un círculo vicioso en el cual se aumenta la ingestión de alcohol y una vez que se llega al alcoholismo, éste es reforzado. A consecuencia de todo esto, un resultado inesperado puede ser la desintegración de la interacción familiar cuando el alcohólico deja de beber, ya que es entonces cuando se tienen que establecer nuevas reglas para que la familia sobreviva como una unidad<sup>(27)</sup>.

Una vez más tenemos que causa y efecto son difíciles de separar.

#### TEORIAS PSICODINAMICAS

Las teorías psicodinámicas son difíciles de sustentar -- porque tratan con términos complicados de definir y hechos -- que pueden haber ocurrido muchos años antes de que se presentara el alcoholismo. Este acercamiento interactúa con las te

orías conductuales, en el supuesto de que el alcohólico está llenando alguna necesidad a través del alcohol. El alcohol puede ser considerado como un agente reforzante al disminuir impulsos narcisistas<sup>(28)</sup> o al satisfacer una necesidad de castigo<sup>(27)</sup>, por ejemplo, los acercamientos analíticos más clásicos definen al alcohólico como un individuo oral o pasivo-dependiente; siendo ambos términos difíciles de traducir a una terminología más operacional y científica. Términos analíticos tales como narcisista, auto-destructivo y homosexualidad latente son frecuentemente aplicados a alcohólicos. Aún cuando estas descripciones tienen importancia como construcciones teóricas, el psicoanálisis no ha demostrado ser efectivo en el tratamiento general del alcoholismo, y hay limitaciones prácticas al tomar este marco de referencia<sup>(19)</sup>.

Otras teorías psicodinámicas establecen el uso del alcohol como protección a la baja autoestima<sup>(29)</sup> o como un medio para adquirir sentimientos de poder. Aquí el alcohólico es visto como una persona que necesita sentir que tiene el poder o la fuerza que en la realidad no posee. Así, usa el alcohol para sentirse superior y para permitirse fantasías de importancia. Algunos investigadores incluso señalan la necesidad humana de sentirse protegido o dependiente<sup>(30)</sup>. En este paradigma las mujeres tendrían una tasa baja en alcoholismo porque su dependencia es tolerada en sociedad, pero el hombre debe usar el alcohol para adquirir este estado.



En estas teorías se encuentran los mismos problemas para separar causa y efecto y tienen limitadas aplicaciones prácticas para el tratamiento y prevención del alcoholismo.

## TEORIAS DE LA PERSONALIDAD

El consenso general de estudios de la personalidad indica que no hay un tipo de personalidad que pueda ser medida como necesaria y suficiente para el desarrollo del alcoholismo y que el rango de tipos de personalidad de alcohólicos no es diferente del encontrado en la población en general<sup>(19)</sup>. Una variedad de atributos de la personalidad han sido asociados con el alcoholismo pero no se ha visto un solo tipo en una mayoría de alcohólicos<sup>(31,32)</sup>.

Se han usado baterías de Test psicológicos para tratar de establecer la configuración de la personalidad del alcohólico. Estas baterías a menudo incluyen el (MMPI) - Minnesota Inventario Multifacético de la Personalidad. En esta prueba los sujetos, por lo general hombres, que han tenido problemas de alcoholismo por muchos años, muestran una elevación en las escalas de Depresión y Desviación Psicopática - registros que no difieren a los de los adictos de drogas<sup>(33)</sup>.

Una subescala de 49 reactivos del MMPI desarrollada por McAndrew<sup>(34)</sup> diferencia a los alcohólicos del resto de la población general. Sin embargo, esto puede reflejar años de problemas con la bebida y no indicar, necesariamente, proble-

mas preexistentes ni problemas de la personalidad<sup>(35)</sup>.

#### BIBLIOGRAFIA

- (1) Pernanen, K. Validity of Survey Data on Alcohol Use. En Gibbons, R.J. et al., editors; "Research Advances in Alcohol and Drug Problems", N. York, 1974, John Wiley & Sons, Inc.
- (2) Mackarness, R. The Allergic Factor in Alcoholism. Int. J. Soc. Psychiatry 18, 1972
- (3) Ulett, G.A., Itil, E., and Perry, S.G. Cytotoxic Food Test in Alcoholics. Q. J. Stud. Alcohol 35, 1974
- (4) Wino Kur, G., et al. Alcoholism III. Diagnosis and Familial Psychiatric Illness in 259 Alcoholic Proband. Arch. Gen. Psychiatry 23: 104-111, 1970
- (5) Cotton, N.A. The Familial Incidence of Alcoholism. J. Stud. Alcohol 40: 89-116, 1979
- (6) Goodwin, D.W. Is Alcoholism Hereditary? A Review and Critique. Arch. Gen. Psychiatry 25: 545-549, 1971
- (7) Kaij, L. "Alcoholism in Twins", Stockholm, 1960, Almquist & Wiksell, Publishers
- (8) Bohman, M. "Some Genetic Aspects of Alcoholism and Criminality". Arch. Gen. Psychiatry 35: 269-276, 1978
- (9) Partanen, J., Bruun, K., and Markkanen, T. Inheritance of Drinking Behavior. New Brunswick, N.J., 1966. Rutger Cen

ter for Alcohol Studies.

- (10) Loehlin, J.C. An Analysis of Alcohol-Related Questionnaire Items from the National Merit Twin Studies. Ann, N. Y. Acad. Sci. 197: 117-137, 1972
- (11) Roe, A., and Burks, E. The Adult Adjustment of Children of Alcoholic Parents Raised in Foster Homes. Q. J. Stud.-Alcohol 5:378-393, 1945
- (12) Goodwin, D. W., et al. Drinking Problems in Adopted and Non Adopted Sons of Alcoholics, Arch. Gen. Psychiatry 31: 164-169, 1974
- (13) Concept Disease of Alcoholism, An Investigation  
Hyland Treatment Center  
Cleveland, Ohio, 1979
- (14) Capell, H., and Harman, C.P. "Alcohol and Tension Reduction". A Review. Q.J. Stud. Alcohol 33:33-64, 1972
- (15) Schuckit, M.A., et al. Difference in Muscle Tension Between Relatives of Alcoholics and Controls. J. Stud. Alcohol
- (16) Natham, P.E., and Lisman, S.A. Behavioral and Motivational Patterns of Chronic Alcoholics. En Tarter, R. E. and Sugeran, A.A., editors: Alcoholism: Interdisciplinary -- Approaches to an Enduring Problem. Reading, Mass., 1976, Addison Wesley Publishing Co., Inc.
- (17) Rosenberg, C.M. and Buttsworth, F.J. Anxiety in Alcoholics. Q.J. Stud. Alcohol 30: 729-732, 1969

- (18) Morrisey, E.R. and Schuckit, M.A. Stressful Life Events and Alcohol Problems Among Women Seen at a Detoxification Center. J. Stud. Alcohol 39:1559-1576
- (19) Schuckit, M.A. Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment. N. York, 1979, Plenum Publishing, Corp.
- (20) Kepner, E. Application of Learning Theory to the Etiology and Treatment of Alcoholism. Q.J. Stud. Alcohol 25: 279-291, 1964
- (21) Conger, J.J. Alcoholism: Theory, Problem and Challenge. II Reinforcement Theory and the Dynamics of Alcoholism. Q. J. Stud. Alcohol 40: 89-116, 1979
- (22) Mello, N.K. Stimulus Self-Administration: Some Implications for the Prediction of Drug Abuse Liability, Proceedings of the Conference on Prediction of Abuse Liability of Stimulant and Depressant Drugs, Committee on Problems of Drug Dependence, National Academy of Sciences, National Research Council, 1980
- (23) Bandura, A. Principles of Behavior Modification. New York, 1969. Holt, Rinehart & Winston, Inc.
- (24) Roebuck, J.B. and Kessler, R.G. The Etiology of Alcoholism: Constitutional, Psychological and Sociological Approaches. Springfield, Ill. 1972, Charles C. Thomas, Publisher
- (25) Tarter, R.E. and Sugarman, A.A., editors. Alcoholism: -

- Interdisciplinary Approaches to an Enduring Problem. Reading, Mass., 1976, Addison-Wesley Publishing Co., Inc.
- (26) Steiner, C. Games Alcoholics Play. New York, 1971, Grower Press, Inc.
- (27) Ward, R.F. and Feillace, L.A. The Alcoholic and His Helpers. A System View. Q.J. Stud. Alcohol 31:684-691, 1970
- (28) Conger, J.J. Alcoholism: Theory, Problem and Challenge. II Reinforcement Theory and the Dynamics of Alcoholism. - Q.J. Stud. Alcohol 17: 296-305, 1956.
- (29) McCord, J. Etiological Factors in Alcoholism. Family and Personal Characteristics. Q.J. Stud. 33: 1020-1027, 1972
- (30) Schuckit, M.A. and Morrissey, E.R. Alcoholism in Women: Some Clinical and Social Perspectives. En Greenblat, M. and Schuckit, M.A. editors. Alcoholism Problems in Women and Children. N. York, 1976, Grune & Stratton, Inc.
- (31) Lawlis, G.F. and Rubin, S.E. 16 - PF Study of Personality Patterns in Alcoholics. Q.J. Stud. Alcohol 32:318-327, 1971
- (32) Williams, A.F., McCourt, W.F. and Schneider, L. Personality Self-Description of Alcoholics and Heavy Drinkers. Q. J. Stud. Alcohol 32:310-317, 1970
- (33) Kuanitz, L. Alcoholics, Heroin Addicts and Non Addicts; Comparison on the MacAndrew Alcoholism Scale of the MMPI, Q.J. Stud. Alcohol 33:807-809, 1972
- (34) MacAndrew, C. On the Possibility of the Psychometric De-

- tection of Persons Who Are Prone to the Abuse of Alcohol  
and Other Substances. *Addict. Behav.* 4:11-20, 1979
- (35) Hoffmann, H., Loper, R.G. and Kammeier, M.L. Identifying  
Future Alcoholics with MMPI Alcoholism Scales. *Q.J. Stud.  
Alcohol* 35: 490-498, 1974

#### IV EL ALCOHOLISMO COMO ENFERMEDAD ESPECIFICA

Tal vez no haya otra enfermedad tan discutida como el alcoholismo, a tal grado que los médicos algunas veces vuelven la espalda a sus manifestaciones y las víctimas niegan su existencia aún a sí mismos.

Sin embargo, podría hablarse de esta enfermedad como una de las más antiguas que azotan a la humanidad. El mito de que los alcohólicos permanecen borrachos e intoxicados todo el tiempo, ha permitido que muchas personas que padecen esta enfermedad permanezcan ocultos, llevando aparentemente una vida normal hasta que aparece una de las enfermedades de las que se relacionan con el alcoholismo. El mito de que el alcoholismo -- siempre se debe a causas psicológicas se está derrumbando y empieza a aceptarse que en gran medida tiene el alcoholismo un origen biológico. A este respecto los científicos, a través de sus investigaciones, están llegando a encontrar soluciones a esta enfermedad, las que ofrecen esperanza a los alcohólicos y familiares que se ven afectados, al señalarles como el alcoholismo puede ser detectado o detenido antes de que la devastación que provoca sea irreversible.

En el renglón del análisis químico de la sangre, se está desarrollando un método computarizado que se espera que juegue un papel importante en el diagnóstico del inicio del alcoholismo antes de que aparezcan síntomas graves como sería el de daños en el hígado. Se está experimentando con otro análisis de

sangre que detecte en el hígado los cambios que conllevan la cirrosis, enfermedad mortal cuyos riesgos aumentan si la persona consume en forma diaria 4 onzas de licor 86 proof.

