

173



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

09 20319

TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS DEL  
ALCOHOLISMO

TESIS PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

LUZ MARIA LETICIA MORALES VELASCO

DIRECTOR DE TESIS: M.C. MARIA ISABEL HARO RENNER



MEXICO, D. F.

2001



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## *Dedicatoria*

*Le dedico este trabajo de tesis a un gran hombre: al Sr. Gildardo Patiño Vega, mi esposo, por ser la persona que me impulsó con su ejemplo y estímulo a estudiar y quien me apoyó, en todos sentidos, a lo largo de la licenciatura.*

*A mis pequeños hijos Franco y Maurén, por ser lo más grande de mi vida.*

*A mi padre, q.e.p.d. por todo el amor y presencia que me dio.*

*A mi madre, que siempre estuvo ahí cuando la necesité, por animarme en mis momentos difíciles, por alentarme siempre.*

*A mis hermanos, por todo su cariño.*

*A mi amiga Graciela, por su gran ejemplo y guía.*

*A mi amiga Estrella, por su apoyo y motivación.*

## *Agradecimientos*

*Deseo agradecer a la M.C. María Isabel Haro Renner el haberme honrado con su dirección en este trabajo de tesis, hecho que me comprometió aún más con esta labor dada su admirable preparación y experiencia.*

*A la Lic. Margarita Molina Avilés, por su invaluable apoyo y ejemplo.*

*A la Lic. Araceli Lambarri Rodríguez, a la Lic. Patricia de Buen Rodríguez y al Lic. Mario Pérez Zuñivi, por su participación y entusiasmo.*

*A la Lic. Yolanda Bernal Álvarez, por su cooperación.*

*A todos y cada uno de mis maestros de la licenciatura, por su dedicación.*

## PROLOGO

La decisión de abordar el tema de "Tratamientos Psicológicos del Alcoholismo" fue tomada por considerar que el realizar la revisión bibliográfica de las opciones terapéuticas que ofrece hoy en día la psicología al mundo, sobre una de las adicciones más devastadoras, sería una experiencia interesante y enriquecedora. En la que se abarcan diversas teorías, enfoques, y aproximaciones que se estudiaron a lo largo de la licenciatura, como son: Introducción a la Psicología Científica, Teorías y Sistemas Psicológicos Contemporáneos, Bases Biológicas de la Conducta, Lógica, Cálculo Probabilístico, Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso, Filosofía de la Ciencia, Neurofisiología, Aprendizaje y Memoria, Estadística, Pensamiento y Lenguaje, Motivación y Emoción, Psicopatología, Sensopercepción, Psicometría, Teorías de la Personalidad, Desarrollo Psicológico, Psicología Social, Psicología Fisiológica, Psicología Educativa y Psicología Clínica.

La manera en que se diseñó el índice fue determinada después de realizar la revisión de una serie de textos de connotados autores dentro del ámbito de las adicciones y en particular del alcoholismo, tanto a nivel nacional (Armando Barriguete, José Antonio Elizondo López, Rafael Velasco Fernández, Octavio García, Gustavo Pastelín Hernández) como a nivel internacional (Stephanie Brown, Marc Galanter, Reid K. Hester, William R. Miller, Arnold M. Washton) siguiendo las tendencias más actuales.

En algunos casos, se podrá observar que el espacio que se les brindó a algunos de los temas, que en el campo psicológico son muy destacados- como es el caso específico del psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica- fue muy breve, esto responde al hecho de que en el área del alcoholismo, particularmente, en las etapas iniciales de su tratamiento, estas técnicas resultan poco eficientes sino es que contraproducentes. Trabajar con terapias de insight dados los fuertes mecanismos de defensa y la debilidad yoica presentes entre los adictos activos, resulta un poco inútil. Evidentemente, estas aproximaciones no son indicadas en el tratamiento de dependencia del alcohol. Sin embargo, a otros temas no tan destacados para la psicología en general como son las modalidades de las Redes de Apoyo Terapéuticas y las Intervenciones Breves, se les dio mucha importancia ya que estas aproximaciones reportan buenos resultados en el tratamiento de las adicciones.

## INTRODUCCION

*Quien conoce los problemas derivados del abuso del alcohol, adquiere una responsabilidad ante la sociedad: contribuir esforzadamente a combatirlos(CESAAL,1991).*

El alcoholismo es un grave padecimiento que cada vez aqueja a un mayor número de personas y a una edad más temprana. Y lo califico como *grave* ya que no sólo afecta de manera devastadora al bebedor sino a su familia, seres más queridos, y finalmente a la sociedad.

Al alcohólico le puede ocasionar afecciones médicas como:

- Pancreatitis crónica
- Cirrosis Hepática
- Hepatitis alcohólica
- Esteatosis hepática
- Úlcera péptica
- Gastritis crónica (Kershenobich, Vargas y Róbles-Díaz, 1998).
- Enfermedades coronarias
- Alteraciones del ritmo cardíaco
- Hipertensión arterial (Pastelín,1998).

Trastornos psiquiátricos como:

- Desorden antisocial de la personalidad
- Trastornos afectivos (trastorno bipolar)
- Depresión
- Esquizofrenia
- Suicidio (Velasco,1998).

Síntomas psicológicos:

- Obsesión por beber
- Auto-decepción
- Culpa
- Amnesia
- Ansiedad (Goodwin et al. 1999).

A nivel cerebral:

- En primera instancia, afecciones a la corteza cerebral y sistema límbico
- En concentraciones mayores, daño al hipotálamo y tálamo
- Finalmente, afecciones al cerebro y a la formación reticular (García, 1998).

A la mujer embarazada puede provocarle:

- Síndrome de alcohol en el feto (Ortíz, 1998).

En la familia del alcohólico las repercusiones de su condición no son menos dramáticas. La homeostasis familiar se ve plenamente alterada ya que la conducta del bebedor se modifica marcadamente hacia rumbos violentos, agresivos, auto-destructivos o modelos incongruentes, en términos morales, para el sistema familiar, de manera que tanto la esposa como padres e hijos resultan profundamente afectados (Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss, 1997).

Entre la problemática que frecuentemente acompaña al alcoholismo en la familia se encuentran las siguientes situaciones:

- Violencia intrafamiliar
- Abuso sexual intrafamiliar- Incesto
- Disfunción sexual
- Divorcio (Lawson & Lawson, 1998).

Las complicaciones sociales que conlleva el alcoholismo son múltiples también:

- Problemas laborales (ausentismo, falta de rendimiento adecuado, borrachera imprudente, irascibilidad, falta de discernimiento, accidentes, desempleo)
- Problemas económicos
- Delincuencia (delincuente ebrio, conductor ebrio, etc.)
- Vivienda (falta de ella, mala vivienda, malas relaciones con los vecinos, incumplimiento en el pago, desahucio, múltiples cambios)
- Impacto sobre la educación y la capacitación
- Desamparo y vagancia (Edwards, 1992).

Hablar de alcoholismo es hablar sobre uno de los problemas sanitarios más serios de nuestros días y con mayor dificultad para su tratamiento, tal vez porque hay tanta gente que necesita de apoyo terapéutico y no lo acepta, y porque hay muchos terapeutas que deberían diagnosticar a sus pacientes como alcohólicos y proveerlos de tratamiento y no desean hacerlo o no saben como hacerlo. En realidad, es muy raro que una persona esté consciente de que necesita ayuda por su forma de beber y que la busque directamente. En ocasiones, pasa mucho tiempo entre el primer contacto que se hace con la ayuda y el último trago y después, pasa mucho tiempo más antes de establecer un proceso de recuperación. Tanto el alcoholismo como la recuperación son procesos continuos en los que los psicólogos o terapeutas pueden llegar a ser personajes determinantes (Brown, 1995).

Hoy en día, vivimos atrapados en una carrera contra el tiempo, que al mismo tiempo es una carrera contra nuestros muy reales límites humanos, acostumbrados a la gratificación instantánea, al mundo de la oferta y demanda, y cura rápida para cualquier mal. Con un estilo de vida vertiginoso, que nos lleva a un estado de tensión, intolerancia y angustia latentes, la idea de un mágico relajante como el alcohol resulta verdaderamente irresistible, de la misma manera

que parece completamente absurda la idea de cualquier cosa, máxime la de un tratamiento de recuperación, que implique un largo plazo, y que curiosamente, nos enfrente con nuestros límites (Goodwin et al. 1999).

Hasta ahora, hemos de aceptar que el tratamiento del alcoholismo nunca es breve ni a corto plazo. La recuperación del alcoholismo es, más bien, una lucha de día a día, que en ocasiones se torna de momento a momento a través de los meses que forman años y de los años que construyen una vida. De la misma manera que no existe cura rápida para el alcoholismo, no existe recuperación sin el total compromiso y participación del paciente. La gente no se recupera del alcoholismo sino *desea* hacerlo, y generalmente requiere mucho tiempo el llegar al punto de querer hacerlo. En su mayoría, los alcohólicos llegan a terapia hasta que están a punto de perderlo todo, familia, trabajo, salud, amistades, etc. (Anónimo, 1986)

El trabajo del psicólogo consiste en ayudar al paciente a alcanzar el estado de *querer* dejar de beber y empezar su recuperación, proveyéndole un lugar seguro donde recibir información honesta, objetiva y compasiva con respecto a su manera de beber (Rutzky, 1998).

El alcoholismo incide tanto en familias acomodadas de países ricos y pobres así como en aquellas que habitan en suburbios de las grandes ciudades o aun en comunidades rurales económicamente pobres. Nuestro país, lamentablemente no es ajeno a esta situación, y aunque son muchas las variables que inciden para dar a cada nación matices diferenciales, en todas ellas los alcohólicos sufren los mismos trastornos físicos y mentales así como otros tipos de problemáticas que también generan sufrimiento. Más allá de las diferencias culturales, la magnitud de los efectos negativos del abuso del alcohol es enorme (Velasco, 1988).

El presente trabajo de tesis es una revisión bibliográfica de los diferentes procedimientos terapéuticos que se pueden emplear en el tratamiento del alcoholismo, y tiene por objeto presentar de manera resumida las distintas opciones psicológicas, que con este fin, se cuenta hoy en día.



## **INDICE**

### **CAPITULO UNO ALCOHOLISMO**

- 1.1 Definición
- 1.2 Criterios para su tipificación
- 1.3 Codificación

### **CAPITULO DOS HIPNOSIS**

- 2.1 Concepto
- 2.2 Fenomenología
- 2.3 Usos terapéuticos
- 2.4 Contraindicaciones
- 2.5 Resultados

### **CAPITULO 3 PSICOTERAPIA**

- 3.1 ¿Qué es la psicoterapia?
- 3.2 ¿Es efectiva la psicoterapia en el tratamiento del alcoholismo?
- 3.3 Tipos de psicoterapia:
  - a) Psicoanálisis
  - b) Psicoterapia Psicoanalítica
  - c) Intervenciones Breves
  - d) Redes de apoyo terapéuticas
- 3.4 El papel del terapeuta en las distintas etapas del tratamiento
  - a) Ingesta alcohólica
  - b) Transición
  - c) Recuperación
- 3.5 Resultados

### **CAPITULO 4 TERAPIA FAMILIAR**

- 4.1 Historia de la terapia familiar
- 4.2 Alcoholismo y la familia
- 4.3 Diagnóstico de la familia alcohólica
- 4.4 Tratamiento con el cónyuge del alcohólico
- 4.5 Tratamiento para los hijos de alcohólicos
- 4.6 Tratamiento para padres de alcohólicos adolescentes
- 4.7 Tratamiento para padres de alcohólicos adultos
- 4.8 Algunos problemas relacionados:
  - a) Incesto
  - b) Violencia intrafamiliar
  - c) Disfunción sexual
  - d) Divorcio
- 4.9 Terapia de Arte
- 4.10 Resultados

## **CAPITULO 5 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

- 5.1 Terapia Cognitivo-Conductual
- 5.2 Principios básicos
- 5.3 Técnicas cognitivas
- 5.4 Técnicas conductuales
- 5.5 Terapia Racional Emotiva
- 5.6 Entrenamiento conductual de auto-control
- 5.7 Resultados

## **CAPITULO 6 TRATAMIENTO MULTIPLE**

- 6.1 Conceptos
- 6.2 Diagnóstico
- 6.3 Intervención en crisis
- 6.4 Tratamiento
- 6.5 Postratamiento
- 6.6 Prevención de recaídas
- 6.7 Resultados

## **CAPITULO 7 ALCOHOLICOS ANONIMOS**

- 7.1 Historia de Alcohólicos Anónimos
- 7.2 El programa de recuperación de los Doce Pasos
- 7.3 Las Doce Tradiciones
- 7.4 Metas de los Doce Pasos
- 7.5 Ideas principales de los Doce Pasos
- 7.6 Resultados

## **CAPITULO 8 TERAPIA DE GRUPO**

- 8.1 Concepto
- 8.2 Clasificación
- 8.3 Selección de pacientes
- 8.4 Factores dinámicos
- 8.5 Organización estructural
- 8.6 Ventajas y limitaciones de la terapia de grupo
- 8.7 Resultados

## **CONCLUSIONES Y DISCUSION**

## CAPITULO UNO ALCOHOLISMO

*"Alcohólica es una persona que bebe, tiene problemas con su manera de beber, y a pesar de eso continúa bebiendo" (Goodwin, 1999).*

### 1.1 Definición

Siendo el alcoholismo un tema tan polémico, existen múltiples definiciones sobre él. Entre todas éstas se distinguen fundamentalmente dos ópticas esencialmente diferentes: el punto de vista moral-legal, que afirma que el alcoholismo es una forma de conducta moralmente desviada; por otra parte la óptica médica, que lo considera un síndrome de conductas aberrantes y sintomatología física.

El enfoque moral-legal comprende que el sujeto es responsable de su conducta desviada, y que debería confrontarse con las normas de la comunidad, ser juzgada por las leyes conforme a tales normas y sentenciada de acuerdo a éstas. Por su parte, la aproximación médica sostiene que el mismo individuo sufre de una enfermedad, por lo que le corresponde la "función de enfermo", según los sociólogos médicos lo han designado, por lo que tiene derecho al tratamiento de dicha enfermedad por parte del cuerpo médico.

De estas dos perspectivas, la moral-legal maneja definiciones establecidas más claramente respecto a lo que considera conducta alcohólica. Al individuo sospechoso de manejar en estado de ebriedad se le realizan análisis, y si la concentración de alcohol en la sangre rebasa la norma, el sistema legal es activado.

Por su parte, la definición médica del alcoholismo ha comprobado ser menos clara. La dificultad radica en que se le pueden dar al alcoholismo definiciones distintas conforme a tres series muy diferentes de dimensiones que son: la fisiológica, la conductual y la cultural.

En cuanto a la dimensión fisiológica, las definiciones parten del concepto de adicción - también llamada habituación al alcohol o dependencia del alcohol - y emplean los criterios diagnósticos de tolerancia y abstinencia. La tolerancia comprende el que se deben ingerir cada vez mayores cantidades de alcohol para lograr el mismo cambio de conducta; mientras que la abstinencia implica un síndrome de reacciones fisiológicas que se presentan cuando los niveles de alcohol en la sangre regresan a cero.

Las definiciones con base conductual se enfocan en la diferenciación entre uso del alcohol, mal uso del alcohol y abuso del alcohol. Mal uso del alcohol: implica a ejemplos ocasionales de consecuencias negativas relacionadas con el uso del alcohol. Abuso del alcohol: se refiere a una pauta crónica de excesivo consumo de alcohol, en situaciones de repetidas consecuencias negativas ya sean físicas o socioconductuales.

Respecto a las definiciones con fundamento cultural sostienen que el alcoholismo es una forma de conducta desviada, en otras palabras, lo define como una conducta de consumo de bebida que se encuentra fuera de los límites aceptados por la cultura. Lo que da pie a que, la conducta alcohólica en una sociedad bien podría ser una conducta normativa y no alcohólica en otra distinta. (Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss, 1997).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud emite la siguiente definición: "Los alcohólicos son los bebedores excesivos cuya dependencia del alcohol es suficiente para afectar su salud física y mental, así como sus relaciones con los demás y su comportamiento social y en el trabajo, o bien que ya presentan los inicios de tales manifestaciones" (Velasco et al. 1998).

Conforme a la American Psychiatric Association. (1996). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2ª. reimp.) México, D. F.: Autor. , la principal característica de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia. Aunque no está incluida específicamente en los criterios diagnósticos, la "necesidad irresistible" de consumo (craving), se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia de sustancias. La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia de alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Dado que dicha abstinencia puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia de alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Una relativa minoría de sujetos con dependencia del alcohol nunca experimenta síntomas relevantes de abstinencia y sólo cerca del 5% de los sujetos con dependencia los experimentan siempre. Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Dichos sujetos frecuentemente continúan su consumo de alcohol pese de la demostración de las consecuencias negativas físicas o psicológicas como pueden ser la depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas etc.

## 1.2 Criterios para su tipificación

En 1991, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos emitió un reporte al Congreso titulado *Alcohol y Salud*, en el que se identificaban tres tipos de bebedores:

1. - La mayoría de los Americanos quienes beben con poco o ningún problema.

2. - Los bebedores problema, también conocidos como "personas que abusan del alcohol", quienes hacen mal uso del alcohol debido a su mal juicio, falta de comprensión del riesgo que esto implica, o falta de interés respecto a las consecuencias. Esas personas no son "dependientes" del alcohol en el sentido de necesitar la bebida sin importar los problemas que esto les pueda causar. Son considerados responsables de su conducta, y a menudo pueden modificar su manera de beber en respuesta a simples explicaciones o señales de peligro.

3. - Los bebedores dependientes que sufren de una enfermedad llamada alcoholismo o dependencia del alcohol, la cual, de acuerdo al reporte, tiene cuatro características principales: tolerancia; dependencia física; pobre control sobre su consumo de alcohol en cualquier ocasión una vez que ha empezado a beber; e incomodidad por la abstinencia que es experimentada como "necesidad irresistible" la cual le puede llevar a una recaída. (Goodwin et al. 1999).

### La tipología de Jellinek

El Dr. E. M. Jellinek asentó en su libro *El Concepto de Enfermedad del Alcoholismo*, publicado en el año de 1960, las conclusiones a las que llegó después de haber realizado sus estudios a través de cuestionarios, desde 1946 hasta 1952. Sus descubrimientos se pueden reducir a dos conceptos esenciales que son:

1.- Existen diferentes tipos de alcoholismo,

2.- Algunos de estas especies (Delta y Gamma) progresarán de manera irreversible, a menos que exista intervención terapéutica. Basándose en el primer concepto, Jellinek utilizó el alfabeto Griego para distinguir los distintos tipos de alcoholismo que encontró: Alpha, Beta, Gamma, Delta, y Epsilon.