Investigadores del hígado en todo el mundo han determinado que los alcohólicos no metabolizan el alcohol en la forma adecuada. Investigaciones preliminares indican que algunas personas nacen con una deficiencia hepática en el sistema de enzimas que podría llevar a la adicción al alcohol. Otros investigadores han encontrado que en los alcohólicos, así como en sus hijos jóvenes, se encuentran a menudo ondas cerebrales y déficit de memoria diferentes a los de los no alcohólicos, aún cuando los hijos nunca hayan bebido alcohol.

Aún cuando dentro del esquema total de la enfermedad del alcoholismo pueden incluirse factores del medio ambiente y/o factores psicológicos, se ha encontrado que los alcohólicos son víctimas de esta enfermedad por causa de su metabolismo.

El alcoholismo es generalmente definido como una enfermedad en la cual el enfermo ha perdido el control sobre la bebida, al grado en que interfiere en sus relaciones familiares, sociales y laborales. Aún cuando se haya iniciado como bebedor social, su sistema se ha vuelto progresivamente tolerante y dependiente del alcohol; aún cuando lo desee, es incapaz por sí mismo de dejar de beber compulsiva y permanentemente. Como se ha señalado en un capítulo anterior, la mayoría de los experimentos están de acuerdo en que mientras el stress y los con-



flictos interiores pueden provocar o precipitar el uso de la bebida, los problemas psicológicos profundos, a menudo características de los alcohólicos, son la consecuencia más que la causa de la enfermedad.

Los científicos han encontrado que el alcohol inflinge una cierta devastación común en la psique, la cual es tal vez más insidiosa que el daño sufrido por el hígado, el corazón y otros órganos vitales. Después de un período de tiempo, el abuso del alcohol altera la función de las células cerebrales, induce a un daño nervioso, contrae la corteza cerebral, lo que a su vez altera el sistema hormonal. Esto ha llevado a algunos investigadores a pensar que esta enfermedad induce al organismo a llevar a cabo una descarga de euforiantes naturales.

El alcohólico, particularmente en sus estadios iniciales o medios, puede estar capacitado para funcionar, pero su productividad se verá disminuida; su desequilibrio psicológico magnificará pequeños problemas; lo dividirá, incapacitándolo a enfrentarse en forma efectiva con el stress; le impedirá ver la realidad de una situación y paralizará el proceso normal de la madurez emocional, incapacitándolo para digerir y asimilar las lecciones de la experiencia. Como el alcohol empaña la absorción del "insight" personal, a menudo encontramos que años de psicoterapia no son efectivos, a menos que el alcohólico se vuelva abstinentes. A muchos de los alcohólicos, recuperar su normalidad psicológica y espiritual les toma de uno

a dos años de sobriedad total.

Antes se pensaba que el alcoholismo se desarrollaba rápidamente, pasando por tres etapas: beber en gran cantidad, beber ocasionando problemas, hasta llegar al alcoholismo como tercer etapa. Cada una de estas etapas estaba caracterizada por una serie de síntomas complejos. Sin embargo, ahora se está viendo que la enfermedad no sigue necesariamente un patrón, sino que presenta formas muy variadas en su desarrollo.

Sólo entre el 3 y el 5% de la población alcohólica termina en lo que conocemos como "teporochos", la más de ella mantiene casas y familias con una fachada aparentemente normal. Algunos alcohólicos sólo beben por las noches o fines de semana, y hasta se llega a encontrar en aquel que bebe menos que sus amistades no alcohólicos; pero la enfermedad del alcoholismo literalmente los cambia en personas que actúan, piensan y sienten diferente, muchos actúan en forma más o menos aceptable en sus trabajos, no siguen necesariamente una curva hacia abajo, sino que más bien establecen un patrón de altas y bajas el cual, sin embargo, los lleva, ya sea en 2 ó 20 años, por delimitar, al fondo de la enfermedad.

La gran diferencia que se presenta al tratamiento exitoso del enfermo alcohólico, siempre ha sido el principal síntoma de la enfermedad: la negación. El enfermo se siente obligado a engañarse a sí mismo sobre su forma de beber. El hecho de que la bebida provoque que eventualmente consulte a su doctor

o que lo lleve al hospital, no debilita su negación, antes -- bien, por lo regular, oculta la razón o al menos niega la relación de su malestar con respecto a su forma de beber. Los familiares y amigos del alcohólico también tienden a la negación cuando se ven confrontados con los síntomas del alcoholismo.

El nuevo conocimiento de la bioquímica del alcoholismo se está usando para tratar a los pacientes con base en una terapia nutricional que incluye vitaminas para reparar lo que haya sido dañado del hígado y suplementos de aminoácidos para tratar de corregir el desbalance enzimático. También se enfatiza las técnicas de relajación, retroalimentación, terapia individual y grupal y una exhaustiva educación sobre la enfermedad.

El Doctor Bores Tabakoff, director científico de "The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism" (N.I.A.A.A.) en los Estados Unidos de Norteamérica, declara "Las implicaciones de los últimos descubrimientos son profundas. Estamos muy cerca de aclarar los orígenes biológicos de la enfermedad del alcoholismo. Aún si no encontramos una cura para el alcoholismo, muy probablemente estaremos capacitados para prevenir y detenerlo en generaciones futuras."

El Dr. Charles Lieber, investigador del hígado en relación al alcoholismo, quien encabeza el "Mt. Sinai Alcohol Research Center", ha conducido recientemente experimentos con -

alcohólicos en los cuales se ha demostrado que la forma en la que reacciona el hígado del enfermo alcohólico, los coloca en doble riesgo. El Dr. Lieber ha descubierto una enzima, una nueva forma de Cytochroma P 450, la cual es producida en mayor cantidad por los alcohólicos y la cual convierte el alcohol en uno de los productos de descomposición más venenosos, el acetaldehído. No solamente el hígado del alcohólico produce más Acetaldehído, sino que también deja de producir muchas otras enzimas, las cuales eliminan el acetaldehído en el bebedor normal. Se cree que el exceso del acetaldehído acumulado genera una adicción en el alcohólico parecida a la de la morfina.

Técnicas computarizadas para medir las ondas cerebrales también han contribuido a dar importante información sobre la enfermedad. El Dr. Henri Begleiter, del Centro Médico "Downstate" en Brooklyn, encontró que cerca del 50% de los alcohólicos que él estudió tenían ondas cerebrales anormales, aún después de llevar varios meses de sobriedad. Usando una prueba conocida como "Evoked Brain Potential", la cual mide estas ondas, se interesó al descubrir que una de ellas, llamada P3, la cual es parcialmente generada en el Hipocampo (la parte del cerebro responsable de las emociones y la memoria), se encontraba ausente o más baja de lo normal cuando el sujeto se le presentaba con estímulo significativo. El patrón anormal de las ondas cerebrales coincidía con deterioro o "anhedonia-

blandness" y una inhabilidad para responder apropiadamente.

Al sospechar que esta deficiencia cerebral podría anteceder a la aparición del alcoholismo, el Dr. Begleiter aplicó esta prueba a 25 hijos de alcohólicos entre las edades de 7 a 13 años, quienes nunca habían estado expuestos al alcohol ni siquiera en el útero, así también lo aplicó a un grupo control. Los resultados fueron que mientras los 25 jóvenes del grupo control no mostraron tal deficiencia, 35% de los hijos de alcohólicos presentaban una onda P3 anormalmente baja o plana, así como ligeras deficiencias en respuestas emocionales y de memoria. Estas figuras corresponden a estudios previos llevados a cabo con hijos de alcohólicos que han mostrado que son de 3 a 5 veces más susceptibles de desarrollar el alcoholismo. Desde entonces el Dr. Beigleiter ha repetido este estudio, y recientemente ha sido aplicado por investigadores de la Universidad de Connecticut.

De esta investigación se espera que algún día esta onda cerebral deficiente pueda ser usada como un marcador biológico para identificar un tipo de alcoholismo.

Algunas de las enfermedades más serias asociadas al alcoholismo incluyen: cáncer del hígado, de laringe, de esófago, del estómago, colon y también melanoma maligno. El alcoholismo también conduce a presentar presión arterial alta, ataques e infartos al corazón, daño cerebral, en relación a pancreas y riñones, diabetes por falla renal, úlceras estomacales y du

odenales, colitis y colon irritable, defectos de nacimiento, -  
síndrome de alcoholismo fetal, impotencia e infertilidad, enve-  
jecimiento prematuro y una serie de desórdenes tales como ca-  
lambres musculares, alteraciones del sueño y edema. De hecho,  
las enfermedades relacionadas al alcohol representan del 30 al  
50% de las admisiones hospitalarias en los Estados Unidos de -  
Norteamérica.

Un estudio reciente mostró que una sola dosis alta de al-  
cohol en un hombre joven, no alcohólico, fue suficiente para -  
deprimir la habilidad de bombear de su corazón mucho más de lo  
que se había pensado previamente. Sin embargo, otros estudios  
han demostrado que en un corazón dañado el alcohol puede redu-  
cir el "output" cardíaco lo suficiente como para tirar a la --  
persona por una congestión cardíaca. Aún cuando algunos estu-  
dios indican que el consumir una onza y media de licor por día  
eleva la cuenta de las lipoproteínas que protegen contra los -  
ataques cardíacos, otros experimentos llevados a cabo, especial-  
mente con mujeres, dan resultados contradictorios.

Cualquiera que sea la etiología de la enfermedad, queda -  
claro que los alcohólicos desarrollan una alta tolerancia, es  
decir, la capacidad de beber cada vez cantidades mayores. Una  
vez que se desarrolla la tolerancia, se inicia el cambio de la  
forma en que el cerebro procesa la información. Los alcohóli-  
cos manifiestan sentimientos de futilidad y falta de significa-  
do y presentan señales de distorsión de la realidad tales como

paranoia, agresividad, narcisismo, pérdida extrema de seguridad e incapacidad de aceptar la crítica o de ver cómo su conducta afecta a otros.

Experimentos que se han llevado a cabo en ratones y en seres humanos han demostrado que el alcohol interfiere con las propiedades eléctricas de las neuronas, las células nerviosas que conducen los mensajes - pensamientos, sentimientos y aprendizaje - a lo largo de todo el cuerpo. Los neurotransmisores, la base química para llevar los mensajes a través de la sinapsis que conecta las neuronas, también son radicalmente alterados. De acuerdo a experimentos del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU, en un reporte al Congreso en diciembre de 1983, la alteración de estas cargas eléctricas y de neurotransmisores es diferente después de una exposición crónica al alcohol que después de una sola dosis. Por ejemplo, los ratones que han sido expuestos al alcohol en forma crónica tienen un número reducido de receptores neuronales situados (SITES) para el ácido gama-amino-butírico (GABA) el neurotransmisor que ayuda a inhibir las convulsiones, los cuales a menudo son un resultado de la supresión alcohólica aguda. El alcohol causa atrofia corcical en los alcohólicos crónicos y algunas veces hasta en bebedores fuertes. En los estados más avanzados, demencia alcohólica y psicosis de Korsakoff.

Después de tratar de ilustrar a grandes rasgos el modelo

biológico o médico del alcoholismo como enfermedad, en esta tesis, se obliga a exponer el juicio o criterio para el diagnóstico del alcoholismo.

En EEUU el Comité de científicos avocados a este problema decidió por unanimidad definir la enfermedad del alcoholismo como una dependencia patológica al etanol. Así quedó clasificada bajo la sección 303.2 en el Manual de Estadística y Diagnóstico de Desórdenes Mentales (segunda edición 1968) de la Asociación Psiquiátrica Americana.

Fuera de las diferencias legales en la distribución del alcohol y de otras drogas, hay diferencias científicas importantes. La palabra "droga" está usada en dos sentidos: es una sustancia que se usa en medicina, y es una sustancia que altera la mente, que generalmente produce sus efectos con pequeñas cantidades, aún cuando el alcohol produce efectos en pequeñas dosis, difiere de otras drogas, en que en ocasiones son necesarias grandes cantidades por largos períodos de tiempo para que llegue a formarse hábito.

Otra de las diferencias entre el alcohol y otras drogas, particularmente de la clase de los opiáceos, es el riesgo relativo de la adicción. Mucha gente bebe, pero sólo el 10% desarrolla la dependencia psicológica y fisiológica en el alcohol que puede ser clasificado como alcoholismo. Con los opiáceos el riesgo a la adicción farmacológica es considerablemente más alto. Muchos alcohólicos piensan que lo fueron desde la prime



ra vez que bebieron, que su reacción al alcohol fue diferente de la de los demás.

Que cualquiera que beba una cantidad suficiente por un período de tiempo suficiente, desarrolla el alcoholismo, que una diferencia específica biológica o psicológica conduzca al alcoholismo o que otras condiciones sean necesarias para causar el alcoholismo, son respuestas que aún no se han establecido. Que haya una progresión continua o discontinua en la ingesta de bebidas alcohólicas para llegar a crear una dependencia, tampoco ha sido aclarado.

Por otra parte, tenemos que una vez que se ha establecido el alcoholismo, hay un consenso general en sus manifestaciones y el Comité siente apropiado describirlo como una enfermedad. De acuerdo con el "American College of Physicians", la "American Medical Association", la "American Psychiatric Association" y otros organismos, el alcoholismo llena la definición de enfermedad dada en el Diccionario Médico Ilustrado "Dorland's", edición 24: "Un proceso mórbido definido que tiene una serie de características o síntomas; puede afectar todo el organismo o cualquiera de sus partes, y su etiología, patología y prognosis pueden ser conocidas o desconocidas".

#### DIVISION DE DATOS

Los datos son ensamblados de acuerdo al tipo de material que representan. Por lo consiguiente, hay grupos separados -

de datos:

GRUPO I	Fisiológico y Clínico
GRUPO II	Conductual, Psicológico y Actitudinal

Los datos de Grupo II son colocados juntos porque las manifestaciones conductuales, las más fáciles de determinar y -- más objetivas de reconocer, implican manifestaciones actitudinales y psicológicas.

No hay una uniformidad rígida en el progreso de la enfermedad, pero como un diagnóstico temprano parece ser de gran -- ayuda en el tratamiento y la rehabilitación, se separan las manifestaciones del alcoholismo en tempranas, medias y últimas. Así es posible identificar los síntomas y signos tempranos y -- últimos. Cada grupo es graduado de acuerdo a su grado de im-- bricación con el alcohol. Por supuesto que algunos de los sig-- nos más definidos aparecen hasta el final del curso de la en-- fermedad; pero esto no quiere decir que personas con las mani-- festaciones iniciales no padezcan alcoholismo.

#### Nivel de Diagnóstico No. 1

Clásico, definido, obligatorio. Una persona que encaje -- en este criterio debe ser diagnosticada como alcohólica.

#### Nivel de Diagnóstico No. 2

Probable, frecuente, indicativo. Una persona que satisfa

ga este criterio se encuentra con fuertes posibilidades de ser alcohólico, deberán de obtenerse otras evidencias para corroborar.

### Nivel de Diagnóstico No. 3

Potencial, posible, incidental. Estas manifestaciones -- son posibles en personas que padezcan alcoholismo, pero no dan indicaciones por sí mismos de su existencia. Pueden despertar sospechas, pero se necesitan otras evidencias significativas - antes de hacer el diagnóstico.

#### CRITERIO PRINCIPAL

---

#### C R I T E R I O

---

#### NIVEL DE DIAGNOSTICO

---

#### GRUPO 1. FISIOLÓGICO Y CLÍNICO

##### A. Dependencia Fisiológica

1. Cómo se manifiesta la dependencia fisiológica: por el síndrome de - supresión

a) Cuando la ingestión de alcohol es interrumpida o disminuída - sin la sustitución de otro sedante. Debe de recordarse que el uso de otra droga sedante - puede producir un estado de su presión similar, el cual debe

- ser diferenciado de la supresión del alcohol.
- b) Temblor general (diferenciado de otras causas de temblor) 1
- c) Alucinaciones (diferenciadas de las alucinaciones de la esquizofrenia u otras psicosis) 1
- d) Ataques convulsivos (diferenciados de la epilepsia y otras alteraciones) 1
- e) Delirium Tremens. Generalmente se presenta entre el primer y -- tercer día de la supresión e incluye mínimamente temblores, desorientaciones y alucinaciones. 1
2. Evidencia de tolerancia a los efectos del alcohol (Puede haber un descenso en los niveles de tolerancia una vez que la enfermedad esté muy avanzada.) Aún cuando el grado de -- tolerancia al alcohol en ninguna -- forma marca el grado de tolerancia a otras drogas, los efectos conduc-

tuales que produce una cantidad de alcohol dada varían grandemente entre un sujeto alcohólico y uno no alcohólico.

a) Un nivel de alcohol de más de 150 mg en la sangre, sin evidencia, manifiesta intoxicación.

1

b) El consumo diario de un quinto de galón de whiskey o una cantidad equivalente de vino o cerveza, por más de un día, en un individuo de 180 lb. de peso.

1

3. Períodos de "lagunas mentales" alcohólicas (diferenciando el diagnóstico de fugas puramente psicológicas y ataques psicomotores).

B. Clinica. Principales enfermedades -- asociadas al alcoholismo. Se puede asumir que existe el alcoholismo si las principales enfermedades que se asocian a esta enfermedad se desarrollan en una persona que bebe regularmente. En tales individuos se debe --

---

**C R I T E R I O****NIVEL DE  
DIAGNOSTICO**

---

buscar la evidencia de dependencia a - través de los siguientes síntomas:	
Degeneración de gordura en ausencia de otras causas conocidas.	2
Hepatitis alcohólica.	1
Cirrosis de Laenrec.	2
Pancreatitis en ausencia de <u>cholelithi</u> asis.	2
Gastritis crónica.	3

**DESORDENES HEMATOLOGICOS**

Anemia hipocrómica, normacística, he-- molítica con estomacirosis y baja en - ácido fólico.	3
Desórdenes de coagulación, elevación - de protrombina o trombocitopenia.	3
Síndrome de Wernicke-Korsakoff.	2
Degeneración cerebral alcohólica.	1
Degeneración cerebral en ausencia de enfermedad de Alzheimer o arterioes-- clerosis.	2
Desmielinización del puente cerebral. Enfermedad de Marchiafava-Bignami. -- Diagnóstico usualmente post-mortem.	2

**C R I T E R I O****NIVEL DE  
DIAGNOSTICO**

Neuropatía periférica (ver también beriberi)	2
Ambliopía tóxica.	3
Miopatía de alcohol	2
Miopatía alcohólica	2
Cardiomiopatía alcohólica	2
Beriberi	3
Pelagra	3
<b>C. Análisis de laboratorio</b>	
<b>1. Directo</b>	
Nivel de alcohol en la sangre en cualquier tiempo de más de 300mg/100 ml. o nivel de más de 100 mg/100 ml. en exámen de rutina.	1
<b>2. Indirecto</b>	
Osmolaridad sérica (refleja niveles de alcohol en la sangre): cada 22.4 aumenta sobre 290 medios moles por litro corresponde a 50 mg/100 ml. de alcohol.	2

**GRUPO II CONDUCTUAL, PSICOLOGICO Y ACTITUDINAL**

Todas las condiciones crónicas de dependencia psicológica ocu-

rren en un equilibrio dinámico con consecuencias intrapsíquicas e interpersonales. En el alcoholismo, similarmente, hay efectos variados en carácter y familia. Como las recaídas en otras enfermedades crónicas, el alcoholismo produce daños en los aspectos vocacionales, social y físico. Por lo consi-  
guiente, las implicaciones de estas recaídas deben ser evalua-  
das y relacionadas al individuo y su patrón de alcoholismo. -  
Los siguientes patrones de conducta muestran dependencia psi-  
cológica al alcohol.

1. Beber a pesar de fuertes contraindicaciones médicas conocidas por el paciente.
2. Beber a pesar de fuertes contraindicaciones sociales (pérdida de empleo por intoxicación alcohólica, destrucción del matrimonio por causa de la bebida, --- arrestos por intoxicación, conducir en estado de --- ebriedad, etc.)
3. Lamentación subjetiva del paciente de la pérdida del control en el consumo del alcohol.

---

## C R I T E R I O S

NIVEL DE  
DIAGNOSTICO

### GRUPO I. FISIOLÓGICO Y CLÍNICO

- A. Efectos directos (por auscultación al paciente)



**C R I T E R I O S****NIVEL DE  
DIAGNOSTICO**

1. Inicial	
Aliento alcohólico en la cita médica	2
2. Media	
Facies alcohólicas. Agrandamiento de la glándula parótida	2
Enrojecimiento de la cara	2
Ambliopía tóxica	2
Aumento en la incidencia de infecciones	2
Arritmias cardíacas	3
Neuropatía periférica (ver criterio Mayor Grupo I,B)	2
3. Ultima (ver criterio Mayor B)	
B) Efectos indirectos	
1. Inicial	
Taquicardia	3
Enrojecimiento de la cara	3
Diaforésis nocturna	3
2. Media	
Esquimosis en extremidades inferiores, brazos o pecho	3
Quemaduras de cigarro u otros en manos o pecho	3

---

**C R I T E R I O S**

---

**NIVEL DE  
DIAGNOSTICO**

---

Hiperreflexia, si ha bebido mucho, hiporreflexia (la hiporreflexia -- permanente puede ser residuo de -- una polineuritis alcohólica)	3
3. Ultimo	
Tolerancia disminuída	3
C) Pruebas de laboratorio	
Resultados de la ingestión alcohólica:	
Hipoglicemia	3
Hiperchloremis alkalosis	3
Nivel bajo de magnesio	2
Elevación de ácido láctico	3
Elevación transitoria del ácido úrico	3
Pérdida de potasio	3
Indicaciones de anormalidades en el hígado:	
Elevación de la transaminosa sérica- glutámica-pirúvica	2
Elevación de la transaminosa sérica- glutámica-oxalacética	3
Elevación de la sulfobromoftaleína	2
Elevación de la bilirrubina	2
Elevación de urobilinógeno	2

---

**C R I T E R I O S**

---

**NIVEL DE  
DIAGNOSTICO**

Inversión de la relación de albúmina y globulina plasmática	2
Sangre y mecanismos de coagulación sanguínea:	
Anemia hipocrómica, normocística, macrocística, hemolítica con esto	
macitocis, baja de ácido fólico	3
Desórdenes de coagulación. Elevación de protrombina y tronbocitopenia	3
<b>C. Pruebas de Laboratorio</b>	
ECG anormalidades: Arritmias cardíacas, -taquicardia; ondas T aplastadas, acuminadasodisfácias. Fibrilación auricular, extrasístoles ventriculares, contracciones ventriculares prematuras ondas anormales	2
Anormalidades electrocardiográficas.	
Aumentado o disminuido el movimiento del ojo durante el sueño dependiendo de la - fase	3
Pérdida del sueño delta	3
Otros síntomas encontrados:	
Disminución de la respuesta inmunológica	3