#### Alcoholismo Alfa:

Se distingue por un consumo excesivo de bebidas alcohólicas por razones meramente psicológicas, sin que existan pruebas de que "los tejidos se adaptan al alcohol".

#### Alcoholismo Beta:

Se presenta un consumo excesivo de bebidas alcohólicas que provoca un daño en los tejidos, pero aún no hay dependencia del alcohol.

#### Alcoholismo Gamma:

Existe un consumo excesivo de bebidas alcohólicas en el que hay pruebas de la existencia de tolerancia y síntomas de abstinencia, un consumo máximo y fluctuante de alcohol, y una notable "pérdida del control sobre sí mismo". (Jellinek consideró que éste es el patrón típico de los países anglosajones).

#### Alcoholismo Delta:

Se distingue por un consumo excesivo de bebidas alcohólicas en donde también hay pruebas de la existencia de tolerancia y síntomas de abstinencia, pero existe un nivel más estable en el consumo de alcohol. En lugar de que el paciente "pierda el control" de sí mismo, experimenta lo que se conoce como "imposibilidad de abstenerse". (Se observó que este patrón es típico de Francia y de otros países consumidores de vino).

#### Alcoholismo Epsilon:

Se refiere al bebedor periódico quien puede beber infrecuentemente pero siempre que lo hace es de forma abusiva, presenta un ataque de bebida, o lo que solía llamarse dipsomanía.

Cabe mencionar que Jellinek no consideraba que su tipología fuese exhaustiva y dijo que se necesitarían las letras restantes del alfabeto griego y además las de otros alfabetos para abarcar todas las clases de alcoholismo. Sin embargo debido a su atractiva sencillez es la tipología más ampliamente conocida, aunque Jellinek insistía en la arbitrariedad de un enfoque restringido de esos cuantos patrones usualmente ignorados (Edwards, 1992).

Por su parte el DSM-IV, (1996) segunda reimpresión, señala los siguientes criterios para la tipificación de la dependencia de sustancias:

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. - Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. - Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia:

A) Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades

B) El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. - La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. - Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. - Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la misma

6. - Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. - Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

### 1.3 Especificaciones de curso

En cuanto a las especificaciones de curso del alcoholismo, y basándonos en el DSM-IV (1996) segunda reimpresión, encontramos que se dispone de seis especificaciones de curso para la dependencia de sustancias. Las cuatro especificaciones de remisión son aplicables únicamente cuando no se cumple ninguno de los criterios para la dependencia de sustancias o el abuso de sustancias durante un mes como mínimo. La definición de estos cuatro tipos de remisión se

basa en el intervalo de tiempo transcurrido desde el fin de la dependencia (remisión temprana versus remisión sostenida) y en función de la continuada presencia o no de uno o más de los síntomas incluidos en los criterios establecidos para la dependencia y el abuso de sustancias (remisión parcial versus remisión total) Dado que los primeros doce meses siguientes a la dependencia son de especial riesgo para la recaída, este período se designa remisión temprana. Pasados doce meses de remisión temprana sin recaer en la dependencia, se habla de remisión sostenida.

A continuación se hace la distinción de cada una de estas especificaciones:

**Remisión total temprana:**

Esta especificación se usa si no se cumplen los criterios de dependencia o de abuso durante 1 a 12 meses.

**Remisión parcial temprana:**

Esta especificación se usa si se han cumplido entre uno y doce meses uno o más criterios de dependencia o abuso (sin que se cumplan todos los criterios para la dependencia).

**Remisión total sostenida:**

Esta especificación se usa si no se cumple ninguno de los criterios de dependencia o de abuso en ningún momento durante un período de 12 meses o más.

**Remisión parcial sostenida:**

Esta especificación se usa si no se cumplen todos los criterios para la dependencia durante un período de doce meses o más; se cumplen, sin embargo, uno o más criterios de dependencia o abuso.

Las siguientes especificaciones se utilizan si el sujeto se encuentra bajo terapéutica con agonistas o en un entorno controlado:

**En terapéutica con agonistas:**

Cuando el sujeto está bajo medicación con agonistas prescrita, sin que se cumpla ninguno de los criterios para la dependencia o abuso de ese medicamento durante un mes (exceptuando la tolerancia o la abstinencia al agonista). También es aplicable a los individuos tratados de su dependencia con un agonista parcial o un agonista/antagonista.

**En un entorno controlado:**

Si el individuo se encuentra en un entorno donde el acceso al alcohol y a las sustancias controladas es restringido y no se observa ninguno de los criterios para la dependencia o el abuso durante un mes.



## CAPITULO 2 HIPNOSIS

*"Un árbol es conocido por sus frutos; el alcoholismo por sus problemas"*  
(Goodwin, 1999).

### 2.1 Conceptos

Wiesenhutter, en su libro *Hipnosis y métodos de relajación* (1969), afirma que "La historia científica de la hipnosis como procedimiento psicoterapéutico se inicia con la publicación en 1779 del libro de Mesmer, *Abhandlung uber die Entdeckung des tierischen Magnetismus*. Más adelante, no se habló de estado hipnótico, sino de un estado de sonambulismo". James Braid, en el año de 1843, fue el primero en introducir y explicar el término de la hipnosis por sugestión basada en la "concentración de la voluntad". En 1853, introdujo el término de hipnoterapia. Para fines del siglo pasado, ésta ya contaba con gran demanda: fue defendida básicamente por las escuelas de Charcot en París y por las de Bernheim en Nancy, siendo Sigmund Freud su alumno más destacado. "La hipnosis es un estado de descanso (frecuentemente poco pronunciado) de la conciencia, previamente estrechada, provocado por factores afectivos, en el que se produce una regresión de las funciones básicas de la personalidad (pensamiento, sentimiento, voluntad) y las funciones corporales. Es muy raro que pierda el sujeto la noción de la situación real. Casi siempre es consciente el hipnotizado de sus modos de reacción en la hipnosis" (Langen-Stokvis). Este concepto tiene su origen en la teoría psicológica de la hipnosis que afirma la existencia de "un estado de marcada relación de dependencia" como base para la relación -rapport- entre el hipnotizador - hipnoterapeuta- y el médium - paciente -. Esta relación origina una resonancia psíquica por la que se da lugar a una influencia afectiva del hipnotizador sobre las funciones psíquicas y corporales. Después, conforme la teoría psicoanalítica de la hipnosis, la actitud del hipnotizado se puede comparar con la de un niño que se deja guiar confiadamente por sus padres. Esta actitud del sujeto permite al hipnotizador la posibilidad de adoptar el papel de "padre autoritario" o de "madre apaciguadora" (Schilder, 1926). Por su parte, la teoría anatómico-fisiológica cerebral de la hipnosis se fundamenta en la semejanza de ésta con la catalepsia y el sueño. En el año de 1950, Volgyesi se refiere a un "estímulo condicionado" -en el sentido de Pavlov- "que impide la intervención de la inteligencia e influye directamente sobre las ideas, sentimientos, emociones, instintos y vida vegetativa" " considera la hipnosis como una "decerebración reversible -exclusión de la corteza cerebral -. (Dorsch, 1994)

Kaplan y Sadock, (1994) afirman que la palabra "hipnosis" (del griego *hypnos*, que significa sueño) puede conducir a malas interpretaciones, puesto que el fenómeno al que se refiere no es una forma de sueño, sino que se trata más bien de un complejo proceso de elevada o aumentada concentración. Aunque la

vigilancia periférica se reduce tanto en el sueño como en la hipnosis, la vigilancia focal, que está casi anulada en el sueño, está al máximo de su capacidad durante la hipnosis. Se puede describir a la hipnosis como una forma de concentración caracterizada por la concentración focal receptiva y atenta con reducida vigilancia periférica. Toda hipnosis es esencialmente auto-hipnosis, pero cuando una persona permite que esta forma de concentración sea estructurada por otra persona, la experiencia hipnótica se caracteriza también por una relación interpersonal intensa y sensible entre ambas, con una relativa suspensión del juicio crítico. Dicha concentración puede ser iniciada y estructurada activamente para la consecución de fines acordados.

## 2.2 Fenomenología

Los fenómenos objetivos y subjetivos específicos que se producen pueden variar considerablemente en función de las expectativas del sujeto y del hipnotizador. En la cultura occidental, el estado de trance aparece a uno de los tres niveles. El trance ligero se identifica fácilmente por las alteraciones motoras, como hiperkinesia o retardo. El trance intermedio se suele distinguir por estos cambios más las alteraciones sensoriales, como la parestesia, analgesia, anestesia, amnesia parcial obediencia poshipnótica a señales simples. El nivel sonambulístico profundo se caracteriza por los rasgos adicionales de obediencia poshipnótica, incluso a señales extrañas; alucinaciones visuales, auditivas, y táctiles; distorsión temporal; regresión en la edad; hiperamnesia o amnesia selectiva; anestesia profunda y capacidad para mantener el estado de trance con los ojos abiertos. (Kaplan y Sadock et al. 1994)

En nuestros días, clínicamente la hipnosis se logra casi exclusivamente por la combinación de sugerencias verbales y estímulos ópticos. Para este fin se utilizan tres métodos generalmente. El primero de ellos es el método de la fascinación que es cuando el sujeto se recuesta en el coach y el clínico se ubica en la cabecera. Mientras que el terapeuta mira fijamente la nariz del paciente, él debe fijar sus ojos en los del clínico, para lo que debe girarlos hacia arriba y adentro, lo que origina pronto fenómenos de cansancio reflejados en la pesadez de los párpados y la irritación de los ojos. El segundo método es el de la fijación, en el que el sujeto está acostado en el sofá, el clínico se sienta junto a él pero fija su dedo sobre la cabeza de manera que los globos oculares giren, lo más posible, hacia arriba y adentro. La tercera técnica es la de contraste de colores, que se dio a conocer en 1909 por el psicoanalista Levy-Suhl, y se basa en el fenómeno natural de que si se observan detenidamente los colores complementarios situados inmediatamente delante de los ojos se funden entre sí y se da origen a otros tonos intermedios. Cuando se combina este proceso fisiológico con la sugestión verbal, de manera que al intensificar los fenómenos de color, el sujeto se sienta cada vez más cansado, se

logran generalmente efectos asombrosos. Dados los frecuentes hechos de impercepción del rojo-verde, se emplean el amarillo y azul.

En todos los casos, es muy importante que el lugar de la hipnosis sea tranquilo y sin elementos extraños o distractores. El clínico debe irradiar tranquilidad y confianza. Es indispensable hacer desaparecer antes de la sesión todos los temores y prejuicios contra la hipnosis. Es aconsejable que el sujeto pague los honorarios al clínico antes de iniciar la sesión, ya que de esta manera se sentirá "obligado" a prestar una mayor colaboración. En estas tres técnicas, las sugerencias verbales tienen por objetivo la fatiga progresiva. Una forma práctica de comprobar si se ha llegado verdaderamente al estado hipnótico es la prueba de la catalepsia. Se sugiere la rigidez de un brazo que se hace levantar, se observa que éste brazo ya no sufra modificación alguna de la posición. Existe una semejanza formal con la catatonía de los esquizofrénicos.

La etapa del despertar de la hipnosis se realiza en tres o seis fases. Antes de contar en voz alta, se le explica en voz baja dichas fases al sujeto, se le advierte que se va a encontrar en un estado de vigor y de vigilia completos, aligerados primero, los brazos y las piernas, después los ojos y la cabeza. Una vez hecho esto, se le ordena en voz alta que abra los ojos al mismo tiempo que se le mueven enérgicamente los brazos y se le indica una respiración profunda. Algunos sujetos recuperan inmediatamente el estado de vigilia completa; mientras que otros requieren por lo menos, unos diez minutos para lograrlo. (Wiesenhutter et al. 1969)

### 2.3 Usos terapéuticos

El trabajo de la hipnoterapia se desarrolla en tres direcciones básicamente. El efecto sedante de la hipnosis es la primera, como tal, sin más intenciones o sugerencias. Sus indicaciones son los trastornos del sueño, la fatiga, la falta de concentración, la fuerte excitabilidad, los espasmos generales y la hipertensión. A este tipo de hipnoterapia se le conoce también como sueño hipnótico curativo.

La hipnosis catártica o hipnocatarsis es la segunda dirección y es la que marcó el inicio del psicoanálisis. Su objetivo es la abreacción y elaboración interna de los afectos acumulados y de las vivencias traumáticas, como pueden ser los accidentes personales o la pérdida repentina de un ser querido, en el curso de estados de agotamiento que provocan insomnio, parálisis agorafobia o cualquier otro tipo de fobias o síntomas obsesivos. Ya que en la hipnosis se reviven y elaboran internamente las vivencias traumáticas y los contenidos afectivos reprimidos, los síntomas patológicos desaparecen entonces tal como señalaron Breuer y Freud a partir del caso clásico de "Anna". Aún en nuestros días, se recomienda la hipnosis catártica en relación con los afectos traumáticos explícitos del psicoanálisis cuyo ámbito principal lo constituye el tratamiento de las neurosis arraigadas en la primera infancia. La tercera dirección de la hipnosis es la de la sugestión encubridora. En la que el médico es el elemento activo, y el paciente es el elemento

pasivo. Los objetivos de las sugerencias son determinados síntomas que se presentan, principalmente en forma de dolores, sensaciones de opresión y espasmos. La hipnoterapia se aplica a los hábitos y manías que escapan al influjo de la voluntad. En el caso que nos ocupa del alcoholismo, se puede sugerir: " La bebida es una cosa indiferente cuando se está seguro y se tiene confianza en sí mismo...". Por supuesto está que se requiere de una total colaboración ética y moral del sujeto, ya que la hipnosis por sí misma es insuficiente. "Ambos elementos, la profundidad y la grandeza del hombre, deben hacerse coincidir armónicamente en este método" (Wiesenhutter et al. 1969).

Cuando se presentan las correspondientes estructuras de la personalidad, la hipnosis está indicada en las parálisis psicógenas motoras, sensitivas y sensoriales, en trastornos funcionales del corazón, pulmones, estómago e intestinos, así como para aficiones inmoderadas o vicios, ansiedad y reacciones depresivas ligeras. Es útil en dolores corporales agudos, como pueden ser los partos o intervenciones dentales, a manera de hipnosis narcoide en el dolor crónico mediante sugestión posthipnótica y en intervenciones quirúrgicas asociada a la medicación correspondiente como hipnonarcosis (Dorsch et al.1994).

La tarea más compleja y difícil para el terapeuta es desarrollar adecuadas estrategias de tratamiento para utilizarlas con la hipnosis, porque la hipnosis no es en sí un tratamiento sino, más bien, un tipo de concentración. Una vez que el terapeuta ha definido la naturaleza del problema y ha llegado a un diagnóstico factible, debe volver su atención a los medios de tratamiento. La reestructuración utilizando la auto-hipnosis es un modelo de colaboración, en el que el terapeuta asume en cierta medida el papel de maestro, proporcionando al paciente la oportunidad de aceptarle o rechazarle (Kaplan y Sadock et al.1994).

Entre las áreas tratables con hipnosis se encuentran: tabaquismo, trastornos de alimentación, ansiedad, fobias, dolor, abuso de sustancias y alcoholismo entre otras (Hunter, 1997).

## 2.4 Contraindicaciones

La hipnosis está contraindicada para las psicosis y las histerias agudas, las víctimas de las cuales la emplean para dejarse caer en el sopor y en la irresponsabilidad. Tampoco se debe hipnotizar cuando se sabe de la existencia de una dependencia masoquista muy marcada. Se ha de proceder con mucha cautela cuando existe una resistencia muy fuerte o sensaciones desagradables, en hipnosis leves. Dado que en el hombre, cabe la oposición entre lo consciente y lo inconsciente, puede darse el caso de que, quien busca muy determinadamente la hipnosis sea difícilmente hipnotizable, mientras que quien la rechaza, resulte fácilmente hipnotizable. En casos de pacientes femeninas con tendencias sexuales reprimidas y con una transferencia intensa al hipnotizador, es conveniente que las sesiones se realicen ante un testigo o acompañante (Wiesenhutter et al.1969).

Kaplan y Sadock afirman que en términos generales, la hipnosis es notablemente segura cuando se utiliza con juicio clínico en un medio dirigido hacia unos fines. Su uso supone menos efectos secundarios que los medicamentos psicotrópicos más benignos. Sin embargo, existen algunas precauciones que hay que tener en cuenta. La primera precaución ha considerar es que no hay que intentar nunca la hipnosis en una atmósfera amenazante o coercitiva. El clínico debe explicar breve y directamente la naturaleza de la hipnosis, subrayar la importancia de valorar la hipnotizabilidad, afirmar que el paciente puede interrumpir la experiencia de trance en cualquier momento y aclarar los objetivos de la intervención hipnótica. Con cierto tipo de pacientes se ha de tener mayor precaución como lo son los pacientes paranoicos o suspicaces ya que habitualmente se resisten a los esfuerzos para hipnotizarles. Algún paciente puede hacer que la experiencia de inducción al trance le evoque miedos y sospechas inconscientes. Generalmente, estos pacientes evitan el problema negándose a la inducción hipnótica. Ciertos pacientes frágiles y deprimidos pueden ser vulnerables si sus expectativas relativas a las recompensas derivadas de la experiencia hipnótica no son realistas. El descubrir que no son hipnotizables o que no consiguen el alivio sintomático utilizando la hipnosis puede constituir en ellos un fracaso adicional.

“Si se respetan las contraindicaciones (especialmente las psicosis), la hipnosis terapéutica está exenta de peligros”(Dorsch et al. 1994).

## 2.5 Resultados

En términos generales, los estudios controlados realizados sobre hipnosis como tratamiento del alcoholismo, no presentan resultados positivos (Hester, K. R. & Miller, R. W.,1995).

Sin embargo, este método puede servir sino como tratamiento, sí como una herramienta de apoyo para aquellos expertos en abuso de sustancias, quienes, contando con amplia experiencia en el campo, pueden hacer uso de la hipnosis como un método coadyuvante en la recuperación del alcohólico (Hunter et al. 1997).

## CAPITULO 3 PSICOTERAPIA

*"No hay penicilina para el alcoholismo" (Goodwin, 1999).*

### 3.1 ¿Qué es la psicoterapia?

Urban & Ford, (1971), señalan que el concepto de psicoterapia tiene una larga y compleja historia. Ya sea que se trate de psicoterapia individual, de pareja, familiar, o de grupo, la psicoterapia hablada ofrece la oportunidad a sus participantes de examinar cómo se sienten, qué piensan y comportan así como de analizar la interacción entre estas experiencias. La psicoterapia es una oportunidad para entender el auto-engaño y sus motivaciones (Zimberg, 1978).

Wolberg (1967) en su libro: *The Technique of Psychotherapy*, afirma que: "La psicoterapia es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, deliberadamente establece una relación profesional, con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, de modificar patrones alterados de conducta, de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad".

Haciendo un análisis de la definición arriba citada se encuentra que:

"Psicoterapia es una forma de tratamiento": ya que sin importar que tanto se pretende deformar el quehacer de la psicoterapia, continúa siendo un tipo de tratamiento con una naturaleza terapéutica.

"Para problemas de naturaleza emocional": aunque la problemática emocional es diversa influye en todas las áreas de la vida humana (psíquica, física, interpersonal, etc.) y se manifiesta de múltiples maneras afectando al ser totalmente.

"En el que una persona entrenada": dada su profunda necesidad de ayuda, el hombre puede recurrir a algún amigo o persona de autoridad moral. Lo que en ocasiones, provoca resultados negativos para ambas partes, especialmente, cuando se pretende manejar los problemas emocionales del sujeto que sufre. El trabajo de una problemática emocional requiere de una persona altamente capacitada a lo largo de años de preparación universitaria y de la experiencia en el campo clínico.

"Deliberadamente establece una relación profesional": la esencia del proceso terapéutico es la relación entre profesional y paciente y ésta es deliberadamente planeada y manejada por el terapeuta. Esta relación a diferencia de las relaciones de tipo social es iniciada y mantenida en un nivel profesional y sus objetivos son específicamente terapéuticos.

"Con el objetivo de eliminar síntomas existentes": dentro de la psicoterapia uno de los objetivos primarios es el eliminar el sufrimiento del paciente tanto como la problemática creada por los síntomas.

"Modificar síntomas existentes": bajo algunas circunstancias como motivación inadecuada, disminución de la fuerza yoica, limitaciones de tiempo o

financieras, etc. , no es posible dar un alivio completo al paciente, por lo que en esos casos, únicamente se obtendrá una modificación de los síntomas.

“O retardar los síntomas existentes”: en casos graves tales como: esquizofrenias fulminantes, la función de la psicoterapia será exclusivamente la de retardar un proceso inevitablemente deteriorante, y a pesar de tener un efecto paleativo y no curativo, se ayuda a conservar el contacto con la realidad.

“De modificar patrones alterados de conducta”: el conocimiento de que la estructura del carácter está involucrada en toda enfermedad emocional, ha ampliado los objetivos de la psicoterapia del solo alivio sintomático, a la corrección de los patrones y relaciones interpersonales alterados.

“Y de promover un crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad”: la aspiración de la psicoterapia es la de solucionar los bloqueos del desarrollo psicosocial del paciente, con objeto de que pueda aspirar a una autorrealización creativa integral, lograr relaciones interpersonales más gratificantes así como promover actitudes más productivas.

### 3.2 ¿Es efectiva la psicoterapia en el tratamiento del alcoholismo?

El uso de psicoterapia en el abuso de sustancias ha generado y continúa generando controversia y debate. Clínicos que han trabajado con personas adictas a sustancias citan numerosos ejemplos de personas que se han beneficiado con la psicoterapia. Contrariamente, muchos pacientes cuentan largas y frustrantes experiencias en psicoterapia mientras que sus vidas continuaban deteriorándose a consecuencia del abuso de sustancias (Washton, 1995).

Probablemente el obstáculo más significativo en la interpretación de la literatura de los resultados de la psicoterapia es una general ambigüedad de lo que exactamente se hace en terapia. Muchos estudios sobre el tratamiento del alcoholismo declaran simplemente que los pacientes han recibido “terapia individual y grupal”. El contenido, procedimientos, y liderazgo de tales “psicoterapias” son tan variables que uno se encuentra perdido si trata de reconstruir el proceso del tratamiento. (Miller, 1980).

La mayoría de las psicoterapias para alcohólicos parecen, sin embargo, haberse derivado de los modelos psicoanalíticos. La suposición central aquí es que el alcoholismo es un síntoma de un conflicto subyacente inconsciente, con la implicación que el conflicto, en lugar del síntoma, deberá ser tratado. Las especulaciones sobre la precisa naturaleza del conflicto inconsciente han variado, pero las hipótesis más populares con respecto a la función del abuso del alcohol han incluido: a) una defensa en contra de la depresión debida a necesidades orales insatisfechas, por lo tanto, una fijación en la etapa oral del desarrollo psicosexual; (b) una defensa en contra de la homosexualidad latente; (c) una defensa en contra de la ansiedad debido a la inminente ruptura de los impulsos inconscientes; y conducta auto-destructiva como resultado de deseos matricidas introyectados

relacionados a una relación dependiente y hostil no resuelta con la madre (Fenichel, 1997).

Más recientemente, formulaciones alternativas psicodinámicas han entrado al campo, incluyendo el análisis transaccional y la teoría de sistemas de comunicación, que enfatiza el papel del alcohol en la estabilización de la estructura familiar. Todas ellas comparten la idea de que la llave para la resolución del síntoma (alcoholismo) se encuentra en el logro de alguna introspección crítica en las dinámicas intrapsíquicas (Miller et al. 1980).

Algunos autores afirman que la psicoterapia individual, en cualquiera de sus modalidades, sólo es útil cuando se asocia a una psicoterapia de grupo, ya que dadas las características de personalidad de los alcohólicos, es muy difícil lograr el primer gran objetivo de la psicoterapia que es la abstinencia, sólo a través de la psicoterapia individual. El paciente alcohólico miente, oculta su sintomatología o, en el mejor de los casos, la minimiza; esto impide que el psicoterapeuta pueda realizar un trabajo objetivo y eficiente. Particularmente, durante la primera fase de la psicoterapia, en la que el objetivo es que el paciente acepte su enfermedad (alcoholismo) y se decida a dejar el alcohol, la psicoterapia individual por sí sola prácticamente no tiene ninguna efectividad. Una vez que el paciente ya aceptó su enfermedad y está dispuesto a dejar de beber, la psicoterapia individual tiene mayor importancia. El objetivo entonces es que el paciente supere sus núcleos psicopatológicos a través de la maduración de su personalidad y que logre un óptimo desempeño psicosocial (Velasco et al. 1988).

### 3.3 Tipos de psicoterapia

#### a) Psicoanálisis

Popularizado en Europa y los Estados Unidos a principios de siglo, la técnica del psicoanálisis fue aplicada a los pocos alcohólicos y adictos quienes, ya sea que pudieran costear el tratamiento o bien que vagaban dentro de las instituciones públicas donde la teoría psicoanalítica se afianzó. Aunque generalmente considerado un problema de la clase social baja, los alcohólicos y adictos se dieron cuenta de que eran candidatos poco adecuados para el psicoanálisis debido a su falta de fuerza yoica y su preponderancia a los mecanismos de defensa (Freud, 1905).

Las teorías psicoanalíticas iniciales de la dependencia del alcohol y las drogas se enfocaron en la fuerza de los impulsos libidinales y en la fijación de la etapa oral (Morgenstrn and Leeds, 1993).

Las suposiciones etiológicas varían dramáticamente, pero uniformemente identifican a la dependencia del alcohol y drogas como un síntoma de una variedad de problemas, incluyendo un conflicto subyacente intrapsíquico,



represión, crisis narcisística, respuesta a una inundación de afecto, un trauma temprano, agresión extrema, homoerotismo, y más frecuentemente, un intento de auto-mediar un desorden psiquiátrico coexistente (Blane and Leonard, 1987).

Si un problema de alcohol o drogas era apenas identificado en psicoterapia psicoanalítica, la cura de la dependencia, ya fuera el foco del tratamiento o no, era esperar hasta que el conflicto intrapsíquico subyacente fuera resuelto. Sorprendentemente, la cura era frecuentemente esperada a pesar de si el paciente continuaba bebiendo o usando drogas durante el tratamiento (Morgenstern and Leeds et al).

El psicoanálisis clásico u ortodoxo se refiere a las teorías de Sigmund Freud de la libido y de las pulsiones. Esencialmente, se basa en el método de investigación de la asociación libre, que proporcionó los datos utilizados por Freud para formular los conceptos clave de la motivación inconsciente, el conflicto y el simbolismo. La teoría psicoanalítica se interesa, en primer lugar, por la dilucidación de los factores que motivan la conducta, considerando que estas fuerzas de motivación derivan de procesos mentales inconscientes (Etchegoyen, 1997).

El psicoanálisis surgió como uno de los métodos de la psicoterapia y se desarrolló luego, como una teoría psicológica. Los inicios del psicoanálisis se ubican de 1887 a 1897, período en el que Freud empezó a estudiar seriamente las alteraciones de sus pacientes histéricos. Estos duros comienzos tuvieron tres aspectos: la aparición del psicoanálisis como método de investigación, como técnica terapéutica y como cuerpo de conocimiento científico basado en un flujo creciente de información y proposiciones científicas básicas. Dichas investigaciones iniciales surgieron de la colaboración de Freud con Breuer, y a partir de ahí, cada vez más de sus propias investigaciones y demás desarrollos teóricos personales. Dentro de este período se ubica el descubrimiento del método de asociación libre, el cual se fue separando gradualmente de la hipnosis, la sugestión, los apremios e interrogatorios que lo acompañaron en un principio (Mandolini, 1994).

Un ejemplo de esto se dio en una ocasión histórica en que Freud apremiaba a preguntas a su paciente Elizabeth von R. Y ella le reprochó que interrumpía el curso de sus pensamientos y así el método de asociación libre adquirió una importancia mucho mayor. Freud explicaba que al renunciar a la hipnosis y a la sugestión le faltaba el ensanchamiento de la conciencia que había proporcionado al analista recuerdos y fantasías patógenos. La asociación libre era un sustituto completamente satisfactorio porque dejaba que los pensamientos involuntarios del paciente entraran en la situación del tratamiento. El procedimiento de la asociación libre se hizo conocido como la regla básica o fundamental del psicoanálisis. (Bleichmar, 1997).

Con la innovación de la asociación libre, se descubrieron nuevos hechos frente a los cuales el conflicto no es únicamente de recordar y olvidar, como lo asentaban las teorías del trauma y del recuerdo, sino también entre fuerzas instintivas y represoras, por lo que la teoría sexual toma su lugar. Desde ese

momento, proliferan los descubrimientos, la sexualidad infantil y el complejo de Edipo, el inconsciente con sus leyes y sus contenidos, la teoría de la transferencia y demás. Es en ese nuevo contexto donde aparece la interpretación como instrumento técnico fundamental, ya que anteriormente, en cuanto sólo se proponían recuperar un recuerdo, ni el método catártico ni la coerción asociativa requerían de la interpretación, en ese nuevo momento era distinto. Había que darle a la persona informes precisos respecto a sí misma y a lo que le ocurría y que sin embargo ignoraba, para que pudiera comprender su realidad psicológica, a lo que se le llamó: interpretar. Para el año de 1912, Freud tiene una comprensión casi total del fenómeno de la transferencia y afirma que para que la transferencia surja claramente y pueda analizarse, el analista debe ocupar el lugar de un espejo que sólo refleja lo que le es mostrado. Es decir, que el analista no debía mostrar nada de sí, y sin dejarse llevar por la transferencia, se debía limitar a devolver al paciente lo que él le había dado (Etchegoyen, 1997).

Repetidamente Freud afirmó que el psicoanálisis es una teoría de la personalidad, un método de psicoterapia y un instrumento de investigación científica, con el objeto de señalar que por una condición particular, intrínseca de esta disciplina, el método de investigación coincide con el procedimiento curativo, ya que a medida que uno se conoce a sí mismo puede modificar su personalidad, esto es, curarse (Freud, 1996).

Conforme al modelo psicológico del alcoholismo, los psicoanalistas, psicólogos y psicodinamistas pueden partir de la idea de que el alcoholismo es un síntoma de una perturbación emocional subyacente. Así, este mal queda en la misma categoría de las entonces llamadas "neurosis obsesivas" (hoy trastorno obsesivo-compulsivo), por su resistencia a la interpretación y al tratamiento (Elizondo, 1998).

El psicoanálisis enfatiza el uso del alcohol como sustituto adulto de los efectos de alivio que ofrece la leche materna, ya que momentáneamente produce un sentimiento de tranquilidad y bienestar y reduce los sentimientos hostiles (Yates, 1973).

El alcohólico fue mandado al psicoanalista para resolver, fundamentalmente, su "regresiva oralidad", además de su inmadurez de personalidad (arcaica, fijada en niveles muy tempranos de desarrollo, con defensas frágiles e inestables), su poco auto-control emocional, su tendencia a fugarse de la realidad, sus intensos sentimientos de inferioridad, su gran inseguridad, su narcisismo y su baja tolerancia a la frustración. Sin embargo, tal experiencia resulto bastante frustrante en general, ya que muchos pacientes interrumpían el tratamiento por sus constantes recaídas y quienes lo continuaban tenían el propósito de controlar la bebida una vez que superaran sus conflictos emocionales, pero frecuentemente fracasaban y volvían a su conducta de descontrol alcohólico. Por esto muchos psicoanalistas solían no aceptar alcohólicos para el análisis por "tener muy poca capacidad de *insight*, ser resistentes al cambio y poseer un alto grado de regresión infantil, casi a niveles psicóticos (Wexberg, 1959)

Sin embargo, Zimberg(1978) afirma que lo mencionado anteriormente no implica que el modelo psicológico no haya aportado nada útil a la comprensión del alcoholismo. Ya que las teorías psicodinámicas han ayudado a comprender mejor el perfil de personalidad del paciente alcohólico. Por ejemplo, afirma que el factor psicológica esencial en el desarrollo del alcoholismo es una constelación psicodinámica, es decir, un problema común entre los alcohólicos, pero que no da lugar a una personalidad común. Se considera que el conflicto es una autoestima pobre, aunada a sentimientos de inutilidad e inadaptación, los cuales se niegan y reprimen; lo que provoca la necesidad inconsciente de ser cuidados y aceptados, necesidades excesivas de dependencia. Cuando estas carencias no se satisfacen, provocan angustia y necesidades compensatorias de control, poder y logro. El alcohol calma la angustia y, lo que es más importante, crea sentimientos de poder, omnipotencia e invulnerabilidad. Después de un episodio de ingesta, cuando el conflicto despierta, experimenta culpa y desesperación, ya que sus problemas son los mismos. Por lo que sus sentimientos de inferioridad se intensifican y el conflicto continúa en un círculo vicioso, generalmente con una espiral descendente progresiva. Este modelo ha sido útil para la psicoterapia de los pacientes alcohólicos sometidos a modelos de tratamiento integral, especialmente, en el trabajo de la problemática psicoemocional que gira alrededor de la adicción.

Una relación importante entre la psicoterapia psicodinámica y la recuperación del alcohol y dependencia de drogas, ha sido ligada a uno de los colegas de Freud, Carl Gustav Jung quien en el año 1931 atendió a Roland H. quien era alcohólico de origen Norteamericano. Después de un año de análisis el Sr. H. alcanzó la sobriedad, pero más tarde recayó y regreso a Zurich para recibir tratamiento. Durante la extensión del análisis Jung observó similitudes entre la motivación de su paciente por beber y la búsqueda espiritual para aliviar la soledad existencial y el dolor psíquico que a Jung le resultaban familiares tanto por su experiencia personal como por su práctica psicoterapéutica. Pero desafortunadamente, y pese al análisis adicional, Mr. H. continuó bebiendo incontrolablemente. Finalmente, en un momento de honestidad y desesperación ante su fracaso en ayudar a su paciente, Jung según se dice, le dijo a Mr. H. que su situación era prácticamente desesperada. La única esperanza, le dijo, podría encontrarse en una experiencia espiritual o religiosa.

De este encuentro nos imaginamos que Jung llegó a tres conclusiones importantes que son:

Primera, el psicoanálisis formal no servía de ayuda a los alcohólicos en sus intentos para dejar de beber.

Segunda, la motivación por beber tiene sus raíces en la búsqueda de una experiencia fuera de la ordinaria consciencia humana y como tal, la búsqueda tiene un componente espiritual.

Tercera, si el beber era una búsqueda errónea de una transformación espiritual, lo que el alcohólico necesitaba era una cura espiritual.

Siguiendo el consejo que le diera el Dr. Jung, Mr. H. regresó a los Estados Unidos, se unió a un grupo de Evangélicos Cristianos quienes creían que la temperanza podría ser alcanzada a través de la derrota de la propia voluntad hacia la de Dios, y en poco tiempo tuvo la experiencia espiritual que estaba buscando. Finalmente, después de años de pena y sufrimiento, pudo dejar de beber.

En Noviembre de 1934, un vendedor llamado Bill Wilson, en medio de otra hospitalización inducida por alcoholismo, fue informado del consejo que Jung le había dado a Mr. H. Este desafiaba su lucha por controlar su manera de beber a través de su fuerza de voluntad. Paradójicamente, en un momento de trascendencia, al renunciar a su idea de poder controlar su bebida, Bill Wilson tuvo su propio despertar espiritual, el cual finalmente lo llevó a una sobriedad de por vida (Rutzky, 1998).

## **b) Psicoterapia Psicoanalítica**

Dado que el psicoanálisis, al igual que cualquier otro tipo de psicoterapia, no se puede aplicar en todos los tipos de enfermedad psiquiátrica o psicológica ya que existen situaciones en las que el análisis está contraindicado, otras en las que no es necesario y otras en las que el tratamiento más adecuado es alguna otra forma de psicoterapia. Para algunas de estas situaciones, la psicoterapia psicoanalítica, es decir, una terapia que no constituye el psicoanálisis clásico, pero que está basada en conceptos analíticos, es un método que hay que tener en cuenta. También puede elegirse la psicoterapia psicoanalítica cuando, debido a cualquier razón práctica, no se puede llevar a cabo el psicoanálisis. La psicoterapia psicoanalítica es una buena opción en un gran número de situaciones, se podría decir que en muchas más que el psicoanálisis. La efectividad de la psicoterapia psicoanalítica depende en gran medida de la validez del diagnóstico clínico. El que debe consistir en una descripción general de la dinámica y de la genética del paciente individual, basada en un estudio adecuado de los aspectos somáticos, intrapsíquicos, interpersonales y culturales de su vida (Kaplan y Sadock et al. 1994)

Generalmente, lo que lleva al paciente a buscar ayuda es la conducta, los síntomas o el malestar producidos por un intenso conflicto. Sin embargo, se presentan excepciones notables. Puede ser que algunos pacientes, no parezcan experimentar un conflicto suficientemente grave como para impedirles convertir sus impulsos en acción. El profesional debe estar alerta para distinguir este grupo de aquellos pacientes cuya conducta aparentemente impulsiva representa no una ausencia de conflicto, sino un serio intento de provocar el castigo a instancias de un superyó excesivamente estricto (Bleichmar, 1997).