C R I T E R I O S	NIVEL DE DIAGNOSTICO
-------------------	----------------------

Daño cromosómico por alcoholismo	3
Alcoholismo	3

**GRUPO II CONDUCTUAL, PSICOLOGICO Y ACTITUDINAL**

**A. Conductual**

**1. Efectos directos**

**Inicial**

Beber a grandes tragos	3
Beber a escondidas	2
Beber por las mañanas	2

**Media**

Repetidos intentos conscientes de abstinencia	2
---	---

**Ultima**

Ostentoso uso indiscriminado del alcohol	1
Vagancia o un nivel social equivalente	1

**2. Efectos Indirectos**

**Inicial**

Excusas de ausentismo al trabajo por varias razones, las más comunes son enfermedades	2
---	---

---

**C R I T E R I O S**

---

**NIVEL DE  
DIAGNOSTICO**

Cambiar de una bebida alcohólica a otra	2
Preferencia por compañeros bebedores, bares, cantinas	2
Pérdida de interés en actividades no asociadas directamente -- con la bebida	2
Ultima	
Selección de empleos que faciliten el beber	3
Frecuentes accidentes automovilísticos	3
Miembros de la familia que toman tratamiento psiquiátrico, en los niños problemas escolares y de conducta	3
Cambios frecuentes de residencia por razones superficiales	3
Mecanismos para aliviar la ansiedad tales como llamadas por teléfono inapropiadas en tiempo, distancia, persona o motivo (telefonitis)	2

---

**C R I T E R I O S**

---

**NIVEL DE  
DIAGNOSTICO**

Explosiones de rabia, gestos  
suicidas mientras se bebe

2

**B. Psicológicos y Actitudinales****1. Efectos directos****Inicial**

Cuando habla libremente hace  
frecuentes referencias a las  
bebidas alcohólicas o admite  
beber más que el común de la  
gente

2

**Medio**

Bebe para aliviar coraje, in-  
somnia, fatiga, depresión, in-  
comodidad social, etc.

2

**Último**

Síntomas psicológicas consis-  
tentes con un síndrome orgáni-  
co cerebral permanente

2

**2. Efectos Indirectos****Inicial**

Cambios inexplicables en fami-  
lia, sociedad y relaciones de  
negocios; quejas contra el es

C R I T E R I O S

NIVEL DE  
DIAGNOSTICO

poso o esposa, trabajo y amigos 3

El cónyuge se queja de la forma  
de beber, reportado por el pa-  
ciente. 2

Alteraciones familiares impor-  
tantes: separación, divorcio o  
amenaza de divorcio 3

Pérdida de empleo, debidas a un  
aumento de dificultades inter-  
personales, cambio frecuentes -  
de trabajo, dificultades finan-  
cieras 3

Ultima

Manifiesta expresiones de más -  
mecanismos de defensa regresi--  
vos: negación, proyección, etc. 3

Resentimientos, celotipia y ac-  
titudes paranoides 3

Síntomas de depresión; aisla---  
miento, llanto, preocupación --  
suicida 3

Sentimiento de que "se está vol  
viendo loco" 2

## DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

Después de una evaluación apropiada del paciente, deberá llevarse a cabo, por separado, un diagnóstico psiquiátrico, aparte del diagnóstico de alcoholismo. El paciente puede sufrir de esquizofrenia latente o declarada; de psicosis maníaco-depresiva, neurosis obsesivo-compulsiva, depresión recurrente, neurosis de ansiedad o personalidad psicopática. El diagnóstico deberá ser hecho cuando el paciente se encuentre completamente sobrio o desintoxicado, ya que el alcohol es -- productor de ansiedad y también puede sacar mecanismos psicológicos y rasgos que no aparecerían sin alcohol.

En particular, la conducta alucinatoria inducida por la su presión del alcohol no debe confundirse con conducta alucinatoria esquizofrénica.

Una forma intermitente o recurrente de beber puede representar una fase en el desarrollo del alcoholismo. En estos casos deberá seguirse el mismo criterio para hacer el diagnóstico. En algunos individuos se presentan episodios recurrentes de ebriedad que llegan a ser más frecuentes a lo largo de varios años, hasta que aparece un patrón diario de beber. En muchas personas, la ingestión diaria de alcohol aumenta hasta que él mismo es consciente de que existe una dependencia. En este punto pueden aparecer períodos en los cuales el individuo deja de beber, y puede, aquí, aparecer un patrón intermi-



tente o recurrente de beber. En la mayoría de los bebedores aparecen períodos mayores o menores, en los cuales dejan de beber como resultado de los efectos del alcohol en el organismo.

Como el alcoholismo es crónico o reincidente, muy pocas autoridades lo declaran curable. Sin embargo, muchos pacientes después de un tiempo de completa sobriedad llegan a estar completamente bien, pueden desarrollar una vida normal. Aún aquellos que han tenido "recaídas" poco frecuentes pueden seguir considerándose como personas rehabilitadas.

Aún cuando estos diagnósticos no están proyectados como una guía de prognosis, es la opinión del Comité que una historia de alcoholismo en el pasado, seguida por una rehabilitación significativa, debe tomarse en cuenta para que el individuo retome los derechos y privilegios que había perdido por causa de su alcoholismo activo. Se toma como base la abstinencia total para una recuperación y rehabilitación. Así, se acuerda que las siguientes consideraciones deberán determinar el diagnóstico de recuperación y rehabilitación.

1. Duración de la abstinencia.
2. Concurrente programa de tratamiento activo.
3. Concurrente asistencia a A.A. con una participación completa.
4. Concurrente auto administración y guía profesional.
5. Reanudación o continuación de trabajo sin ausentismo.

o. Que no substituya el alcohol por otra droga.

La doble dependencia es otro aspecto importante en el alcoholismo. Esta se puede iniciar con el uso de cualquiera de las drogas de tipo sedante, barbitúricos o sedantes menores "tranquilizantes", en un intento de controlar la ansiedad generada por el uso sin medida del alcohol o con la idea equivocada de que el control farmacológico de la ansiedad de tendrá el uso del alcohol.

La doble dependencia es algo tan común que deberá ser investigada en cualquier persona de quien se sospeche que es alcoholica.

Estudios epidemiológicos y sociológicos han mostrado -- que los siguientes factores indican un alto riesgo en el desarrollo del alcoholismo. (No hay un acuerdo general del grado de riesgo para cada factor).

Antecedentes familiares de alcoholismo, incluyen padres, hermanos, abuelos, tíos.

Una historia de abstinencia familiar del alcohol, particularmente donde predominaban fuertes principios morales y más particularmente, donde el medio ambiente del paciente ha cambiado a formas en las que la bebida es estimulada o requerida.

Una historia de abstinencia o alcoholismo en el cónyuge o en su familia.

Venir de padres divorciados o de una familia donde había mucha discordia entre los padres, particularmente donde el padre estaba ausente o rechazaba al hijo, aún cuando no lo castigaba.

El último hijo de una familia numerosa.

Aún cuando en algunos grupos culturales (ejemplo: Irlandeses y Escandinavos) se ha registrado un índice en la incidencia de alcoholismo más alto que en otros (ejemplo: Judíos, Chinos e Italianos), el especialista debe estar consciente de que el alcoholismo puede aparecer en cualquier persona sin importar su nacionalidad. Las diferencias raciales en el metabolismo del alcohol se han encontrado y están en proceso de intensa investigación en el presente. (Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Vol. 2, No. 2 Enero 1978, pp 59-92).

Tener familiares femeninos de más de una generación ---- quienes hallan tenido una alta incidencia de depresiones recurrentes.

Fumador fuerte: El beber fuerte es a menudo asociado con el fumador fuerte, pero lo opuesto no es necesariamente cierto.

## BIBLIOGRAFIA

Las referencias en este capítulo se encuentran incluidas en el mismo texto.

Los cuadros diagnósticos fueron tomados de: Criteria Committee, National Council on Alcoholism, New York, N.Y.

Las declaraciones de especialistas en la materia de "The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism" (N.I.A.A.A.) aparecieron en el artículo "A New Attack on Alcoholism" en The New York Times Magazine de octubre 20, 1985.

Autor Lucinda Frank - Ganador del Premio Pulitzer en reportajes.

## V METODOLOGIA

Causas que dificultan que el enfermo acceda a un tratamiento.- La única forma de detener la enfermedad del alcoholismo es mantener el alcohol, en cualquier de sus formas, fuera del alcance de la persona que padece la enfermedad. El primer sorbo de una bebida alcohólica o la primer cucharada de una medicina que contenga alcohol, puede reactivar la enfermedad.

Durante la evolución de ésta, se desarrolla un patrón de personalidad característicamente hostil. Encontramos una tendencia a:

- Tensión y depresión
- Agresividad o terquedad
- Sentirse oprimido por un sentimiento de inferioridad, al mismo tiempo que se abrigan sentimientos de superioridad.
- Perfeccionismo o rigidez
- Sentirse oprimido por un fuerte sentimiento de soledad al tiempo que se busca, de hecho, el aislamiento.
- Egocentrismo y todo lo que implica una orientación básicamente vuelta hacia uno mismo, centrada en sí mismo.
- Ser desafiante, consciente o inconscientemente.
- Encerrarse en sí hasta el punto de estar en un mundo aparte.

La personalidad del alcohólico así descrita nos muestra - aquello con lo que nos enfrentaremos al iniciar el tratamiento.

El proceso terapéutico, la rehabilitación, no podrá ----- llevarse a cabo mientras no se logre derrumbar la base principal en que esta enfermedad se centra: la negación. A continuación hablaremos de la negación, cómo funciona en el enfermo, la familia y las personas que le rodean.

La enfermedad del alcoholismo afecta por lo menos a cuatro personas, uno de ellos el alcohólico. La enfermedad no aparece, progresa, ni se mantiene en forma aislada.

Una persona bebe en forma completamente diferente a la social; otros reaccionan a su forma de beber y las consecuencias que esto acarrea. El bebedor, a su vez, responde a dicha reacción y bebe más, negando que bebe porque él tiene un problema, sino usando la reacción de los otros como pretexto. Justificación (que él mismo puede creerse). Esto da nacimiento a lo que llamaremos negación y contra-negación, en la espiral que llamamos alcoholismo. Por lo consiguiente, para entender esta enfermedad, no sólo debemos de ver al alcohólico sino observar el papel que juega la enfermedad dentro de la dinámica familiar y ver los roles de todos los miembros que la componen.

Al hacerlo así, podremos observar que el alcoholismo es el centro y que todos los demás miembros que componen su familia son objetos de las acciones del alcohólico.

Por lo regular, el alcohólico es un miembro masculino, - aún cuando también puede ser de género femenino.

Por lo general, se encuentra que es de inteligencia mayor que el promedio, con habilidades en ciertas áreas y en ocasiones hasta se puede encontrar que es bastante exitoso en su trabajo o en las labores que desarrolla, aunque su auto-idealización es, por lo regular, más alta que su auto-realización. Al ir avanzando en nuestra observación, vemos que esta persona es muy sensitiva, solitaria y tensa, inmadura hasta el punto que nos da la sensación de ser completamente dependiente. Sin embargo, el alcohólico actúa en forma aparentemente independiente para esconder y negar esta dependencia.