La psicoterapia psicoanalítica es una psicoterapia fundamentada en un diagnóstico psicológico válido y en formulaciones psicoanalíticas. La labor diagnóstica previa debe dar al terapeuta una comprensión de los conflictos más importantes del paciente y permitir una evaluación de las zonas de fuerza y de debilidad de su yo. Este tipo de psicoterapia también tiene en cuenta, dentro de lo

posible, la información disponible acerca del desarrollo histórico del paciente, y en especial de su relación con las figuras más importantes de su niñez. El marco de referencia desarrollado por la teoría psicoanalítica proporciona las coordenadas conforme a las cuales se evaluará la conducta del sujeto. A diferencia del análisis, cuyo interés fundamental es poner al descubierto y posteriormente llevar a cabo una elaboración de los conflictos infantiles a medida que éstos surgen en la neurosis de transferencia, la psicoterapia psicoanalítica toma ampliamente como objeto principal los conflictos y estructuras dinámicas actuales. Mientras que en el análisis, su técnica se basa en la utilización de la asociación libre y el análisis de la neurosis de transferencia, en la psicoterapia psicoanalítica se hace uso de técnicas de entrevista y de discusión con un menor énfasis en la asociación libre; y con respecto a la labor de la transferencia se limita normalmente a una discusión sobre las relativamente superficiales reacciones de transferencia del paciente para con el profesional y para con quienes le rodean (Dorsch et al. 1994).

Dentro de la psicoterapia psicoanalítica no se excluyen medidas como el uso de agentes psicotrópicos. En realidad, el uso de una medicación de este tipo está indicada para una clase de pacientes específicos. En ocasiones, la comprensión psicoanalítica entrelazada con un punto de vista psicofarmacológico y neurofisiológico proporciona un conjunto de coordenadas conforme a las cuales se puede tener en cuenta, para el tratamiento de un paciente determinado, medidas tanto de carácter somatoterapéutico como de naturaleza psicoterapéutica (Goodwin et al. 1999).

Conforme los puntos de vista biológico y psicobiológico se coordinan con la comprensión derivada de la antropología cultural y de otras ciencias sociales, se va desarrollando una base cada vez más segura para la práctica y la teoría. En el campo de la psicoterapia psicoanalítica es importante la flexibilidad de la técnica y la adaptabilidad a las necesidades del paciente, mientras que en el psicoanálisis se enfatiza el análisis de las fuentes genéticas. Basándose en este punto, la psicoterapia psicoanalítica puede variar desde una sola entrevista de apoyo centrada en un problema actual hasta muchos años de tratamiento con una o dos entrevistas por semana. En cuanto a sus técnicas de tratamiento, el uso del diván puede formar parte o no de la terapia ya que la estimulación de las estructuras regresivas temporales de sentimiento y pensamiento, que representa un hecho imprescindible para el psicoanálisis, es mucho menos apropiada para la psicoterapia psicoanalítica, que se enfoca mayormente en las estructuras dinámicas más actuales (Bleichmar et al. 1997).

A diferencia del psicoanálisis, la psicoterapia se realiza un esfuerzo para evitar inducir cualquier otra regresión distinta a la que el paciente ya lleva consigo al tratamiento. Es oportuno que el psicoterapeuta tenga presente que el sujeto no ha elegido al terapeuta a causa de sus transferencias para con él; si no más bien, el paciente asiste al tratamiento a causa de sus transferencias para con otras personas o por cualquier otro problema con su entorno. Es recomendable que mientras que el sujeto trabaje productivamente en los problemas que lo han llevado a la terapia,

y mientras exista algún sentimiento de afinidad o de alianza terapéutica, el psicólogo, no intente estimular una regresión terapéutica, basándose en la transferencia, en un intento equivocado de emular al modelo analítico (Kaplan y Sadock et al. 1994).

La psicoterapia, particularmente, cuando el terapeuta ha sido entrenado en el campo de la adicción, puede ofrecer un lugar seguro para muchos alcohólicos y adictos donde recibir información honesta, objetiva, y comprensiva sobre sus problemas con el alcohol y las drogas. Puede ayudar a los alcohólicos y adictos a llegar al tratamiento cuando esta idea parece más dolorosa que la realidad que están viviendo en su actividad. Puede brindarles un lugar donde sopesar los riesgos de no enfrentar el problema y ayudarlos a hacer una pausa para ver más adelante, hacia el futuro, si continúan con más de lo mismo (Brown et al. 1995).

La psicoterapia puede ser un lugar consagrado a examinar la multitud de sentimientos que se despiertan cuando se llega a la aceptación de que su manera de beber o consumir está fuera de control. Puede ayudar a explorar el estigma cultural que une vergüenza y miedo a toda admisión de alcoholismo o drogadicción. Puede apoyar el esfuerzo para superar el miedo. También puede ser un lugar tranquilo para hablar, cuando en las reuniones de AA están llenas de gente que aterroriza hasta a los más introvertidos con sus narraciones. Un psicoterapeuta instruido en el área del alcoholismo y la dependencia de drogas, puede ayudar al alcohólico y adicto a enfrentar las dolorosas realidades asociadas con el beber, puede ayudar a clarificar los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales de la enfermedad, y a mantener la continuidad del cuidado del tratamiento (Rutzky et al. 1998).

### c) Intervenciones Breves

Bajo el concepto de tratamiento se incluye una amplia gama de actividades que difieren en especialistas, intensidad, duración y escenarios. Puede tratarse de una sesión única, o, en ocasiones, de tratamientos en los cuales el individuo es internado y permanece aislado de su medio por períodos relativamente largos. Dentro de este amplio grupo de posibilidades destacan las llamadas intervenciones breves que ofrecen un nuevo abordaje terapéutico que puede armonizar con otras formas de tratamiento convencionales (Hester & Miller et al. 1995).

Sus orígenes se remontan a los años setenta, cuando se empezaron a buscar formas de identificar tempranamente a personas que bebían en exceso con el objeto de brindarles un tratamiento de menor complejidad para cambiar su negativo patrón de ingesta. Desde entonces, el término de intervención breve es utilizado para definir las técnicas específicas que confrontan a las personas con dificultades en su consumo de alcohol y que les despiertan el deseo para empezar su tratamiento (Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. Et al. 1998)

Existe el concepto erróneo de que los pacientes con problemas de alcoholismo niegan o minimizan cuanto beben. Afortunadamente, la investigación sobre la validez de los auto-reportes indica que los bebedores pueden ser relativamente precisos en su auto-reporte, sin embargo; son fuertemente influenciados por un número de factores. En primer lugar, el paciente debe estar sobrio durante el proceso de la entrevista. En segundo término, el sujeto debe tener un seguro de confidencialidad, ya que si sospecha o cree que la información que dará será parte del registro que se lleva a la corte o de su archivo personal, tendrá una fuerte motivación para mentir o minimizar. En tercer lugar, es necesario crear un rapport y una atmósfera de colaboración con el paciente más que una relación de superior-inferior. Por último, la manera en que redactemos o hagamos las preguntas es importante. Si le preguntamos a un paciente ¿Usted bebe en las mañanas? Es lógico que la respuesta será un "no". Una mejor forma de preguntarlo puede ser: "¿Qué tanto bebe desde que se despierta hasta la hora de la comida? Hay varios tipos estructurados de aproximaciones para determinar la cantidad y la frecuencia de la ingesta del sujeto. Existen instrumentos paralelos para entrevistar a la esposa o a otra persona significativa en la vida del alcohólico y continuar con la evaluación (Washton et al. 1995).

Las intervenciones breves más efectivas conllevan el mensaje, tanto explícita como implícitamente que el cambio es enteramente decisión del paciente. Una manera de decirlo puede ser: "Nadie puede hacerlo dejar de beber si usted no lo desea", lo que es fundamentalmente cierto. Ya que en este tipo de intervenciones como en otras, el punto central para lograr la sobriedad se ubica en la aceptación por parte del sujeto, de que tiene un problema con su manera de beber y en el deseo de cambio (Marlatt, 1998).

Otro factor importante dentro de este enfoque es la empatía. Ninguno de los reportes de intervenciones breves manejan el estilo directivo o coercitivo que en algunas ocasiones es empleado en programas de tratamiento alcohólico. De hecho, Miller (1980), encontró que los mayores niveles de empatía del terapeuta producen menores grados de consumo, y viceversa.

Las investigaciones sobre motivación han descubierto que el ofrecimiento de mayor número de opciones con respecto a las aproximaciones para el cambio conductual está asociado con mejores resultados. Por lo tanto, es conveniente mostrar una gama con múltiples posibilidades de tratamientos. (Hester & Miller et al. 1995)

En cuanto a los tipos psicoterapia breve, encontramos que, al utilizar técnicas terapéuticas enteramente distintas, los grupos de pacientes a los que se dirigen son diferentes también. Estas psicoterapias pueden ser divididas en dos categorías: las de apoyo o supresoras de ansiedad y las dinámicas o provocadoras de ansiedad.

Las técnicas supresoras de ansiedad se subdividen en dos tipos: el apoyo en crisis y la psicoterapia breve supresora de ansiedad. En el caso de los alcohólicos, una crisis puede presentarse después de una fuerte ingesta y de haber cometido actos que sin estar bajo los efectos del alcohol muy difícilmente hubieran

realizado. Como está fundamentalmente dirigida a ayudar a las personas en crisis, el apoyo de esta dura el tiempo necesario para superarla, puede ser de unos días a varias semanas, siendo la duración media de un mes a mes y medio. Por su parte, la psicoterapia supresora de la ansiedad, puede tener una duración de hasta un año (Brown et al. 1995).

Por su parte, las técnicas provocadoras de la ansiedad incluyen técnicas intensivas, profundas, interpretativas, de enfoque amplio y de orientación psicoanalítica. No obstante, todas estas técnicas tienen dos rasgos básicos en común: a) una orientación psicodinámica, que implica que los conflictos subyacentes en las dificultades del sujeto se encuentran parcialmente sumergidos como resultado de la acción de los mecanismos de defensa, y que surgirá ansiedad cuando el terapeuta intente enfrentarse a éstos, y b) el posible logro de un cambio psicodinámico amplio y verdadero en el paciente como resultado de esta intervención (Kaplan y Sadock et al. 1975).

Un gran número de reportes en los últimos años indica que los pacientes alcohólicos que han recibido el apoyo de intervenciones breves, se han beneficiado igual que aquellos que han sido internados (Goodwin et al. 1999).

En el año 1995, Bien, Miller y Tonigan revisaron 44 estudios controlados, investigando los efectos de la intervención breve en el abuso del alcohol. La mayoría de estos estudios mostraron que las intervenciones breves son superiores en su eficacia a los tratamientos en condiciones de no-control y generalmente, tan efectivos como los tratamientos de larga duración, los tratamientos intensivos en una variedad de medición de resultados.

#### **d) Redes de Apoyo Terapéuticas**

El abuso de sustancias es la enfermedad mental más común de nuestros días, sin embargo, no existe un formato general para el tratamiento de las personas adictas en la práctica. Este capítulo describe de que manera la familia y los amigos pueden enrolarse concomitantemente con la terapia individual y la participación en los Doce Pasos para el tratamiento de la adicción en un acercamiento terapéutico focalizado. Un grupo de personas cercanas al paciente puede brindarle apoyo efectivo para la rehabilitación de la enfermedad adictiva en las "Redes de Apoyo", que es un innovativo y pragmático formato para tratamiento. Por medio de este enfoque hacia el apoyo social, podemos tomar pasos concretos para superar las fuerzas destructivas que están tan comprometidas con la continuidad del cuidado para el adicto. Una definición operativa de las Redes de Apoyo es la siguiente: Es un enfoque para la rehabilitación en el que miembros y amigos específicos son implicados para proveer apoyo para promover el cambio de actitud. Los miembros de la red forman parte del "equipo" de trabajo del terapeuta y no sujetos de tratamiento por sí mismos. (Galanter, 1995).



El objetivo de este tratamiento es el pronto logro de la abstinencia con la prevención de recaídas y el desarrollo de una adaptación libre de droga. Las Redes de Apoyo confrontan el confuso problema de que los terapeutas únicamente cuentan con una habilidad mínima para influenciar la conducta del paciente una vez fuera del consultorio. Si el sujeto recae, probablemente, los terapeutas no serán informados de ello, y si lo saben, es poca la influencia que pueden brindar.

El profesional por sí mismo está limitado en el grado de demandas que puede hacer al paciente para su vida, ya que el sujeto está en completa libertad de dejar la situación terapéutica si se siente incómodo con ésta, lo que puede resultar en una posible recaída en la adicción. Todos estos factores, hacen que el compromiso y la orquestación de la familia y amigos en la terapia con un paciente que abusa de sustancias sean recursos invaluable, que ofrecen una marcada oportunidad para la modificación de las técnicas psicoterapéuticas tradicionales para el tratamiento del abuso de sustancias. Las personas adictas generan un gran conflicto y resentimiento entre sus familiares y amigos. Por una parte, las personas cercanas al adicto han estado enojados a lo largo del tiempo, por su irresponsabilidad y por una historia de desilusiones que les ha conferido. Por otra parte, se encuentran llenos de remordimientos por su infelicidad y las pérdidas que el paciente ha sufrido. La tensión entre enojo y culpa hacen poco posible para los familiares y amigos el acercamiento de una manera objetiva. En ocasiones pueden sobre-reaccionar y castigar al adicto, y en otras ser permisivos, hasta facilitar la conducta adictiva. En los años recientes, los profesionales han empezado a considerar la orquestación de las dinámicas familiares para llevar a la persona adicta a la recuperación. Una contribución muy importante ha sido la técnica de la "intervención" para el adicto reacio o renuente, la que reúne a la familia para planear una confrontación diseñada para impresionar al adicto con la inmediata necesidad de hospitalizarle. Con la ayuda de un profesional, los miembros de la familia pueden trabajar juntos para tener un impacto significativo que incentive al paciente hacia la acción. Múltiples grupos de terapia familiar para adictos se están empleando para crear un escenario propicio para trabajar y superar diversos aspectos y resentimientos. La sensación de comunidad engendrada en esos grupos puede ser de mucho apoyo, y al mismo tiempo ayuda a llevar a cabo de conformidad una norma de abstinencia. Estos antecedentes han sido invaluable para el desarrollo de la idea de involucrar a la familia en el tratamiento de las adicciones (ibid em pp. 358,360).

### Cómo iniciar la Red de Apoyo Terapéutica.

Galanter (1995) explica que: en un principio se le solicitará al paciente que traiga a su esposa o a algún amigo íntimo a la primera sesión. Los adictos frecuentemente se oponen a una confrontación con el terapeuta sobre el porque asistieron por primera vez por tratamiento, y pueden negar o racionalizar aunque ellos hayan buscado voluntariamente ayuda. Debido a la negación de su problema,

una persona cercana a ellos es esencial tanto para hablar de su historia como para implementar un plan viable de tratamiento. Una relación muy próxima puede, a menudo, cortar la negación de una forma que un terapeuta desconocido no lo puede hacer y será invaluable en asentar la situación con realismo para enfrentar a la adicción.

Algunos pacientes dejan en claro que ellos desean venir solos a la sesión inicial. Esto está frecuentemente asociado con su deseo de preservar la opción de continuar con su abuso del alcohol y tiene como origen el temor de que se establezca una alianza independiente de ellos para prevenir el que beban. Y aunque una demora de una sesión o dos puede ser permitida, no debe haber ninguna duda desde un principio de que para que el tratamiento sea efectivo debe realizarse bajo las bases de una alianza terapéutica construida alrededor del tema del alcohol, que incluye el apoyo de personas cercanas, y que se espera que una red de amigos o relaciones íntimas será traída en la primera o segunda sesión cuando mucho. El terapeuta debe de estar disponible para consultas telefónicamente y debe indicarle al paciente que desea que le llame si se presenta cualquier problema. Esto deja en claro el compromiso del terapeuta hacia la recuperación del paciente y marca el tono de un "grupo de esfuerzo". El terapeuta astuto, tendrá la habilidad para evitar el pasar tiempo excesivo al teléfono o en sesiones de emergencia. El profesional puede desarrollar una red de apoyo que maneje la mayoría de los problemas que envuelve la asistencia diaria del paciente. Esto, generalmente, deja al terapeuta la respuesta a preguntas ocasionales de interpretación de términos para la comprensión entre el profesional, el paciente y los miembros de la red. Si existe alguna duda sobre la habilidad del paciente y de los miembros de la red para manejar el periodo entre las sesiones iniciales, las primeras citas pueden ser dispuestas en intervalos de tan sólo 1 a 3 días.

Lo que es más esencial, es que la red se convierta en un grupo de trabajo que provea con el apoyo suficiente al paciente entre las sesiones iniciales. Contactos entre los miembros de la red en esta etapa típicamente incluyen llamadas telefónicas, reuniones para cenar y encuentros sociales deben de ser planeados entre las sesiones (ibid em pp. 365, 366)

### El papel de la Red de Apoyo

La red de apoyo es establecida para implementar una tarea directa: ayudar al terapeuta a apoyar la abstinencia del paciente. Y debe ser dirigida con la misma claridad de propósito con la que cualquier organización eficiente dirige sus tareas. Cualquier otro objetivo debe de ser suprimido, o cuando menos, prevenido de interferir con la tarea principal. A diferencia de la terapia familiar tradicional, los miembros de la red son orientados a no esperar la mejoría de sus síntomas y a no buscar su auto-realización. Lo que previene el desarrollo de metas que distraigan a la red de la finalidad de sus juntas.

Esto también asegura a los miembros de que sus propios motivos no serán analizados, y por medio de eso, apoyar su participación continua sin el temor a ser escudriñados.

Como los miembros de la red han decidido participar voluntariamente, sus motivos no deben ser impugnados, y su conducta constructiva debe ser alabada. Es muy útil el reconocer la contribución que tan importante que están dando a la terapia. Existe, generalmente, una tendencia contraproducente de su parte a minimizar el valor de su contribución. Al comienzo de la terapia, es importante ver al paciente con el grupo semanalmente, por lo menos por el primer mes. Circunstancias inestables pueden demandar un mayor número de contactos con la red de apoyo. Puede ser necesario dos sesiones semanales para, posteriormente, pasar a intervalos de un mes.

Con el fin de apoyar el compromiso continuo del grupo, particularmente entre el terapeuta y los miembros de la red, las sesiones con el grupo deberán de llevarse a cabo cada tres meses durante el tiempo que el paciente lleve su terapia individual. Una vez que él se haya estabilizado, las juntas ya no se enfocarán tanto a los aspectos de día a día, sino que pueden empezar con el recuento de su situación con respecto a la sustancia. Reflexiones sobre el progreso del paciente y sus metas, y en ocasiones sobre las relaciones entre los miembros de la red de apoyo pueden ser abordadas también. De cualquier manera, es esencial que los miembros de la red contacten con el terapeuta en el momento en que piensen que el paciente pueda llegar a volver a beber o a usar cualquier sustancia, así como que el terapeuta contacte con los miembros en caso de que considere la posibilidad de una posible recaída del paciente (ibid em pp. 366, 367)

### Alcohólicos Anónimos es una red de apoyo terapéutica.

El uso de modalidades de auto-ayuda es siempre deseable cuando es posible. Para el alcohólico, sin lugar a duda, que su participación en AA es notablemente alentadora. Grupos como Narcóticos Anónimos, Adictos a las Pastillas Anónimos, y Cocainómanos Anónimos son modelos sacados de AA y tienen un papel similar de gran ayuda para los adictos. Una posibilidad es la de decirle a la paciente que es necesario que asista a dos juntas de AA a la semana por al menos un mes para que se familiarice con el programa. Si después de ese mes el paciente está renuente a continuar, y otros aspectos del tratamiento van bien, la no-participación del paciente puede ser aceptada. Algunos pacientes son más fácilmente convencidos a asistir a las juntas de AA. Otros pueden presentar más quejas al respecto. El terapeuta debe movilizar el apoyo de los miembros de la red, para realizar cierta presión sobre el paciente para que asista a AA por un lapso de tiempo razonable. Esto puede llevar un tiempo considerable, pero finalmente, el paciente puede experimentar una conversión cuando adopta el carácter del grupo y exprese un profundo compromiso hacia su abstinencia, una medida de compromiso raramente observada en pacientes que reciben únicamente la psicoterapia. Cuando

este compromiso ocurre, el terapeuta puede asumir un papel más pasivo al monitorear la abstinencia del paciente y estar pendiente en su desenvolvimiento en AA. (ibid em p.367).

### Terapia individual concomitante.

Cuando la terapia individual empieza, los objetivos tradicionales de la terapia deben de ser ordenados para acomodar las metas del tratamiento de abuso de sustancias. Las sesiones con la red de apoyo serán una vez por semana durante el primer mes de tratamiento, y después, serán programadas dos veces por semana por un mes también, posteriormente serán menos frecuentemente, algo así como mensual o bimestralmente.

Normalmente, la terapia con el grupo de apoyo dura por lo menos un año, después de lo cual, las sesiones podrán ser terminadas bajo el entendimiento de que pueden ser reconvenidas en caso necesario. La terapia individual puede terminarse también en ese tiempo, o continuarse según sea necesario.

De primordial importancia es el señalar que el paciente debe de evitar la exposición a bebidas embriagantes a sí como a situaciones que lo precipiten a éstas. El establecimiento de un contexto social estable debe se apoyado por el terapeuta, posible cambio de residencia, trabajo, o de círculo social, aunque en casos de pacientes con desórdenes neuróticos es preferible no abordarlos en una primera instancia. Durante algún tiempo el paciente será altamente vulnerable a las exacerbaciones de la enfermedad adictiva, y este hecho debe de ser observado con la debida precaución por parientes y gente cercana.

Un punto importante es el establecido con el paciente y los miembros de la red en el sentido de la comunicación y confidencialidad. Toda información directamente relacionada con el consumo de alcohol o demás drogas, deberá ser compartida por el paciente, los miembros de la red y el terapeuta.

Por otra parte, los temas tratados en la terapia individual no deben de ser expuestos a los miembros de la red por el terapeuta, el paciente de ninguna manera será obligado a revelar asuntos personales a los miembros del grupo. Además, dichos miembros deberán guardar con toda confidencialidad la información manejada en las sesiones de trabajo ( ibid em pp.369, 370)

### Guías de las redes de apoyo terapéuticas.

Los siguientes lineamientos deberán dejarse en claro desde un principio, de tal manera que los miembros de la red puedan colaborar implementando su trabajo respectivo con el paciente. Sobre todo, serán guiados por el ejemplo. La corrección de malos entendidos sobre las siguientes normas tendrá una alta prioridad, de igual forma, las violaciones a estas guías serán habladas tan pronto como sean detectadas de una manera comprensiva.

1.- El propósito de la red de apoyo es el de ayudar a los pacientes a mantener su abstinencia; ningún otro beneficio adicional será perseguido ni por el paciente, ni por los miembros ni por el terapeuta mismo.

2.- La información concerniente sobre la abstinencia o recaídas del paciente será inmediatamente reportada tanto al terapeuta como a los miembros de la red.

3.- El apoyo para el paciente es primordial. Los miembros de la red deberán de ayudarlo a manejar los problemas que enfrente relacionados con su abstinencia pero no ser críticos sobre las dificultades en el logro de su recuperación.

4.- Si una recaída es detectada por algún miembro de la red, este miembro deberá brindarle su asistencia al paciente pero no imponerle alguna medida que no haya sido antes consultada con el terapeuta.

5.- La confidencialidad es importante. El material expuesto por el paciente al terapeuta sobre temas no relacionados con el alcohol o abuso de sustancias, será guardado confidencialmente. Sin embargo, la información revelada por algún miembro de la red será expuesta en el grupo si es relevante ( ibid em pp. 370,371).

### **3.4 El papel del terapeuta en las distintas etapas del tratamiento**

El siguiente modelo sobre el papel del terapeuta dentro del tratamiento del alcoholismo está basado en la aceptación, por parte del alcohólico, de la pérdida de control sobre su manera de beber.

#### **a) Etapa de ingesta alcohólica**

Una dinámica central en el uso del alcohol y en los estados de transición es el fenómeno de la negación, la cual le sirve a la persona a no ver la realidad y le ofrece una realidad alternativa que hace parecer la vida más llevadera y al futuro menos amenazante. A menudo los terapeutas responden al cliente que se encuentra en negación como si éste estuviera enganchado en un esfuerzo total para decepcionar a los clínicos, en vez de entender que está envuelto en un proceso inconsciente y automático que lo protege en contra de la gran amenaza externa de su identidad y auto-estima.

Esta etapa de ingesta alcohólica se caracteriza por un alto nivel de negación por parte del paciente y por una tendencia de los terapeutas a reaccionar de una manera adversa a éste. Frecuentemente, los clínicos tienen como meta a su trabajo en este punto el hacer que el paciente esté sobrio y libre de drogas, lo que puede llevar a que su conducta se vuelva controladora, rígida y demasiado intensa. La flexibilidad en esta aproximación es muy necesaria para el terapeuta conforme se va pasando entre las diferentes perspectivas psicodinámicas, cognitivas y adicciones, trabajando con las defensas, adecuando la distorsionada manera de pensar del sujeto y proveyéndolo de educación con respecto a las adicciones. Asimismo, el terapeuta puede ser un explorador de sentimientos, conforme el

paciente va imaginando lo que podría ser su vida sin alcohol o uso de drogas; un entrenador conforme el sujeto piensa en una reducción o abstinencia del alcohol; un educador, según el sujeto va requiriendo de información sobre temas como la tolerancia, lagunas mentales, y síntomas difíciles de manejar; y un psicoterapeuta, cuando el sujeto sufra debido a la anticipada pérdida de su habitual método de enfrentar y manejar los asuntos relacionados con su autoestima debido a la vergüenza y a la culpa.

La información obtenida sobre la vida del paciente será invaluable en este proceso, y se sugiere sea organizada de la siguiente manera:

Factores históricos de riesgo

Edad de inicio de abuso del alcohol

Impacto del alcohol en el individuo y en los que le rodean

Aspectos positivos y negativos del uso del alcohol

Actuales factores de riesgo

Adaptación de la vida al alcoholismo progresivo

Consecuencias psicosociales del uso del alcohol

Percepción del cliente y auto-evaluación de su relación con el alcohol

El clínico al realizar una interpretación de dicha información, podrá observar la reacción de su paciente. Si éste evidencia un alto nivel de negación, el terapeuta sabrá que el sujeto no está listo todavía para hacer de su manera de beber el punto focal en su trabajo terapéutico, ni para realizar un cambio conductual comprometiéndose a su abstinencia, ni para aceptar la etiqueta de "alcohólico" o "adicto", o asistir a AA, NA (Narcóticos Anónimos), o a cualquier otro grupo de los Doce Pasos focalizados en la abstinencia.

En vez de esto, el terapeuta debe visualizar su trabajo manteniendo en la agenda terapéutica el tema del alcohol, pero no forzarlo inmediatamente. Los retos para el clínico en esta etapa son:

Evitar el discutir con el paciente ignorando el tema de la bebida por algunas sesiones

Evitar confrontaciones que presenten el diagnóstico de una manera abrupta que pueda ocasionar que el sujeto abandone el tratamiento

Mantener la alianza terapéutica mientras que va informando al paciente y va recibiendo información sin que esto le cause un considerable malestar psicológico al sujeto (Brown et al, 1995).

### Aspectos "adaptativos" de la negación

La negación le permite al sujeto continuar funcionando a pesar de sus conflictos internos, le provee una manera de reconciliar estos conflictos con su desesperada necesidad de continuar bebiendo y con la acumulación de evidencias de la destrucción que su manera de beber está ocasionando.

La negación es a menudo observada exclusivamente como una fuerza destructiva porque le permite al alcohólico o adicto el continuar con su conducta

dañina sin reconocer los graves perjuicios que le está causando. Sin embargo, aunque el efecto a largo plazo de la negación es maladaptativo, el efecto a corto plazo es "adaptativo".

Esta función "adaptativa" es frecuentemente soslayada por los terapeutas ansiosos de romper con la negación y forzar al sujeto a enfrentar su realidad. Pero esta función adaptativa es precisamente la llave para entender las formas para ayudar al paciente a que atravesase exitosamente el camino entre la etapa de ingesta alcohólica y la etapa de transición y la de recuperación.

La negación como todos los mecanismos de defensa, es automática, en vez que intencional, y protege a la persona de emociones dolorosas y de descubrimientos sobre de sí mismo que gradualmente van saliendo a relucir cuando la negación va decreciendo. Preserva la auto-estima y la falsa ilusión de tener control sobre su vida.

Algunos terapeutas perciben a la negación y demás mecanismos de defensa como si estos existieran con el fin de contrariarlos. Frecuentemente, estas defensas ponen en situaciones embarazosas a los clínicos y los mantienen lejanos, pero este es un efecto colateral, y no su función primordial, ya que sus funciones principales son la auto-protección y el auto-engaño. La negación opera como un escudo o armadura. Los terapeutas tendrían mayor éxito al resolver los retos que presenta esta etapa si tuvieran en mente que la negación está protegiendo al individuo.

Entre los hechos y sentimientos dolorosos que el alcohólico o adicto evaden se encuentran los siguientes:

Schock al comprender que padece una enfermedad crónica, progresiva y potencialmente fatal.

Amenaza del estigma social para el mismo y para su familia.

Miedo de enfrentar la vida de abstinencia sin un "escape" para manejar los sentimientos intolerables o los eventos que le provocan ansiedad; al confrontarse con recuerdos traumáticos, pérdidas dolorosas y demás experiencias de su pasado sin una "anestesia".

Asombro ante los cambios que puedan ocurrir al dejar de beber tales como cambios de rutinas, amistades, actividades recreativas y necesidad de enrolarse en el tratamiento por muchas horas al día y por muchos meses o años.

Miedo de fracasar en su intento de lograr la abstinencia, de que todos sus esfuerzos resulten infructuosos, así como todos sus esfuerzos por controlar su manera de beber lo fueron en el pasado.

Culpa y vergüenza de haber dañado a otros durante su etapa alcohólica activa.

Humillación, pena o resentimiento contra las personas que le dijeron que su problema era su manera de beber, y que finalmente tenían razón.

Arrepentimiento, tristeza, o enojo contra sí mismo debido a los talentos o aptitudes (atlética, artísticas, académicas) que no fueron cultivadas y que no pueden ser recuperadas.

Vergüenza de "haberme hecho esto a mí mismo", y no haber detectado el problema antes.

Remordimiento, tristeza o ira hacia sí mismo por haber perdido oportunidades únicas en la vida tales como oportunidades de trabajos, finanzas o educativas o de relacionarse con compañeros, socios, parejas, hijos o nietos (ibid em pp.101-103).

### Metas terapéuticas en la etapa de ingesta alcohólica

La meta terapéutica principal dentro de esta etapa es la que el alcohólico continua bebiendo es la de modificar las falsas creencias que hasta ese momento el sujeto ha tenido sobre su manera de beber como que:

- Que su manera de beber se encuentra dentro de lo que se llama forma "moderada" de beber

- Que su manera de beber está causada por otros problemas de su vida como: problemas maritales, stress en el trabajo, preocupaciones financieras, disfunción sexual y que desaparecerá una vez que esos problemas se hayan solucionado. Esto es "sintoma vs. causa"

Es decir, el cambiar la idea de que el beber o el usar drogas es sólo un síntoma, y en vez de que el paciente considere que "Mi depresión me hace beber", llegue a la comprensión de que: "Mi manera de beber exagera mi depresión" o que "Mi forma de beber me vuelve más depresivo". En un principio los pacientes creen que su forma de beber *soluciona* sus problemas, el clínico necesita educarlo a considerar que su forma de beber *es* su problema.

Esta polémica entre síntoma-versus-causa, mencionada anteriormente ha sido la responsable del fracaso de muchos terapeutas en esta etapa de ingestión alcohólica.

Una manera útil de entender este marco de referencia es ver a la bebida o al uso de drogas en el grado de dependencia, como la causa inmediata o el factor que contribuye a las presentes disfunciones y ver a los problemas más tempranos de la vida, como puede ser una prolongada enfermedad durante la niñez, un problema de aprendizaje, reforzamiento por parte de amigos al abuso del alcohol, o programas genéticos, como la causa remota u original o factores que contribuyeron a la adicción.

Otra de las metas importantes en esta etapa es la de trabajar a través de la negación para superarla. Esto es un proceso de apoyo en el cual el uso del alcohol y las drogas es examinado en un ambiente de seguridad emocional. Este ambiente de seguridad es caracterizado por la unión del terapeuta con el paciente, con la identificación del clínico con el dolor físico por el que atraviesa el sujeto, con la validación de sus percepciones de la situación y con el servirle como un sensor de la realidad al alcohólico cuando sus defensas lo coloquen en algún riesgo afectivo.

Dentro de este proceso la negación no es vista como un factor intrusivo al que hay que erradicar agresivamente, sino, más bien, como una dinámica predecible dentro del trabajo terapéutico que debe de ser respetado y engranado. La negación



le ha dado al sujeto una explicación alternativa del sistema a través del cual ha observado al mundo durante algún tiempo. El abandonar dicha explicación alternativa y aceptar el nuevo reencuadre hecho por el terapeuta sobre los diferentes temas, puede crear aguda ansiedad en el paciente por lo que este ejercicio debe de hacerse de una manera gradual y sumamente cuidadosa.

Finalmente, dentro de este estadio, el terapeuta brindará información al paciente sobre sus síntomas, gradualmente retará sus convicciones y le ayudará a enfrentar sus diferentes circunstancias, es decir que lo irá engranando a la realidad, evitando la confrontación abrupta que puede implicar enojo y agresividad. Este engranaje deberá de llevarse a cabo de una manera tranquila, en vez de en forma intensa, iracunda o acusatoria. Debe de ser hecha con el debido respeto a la negación y a sus funciones adaptativas. El clínico podrá saber que su trabajo dentro de esta etapa ha sido completado cuando el paciente reconozca que su manera de beber ha sido, aunque sea de manera parcial, la responsable de sus problemas pasados y presentes, que le ocasiona consecuencias negativas y que continua colocándolo en situaciones peligrosas e impredecibles (ibid em pp.110,113).

#### Estrategias terapéuticas dentro de la etapa de ingesta alcohólica.

Algunas de las estrategias terapéuticas empleadas en esta etapa de ingesta alcohólica son las siguientes:

-Crear un ambiente seguro en el cual el paciente se sienta en libertad a responder a las preguntas que el terapeuta le plantee sin temor.

-Conectar las pláticas iniciales sobre la manera de beber del sujeto a sus problemas actuales.

-Aliarse con el paciente al examinar el impacto que su manera de beber ha tenido a lo largo de su vida.

-Reconocer que en un principio, la bebida puede haber jugado un papel positivo en la vida del paciente.

-Hacer una lista con las personas que pueden ayudar a la red de apoyo.(ibid em pp. 116,131).

## b) Etapa de Transición

Así como en la etapa de ingesta alcohólica la tarea principal del paciente era la de reconocer su problema, en esta etapa de transición su labor fundamental es la de reconocer la gran importancia de este problema y aceptar su solución. Dentro del modelo de recuperación, la tarea inicial es reconocer la pérdida de control, y la tarea posterior es aceptar la identidad de adicto. Este trabajo implica el reenfoque que el terapeuta dará a otro grupo de creencias firmemente afianzadas por el paciente.

Aunque, a estas alturas de la intervención el paciente ya ha reconocido que su manera de beber le ha causado problemas, puede continuar creyendo que puede llegar a beber con control. En un esfuerzo por aliarse con el paciente, el terapeuta puede señalar que la idea de beber puede ser seductora, pero que cada vez el sujeto requerirá de una cantidad mayor de sustancia para alcanzar los mismos efectos anteriores (tolerancia), o que la gente que usa alcohol frecuentemente es víctima de su respuesta física, ya que su tolerancia se incrementa sin que se den cuenta de ello, lo que les coloca en el riesgo de dependencia psicológica y de adicción física. Esta aproximación además de reducir el temor del sujeto con respecto a los juicios morales del terapeuta, ayuda también a minimizar el propio moralismo interino del paciente respecto al alcoholismo (ibid em pp. 133,134).

### Estrategias terapéuticas dentro de la etapa de transición

Algunas de las estrategias terapéuticas empleadas dentro de la etapa de transición son las siguientes:

-Explorar las emociones y afectos dolorosos que subyacen a la negación.