El alcohólico ha aprendido por azar o experimentación que el uso del alcohol tiene profundos efectos sobre él, los cuales son psicológicamente "benéficos". En general, disuelve toda la ansiedad, reduce la tensión, aleja el sentimiento de soledad y disuelve los problemas en el inter, o por el momento. Si la situación que está viviendo se vuelve displacentera o insoportable, existe el conocimiento consciente o inconsciente de que unas cuantas copas le "aliviarán" instantáneamente. Es su bendición psicológica, y a pesar de los muchos y variados problemas que le puede traer, el uso de esta sustancia llega a ser lo más importante en su vida debido a los enormes "beneficios" inmediatos que le trae.

El alcohólico, en principio, trata de defender su independencia, en especial en cuanto se refiere a su familia. La comunicación es muy difícil, y hay poco entendimiento de lo -

que dicen los otros miembros de la familia. En un sentido, - el alcohólico no escucha nada de lo que se le dice sobre su - forma de beber. Las conversaciones son más bien monólogos, - que un intercambio de ideas. Sin embargo, lo que habla o es- - cucha el alcohólico es más importante para fines terapéuticos que lo que hace o lo que es hecho por los otros miembros de - la familia. Por ésto es tan importante observar la dinámica familiar, para entender el alcoholismo. Observar al alcohóli - co sólo, leer la evolución clínica o escuchar las listas de - lamentaciones de la familia, sólo es una parte del problema.

La base de la enfermedad es la negación por que siempre hay una constante contradicción verbal de lo que está suce- - diendo y de lo que se está diciendo por todos los miembros de la familia.

~ Cuando el alcohólico empieza a beber, observamos que lo hace en una forma fuerte y rápida, de hecho toma el alcohol a grandes tragos y en grandes cantidades. Aún cuando pueda be- ber en forma abierta, lo más seguro es que esconda o trate de cubrir la cantidad que bebe y raramente lo hace frente a los otros miembros de la familia. Este es el primer aspecto de - la negación, el esconder la cantidad de alcohol que ingiere. - Si no estuviera consciente de que bebe en exceso, bebería en forma abierta y natural, sin tratar de ocultar la cantidad o frecuencia, lugar o circunstancias en que bebe. Verbalmente declara que no bebe más de lo que beben otras personas, pero



en realidad bebe mucho más que la norma, más seguido y significa mucho más para él que para los demás.

El alcohólico bebe en exceso, pero no tiene capacidad de elección, es una necesidad. El primer indicativo de alcoholismo es la inhabilidad de beber en forma moderada o social. La negación repetida por ocultación, indica la gran importancia del efecto psicológico del beber excesivo y de la incapacidad de parar de beber después de uno o dos tragos.

Después de haber bebido unas cuantas copas, observamos un profundo cambio en la actitud de la persona alcohólica. Pareciera que le da una sensación de éxito, bienestar y autosuficiencia al extremo,

Ahora él está bien y todo el resto del mundo está mal. Sin embargo, no hay un solo acto o hecho que lleve a cabo la persona bajo los efectos de la intoxicación que no muestre irracionalidad, irresponsabilidad y conducta antisocial.

Si la ingestión de alcohol continúa lo suficiente, el alcohólico llega a una crisis que lo conduce a una situación de caos. De nuevo hay una infinidad de variaciones en la actitud, pero el principal movimiento es siempre el mismo. Una persona dependiente actúa en una forma completamente independiente, bebe para convencerse a sí mismo de su independencia y luego las consecuencias del beber lo colocan en una condición en la cual depende de otros para su protección. Cuando llega al caos por la intoxicación, se queda en espera que al-

go suceda, trata de huir o empieza a pedir ayuda en forma desesperada.

Así tenemos que el supuesto sujeto independiente, al beber, se vuelve una persona completamente dependiente, quien no puede resolver las consecuencias de su forma de beber. El alcohol, el cual le dio un sentido psicológico de ser una persona con éxito, ahora lo lanza a su acostumbrada dependencia y le quita la máscara de omnipotencia. Ahora lo vemos como - un niño desvalido.

En relación a lo que podríamos llamar la dinámica de la enfermedad, la forma en que afecta a otras personas, podríamos decir que a partir de ésta, la enfermedad se va retroalimentando. Iniciamos diciendo que la enfermedad afecta por lo menos a cuatro personas, aparte del alcohólico.

La primera persona afectada es, por lo regular, un amigo, aunque también puede ser un familiar, quien actúa bajo su propia ansiedad y sentimientos de culpa, los cuales no le permiten soportar ver los problemas a los que el alcoholismo conduce a su amigo. En función de esto, lleva a cabo una misión - de rescate. Innumerables veces salva al alcohólico de la crisis inmediata y alivia la tensión creada por la situación. - En realidad, esta persona está satisfaciendo sus propias necesidades más que las del alcohólico. (Cabría anotar, que profesionalmente este "rol" es jugado de igual manera por sacerdotes, doctores, abogados, trabajadores sociales. Como la ma

yoría de los profesionistas hoy en día no han tenido ninguna instrucción científica sobre el alcoholismo y, por lo consiguiente, actúan en la misma forma que una persona no profesionista.) Esto lleva al alcohólico a no sufrir el proceso de aprendizaje y corregir sus propios errores. La va condicionando a creer que siempre habrá un protector quien vendrá a su rescate. Se ha podido observar que las operaciones de -- rescate son tan compulsivas como el beber y así el alcohólico sabe que alguna persona siempre vendrá, llegado el momento de necesidad.

Otra persona afectada por el enfermo alcohólico es la -- que asume sus responsabilidades en el trabajo u obligaciones en relación a sus ausentismos por causa de la intoxicación o por las "crudas". El proteccionismo a esta altura se basa -- en que "tal vez ésta sea la última vez". Sin embargo, entre más progresa la enfermedad, más se protege al alcohólico.

La persona más afectada por el alcoholismo siempre es -- el conyuge, o los padres. Es decir, la persona que es el -- centro del hogar del alcohólico. Por lo general esta persona es la esposa y encontramos que ha jugado el rol "co-alcohólico" por mucho más tiempo y en forma más profunda que las otras personas. Sus actitudes o actuaciones están provoca-- das por la recurrencia de los episodios de embriaguez y, sin embargo, mantiene a la familia junta, aunque no siempre unida, a pesar de todos los elementos que derivan del alcoholisis

mo. La esposa controla, obliga, ajusta, nunca se da por vencida, nunca perdona, y termina provocando al enfermo. Por otra parte, el alcohólico se le permite fallar, a ella nunca se le está permitido. El puede hacer lo que quiera, ella debe de hacer exactamente lo que él le indique. Además, ella siempre debe de estar cuando él la necesite.

Otro nombre que se le puede dar al co-alcohólico es el de "compensador", pues constantemente se está ajustando a cada crisis producida por el alcoholismo y compensa todo lo -- que va mal dentro del hogar y del matrimonio; además de su rol natural, también lleva el de enfermera, doctor y consultor. Así podemos deducir que no puede llevar a cabo todos -- estos roles sin hacerse daño a sí misma y al esposo. Sin embargo, el grupo social condiciona al cónyuge a jugar estos -- roles. Si no lo hace, va contra lo que la sociedad concibe, sobre todo si se trata de la esposa. No importa lo que haga el alcohólico, siempre termina en casa.

El alcohólico en su condición desvalida, es rescatado y colocado otra vez en su trabajo y ocupa otra vez su lugar -- dentro de la familia, lo cual lo vuelve a hacer concebir la ilusión de que es un adulto responsable, (ilusión que contra toda lógica también comparte el cónyuge). Esto, sin embargo, aumenta su dependencia por que las consecuencias de su forma de beber, una vez más, fueron resultas por otros, y todo se arregló por otros, no por él. Las penosas consecuencias de

su alcoholismo las sufrieron los demás, lo cual termina en - que el beber sea un recurso para "resolver" sus problemas en forma indirecta.

Por lo anterior, encontramos que de forma lógica la necesidad de la negación se vuelva mayor. Si la base del alcoholismo es la negación de la dependencia, en todos sus aspectos, y la persona es ahora más dependiente, la negación deberá de ser más fuerte. El alcohólico niega un problema con su forma de beber, niega que la bebida le esté causando algún problema, niega el que se le esté ayudando, niega el estar poniendo en peligro su trabajo o estudios, y sobre todo niega el estar causando algún problema a su familia. Por el contrario, culpa a su familia por todos los problemas que -- existen dentro de la misma e insiste en que su cónyuge es -- quien está mal, que es un neurótico y que necesita ver a un psicoterapeuta y en ocasiones, cuando la hostilidad llega a ser muy fuerte, inicia una campaña, acusándolo de infidelidad, sabiendo todo el tiempo que esto no es cierto.

El verdadero problema es que el alcohólico sabe la verdad de lo que niega con tanta vehemencia, esconciente de su alcoholismo, aún cuando no lo acepte como tal. Cuando mucho, acepta sus borracheras, y así llega a un punto en que sus -- sentimientos de culpa llegan a ser intolerables. El con---cientizar su dependencia es insoportable para una persona -- que sufre de una neurosis de omnipotencia. Es importante --

anotar que algunas personas que sufren de alcoholismo mantienen esta negación por medio de un terco silencio y un rehusarse en forma absoluta a discutir nada que se relacione a su forma de beber y los problemas que esto provoca.

Una vez que ha pasado algún tiempo de la última vez que bebió, la familia se vuelve a ajustar a sus normas, al alcohólico hace solemnes promesas de que no volverá a beber, los miembros de la familia le dicen que no volverán a ir en su ayuda y que no le resolverán los problemas que provoque estando intoxicado. Sin embargo, siempre encontramos que esto se ha dicho ya muchas veces con anterioridad, pero nunca se ha llevado a cabo. El resultado de todo esto es que el sentimiento de culpa se aumenta en el enfermo alcohólico, reta a su sentimiento de omnipotencia, aumentando su tensión y su soledad. Al ir todo esto aumentando, el alcohólico sabe que solo hay una forma de aliviar toda esta tensión, y a la vez superar el sentimiento de culpa, y esta única forma es el volver a beber, siempre con la esperanza de que esta vez sí podrá controlar la bebida.

Si la rehabilitación del alcohólico se ha de llevar a cabo, debe de iniciarse con las personas que se ven involucradas en la dinámica de la enfermedad, pues si el alcohólico es rescatado de cada crisis, la relación de dependencia que se ha creado, reactivará constantemente la enfermedad. El alcohólico nunca tendrá la necesidad de rehabilitarse mientras que ---

otras personas resuelven las penosas consecuencias derivadas de su forma de beber.

Con respecto al enfermo alcohólico, el terapeuta se encuentra con una doble tarea. Primero la de tratar la enfermedad del alcoholismo y luego a la persona que la padece. - Los psiquiatras y terapeutas tienden a pasar por alto la enfermedad y a tratar directamente a la persona que padece dicha enfermedad y siempre se han tenido los mismos resultados: el paciente no resulta susceptible a un tratamiento terapéutico y como resultado los psiquiatras y psicoanalistas han considerado a estos pacientes reacios a cualquier tipo de tratamiento, al grado de negarse, en su mayoría, a recibir pacientes alcohólicos.

La dificultad se encuentra en que el "síntoma principal" es la enfermedad: el hecho de que el paciente se emborrache. Esto nulifica todos los intentos de ayuda, además de agudizar el problema, pues el paciente a través de las sesiones a que asiste obtiene una lista de "razones", las cual más sofisticadas, para beber. Como consecuencia, se tiene que el trabajo con una persona que bebe se bloquea por el hecho mismo de que bebe.

El error consiste, como ya señalé anteriormente, que la tarea con el paciente alcohólico es doble. Se persiste en tratar el alcoholismo como un síntoma, el cual será curado o detenido si sus causas logran ser alteradas favorablemente.