Esta aproximación ayuda al terapeuta a entender contra que cosa está defendiendo esta negación a este paciente en particular. Con este objeto, las preguntas que el terapeuta puede formular son las siguientes:

¿Qué pasaría si en el futuro descubriera que efectivamente, usted si tenía problemas con su manera de beber? , ¿Qué su manera de beber estaba fuera de control? , ¿En qué cambiaría este descubrimiento en su forma de verse a sí mismo?, ¿Cómo considera que lo verían los demás?, ¿Qué pensarían y dirían los demás de usted?, ¿De quién le preocuparía más su opinión?, ¿Cuáles son los miedos más grandes de que sucediera esto algún día en el futuro?, ¿Conoce usted alguna persona que haya aceptado que es alcohólica?, ¿Cómo fue para esa persona el descubrir este hecho?, ¿De que manera cambió su opinión respecto a esa persona?.

-Evitar la confrontación prematura para el paciente sobre la necesidad de un cambio conductual.

El terapeuta debe de estar seguro de que el sujeto ha llegado a la aceptación del diagnóstico de alcoholismo, o cuando menos, de que su manera de beber le ha ocasionado problemas y que esta situación empeorará en un futuro si continua bebiendo, antes de enfrentarlo a la inminente necesidad de un cambio de conducta. Frecuentemente, los terapeutas recomiendan al paciente que observan con un mínimo de avance sobre su negación, su abstinencia de alcohol y la asistencia a las juntas de AA inmediatamente. Esta táctica es contraproducente y puede resultar en un resurgimiento de su negación y demás defensas.

- Reconocer la ambivalencia del paciente señalando "las dos partes de su persona".

Con esta finalidad puede resultar útil el decirle al sujeto que existen dos partes de su persona que se encuentran en conflicto una con la otra. Muchas personas que se encuentran en esta situación se descubren a sí mismos discutiendo solos, y aunque esto no sucede todo el tiempo generalmente pasa después de que la persona ha atravesado por fuertes problemas legales, médicos o de relación. Se descubren a sí mismos deseando, rezando, rogando que su problema con la bebida desaparezca. Es decir, que una parte de ellos está enferma y cansada de estar enferma y la cansada y desea liberarse del alcohol; pero, por otra parte, considera que la solución está a la vuelta de la esquina y que aún puede haber muchos tiempos buenos por venir con el alcohol como para no vivirlos. Algunas personas descubren que estas polémicas con ellas mismas suceden cuando no han bebido durante algún tiempo y que, aunque ellas han intentado permanecer sobrias, se encuentran tratando de conseguir alcohol. No es necesario preguntarle al paciente si le ha sucedido esta a él. Lo más importante es sembrar en su mente la semilla que estimule su pensamiento a considerar su condición. El terapeuta puede enfatizar que su meta es la de ayudarlo a que escuche las dos partes de sí mismo, y que considere lo que las voces opuestas dicen, porque frecuentemente, los pacientes se cierran en la parte que no desean escuchar. Y que este tipo de debates se presenta entre las personas que están atrapadas en una adicción y que la solución para esto se encuentra en el tratamiento. Se puede decir que la función del terapeuta en este punto, consiste en "subirle el volumen" a la parte de la ambivalencia que no ha sido escuchada. Si se puede convencer al paciente de que se escuche a sí mismo y a sus propias voces con respecto a dejar de beber, el clínico puede evitar el enfrentamiento con el paciente con respecto a que es el terapeuta y no él mismo quien desea que deje de beber.

-Ayudar al paciente a considerar cómo sería el impacto del cambio si el dejara de beber.

Para realizar esta estrategia se le pregunta al paciente que pasaría si una mañana despertara mágicamente cambiado. Se le invita a que visualice de qué manera cambiaría su vida, en términos de efectos positivos y negativos. Se le pide que imagine cómo se sentiría si dejara de beber y de qué manera lo verían los demás.

Esta visualización ayuda a ganar terreno en la resistencia al cambio ya que lo confronta con sus ideas negativas con respecto a dejar de beber ("tendré más ataques de pánico"; "me sentiré aburrido") y lo expone a los aspectos positivos del cambio como ("probablemente me sentiré mejor físicamente", "le ocasionaré menos problemas a mi familia") sin tener que experimentar las dificultades de este cambio. Las barreras hacia el cambio se empiezan a sentir más manejables, y los incentivos se vuelven más atractivos.

-Sugerir técnicas conductuales, como llevar un registro diario con la cantidad de bebida que consumen y las horas y emociones que se relacionen con este consumo; o experimentos de abstinencia para recabar datos sobre las respuestas del sujeto ante el no-beber.

Como la negación opera para proteger al paciente de la concientización del daño que el alcohol le produce, animarlo a llevar un registro diario puede ayudarlo a darse cuenta de ello. La sugerencia de esta técnica debe de ser hecha de tal manera que el sujeto no se sienta forzado a hacerlo. De hecho, el terapeuta le puede facilitar estas hojas de registro y asegurarle que no es necesario que las traigan a consulta si no lo desea. La meta para él es la de recabar los datos que le ayudarán a entender la dimensión de su situación. Se puede hacer énfasis en que, muchas personas, temiendo que tal información los coloque en una mala situación frente al terapeuta, tienen la urgencia de modificarla antes de presentársela. Sin embargo, esta situación de engaño sólo los perjudica a ellos mismos, ya que mentirle al clínico es muy fácil dado que éste cuenta con muy pocas maneras de verificar su conducta fuera de las sesiones, pero el engaño a sí mismos puede resultar en una cuestión de vida o muerte.

Por otra parte, si el paciente parece dispuesto a saber si tiene o no el problema del alcoholismo, experimentos de reducción de la bebida o de abstinencia total por un margen de tiempo pueden resultar muy útiles. Los experimentos de reducción de la ingesta alcohólica por una o dos semanas, puede servirle al sujeto a darse cuenta si puede disminuir su manera de beber a una cantidad predeterminada de copas. Este tipo de experimentos, frecuentemente resultan más instructivos que los de abstinencia total para determinar el mal control sobre la bebida. En ambos casos, se negocia cuidadosamente con el sujeto para asegurar que esté enteramente comprometido en al trabajo con el terapeuta y por lo tanto, la información reportada será exacta.

- Evaluar el progreso alcanzado cada determinado intervalo usando medidas concretas.

Para tasar el progreso del paciente y decidir si se continua atendiéndolo a pesar de no lograr la abstinencia, se pueden valorar los cambios en las creencias de éste referentes a su situación y su conducta en términos de parámetros tales como:

- \*Aceptación de la idea de que beber es igual a problemas y de que serán necesarios cambios en su estilo de vida para reducir dicha problemática

- \*Aceptación de su falta de control sobre su manera de beber

- \*Buena disposición para explorar la idea del cambio conductual y de lo que esto puede significar para el paciente

- \*Buena disposición para intentar un experimento de reducción de la bebida o de abstinencia

- \*Buena disposición para utilizar otros métodos de recopilación de datos, como asistir a reuniones de AA, o NA; o leer literatura concerniente a adicciones.

- \*Aceptación de la identidad de una persona adicta

Si existe progreso en estas áreas, aunque no haya abstinencia se sugiere continuar atendiendo al sujeto.

También se pueden valorar los cambios efectuados en los patrones de bebida del sujeto con relación a determinada cantidad tomada como base para las siguientes evaluaciones:

- \*Asistir a las sesiones sobrio

- \*Ir prolongando los periodos de abstinencia

- \*Ir acortando los periodos de bebida

- \*Reducir el uso de la bebida

- \*Hacer cambios en su estilo de vida que apoyen la abstinencia

- \*Hacer uso de "tratamientos" adicionales al de su terapeuta, como podrían ser servicios psiquiátricos dirigidos a otras condiciones psiquiátricas, o tratamiento para adicciones enfocados en esclarecer la magnitud del problema.

Si el paciente continua bebiendo, se habla con él respecto a esta falta de progreso en el logro de las metas terapéuticas y se le plantea la determinación de terminar con el proceso en determinado número de sesiones más sino se observa ningún cambio realizado en pro de la abstinencia. Al mismo tiempo, se le da la explicación de que si el clínico continuara con las sesiones a pesar de no registrarse ningún avance en el tratamiento, sería tanto como estar coludido con la enfermedad del sujeto y continuar implicado como "si nada sucediera" mientras que el paciente está sufriendo un padecimiento que puede llegar a amenazar su vida.

\*Apoyar la decisión del sujeto de lograr la abstinencia sin tratamiento, pero negociar el continuar con contacto terapéutico.

Si el paciente ha logrado tener el "insight" central de esta etapa de transición- que necesita estar abstinentes- pero afirma que lo puede lograr sin tratamiento y sin el uso del Programa de los Doce Pasos, es necesario enfocarse en ayudarlo a que logre otro de los "insights" fundamentales de esta etapa que es: la aceptación de la etiqueta de "alcohólico" o "adicto". Sin embargo, algunos pacientes amenazan con dejar el tratamiento antes de que esta aceptación pueda ser alcanzada.

En tales situaciones, es conveniente que el terapeuta apoye al paciente en su meta, al darse cuenta de que es la única opción que le queda. A pesar de esto, se trata de negociar un acuerdo de que el sujeto visitará al clínico periódicamente para reportarle su progreso. Se le puede decir algo como: " Sería muy conveniente tener reuniones periódicas para mantener el enlace entre nosotros. Y si sus esfuerzos no llegaran a ser todo lo exitosos que usted espera, podemos explorar otras opciones antes de que usted atraviere por consecuencias más serias o innecesariamente peligrosas.

Así mismo, es conveniente, antes de que el paciente tome solo su camino, el hacer una revisión de sus pasados intentos de mantenerse sobrio por su propia cuenta y de los aspectos positivos y negativos de éstos. Se le puede preguntar al paciente: "¿Qué aspectos de esos esfuerzos anteriores le gustaría repetir en este nuevo intento?, ¿Qué aspectos evitaría a toda costa repetir?"

- Explorar las declaraciones del paciente con respecto a sí mismo como alcohólico.

Esta es una intervención esencial para aquellos sujetos que dicen ser alcohólicos pero continúan bebiendo de una "manera controlada," o que afirman que no necesitan tratamiento o apoyo para su abstinencia y recuperación. La creencia de que ellos se pueden recuperar por sí mismos indica una aceptación superficial del diagnóstico, con todas las implicaciones de la condición denegada o reprimida. Tales declaraciones pueden señalar que los pacientes

han asumido una etiqueta que les fue asignada por alguien más, pero que ellos por sí mismos no han explorado o aceptado en realidad. Es decir, que el terapeuta necesita ser muy cuidadoso para no confundirse con la auto-designación de un paciente como alcohólico a la profunda aceptación de su condición como tal.

- Elevar el nivel de ansiedad del paciente enfocándose en su seguridad y vulnerabilidad.

Hasta ahora, se había recomendado el evitar las aproximaciones muy directas que pudieran romper la negación del paciente abruptamente y movilizar otros mecanismos de defensa más fuertes de los que hasta ese momento existían en la etapa de ingesta alcohólica y de transición. Sin embargo, en algunas circunstancias extremas como las que se mencionarán enseguida, el uso de un método de mayor confrontación puede resultar de gran ayuda: Cuando el terapeuta únicamente tenga una o dos oportunidades para reunirse con el sujeto; o que el paciente ya haya llegado a un significativo deterioro físico o psicológico; o que el alcohólico esté en peligro inminente por poner su vida en riesgo cuando se encuentra alcoholizado; o si el paciente representa un grave riesgo para otras personas; o si el clínico considera que se han intentado otras estrategias sin éxito alguno, se puede emplear este método de enfoque concerniente a la seguridad del sujeto que es más directo, inmediato y confrontante.

La meta, en este caso es la de articular las maneras en que el continuar bebiendo significa un alto riesgo y no una manera de salir vencedor. Se recomienda elevar la ansiedad del paciente respecto a su situación haciendo una lista de los riesgos que amenazan su seguridad física y emocional. Para aquellos sujetos que fueron criados en ambientes con negligencia o a quienes nunca se les enseñó a cuidarse a sí mismos, esta intervención puede ser crucial. Se les puede decir algo como: "Ya que usted acaba de atravesar por cirrosis hepática, me preocupa que cada vez que vuelva a beber ponga su vida en peligro" o "Yo sé que cuando usted bebe, termina teniendo sexo con personas con quienes no tenía intención de relacionarse, y me temo que una de estas veces usted vendrá con la noticia de que tiene AIDS", "Hay ocasiones en que me sorprende verlo llegar a su cita, por que conozco las probabilidades de que cualquier día sea usted asaltado, arrestado o muerto".

- Mostrar a los pacientes de que manera sus síntomas irán empeorando conforme su adicción progresa.

Esta aproximación funciona mejor con los sujetos que cuentan con un historial muy conocido por el terapeuta, ya que parte del trabajo es observar los efectos que se presentarán con el tiempo si el paciente continua bebiendo. Para llevar a cabo este método, el clínico ha de preparar un listado con cada uno de los

síntomas preocupantes que presentan relación con su adicción por la bebida, y se irán abordando cada uno de ellos en un contexto progresivo de adicción. Se va situando al sujeto por cada incidente de su vida y se le ilustra de que manera cada evento es un síntoma en la cronología del abuso del alcohol. El terapeuta expresa su tristeza ante tal prospecto de vida ya que él sabe lo diferentes que serían los resultados respecto a las aspiraciones que el sujeto tenía para sí mismo años atrás.

- Explorar las declaraciones con respecto a la futilidad del tratamiento.

Cuando los pacientes dicen que el tratamiento no funcionará para ellos o que lo han intentado y no han logrado nada, el terapeuta puede hacer una contribución invaluable para su recuperación investigando las bases para dichas afirmaciones. Puede ser que se fundamenten en sus experiencias anteriores, por lo que es necesario explorar cuidadosamente los intentos anteriores para dejar de beber que haya realizado su paciente. En ocasiones, los sujetos se ven a sí mismos como fracasados en el tratamiento si han recaído subsecuentemente. El clínico puede ayudar haciendo un balance sobre lo que el sujeto recibió y lo que puede esperar recibir en sus futuras experiencias terapéuticas. Puede ser que descubra que el tratamiento que le brindaron no era el adecuado para ese paciente, o puede ser también que el tratamiento no haya funcionado por falta de participación del sujeto y que la percepción de éste respecto al nivel físico y emocional requerido para su recuperación esté distorsionado. Una explicación para el fracaso de ese tratamiento puede ser que el sujeto todavía no estaba listo para recibirlo. Es importante que en esta ocasión el clínico señale con toda claridad

La importancia del compromiso total hacia el tratamiento y el vigoroso trabajo tanto físico como emocional y mental que será requerido del paciente día con día.

Si el sujeto intenta nuevamente recuperarse pero en esta ocasión como un compañero activo con el terapeuta, es muy posible que el tratamiento funcione para él (ibid em pp. 134- 154).

### c) Etapa de Recuperación

Este período se divide en dos fases: la etapa de recuperación temprana y la de recuperación en curso. Durante estas etapas, la lucha del paciente contra su manera de beber empieza a cesar, la abstinencia se consolida y una transformación de su identidad empieza a considerarse seriamente. Paradójicamente, la identidad de alcohólico remueve la lucha entre si beber o no, y muchos sujetos experimentan alivio y una sensación de dirección que compensa la de vergüenza y demás sentimientos referentes a este reconocimiento. Más adelante, cuando las "conductas abstinentes" y la nueva identidad estén más estables, se le dará mucho



más atención a la auto-examinación y a otras áreas que anteriormente habían sido excluidas por la preocupación por beber. Aunque este proceso es ciertamente acompañado por dolor y angustia, también hay euforia hacia la apertura de nuevas posibilidades (ibid em p. 197).

### Recuperación Temprana.

El trabajo de la recuperación temprana es el desarrollo de una nueva identidad que coincida con los cambios de conducta realizados. El paciente continua preocupado con las tareas de no beber y los "cómo" permanecer sobrio, mientras un cambio de identidad empieza a darse. La percepción de "soy un alcohólico; no puedo ni debo beber" es lentamente incorporada. La emoción referente a esta declaración cambia de consternación y vergüenza a un reconocimiento más de hecho que finalmente lo llevará a cambios en sus patrones de conducta que le resultarán mucho más confortables (ibid em pp. 197,198).

### El papel del terapeuta

Atender alcoholismo requiere que el clínico desempeñe muchos papeles, como el de consejero, maestro, entrenador, y terapeuta. Muchas de las estrategias conductuales para establecer y mantener la abstinencia son relativamente sencillas. Un factor clave en entrenamiento de las estrategias conductuales es el de coach. Un elemento básico en esto es la estructura. Frecuentemente, los alcohólicos en esta etapa de recuperación temprana se ven más intactos de lo que en realidad están y necesitan ayuda para estructurar su tiempo y establecer patrones que apoyarán a su recuperación. En este periodo, es importante ayudar al paciente a identificar disparadores internos y externos y señales de alarma que lo puedan llevar a beber y elaborar un plan para abordarlos. Esto puede implicar el evitar ciertas situaciones cuando sea posible y hacer un plan de enfrentamiento cuando su participación sea necesaria. Se le debe recordar al paciente que abandonar una situación peligrosa requiere de coraje, aunque la decisión de "dejar" pueda reflejar una concesión manifiesta. También necesita entender que muchas personas tienen reacciones retardadas respecto a los disparadores; que pueden evitar exitosamente beber mientras esperan una cita en un bar, pero pueden descubrirse a si mismos sucumbiendo ante la bebida uno o dos días después. Muchos pueden soportar situaciones cuando su vigilancia es alta, sólo para "bajar la guardia" en la tarde de ese evento.

La dieta y el ejercicio pueden hacer una importante diferencia en la restauración de un sentimiento de bienestar y salud. Los alcohólicos pueden gravitar hacia alimentos con alto contenido de azúcar una vez que dejan de beber y esto deberá de ser cuidado ya que las amplias variaciones en los niveles de azúcar en el torrente sanguíneo pueden imitar las altas y bajas de la bebida, haciéndolos sentir cansados o estresados, y ponerlos en riesgo. Una dieta balanceada de

alimentos sanos y ejercicio regular acelera la adaptación e incrementa la habilidad para influir en cómo se sienten. Cuando el insomnio o el sueño intermitente son un problema, es importante revisar la dieta y los patrones de ejercicio, observar el consumo de cafeína y azúcares, estilo de vida sedentaria, y otros hábitos que puedan exacerbar las dificultades para dormir. El rebote de la ansiedad al dejar de beber usualmente subside por un mes, aunque puede recurrir episódicamente, particularmente si otros hábitos de salud son atendidos al mismo tiempo.

Otro aspecto importante es el de valorar la solidez del programa del paciente, estar atento a que tan profunda es su involucración en su programa y si ésta no será desarmada por el hecho de que el sujeto lleva algún tiempo sin beber. Es parte de la historia natural del alcoholismo, el que los alcohólicos dejen y vuelvan a beber por algún tiempo en sus vidas, en ciclos que no necesariamente representan crecimiento. Un programa de recuperación se caracteriza por una concientización de las tareas y actividades orientadas a la misma. Estas tareas incluyen no solo la conducta de no beber sino otros cambios cognitivos y evolución emocional. Una señal de alerta de un programa de recuperación inadecuado es la insistencia en el estrecho campo de la forma de beber, y la reticencia para examinar temas más amplios.

A menudo los pacientes desean continuar con sus vidas sociales, asistir a sus actividades sin beber mientras que los demás beben, en lugar de protegerse de situaciones de alto riesgo. Se debe estar alerta a la situación en que el paciente insista en ocultar o disimular su decisión de dejar de beber; esta insistencia puede reflejar la intención de dejar la puerta abierta a alguna invitación a beber. En ciertas relaciones, puede no ser apropiado o deseable el compartir con mucho detalle la decisión del paciente de no beber, en estos casos el terapeuta puede ayudar al sujeto a encontrar una explicación cómoda para salir del paso. Algo como "No estoy bebiendo ahora", o "No voy a beber hasta que me sienta mejor", pueden ser suficientes.

En cuanto a consumir sustitutos sin alcohol, como cervezas o vinos libres de alcohol, parece que ayudan a continuar con la abstinencia. Sin embargo, se le pide al paciente que explore la magnitud del apego al uso de sustancias que esta situación refleja. Este apego puede ser, por ejemplo, a beber vinos que están de moda como parte de una imagen sofisticada, generalmente se convierte en un problema más adelante. Este es otro tema apropiado para ganar perspectiva sobre el compromiso que existe hacia la recuperación.

El terapeuta puede contribuir de una manera importante al paciente a desarrollar una conexión significativa con AA. La resistencia a asistir a AA es frecuentemente, un espejo de sentimientos respecto a ser un alcohólico y estar en recuperación, por lo que su asistencia le puede proveer una oportunidad para explorar esos sentimientos. A menudo, un obstáculo inicial es la incomodidad de estar en un salón lleno de extraños, muchos de los cuales parecen conocer muy bien a los demás, También el temor a ser reconocido puede ser muy grande, y el

paciente puede insistir en asistir a reuniones que queden muy lejos de los lugares que acostumbra visitar. A la larga, esta insistencia, crea una barrera geográfica que puede ser un obstáculo para su regular asistencia. Todos estos aspectos deberán de ser discutidos en las sesiones con el terapeuta.

Utilizar las juntas de AA como un trampolín para el desarrollo de nuevas relaciones es un elemento clave en la creación de un sistema social que apoye la recuperación y que provea una rica fuente de ayuda en el empleo efectivo del programa.

También es importante encontrar un padrino- una persona con experiencia y sólida recuperación- que actúa como un guía o maestro en el uso del programa de recuperación. Estas relaciones con los padrinos pueden ser largas o cortas, ya que los miembros son animados a cambiar de padrino conforma vayan identificando personas que consideren los puedan ayudar. Entre más información tenga el terapeuta sobre las prácticas de AA, y las diferentes etapas de recuperación, más podrá ayudar a sus pacientes alcohólicos (ibid em pp. 198-214).

### Recuperación en Curso

Una vez que la abstinencia ha sido sólidamente alcanzada, debe de ser consolidada a través de cambios en el estilo de vida que reflejen una identidad desarrollada como una persona en recuperación. El paciente en recuperación en curso es capaz de realizar un auto-exámen mucho más profundo, que incluya los aspectos que dieron pie para el desarrollo del alcoholismo, al igual que aquellos que entorpecieron la sobriedad. Los requisitos conductuales para la recuperación tales como mantenerse lejano de las personas con las que se bebía, son frecuentemente, más obvios que las cuestiones del proceso, como la experimentación y expresión de sentimientos.

El alcohol puede ser utilizado para adormecer o exaltar sentimientos, pero la recuperación demanda un tipo distinto de normas. La habilidad para experimentar un sentimiento sin sobre-actuar es un logro significativo. La habilidad de tolerar un rango de sentimientos es otro desarrollo importante. Algunos consideran que están en contacto con sus emociones porque reconocen ira y placer, pero en verdad, no registran estados de sentimientos más sutiles.

Los aspectos de control están estrechamente relacionados al reconocimiento y expresión de sentimientos. Las habilidades de control durante la etapa de ingesta alcohólica son primitivas y rígidas, y parte del proceso de crecimiento de la recuperación implica el desarrollo de un sistema sano y maduro de control.

También es importante en esta etapa el desarrollo de tolerancia a la ambigüedad. La actitud de todo o nada característica de la ingesta, transición y recuperación temprana necesita ser transformada en una habilidad para manejar la incertidumbre y el cambios por esto que, en la etapa de recuperación temprana se minimizar los problemas de la vida, pero más adelante en la recuperación aquellas

personas que son presa fácil a la ansiedad proveniente de la ambigüedad y del cambio necesitan trabajar en este aspecto dentro de su terapia.

Muchas personas continúan frecuentando regularmente las juntas de AA a lo largo de muchos años, lo que consideran como esencial para el logro de una vida balanceada y productiva. Es conveniente apoyar a los pacientes a que mantengan un calendario de asistencia a sus juntas que les permita continuar sintiéndose conectados con el grupo y el programa. A estas alturas de la recuperación es necesario un trabajo profundo con el Programa de los Doce Pasos. La secuencia de los pasos en orden progresiva facilita la construcción de una sólida fundación; los miembros son animados a trabajar los pasos en orden. Los sueños con la bebida en esta etapa de la recuperación pueden indicar la profundidad del trastorno emocional así como una señal de peligro de beber. De hecho, el paciente que en realidad está en riesgo de beber puede soñar con la bebida como una reflexión de las dudas de su confusión. Aunque estas etapas de recuperación son difíciles, generalmente son periodos de marcado crecimiento y expansión de posibilidades. El trabajo con alcohólicos puede ser para el clínico una de las experiencias más recompensantes de su carrera (ibid em pp. 215-228).

### 3.5 Resultados

Los estudios presentados indican que la psicoterapia orientada al insight no representa una buena opción para los alcohólicos. Los estudios controlados apuntan un alto nivel de abandono de la terapia y una efectividad más baja o igual en comparación a métodos alternativos (Gomes-Schwartz, 1980). Una posible razón de esta pobre respuesta de los alcohólicos hacia las terapias de insight es un patrón de déficit en abstracción cognitiva y habilidades de memoria asociado al uso crónico del alcohol (Eckard, 1980). Con respecto a las intervenciones breves: un gran número de reportes en los últimos años indica que los pacientes alcohólicos que han recibido el apoyo de intervenciones breves, se han beneficiado igual que aquellos que han sido internados (Goodwin et al. 1999). Por su parte Bien, Miller y Tonigan (1995) revisaron 44 estudios controlados, investigando los efectos de la intervención breve en el abuso del alcohol. La mayoría de estos estudios mostraron que las intervenciones breves son superiores en su eficacia a los tratamientos en condiciones de no-control y generalmente, tan efectivos como los tratamientos de larga duración, los tratamientos intensivos en una variedad de medición de resultados. Respecto a las redes de apoyo Galanter (1993) sostiene que: "Un grupo de personas cercanas al paciente puede brindarle apoyo efectivo para la recuperación de la enfermedad de adicción en las "redes de apoyo terapéuticas".

## CAPITULO 4 TERAPIA FAMILIAR

*"El alcohólico es por regla general, la causa de innumerables molestias y disgustos para quienes lo rodean. Sin embargo, cuando la familia de éste está enterada de que el alcoholismo es una enfermedad como lo son el cáncer, la tuberculosis y la diabetes, es indudable que trata de ayudarlo a que remedie su enfermedad." (Anónimo, 1987)*

### 4.1 Historia de la terapia familiar

Los tratamientos conyugales y de familia han sido llamados como "el más notable avance en el área de la psicoterapia del alcoholismo" (Keller, 1974). Muchos alcohólicos tienen profundos problemas maritales y familiares, y un positivo ajuste conyugal y familiar es asociado con mejores resultados en el tratamiento del alcoholismo en estudios de seguimiento (Moos, Finney & Cronkite, 1990). Además, existe fuerte evidencia clínica y de investigación de la relación recíproca que existe entre las interacciones conyugales-familiares y el abuso del alcohol (O'Farrel, 1995).

Los terapeutas de familia tomaron de la aproximación antropológica del funcionalismo la noción de que la conducta anómala puede tener una función protectora para un grupo social y aplicarla a los síntomas de los miembros de la familia. Los funcionalistas consideran que las familias necesitan adaptarse a su entorno. Los síntomas como el alcoholismo, en miembros de la familia significa que la familia no se está adaptando a su medio ambiente y que es incapaz de satisfacer sus necesidades (Lawson & Lawson, 1998).

El biólogo Ludwig von Bertalanffy, desarrolló el modelo "teoría general de sistemas" que concierne a cualquier sistema, ya sea físico (una máquina), biológico (un animal), psicológico (una personalidad), o sociológico (un sindicato). Un sistema puede ser conformado por pequeños sistemas o ser parte de un sistema más grande. Estos sistemas también tienen propiedades o reglas, como la de "un sistema es más que la suma de sus partes". Por consiguiente, los terapeutas no deben de concentrarse únicamente en las personas de una familia, sino debe de observar la interacción y proceso de esas partes de la familia. Bertalanffy también expuso la idea de que los sistemas vivientes, es decir la gente, no son máquinas y tienen propiedades especiales. La *equifinalidad* es el principio de que los organismos tienen la habilidad de alcanzar sus metas finales desde condiciones iniciales y en diferentes maneras, y tienen la habilidad de proteger y restaurar su integridad (Davidson, 1983).

La *cibernética* es otra de las grandes influencias en la terapia familiar, fue desarrollada por el matemático Norbert Weiner quien realizaba estudios sobre máquinas. El núcleo de esta teoría es el *circuito de retroalimentación*, que es el proceso de un sistema recibiendo información por autocorrección para mantener

un balance o progreso dirigido hacia una meta (Nichols & Schwartz, 1995). Estos circuitos pueden ser positivos, y son los que amplifican la desviación de un curso o estado, o negativos, los cuales la reducen (Lawson & Lawson et al, 1998).

El antropólogo Gregory Bateson, fue quien vinculó la cibernética a la terapia familiar con la noción de *causalidad circular*: que comprende que la psicopatología no es causada por eventos pasados sino que es parte de los circuitos de retroalimentación circulares actuales (Nichols & Schwartz, 1995).

Estas ideas son aplicadas a las familias a través del estudio de las reglas que rigen sus conductas; circuitos negativos de retroalimentación, o el proceso usado para reforzar las reglas; la secuencia de los eventos alrededor del problema, o de que manera reacciona la familia ante un problema, y en que orden; y que sucede si el circuito negativo no resuelve el problema o si el circuito positivo no lucha en busca de nuevas soluciones (Lawson & Lawson et al.).

Esto es evidente en las familias alcohólicas cuando la familia tiene un patrón determinado de reacción hacia la intoxicación del miembro alcohólico. Las reglas se establecen en un intento de solucionar el problema: "No hagan ruido. Pueden molestar a su papá." La esposa no-alcohólica asume la mayor parte de responsabilidad para llevar a la familia. Todos los miembros de la familia aprenden a no hablar respecto la conducta del alcohólico. Los secretos son guardados y los roles de conducta desarrollados tratando de solucionar el problema. Todo esto lleva al mantenimiento del estatus familiar en un intento de mantener a la familia unida, pero las secuencias de la conducta familiar se convierten en parte del problema. En vez de que la conducta alcohólica sea la desviación de un estado estable, se convierte en parte del estatus familiar. Los miembros de la familia aprenden a adaptarse a éste, y lo mantienen estancado. Esto generalmente resulta cuando los circuitos negativos de retroalimentación de la conducta alcohólica (regaños y quejas) fracasan en la corrección de la desviación. Un ejemplo de un circuito negativo de retroalimentación que no funciona es el patrón clásico de comunicación, "Yo bebo porque tú me regañas". Esto usualmente lleva a incrementar o por lo menos, a continuar con el patrón de ingesta (ibid em p. 46).

## 4.2 Alcoholismo y la familia

Stanton (1994), en un manuscrito no publicado de la Universidad de Rochester afirma que la familia, ampliamente definida, es la unidad de tratamiento, y que la lealtad y el amor son la llave de los motivadores sistémicos para la recuperación. Es por eso que estratégicamente buscamos movilizar el proceso de recuperación dentro del sistema social, incluyendo la familia multigeneracional, así como a los amigos, y otros profesionales involucrados. En resumen, la familia y los amigos son más poderosos que el terapeuta y el sistema de tratamiento.

Es ampliamente sabido que el abuso del alcohol lleva a discordia marital y familiar, entre los problemas más serios se encuentran separación/divorcio, abuso infantil y abuso de la esposa. Al mismo tiempo, el papel desempeñado por los factores conyugales y familiares en el desarrollo y mantenimiento de los problemas ocasionados por el alcohol es considerable. Los individuos criados con un padre alcohólico están en riesgo de desarrollar problemas con el alcohol debido tanto a factores genéticos como a un defectuoso modelo. Los problemas maritales y familiares pueden estimular el beber en exceso, y las interacciones familiares a menudo pueden ayudar a mantener los problemas relativos al alcohol una vez que se han desarrollado. El beber en exceso puede proporcionar más consecuencias adaptativas sutiles para la pareja o familia, tales como facilitar la expresión de emociones o afectos o regular la cantidad de distancia y cercanía entre los miembros de la familia. Finalmente, aun cuando la recuperación del alcoholismo ha empezado, los problemas maritales o familiares pueden a menudo precipitar que el alcohólico vuelva a beber (Maisto, O'Farrell, Connors, McKay, & Pelcovits, 1988).

Es reconocido desde hace mucho tiempo que las relaciones familiares conflictivas pueden jugar un papel significativo en la génesis de algunas psicopatologías. Como consecuencia de algunas observaciones clínicas se desarrolló la intervención terapéutica directa con la familia. Dentro de estas observaciones se encuentran las realizadas con pacientes psicóticos, particularmente esquizofrénicos, quienes después de haber demostrado mejoras como resultado del tratamiento, recaían cuando volvían a su ambiente familiar. O las de que cada miembro de la familia tenía una versión diferente acerca de un mismo hecho y del tipo de relaciones familiares en las que interactuaba. Basándose en dichos estudios, se trabajó la idea de que la mejor forma de registrar y corregir discrepancias era la de intervenir directamente en el ámbito familiar (Stanton, Todd y cols., 1997).

Rafael Velasco Fernández, en su libro "Alcoholismo Visión Integral" (1988), sustenta que el trabajar con la familia del paciente constituye un elemento fundamental en el tratamiento integral del alcoholismo; de hecho, no se concibe un tratamiento de rehabilitación para el alcoholismo sin la participación de la familia. Afirma que el objetivo primario del tratamiento familiar es lograr un cambio de actitudes de las personas que conviven con el alcohólico, ya que generalmente la familia participa de los mitos y prejuicios que la sociedad, debido a su ignorancia, tiene respecto del alcohol y de los alcohólicos. El objetivo secundario es el de detectar la psicopatología familiar, integrar una dinámica familiar y someter a las familias sintomáticas - que son muy frecuentes entre los alcohólicos- a una terapia familiar. Y menciona entre las estrategias utilizadas a las pláticas de orientación, conferencias, películas, dinámicas de grupo entre los familiares de alcohólicos, grupos de esposas, padres o hijos de sujetos alcohólicos, grupos mixtos, sesiones de confrontación conyugal entre el alcohólico y el "coalcólico", que es el miembro de la familia más cercano al alcohólico, sesiones de confrontación entre el

alcohólico y su familia, la psicoterapia familiar propiamente dicha y los grupos de autoayuda como Alanón y Alateen.

Stephanie Brown y Virginia Levis, en el capítulo 8 de su libro "Treating Alcoholism" (1995), dedicado a la familia alcohólica, afirman que la familia sigue una progresión de desarrollo de la etapa de ingesta alcohólica a la transición, a la recuperación temprana, y finalmente a una estable y recuperación en curso, exactamente igual que el mismo alcohólico. Todas estas etapas de recuperación son concernientes al desapego, separación, y más adelante, nuevos apegos y reintegración. El alcohólico debe renunciar al alcohol y establecer un nuevo y comfortable yo en recuperación. Los miembros de la familia deben renunciar también a sus ataduras patológicas y adictivas que los ataban al alcohólico y al sistema que perpetua la patología. El tratamiento y la recuperación implican la ruptura de todas las conductas, creencias y percepciones distorsionadas, y de las auto-imágenes dañadas que se han convertido en el pegamento de la relación y el núcleo de la identidad familiar. Generalmente, las familias no se mueven juntas, es más común para uno o varios miembros buscar ayuda de manera separada. Al principio, el problema puede no ser identificado como alcoholismo dentro de la familia, sino como otra dificultad que se ha convertido lo suficientemente seria como para buscar ayuda externa. Finalmente, con la ayuda de un punto de vista externo, se hace posible el ver y nombrar al alcoholismo y empezar a separarse de su desastrosa influencia.

La dependencia química es una enfermedad, como muchos otros padecimientos, que florecen dentro de un contexto social. Múltiples generaciones de dependencia química resultan en el desarrollo de las adaptaciones de un grupo familiar y un sistema social que son el primer foco del tratamiento y de la recuperación. La enfermedad es expresada a través de complejas interrelaciones del individuo, familia y res social: la dependencia química es un desorden biopsicosocial cuya ocurrencia, longevidad, severidad y respuesta al tratamiento son grandemente influenciados por factores familiares y sociales. La biología determina aquellos aspectos de la enfermedad tales como la tolerancia, síndrome de abstinencia, intensidad de la necesidad de beber, y algunos otros, pero los aspectos familiares y sociales determinan fuertemente su curso y respuesta al tratamiento (Kabat, Kabat & Garret, 1995).

En la ausencia de conciencia de la enfermedad, las familias siempre se han adaptado a ella, de la mejor manera posible, integrando la enfermedad en su diario vivir (Rothman, 1994).

En el caso de la dependencia química, esta adaptación es reflejada en la integración dentro de la vida familiar de abuso rutinario de bebida o droga y los patrones que acompañan a la familia de negación, minimización, y racionalización. El popular término *codependencia* refleja la estrategia familiar de adaptación para mantener un funcionamiento óptimo. Es difícil, aunque no imposible, para las personas cambiar conductas tales como beber o consumir drogas, que para ellos y sus familias y amigos ven como adaptativas, tal vez hasta esenciales, para vivir



bien. Esto es cierto no sólo para el químico dependiente, quien en recuperación se puede volver social y familiarmente aislado, sino para las esposas o personas muy queridas también: la recuperación de la codependencia implica los mismos dilemas sistemáticos (Kabat, Kabat & Garret et al).