El beber es algo que se pone aparte, mientras cuestiones "más fundamentales" son estudiadas. El resultado es que muy pocos alcohólicos han podido ser ayudados de esta manera. El beber continúa y el "síntoma" permanece indemne.

En otros tratamientos médicos el concepto de encontrar las causas no se considera suficiente. En el cáncer, por ejemplo, mientras se busca su origen, se lleva a cabo una biopsia, se trata con rayos X o radio, con la esperanza de que detenga su crecimiento. Una vez que se detecta el cáncer, el aspecto etiológico es académico. Con el alcoholismo se debe actuar en la misma forma. Es un síntoma el cual se vuelve peligroso por sí mismo, mientras no sea detenido por completo, muy poca ayuda se puede ofrecer al paciente. Aquí podríamos anotar el porqué en Alcohólicos Anónimos se hace tanto hincapié en el peligro que implica la primera copa y el medicamento llamado "antabuse" simplemente detiene la capacidad para tomarla. Ambas, "A.A." y el medicamento "antabuse" atacan al síntoma, y se han acreditado éxitos considerables.

La existencia de los elementos anteriores no sólo nos ha dado medios de tratar el síntoma directamente, sino que también han enfocado la atención sobre un factor cuya trascendencia no era suficientemente apreciada. Este factor es la importancia de la primera copa y lo que representa para la psique del alcohólico. Dicho enfoque nos da dos resultados. Primero, nos muestra lo importante que es el no tomar esa pri



mera copa, y segundo, nos conduce a un nuevo acercamiento sobre qué es lo que se debe enfatizar en la terapia si el alcohólico ha de permanecer sobrio.

El tratamiento directo de un síntoma es y ha sido materia de mucha controversia. Antes del descubrimiento del inconsciente por Freud, y su influencia controladora sobre la conducta, todo tratamiento era directo, por fuerza. Por ejemplo, si una persona actuaba en forma anormal, era internado en una institución sin más investigación, el tratamiento era dirigido a la conducta y era esencialmente disciplinario. Este era el único medio conocido de combatir las conductas conflictivas. Luego, a través de los trabajos de Freud, la conducta fue reconocida como un resultado del funcionamiento inconsciente y pronto el terreno de la psiquiatría abrazó como uno de sus principales dogmas el principio de que toda conducta surge del inconsciente y que la terapia lleva a determinar y eliminar la patología detrás de la conducta alterada. La validez de tal recurso era incuestionable. Desde el momento en que los métodos anteriores podrían ser reemplazados por medidas mucho más precisas, el tratamiento directo de un síntoma perdió todo "estatus" social. Cualquier cosa anterior a Freud quedaba eliminada.

Si con respecto al alcoholismo adoptamos la teoría de que toda conducta es sintomática, el tratar a una persona alcohólica bajo este principio solo nos llevará a la frustra---

ción.

Al llegar a este punto no nos queda más que notar el éxito, a nivel mundial, que tiene el Programa de Alcohólicos Anónimos (A.A.) en la rehabilitación de las personas que se acogen a él. Este Programa no sólo tienen éxito en que logra -- que tanto las personas dejen de beber, sino que también les ayuda a madurar, sin preocuparse por las causas y sin prejuicios de dogma. El Programa de "A.A." fue diseñado para lograr que el individuo dejara de beber y nada más. Los aspectos del inventario personal y del crecimiento espiritual fueron útiles en el Programa de "A.A." principalmente porque -- tienden a asegurar la capacidad el individuo para no tomar la primera copa. Esto no tiene nada que ver con la casualidad. Todo el Programa es el tratamiento directo de un síntoma.

En la misma forma, en cierto aspecto el medicamento llamado "antabuse" viene a confirmar la validez de atacar el síntoma y la necesidad de encontrar una explicación a este hecho se vuelve más importante. El significado de la primera copa llega ser obvio. El individuo alcohólico no debe de tomar ni siquiera una copa.

Con la aceptación de la validez del acercamiento directo, el tratamiento del individuo alcohólico toma una nueva dimensión. En vez de determinar las causas, la ayuda terapéutica es dirigida a ayudar al paciente a utilizar las técnicas disponibles, "A.A.", antabuse y/o ayuda psicoterapéutica.

Sabemos que la mayoría de los pacientes siguen las indi caciones de los médicos y toman las prescripciones como se les indica; pero muy pocos alcohólicos, sino es que ninguno, sobre todo si está en actividad, lo hace así. Por lo consiguiente, con el paciente alcohólico es la tarea más difícil a la que se enfrenta el médico. Y es aquí donde debemos considerar la naturaleza del enfermo alcohólico. Esto nos lleva principalmente a nuestro segundo punto, la naturaleza del individuo quien tan tercamente se rehúsa a dejar de beber.

Aquí es necesario tratar la naturaleza de la reacción del individuo al tratamiento directo. Para el alcohólico el médico es sólo una persona que trata que deje de beber, y -- aún cuando el alcohólico puede, en forma consciente, estar deseando desesperadamente que se le ayude, esto no quiere decir que venza su resistencia ante esta imágen de autoridad. El terapeuta inevitablemente actúa como una persona deprivatoria. El terapeuta debe de apegarse, pues el respeto, esto es básico para el paciente, sólo puede sedimentarse el tratamiento en tal base.

Como consecuencia lógica, el psicoterapêuta no debe de pelear en contra de que el paciente lo identifique como una figura deprivatoria. Esto, porque la única esperanza es ayudar al paciente a que aprenda a aceptar la deprivación y, -- por lo consiguiente, alcance un estado en el cual, como persona madura, pueda asimilar que todos sus deseos y demandas

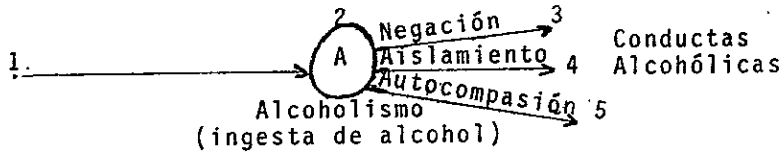
no pueden ser satisfechas y que hay algunas cosas que no puede tener.

El terapeuta no puede dejar de lado su rol deprivatorio sino por el contrario debe de admitirlo y dejar que la terapia se inicie, precisamente, en este punto o aspecto. Al hacerlo así, la situación queda perfectamente clara y pavimenta el camino para una relación de trabajo firme y segura.

Como intento de resumen, permítaseme plantear lo siguiente: Primero, el tratamiento de la persona alcohólica debe -- iniciarse enfocado en su forma de beber. Decir esto no es ignorar a la persona o a su cuerpo, al contrario, siempre debe recibir la atención debida, prescindiendo de su enfermedad. Sin embargo, lo principal es enfatizar sobre el control de la bebida si se desea que el tratamiento tenga éxito. Segundo, la reacción del paciente al tratamiento directo, no solamente no mina la relación terapéutica, sino que hasta puede mejorarla. En cuanto estas reacciones se van descubriendo y encarando, se crea una base sólida para una buena experiencia terapéutica. Actuar en otra forma solo crearía confusión.

Otra forma de explicar la rehabilitación del alcoholismo, a partir de tratar el síntoma directamente, lo explicaremos a partir del siguiente esquema:

Vida del paciente  
antes de que el  
alcoholismo se  
manifiestara clara-  
mente. Neurosis.



Tomamos el primer vector (1) como ilustración de la vida del paciente con todo lo que ésta implica, hasta el momento en que hace contacto con el alcohol y se manifiesta la enfermedad, la cual se representa por el círculo (2). A partir de la enfermedad aparecen lo que se llama conductas alcohólicas, representadas por la serie de vectores a partir del círculo (3, 4, 5).

Al hablar de la rehabilitación del enfermo, a partir de este esquema, la planteamos de la siguiente manera: Primero, mientras que el paciente siga con la ingestión de bebidas alcohólicas, el esquema no se altera. Segundo, si el paciente suspende la ingestión de bebidas alcohólicas, el círculo desaparece, pero se mantienen las conductas alcohólicas. Para que estas conductas desaparezcan, es necesario que el paciente siga un Programa de Rehabilitación, pues aún cuando el paciente deje de beber, las conductas alcohólicas no se extinguen y éstas llevan al paciente a lo que se llama borrachera seca, esto es, cuando el paciente, sin haber ingerido bebidas alcohólicas, presenta conductas similares a las que mani

fiesta bajo la intoxicación y de aquí pasa a la ingestión de bebidas alcohólicas, recaerá.

De aquí se deduce que si el paciente deja de beber, di gamos por fuerza de voluntad o porque es internado, pero -- sin recibir el tratamiento adecuado y desconociendo la enfermedad, no se puede hablar de una rehabilitación y el paciente a la primera oportunidad volverá a beber. (Se elimi na (2) pero no (3, 4, 5)).

Al plantearlo así, podemos decir que el alcoholismo -- abarca o es todo el diagrama, no solo el beber o las conduc tas alcohólicas. El principio del tratamiento de rehabilitación se basa en atacar primero el síntoma (2), después (3, 4 y 5), y dar a conocer al paciente lo que es globalmente -- la enfermedad del alcoholismo.

Una vez que ésto se haya logrado, se podrá pasar al -- análisis del 1º vector, confrontando al paciente con lo que ha sido y es su vida y haciéndole ver que el alcoholismo es una enfermedad y una parte de ésto, no la totalidad, pero -- sólo, insisto, sólo después de haber pasado por las etapas anteriores.

## TERAPIA DE GRUPO

Una de las teorías más aceptadas en el alcoholismo es la de que un alcohólico entiende perfectamente a otro, y -- que sólo un alcohólico puede tratar a otro. Este punto de

vista está equivocado y desprovisto de cualquier base científica; aún más, es perjudicial porque esto lleva a que el alcohólico, por el sólo hecho de serlo, se sienta con la autoridad de aconsejar. El hecho de que un alcohólico esté inactivo o rehabilitado, no le da un conocimiento científico sobre el alcoholismo como enfermedad, ni del paciente alcohólico como individuo. Su condición no lo califica como profesional. En la práctica se ha visto que alcohólicos que intentan conducir una terapia de grupo fracasan por su rigidez y el dogmatismo de sus conceptos.

La experiencia ha demostrado que el terapeuta de alcoholismo debe tener un conocimiento especializado, tanto del alcoholismo como de lo que es una personalidad alcohólica.

Cuando se pone a personas que no han tenido preparación formal y poca experiencia al frente de una terapia de grupo de pacientes alcohólicos, las consecuencias son siempre bastante negativas: depresión, desesperación y angustia, han sido el resultado de una terapia de grupo mal conducida. El terapeuta profesional adquiere un conocimiento disciplinado y profundo de las teorías y técnicas para conducir la terapia de grupo y psicodrama. Toma el tratamiento de alcohólicos con un sentido de responsabilidad que se refleja en su actitud, pues busca los métodos especiales que le ayudarán en su trabajo con el individuo alcohólico.

El terapeuta necesitará estar preparado para dar respuesta a innumerables preguntas que le harán los pacientes, respecto a las diferentes teorías sobre el alcoholismo, -- causas de la enfermedad, uso de fármacos en el tratamiento, etc... Se encontrará con pacientes que han tenido diferentes tipos de tratamiento y que han salido de ellos más confundidos. El terapeuta que está inseguro, que ha tenido una preparación deficiente, cuyas actitudes no son profesionales, que demuestra deficiencia en el conocimiento de esta enfermedad, muy pronto quedará en evidencia ante el grupo, y, por lo consiguiente, perderá su autoridad ante los pacientes. Es obvio que estos grupos están compuestos de individuos que han llegado a tratamiento en un punto -- donde sus vidas se encuentran en una grave desorganización física, social, económica y emocional, y, por lo tanto, -- las terapias se enfocarán a todos estos problemas; además, el alcohólico es un individuo con múltiples problemas psicósomáticos que asocia a su alcoholismo. Por lo consiguiente, si el terapeuta no tiene conocimiento científico con respecto a condiciones psicósomáticas, se encontrará en una situación endeble cuando intenta desasociar estos síntomas de la enfermedad del alcoholismo.

La terapia de grupo con alcohólicos es completamente diferente a otros tipos de terapia de grupo. El terapeuta cuya experiencia está limitada a grupos de terapia de no -



alcohólicos, se encontrará con tremendas limitaciones si trata de dirigir un grupo cuya meta principal es la abstinencia del alcohol. Se encontrará en la desagradable posición donde no es capaz de dar respuestas a preguntas que solo un especialista en este campo está capacitado para manejar. Desde el momento en que la terapia de grupo con alcohólicos se relaciona exclusivamente con alcoholismo y con la individualización del ser humano afecto con esta enfermedad, es completamente diferente de terapias de grupo de no alcohólicos. Por lo tanto, se requiere que el terapeuta sea un especialista en alcoholismo.

El terapeuta que no tiene una buena base o experiencia en el tratamiento de alcohólicos crónicos tiende a pasar por alto el propósito básico y la meta principal de la asistencia del paciente a las sesiones de terapia de grupo: el lograr una sobriedad permanente. La distracción del terapeuta de estos puntos es debida a su conocimiento limitado del alcoholismo como enfermedad, la que como un síntoma, específicamente, una neurosis. Siendo así, se equivocará en su enfoque a problemas conductuales, desajustes maritales y otros aspectos de los problemas del paciente, sin asociarlos a la razón básica: el alcoholismo crónico del paciente.

Cuando el enfermo no encuentra una conexión entre las discusiones y sus metas de recuperación, desarrolla una ac

titud negativa hacia la terapia. La experiencia se convierte en una frustración, una vez más sus planes y esperanzas se han visto frustrados.

El terapeuta debe promover un buen "raport" entre los pacientes y él mismo. Establecer una buena relación con alcohólicos crónicos no es difícil por el hecho de que siempre han sido maltratados. Si sienten que están siendo abordados con respeto y consideración, como seres humanos, colaborarán muy activamente en la terapia de grupo y mostrarán su confianza en el terapeuta, mientras que éste muestre un interés real en ellos como individuos.

No es extraño que terapeutas de grupo que han trabajado con pacientes no alcohólicos expresen profundo desagrado a trabajar con pacientes alcohólicos, pues los califican como disimuladores y manipuladores. En casos así, el terapeuta está demostrando temor a ser manipulado y de estar con el grupo, inevitablemente mostrará su prejuicio a través de la hostilidad a la cual el alcohólico responderá inmediatamente a su manera.

La técnica en una terapia de grupo, hablando en forma general, es la menos importante; lo más importante es la filosofía detrás de la técnica y es precisamente la filosofía lo que diferencia la terapia de grupo de no alcohólicos de la terapia de grupo de alcohólicos.

Siempre se debe estar consciente que la meta del alcoholó-

lico crónico en una terapia es la de mantener su sobriedad en forma permanente, y simultáneamente la meta del terapeuta de alcoholismo es la de dirigir sus esfuerzos a estimular y ayudar al paciente alcohólico a lograr y mantener su sobriedad.

En la práctica se ha observado que el número ideal de pacientes es de diez o doce, un número mayor hace la terapia muy pesada y el grupo pierde su intimidad. Todos los pacientes deben ser alcohólicos, deben de haber sido entrevistados con anterioridad y estar plenamente seguros de su deseo de asistir a terapia de grupo para el tratamiento de su alcoholismo, y saber que la meta del grupo es alcanzar la sobriedad para cada uno de sus miembros. Siempre que sea posible, se debe de tratar que los participantes sean de ambos sexos para mantener contacto con la situación general real.

Para obtener beneficio de la terapia de grupo, los alcohólicos deben de mantener una sobriedad completa, no ingerir nada de bebidas alcohólicas durante el tratamiento, pues se sabe que el paciente que ingiera, aunque sea cantidades mínimas de alcohol, o abandona la terapia o regresa a beber en forma compulsiva inmediatamente después del período de tratamiento. Si durante el tratamiento el paciente se presenta intoxicado, se le da de baja en el grupo de terapia. Si el paciente recaé durante el período de trata

miento, se deduce que necesita una terapia más intensiva que los pacientes que pueden mantenerse sobrios. Sin embargo, nuestra responsabilidad es con respecto al grupo y no con el paciente individual y si la disciplina en este tipo de pacientes es vital, así se reforzará a cada miembro a mantener su sobriedad durante el período de tratamiento.

Aún cuando por muchos años se han llevado a cabo investigaciones sobre el alcoholismo para buscar formas de combatirlo, lo que primero tuvo éxito no fue el resultado de investigaciones ni de teorías psicológicas, sino un grupo llamado "Alcohólicos Anónimos". Uno de sus fundadores, Bill Wilson, un corredor de la bolsa, a quien la bebida le había deshecho la vida, empezó a encontrar la sobriedad en el Movimiento Oxford, un grupo religioso que hacía hincapié en la confesión y en el esforzarse en alcanzar una perfección moral. Sin embargo, encontraba que este movimiento adolecía de algo, lo cual encontró cuando conoció al Dr. Bob Smith, quien también era alcohólico. Bill Wilson y el Dr. Smith vieron que podrían mantenerse sobrios a través de su mutuo apoyo y el ayudar a otros alcohólicos, no como profesionales a pacientes, sino sólo como personas que comparten sus experiencias comunes. La base de este notable movimiento fue el descubrir que los alcohólicos en alguna forma eran capaces de mantenerse sobrios a través de ayudarse unos a otros. Por algunos esta idea se extendió, aún cuando el movimiento care

cía de un programa organizado y una filosofía. Así los dos fundadores de esta organización trabajaban con alcohólicos - que encontraban y éstos, a su vez, lo hacían con otros, hasta llegar al punto en que grupos de alcohólicos sobrios empezaron a reunirse con regularidad en varias ciudades de EEUU.

Llegó el momento en que sus dos fundadores decidieron - que era necesario elaborar un "método". Fue así que publicaron el libro Alcohólicos Anónimos. Este libro, en los grupos de "A.A.", es llamado el Libro Grande. Del título del libro nació el nombre del movimiento, y es en él donde se describe el programa de rehabilitación que elaboraron Bill y el Dr. Smith.

Eligen al alcohol y no el trato social como satisfactor de necesidades básicas, como gratificador. Esto genera el sentimiento de autosuficiencia, tan peligroso para el alcohólico, del que ya hablamos. Cuando se dice que "A.A." es un grupo de autoayuda, lo que esto significá es que es un grupo donde alcohólicos ayudan a alcohólicos, y no que un alcohólico, solo, por sí, se ayuda a sí mismo. De hecho, el programa enfatiza el que para un alcohólico resulta prácticamente imposible el dejar beber y mantenerse sobrio sin recibir ayuda. La autosuficiencia lo conduciría a tomar.

Una de las características más relevantes del alcoholismo es la de que las más de sus víctimas se retiran de otros seres humanos, y tratan de obtener la satisfacción como fuer

te de sus necesidades básicas y a cambio lo constituyen por la gratificación del alcohol, quizá el sentimiento de auto-suficiencia lo hace engañoso referirse a "A.A." como un movimiento de "auto ayuda"; su dogma básico es la auto-aceptación que el movimiento de "auto ayuda" está destinado a fallar.

Sin embargo, el abandonar la creencia en la auto-suficiencia no significa que el individuo se rinda ante la bebida. Se rinde ante un poder mayor que él mismo, con la creencia de que este poder le dará ayuda y guía. Este principio lleva a pensar que "A.A." tiene una base religiosa. Los miembros de "A.A." insisten que esta asociación no es religiosa en ningún sentido convencional y que lo que ellos o el programa llaman "su poder superior" no implica necesariamente un Dios, en el sentido ortodoxo. Los miembros de "A.A." eligen un "poder superior" que tendrá la forma que les sea más útil. Aquellos a quienes les es difícil pensar en rendirse antes Dios, pueden pensar en cualquier fuerza o poder que sea mayor que ellos mismos. No es extraño escuchar la declaración que la unión del grupo es, en sí misma, el "poder superior". Muchos miembros aceptan la idea de rendirse ante Dios en el sentido del concepto religioso convencional, pero esta aceptación, en ninguna forma, es necesaria para una participación amplia o completa en el programa de recuperación. Cuando el alcohólico acepta que no puede controlar la bebida

por sí mismo, está aceptando la idea de que su alcoholismo es más fuerte que él. Es por esto que el rendirse ante un "poder superior" involucra el hecho de encontrar alguna fuerza que es mayor que ambos, la persona y su alcoholismo. Esto es necesario porque el alcohólico sabe que el alcohol lo acaba, que es de hecho más poderoso que él.

Una vez que un individuo acepta que él no puede controlar su bebida solo, y que debe de rendirse ante un poder mayor que él mismo, se logra dar la situación necesaria para tratar con las fuerzas que dentro de su personalidad han perpetuado su conducta alcohólica o, si lo queremos llamar así, su beber incontrolado. Uno de las más importantes es la culpa. Aún cuando la conducta irresponsable de los alcohólicos lleva a que muchas personas piensen en ellos como sociópatas, la mayoría en realidad es dominado por el sentimiento de culpa; y el beber, al menos en parte, es un intento de acabar o detener el dolor que les provoca este sentimiento. Los "Doce Pasos" van dirigidos a resolver, justamente, esta culpa, estimulando a la persona a hacer un inventario de sus errores pasados, de sus capacidades y debilidades de carácter. Una vez que ha logrado aceptar los errores cometidos, intenta corregirlos, en lo posible. Esta es una forma directa de atacar estos sentimientos y de aceptar la responsabilidad de sus errores. Al mismo tiempo estos "Doce Pasos" intentan corregir los defectos de carácter para que la conducta que ge-

neró inicialmente el sentimiento de culpa no vuelva a repetirse.

"A.A." no está afiliado a ninguna causa u organización. Ninguno de sus miembros puede hablar en nombre de la organización, el principio es que una posición "Oficial" podría -- enajenar a algunos de sus miembros y ser un factor de división. La regla general es evitar cualquier cosa que pueda -- desviar el principio básico de "A.A.", el cual es ayudar al -- individuo alcohólico a lograr y mantener su sobriedad. Hay estatutos que ocupan posición casi oficial, por ejemplo, que el alcoholismo es una enfermedad la cual el alcohólico no -- puede "curar" o superar por sí mismo, y que solo la abstinencia total es la forma de superarla. Los miembros de "A.A." mantienen una posición extremadamente crítica antes experimentos diseñados para controlar la bebida, para enseñar a -- los alcohólicos a beber en forma "normal". Su principio es: Una vez que la persona es alcohólica, será alcohólica hasta el día de su muerte. Durante sus sesiones, siempre que uno de sus miembros toma la palabra, dirá "Soy Alcohólico", aún cuando lleve muchos años de sobriedad, ya que para ellos un alcohólico nunca podrá volver a beber en forma social. Otro punto importante es que "A.A." utiliza una forma muy práctica que consiste en que las personas no necesitan "jurar" que nunca volverán a beber, sino que no lo harán sólo por un día a la vez, es decir, "sólo por hoy no beberé". En principio.



la base de este programa se sustenta en los "Doce Pasos" que proveen un método de recuperación magníficamente diseñado para superar los problemas de personalidad que se encuentran frecuentemente en los alcohólicos, aún cuando ninguno de los conceptos de la organización fue elaborado con ayuda de la dirección de un médico o psicólogo. Revelan un profundo conocimiento de la psicología del alcohólico, tal vez mucho más de lo que ellos mismos imaginaron; si bien no partieron de una base teórica, llegaron a la elaboración de su programa pragmáticamente. Encontraron una forma de acercamiento exitosa cuando otros métodos habían fallado y lo presentaron, simplemente, como el producto de sus propias experiencias. Por lo importante de estos doce pasos en el programa de rehabilitación de Alcohólicos Anónimos, los presentamos a continuación:

Cita Textual

Teoría Psicológica

1. Admitimos ser impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. Llegamos al convencimiento de que sólo un poder superior y nosotros mismos podríamos restaurarnos nuestra salud (sano juicio).

- Admitir la enfermedad ya sin miedo, autocompasión, rabia, vergüenza.
- Romper la autosuficiencia, prepotencia, aislamiento.

3. Hicimos la decisión de poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo entendemos.
4. Sin temor hicimos un inventario moral de nosotros mismos.
5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestras fallas (faltas).
6. Estuvimos completamente dispuestos a dejar que Dios quitara de nosotros todos nuestros defectos de carácter.
7. Humildemente pedimos a Dios que nos librara de nuestros defectos de carácter.
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 o -- cuantos nos fue posible el

Romper autosuficiencia, egocentrismo y narcisismo, crear una dependencia sana.

Auto análisis, confrontación.

Catàrsis..

Salida del "ego", dependencia sana, no pasiva,

Responsabilidad. Enfrentamiento con la realidad. Honestidad sin confundirla con "confesión" irresponsable".

daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en el que al hacerlo perjudicara a ellos mismos o a otros.

10. Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando estábamos equivocados, lo admitimos inmediatamente. Persistencia en el análisis y mantener el ego bajo control.
11. Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto con Dios tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diera la fortaleza para aceptarlo. Aceptación de la realidad, dependencia sana, "no omnipotencia".
12. Habiendo experimentado un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros actos. Involucración activa. Trabajo. Relación los "otros".

La característica de estos Doce Pasos es el principio de -

rendirse ante el hecho del alcoholismo mismo, fenómeno que puede ser visto como principio esencial para superar el alcoholismo por cualquier proceso. Tiebout describe este fenómeno en términos de "reducción del ego". Un alcohólico no ha experimentado la modificación infantil del estado narcisista del ego, y es hasta que el alcohólico abandona este estado egocéntrico, inmaduro, que obtiene la posibilidad de tomar los riesgos asociados con el crecimiento. El ego infantil involucra un sentimiento de omnipotencia, imposibilita el reconocimiento de la necesidad y la aceptación de ayuda que puede ser aprovechable (o necesaria). La persona alcohólica insiste "yo puede dejar de beber cuando quiera" o "yo puedo manejar perfectamente la bebida", y se agarra a estas declaraciones de autoengaños a pesar de las repetidas evidencias que le han demostrado lo contrario. El rendir su omnipotencia no es aceptar una derrota, simplemente es abrir el camino al crecimiento y a una aceptación más madura de la realidad. Una apreciación realista de la condición propia puede facilitar el crecimiento a través de la aceptación de la ayuda de otros. Puede ser que algunas personas alcohólicas tengan alguna falla en su socialización inicial que los hace vulnerables a tal substitución (lo social por el alcohol); tal vez para otros retirarse de las satisfacciones humanas represente una regresión defensiva que ocurrió a medida que su adicción fue evolucionando y el hecho de que las -

personas que les rodeaban no entendieron lo que estaba sucediendo. El que este aislamiento y distanciamiento pueda -- ser visto como un resultado causal del alcoholismo es un -- punto a discutirse. Este es un punto importante que casi -- nunca se ha cuestionado o planteado por aquellos que se inte -- resan en el estudio del alcoholismo. Este aspecto es funda -- mental para las personas alcohólicas que se sentían rechaza -- dos e incomprensidos por los que las rodeaban. Dentro de un grupo de "A.A.", un alcohólico puede sentirse aceptado y com -- prendido como probablemente no habrá estado en mucho tiempo. Además, el grupo ofrece una serie de actitudes para la recu -- peración. El alcohólico que asiste por primera vez a una -- sesión de "A.A." puede pensar que hay muy poca esperanza pa -- ra su rehabilitación; pero así como la organización ha de -- mostrado a la sociedad que una gran cantidad de alcohólicos -- pueden recuperarse, así se lo demuestra a cada alcohólico -- que asiste a una sesión. Aquí la persona encuentra a otros alcohólicos que hablan de sus experiencias y lo alientan a creer que tal como los miembros más antiguos han superado -- sus problemas con la bebida, él también podrá lograrlo.

Se sabe poco de las personas que deciden no asistir a --- "A.A." (algunos ni siquiera asisten a una sesión, otros des -- pués de asistir a algunas, toman la decisión de no volver). -- Sería extremadamente útil saber de las personas que deciden no asistir, o de aquellas que, a pesar de asistir, o de ---

aquellas que, a pesar de asistir con cierta regularidad, no llegan a obtener la sobriedad. Muchas que no son capaces - de obtener una sobriedad duradera a través del Programa, -- pueden lograrlo a través de un tratamiento psicoterapéutico; y a la inversa, los que con un tratamiento psicoterapéutico no pueden llegar a obtener la sobriedad, quizá la podrían - alcanzar si la combinaran con "A.A." Desgraciadamente, muchos profesionistas en el área de la psicología han tendido a decidir que para que el paciente alcance la sobriedad, -- debe optar o por el programa de doble "A" o por el trata-- miento psicoterapéutico. El reconocido éxito de la organi-- zación ha llevado a que algunos otros profesionales digan - simplemente a un paciente alcohólico, "Vaya a "A.A."". Tam-- bien hay quienes, en contra-posición, han visto a este movi-- miento como algo superficial y, por lo consiguiente, se mues-- tran pesimistas o incluso rechazan la idea de que el pacien-- te asista a "A.A."

Si tenemos que el alcoholismo es una enfermedad multifa-- cética, que virtualmente afecta todos los aspectos de la vi-- da y personalidad del individuo, podemos deducir que un tra-- tamiento múltiple puede ser el más exitoso. Si la afilia-- ción a "A.A." puede ayudar a que el paciente mantenga su so-- briedad el tiempo suficiente como para ser accesible a ---- otros tipos de terapia, ¿por qué el rechazo? Este sólo he-- cho justifica referir al paciente a esta organización, y --

el que el paciente acepte, depende en gran parte de la actitud que mantenga el terapeuta hacia el movimiento y la forma en que se lo sugiera, ya que hay que cuidar que el enfermo no confunda la sugerencia del terapeuta con un rechazo.

Un terapeuta que trata alcohólicos puede aumentar significativamente su efectividad, adquiriendo conocimiento del programa "A.A.". Para esto puede asistir a las juntas ---- abiertas en las cuales se acepta a cualquier persona interesada en el alcoholismo.

Esto no solamente aumentará el conocimiento del terapeuta sobre la organización, sino que también ayudará a disipar la desconfianza que sienten algunos miembros de esta -- asociación hacia los profesionales. En cuanto al paciente, el acudir a un grupo donde es plenamente aceptado, vuelve a habilitar su capacidad de relacionarse y descubre que es mucho menos frágil y vulnerable hacia otras personas de lo -- que había pensado. Empieza a buscar su satisfacción a través de la relación con otras personas y ya no a través del alcohol, y es aquí donde principia la recuperación: al llegar a la abstinencia, Aún cuando es esencial para la recuperación, no es suficiente, ya que si la persona no puede encontrar gratificaciones sin beber, hay grandes posibilidades de que vuelva a hacerlo.

Aún cuando encontramos que no todos los alcohólicos obtienen una rehabilitación a través de "A.A.", esta asocia--

ción continúa ocupando el primer lugar en el tratamiento de alcoholismo. "A.A." no tiene todas las respuestas al problema, sin embargo, parece que es quien ofrece más a más gente.

Cualquier persona que trate con alcohólicos en una relación terapéutica, corre el riesgo de que el tratamiento no sea óptimo si no está familiarizado con la organización y - si no ha desarrollado una técnica efectiva para referir sus pacientes a "A.A."

El temor de perder la oportunidad de continuar en la terapia es un factor que a menudo ayuda al paciente a no ingerir bebidas alcohólicas. Este es un elemento que el terapeuta debe aprovechar, ya que sin la abstinencia, cualquier esfuerzo terapéutico es inútil y contraproducente.



## CONCLUSIONES

1. El alcoholismo es una enfermedad primaria, no el subproducto de un núcleo neurótico.
2. Un enfermo no se vuelva alcohólico como resultado de una dependencia psicológica inicial.
3. La dependencia al alcohol es siempre fisiológica y está provocada por la manera en que el hígado metaboliza al alcohol.
4. No hay que olvidar que el alcoholismo es una enfermedad progresiva. Por tanto, al enfrentarse a un paciente que muestre sólo algunos de los síntomas (tal vez los más -- "benignos"), no debemos pensar que no es alcohólico (que la dependencia aún no es fisiológica), sino que la enfermedad puede estar poco avanzada. Un alcohólico, en la primera fase de la enfermedad, puede, incluso, beber repetidamente sin embriagarse, tener un "control" sobre lo que bebe, pero admitirá en el curso de una terapia que el efecto que la bebida produce es "diferente" que el que nota en los demás, "especial". Mostrará una importante preocupación por el alcohol y tendrá ya algo de culpa -- por beber. (Un paciente así puede tener hasta 13-15 ---

años y nunca haber sufrido una cruda). Para hacer un diagnóstico correcto habría que investigar si el paciente en cuestión presenta o no lo que llamamos conductas alcohólicas.

5. Ninguna forma de tratamiento (A.A., terapia grupal, terapia individual) tiene la menor posibilidad de éxito mientras el paciente continúa bebiendo. El buscar causas -- "analíticas" (neurosis, mecanismos de fuga, deseo de rebeldía) por las que un alcohólico bebe, resulta contraproducente, al inicio de una terapia, ya que dotarán al paciente de fuentes de auto-compasión, maneras de culpar a otros por ser como es, justificaciones suficientes para continuar bebiendo, convirtiendo la terapia y el beber en un insoluble círculo vicioso.
  
6. Hay que atacar de manera insistente y fundamental la ingesta de alcohol y explicar al paciente lo que es el alcoholismo. Cuando un paciente se haya mantenido sobrio un tiempo razonable (1-2 meses en tratamiento), se pasará a confrontarlo con sus conductas alcohólicas (el porqué de su negación, auto-compasión, aislamiento), haciéndole ver que éstas, como muchas otras conductas destructivas, y en la mayoría de los casos, una gran parte de sus problemas emocionales y familiares son el resultado

y no la causa de su alcoholismo. Esta etapa del tratamiento es larga y el terapeuta debe deslindar siempre al alcoholismo de la neurosis, tanto en su propia percepción de la problemática del paciente como en las confrontaciones y análisis que le haga al paciente.

7. Sólo después, insisto, sólo después de haber pasado por estas dos fases del tratamiento se puede y se debe enfrentar al paciente a lo que podríamos llamar un análisis tradicional. En este momento éste ya es viable y necesario para lograr una terapia integral y exitosa.