### 4.3 Diagnóstico de la familia alcohólica

El diagnóstico determina si una familia es candidato para terapia y debe tener un plan de tratamiento que implique a todos los miembros de la familia. Este plan debe incluir las metas del tratamiento y una evaluación del potencial de cambio dentro de la estructura familiar. El diagnóstico no es conducido a etiquetar la patología individual (Lawson & Lawson, 1998).

Clarcken, Frances, and Moodie (1979), realizaron una revisión de la literatura sobre terapia familiar e hicieron un listado de las instancias cuando la evaluación de la familia es indispensable. En primer lugar, la evaluación familiar puede ser necesitada para entender situaciones como las siguientes:

- El paciente identificado es un niño o adolescente.
- El problema es dificultades sexuales.
- El problema familiar o marital es lo suficientemente serio para poner en peligro estas relaciones, la estabilidad laboral, la salud, o la habilidad para ser padres.
- La familia está experimentando una crisis.
- La familia define el problema como un problema familiar.

En segundo lugar, en los casos en que la hospitalización psiquiátrica es considerada, la evaluación familiar es esencial para obtener información histórica y descubrir las influencias de la familia en la enfermedad así como para promover la participación en el tratamiento.

En tercer lugar, el diagnóstico de la familia es importante cuando el tratamiento familiar es encontrado necesario debido a factores tales como las obvias interacciones familiares alrededor del problema, fracaso de otros terapeutas, el número de miembros afectados por el problema -un padre y un niño en la misma familia ambos pueden ser alcohólicos-, y cuando las ganancias secundarias de los síntomas están ligadas a la patología familiar.

Lawson y Lawson (1998) en el capítulo referente a diagnóstico de la familia alcohólica de su libro "Alcoholismo y la familia" señalan que por otra parte, la evaluación familiar no debe ser realizada cuando un miembro de la familia insiste en tener una sesión privada para no revelar algún secreto familiar que ponga en peligro a otro miembro, por ejemplo, un adolescente que acaba de irse de su casa. Pero aun cuando la familia está divorciada sin ninguna esperanza de reconciliación, la evaluación familiar puede ser efectuada con el padre que tenga la custodia y los niños. Las sesiones con ambos padres divorciados y los niños pueden mejorar fuertemente el proceso doloroso de reestructurar la familia y

mantener a los niños fuera del conflicto marital. Sin embargo, cuando los conflictos intrapsíquicos suceden repetidamente fuera de la estructura familiar, el tratamiento individual puede ser más benéfico. El tratamiento familiar es también contraindicado cuando un paciente tiene un historial de sabotajes de tratamiento por medio de alianzas o cuando un cliente tiene extrema patología esquizoide o paranoide.

Con respecto a la forma en que un terapeuta puede ponerse en contacto con las familias que requieren evaluación, Lawson y Lawson indican que esta aproximación puede ser de muchas maneras. Primero, el síntoma aparente puede ser un niño en la familia en la que uno o ambos padres tienen problemas con su manera de beber. Sin embargo, estos problemas pueden ser ocultados al terapeuta, y el niño puede experimentar el dolor de la disfunción familiar. Aunque estas familias alcohólicas aparentan ser muy parecidas a otras familias disfuncionales, ciertas pistas pueden exponer un problema oculto de bebida. Los terapeutas deben informarse sobre los patrones de bebida y completar un historial de bebida de los cónyuges si existen las siguientes condiciones:

- Un patrón de alcoholismo es evidente en cualquiera de las familias de origen.
- Los niños están protegiendo a sus padres.
- Hay una inversión de papeles con un niño asumiendo un rol de padre.
- La negación y el aislamiento son modelos familiares.
- Existe un reporte de abuso físico o incesto.
- El niño es un obvio chivo expiatorio.
- Los padres tienen un miedo irracional al alcoholismo y drogadicción entre adolescentes.

Puede ser que el problema expuesto en el niño sea alcohol y/o abuso de drogas.

Aunque esos síntomas probablemente no sean ocasionados por alcoholismo en la familia, pueden alertar a los terapeutas de la posibilidad de que los síntomas en el niño se deban a una respuesta a la adicción de uno o ambos padres.

El segundo tipo de familia ve la conducta alcohólica como incidental a los demás problemas familiares. Berenson, (1976) consideró que estas familias ocasionalmente tienen un modelo de alcoholismo que es caracterizado por ligero o infrecuentes cambios de conducta cuando beben. La relación entre los cónyuges es simétrica en la superficie. También, en este tipo de familia la cantidad de patrones de bebida es variable; los problemas del alcohol tienden a ser secundarios y se extinguen si otros problemas son resueltos.

El tercer tipo de familia busca terapia con el alcohol como problema principal. Esta familia es organizada alrededor del alcohol y su significado en la familia; la conducta de la ingesta es parte de la estructura familiar. El bebedor puede o no ser físicamente adicto. Berenson(1976) afirmó que los miembros de esas familias están de acuerdo en que el alcohol es un problema, y puede existir un intenso conflicto con respecto a esto. Adicionalmente, el consumo de alcohol en esas familias incrementa la severidad de otros problemas. Los cambios conductuales que se presentan durante la intoxicación son generalmente intensos y comunes, y la

relación entre los cónyuges fluctúa y está inmersa en conflicto manifiesto. Este tipo de familia no siempre se puede distinguir del segundo tipo, por la cantidad de bebida, pero sí y mucho por el cambio conductual en el bebedor, la calidad de la relación de los cónyuges, y la duración del problema.

La cuarta forma en que la familia alcohólica aparece para la terapia es durante un periodo de seguimiento. Uno o ambos cónyuges en esta categoría pueden haber completado tratamiento alcohólico ya sea como pacientes externos o internos, y la homeostasis familiar puede estar fuera de balance. La relación marital puede estar en riesgo. En esos casos la terapia familiar puede ser vista como una medida preventiva a dificultades futuras o como un segundo periodo de su tratamiento. Las familias pueden evitar la terapia si sienten que el miembro alcohólico tiene una relación especial con el terapeuta. Resulta difícil para el clínico que ha desarrollado una relación con el alcohólico ser imparcial. Por lo que, en esos casos, la terapia deberá de ser dada por un terapeuta diferente al que atendió desde un principio al bebedor.

Las familias en recuperación pueden también asistir por tratamiento muchos años después de que han establecido una sobriedad estable. Pueden venir a tratamiento con problemas conyugales; de conducta, emocionales, con problemas de consumo de sustancias en los hijos; o problemas relacionados con el deterioro del ciclo de desarrollo familiar. Frecuentemente estas familias no han aprendido a funcionar como un sistema saludable y continúan produciendo síntomas en otros miembros de la familia o subsistemas. Puede ser que ellos nunca antes hayan hablado con respecto al alcoholismo o al proceso de recuperación como una familia y las reglas concernientes a no hablar sobre alcoholismo pueden continuar operando (Lawson & Lawson, 1998).

"El alcoholismo es un estado capaz de convertirse en un principio organizador central, en derredor del cual se estructura la vida de la familia. Cuando tal cosa ocurre, el alcoholismo llega a ser un componente inseparable de la trama de la vida de la familia: ésta se convierte en una familia alcohólica." La denominación de *familia alcohólica* se utiliza cuando se refiere a familias en las cuales el alcoholismo se ha convertido en un principio organizador central (Steinglass, Bennett, Wolin y Reiss, 1997).

### Observación de conductas

La observación de conductas es importante y es realizada en el aquí y ahora. Los terapeutas familiares deben tener todos sus sentidos bien alertas a las conductas y acciones de las familias que están evaluando. Las pistas verbales y no-verbales están presentes en los modelos de funcionamiento familiar en cada interacción. Desde el primer contacto con la familia, los terapeutas empiezan a formular impresiones. Si es posible el observar a la familia entrar a la clínica, el terapeuta debe notar conductas tales como quien está caminando junto a quien, quien anuncia a la recepcionista la llegada de la familia, donde se sientan en la sala de espera, cómo controlan a los niños, y quien llena las hojas de aplicación.

Cuando la familia entra al cuarto de terapia, se le debe prestar especial atención a la forma en que disponen de los lugares para sentarse. Es muy útil el tener un sofá o combinación de sillas que permitan la cercanía al estar sentados los cónyuges, de tal manera que ellos puedan elegir si sentarse juntos o deliberadamente se sienten separados. Si los cónyuges se sientan juntos, observe si uno de ellos se empieza a separar del otro. Esta señal es a menudo útil para determinar cual de los cónyuges está menos satisfecho con la relación marital. En el caso de que haya sillas extras, más combinaciones son posibles, y el distanciamiento puede ser observado con mayor claridad. Si la oficina es pequeña y los asientos escasos, algunas de estas observaciones son contaminadas por las limitaciones del ambiente. Algunas veces los niños tienden a moverse durante la entrevista hacia alguno de los padres o hermano. Ellos pueden insistir en estar en medio de los cónyuges o brincar en el regazo de su madre si el nivel de ansiedad aumenta (Lawson & Lawson, 1998).

### Comunicaciones

Tan pronto como un miembro de la familia empieza a hablar, el terapeuta esta experimentando el contenido del mensaje y el proceso de comunicación. La manera en que la familia se comunica es importante para evaluar alianzas, límites, y roles familiares. Para el terapeuta, observar el proceso puede ser más valioso que su contenido. ¿Quién habla más?, ¿Quién habla por quién?, ¿El niño cambia el tema de la conversación si la ansiedad es alta?, ¿Cómo se comunican los padres?, ¿La conducta no-verbal contradice el mensaje verbal?, ¿Se encuentran los niños en una situación de doble apuro?, ¿Está alguien leyendo la mente de otro?, ¿Los miembros de la familia toman turnos para hablar o se interrumpen unos a otros, o hablan todos al mismo tiempo?, Los patrones de comunicación en la familia son muy importantes en la terapia y a menudo reflejan la real estructura de la familia así como las áreas de dificultades y sus recursos (ibid em p. 135, 136)

### Roles familiares

Al observar el terapeuta los patrones de comunicación empieza a identificar los roles de conducta de la familia. "Una de las maneras más comunes en que una familia reduce el stress es por medio de la asignación de roles a sus miembros para que los representen en la situación de conflicto". (Wash, 1980,p.13). Virginia Satir, en su libro "Conjoint family therapy", (1967),define cuatro modelos básicos de roles que son:

1.- Aplacador, 2.-Acusador, 3.-Fuera de contexto, 4.- Superresponsable (Bandler, Grinder, & Satir, 1976).

De manera similar, Weggscheider (1979) desarrolló categorías de roles para la familia alcohólica a las que llamó *roles de supervivencia*. Estas son máscaras emocionales usadas por los miembros de la familia para encubrir sus sentimientos reales en un esfuerzo para mantener el balance familiar. Conforme la crisis se va desarrollando en el sistema familiar o la ansiedad respecto a la bebida se vuelve mayor, cada uno

de los miembros se aferra a su respectivo rol fuertemente, para encarar la tormenta.

Wegscheider consideró a la persona en la familia que proyecta una menor autoestima y que es incapaz para manejar la crisis como "víctima". Las víctimas sienten vergüenza, inadecuación, culpa, dolor, soledad, y miedo pero utilizan máscaras de enojo, agresión, negación, perfeccionismo, encanto, y manipulación que son similares al rol que Satir llamó: "El acusador". "La víctima cree que si permitiera que su dolor emergiera con su fuerza completa, el balance del sistema familiar se destruiría catastróficamente". (Wegscheider, 1979, p.33).

"En la familia con alcoholismo, los miembros aprenden rápidamente que no pueden esperar la conducta usual de la persona alcohólica en términos de los roles familiares. Para compensar esta situación, los miembros no-alcohólicos cambian sus roles en un esfuerzo para mantener el funcionamiento de la familia" (Hanson & Estes, 1977, p.71).

La persona más cercana a la víctima no puede escapar a este proceso.

Wegscheider llamó a este rol el "protector". El protector está enojado pero, al igual que los otros roles, no lo demuestra abiertamente. Para mantener la estabilidad, el protector manipula a la víctima y obtiene un sentido de importancia teniendo a la víctima en un estado de dependencia de su protección. Es difícil para el protector cambiar su conducta o aceptarla como disfuncional, más bien la considera como superresponsable. El o ella es pasiva y sin poder y merece recompensas tales como comer en exceso o el control del funcionamiento de la familia y dinero. Si este rol existe en el subsistema parental, esta relación didáctica buscará un tercer lado para el triángulo hipotético, posiblemente uno de los hijos. Este niño trabajará para dar dignidad y significado a la familia satisfaciendo y ubicando las necesidades de otros por encima de las suyas. Wegscheider llamó a este rol como el "cuidador". También ha sido llamado el "héroe de la familia" y el "reparador" por otros autores. Una máscara especial de logro es utilizada por esta persona, pero el o ella nunca obtienen éxitos personales. Esta gente tiene un rol especial, sin embargo nunca se sienten importantes o nunca sienten la cercanía que a ellos les gustaría de sus familiares. Los niños frecuentemente continúan este patrón a lo largo de sus vidas, en algunas ocasiones, eligen profesiones en las que puedan ayudar para perpetuar este rol.

Los otros niños también desempeñan roles para salvar a la familia. Los "chivos expiatorios" son "el problema" y pueden llevar a la familia a terapia. El hijo más pequeño a menudo hace el papel del "fuera de contexto" y quita la atención haciéndose el cómico. "Por el bien del equilibrio familiar, el sistema requiere de tener a alguien cumpliendo cada rol. De manera que, en familias pequeñas una persona puede estar realizando varios roles alternadamente" (Wegscheider, 1979, p.34). Estos roles no son el núcleo de la terapia sino el diagnóstico, sin embargo, ofrecen una perspectiva de las interacciones familiares que causan las conductas mal adaptativas en cada miembro. Todas las familias tienen roles de conducta. Es

la rigidez de esos roles como estrategias de sobrevivencia lo que crea problemas para los miembros de la familia (Lawson & Lawson, 1998).

#### 4.4 Tratamiento con el cónyuge del alcohólico

Gloria L. Van Bree en el capítulo 9 del libro "Treating alcoholism" (1995), dedicado al tratamiento de la pareja alcohólica señala que la pareja es la clave de la familia y el punto crucial para el crecimiento y bienestar de sus miembros. Así mismo, es un factor vital para la sobriedad del alcohólico porque los eventos sucedidos en el matrimonio o los factores relacionados a la pareja están entre las razones más frecuentemente citadas por los alcohólicos como causa de recaída y como razón para terminar un episodio de recaída también. La terapia de pareja desempeña un específico e importante papel en el tratamiento y recuperación de alcoholismo. Este papel cambia a través del proceso de recuperación así como la pareja y sus patrones necesitan cambiar.

##### Origen del problema

##### La esposa como perturbada emocional

Lawson & Lawson (1998) afirman que para muchos en el campo de la psicoterapia, la esposa del alcohólico no es vista como una víctima desamparada sino como gran contribuyente a la disfunción de la unidad familiar. Esto no es sorprendente, dada la gran cantidad de estudios estableciendo al cónyuge del alcohólico como estresado y con requerimientos de ayuda.

Whalen (1953) describió cuatro tipos generales de personalidad de las esposas de alcohólicos. Este trabajo fue basado en entrevistas realizadas en la Agencia de Servicios para la Familia en Dallas, Texas. Whalen observó que rara vez los esposos de mujeres alcohólicas las acompañaban a terapia, por lo tanto enfocaba sus comentarios en la esposa del hombre alcohólico. Para empezar con esto, Whalen pensó que la esposa de un alcohólico, generalmente tiene una pobre integración de personalidad al igual que su esposo, aunque ella aparezca como más funcional ante los ojos de la sociedad. La implicación aquí es que la esposa es un igual contribuidor a la completa destrucción de la familia alcohólica dadas sus características subyacentes de personalidad que son esencialmente negativas y destructivas. Específicamente, identificó cuatro personalidades que recurren frecuentemente. La primera la llamó "sufridora". Este individuo frecuentemente elige un esposo alcohólico debido a su necesidad de ser castigado. Ella no se decepciona cuando se vuelve abusivo, irresponsable, e incompetente. La sufridora es típicamente dócil, se disculpa constantemente, y es buen ama de casa. Probablemente, ella provenga de una familia en la que fue abusada, y su problema central es una baja autoestima. El abuso se convierte en una auto-profecía cumplida. Señala también que es te tipo de personas no siempre se casan con un alcohólico pero buscan un compañero que sea dominante, rechazante y frío. Su rol

en la familia alcohólica refuerza y tolera la conducta de su esposo; ella es la mitad de una relación simbiótica disfuncional.

El segundo tipo de personalidad lo describió Whalen como *controladora*. Esta mujer busca un compañero que la necesite, un alcohólico, una persona discapacitada, o alguien con un origen socioeconómico o educativo inferior. La estructura básica de su personalidad implica desconfianza y resentimiento hacia los hombres en general. Ella quiere alguien más débil que ella a quien pueda dominar y manipular. Frecuentemente, la razón inicial para contactar al terapeuta es encontrar un aliado que la ayude a detener la manera de beber de su esposo. A ella raramente le sucede el que ella tenga un problema. La controladora es a menudo quien gana la mayor parte del sustento del hogar y una mujer profesionalista. Rara vez tiene un activo interés en la familia y es hostil y crítica con su esposo. Adicionalmente, es implacable y distante con su esposo, negándole apoyo y amor, reforzando sus sentimientos de inadecuación por medio de regaños en una actitud maternal. Es obvio que esta mujer puede socavar cualquier intento de rehabilitación del esposo sólo ya que ella no desea un compañero igual, a pesar de sus constantes quejas por su manera de beber.

El tercer tipo de personalidad, es llamado la *indecisa*. Esta mujer también es atraída hacia un hombre que ella percibe que la necesita, pero por razones diferentes a las de la controladora, ya que la controladora quiere un esposo que sea débil para controlarlo, pero la indecisa busca este tipo de persona debido a su temor a ser abandonada. Si él la necesita, ella piensa no la dejará. La indecisa tiene gran necesidad de ser amada, relacionada con una marcada inseguridad. Ella sólo se puede sentir segura en relaciones con personas dependientes. Como madre parece ser devota, pero en realidad trata de mantener a sus hijos pequeños y dependientes. Es excesivamente protectora y asfixiante. Como esposa, puede finalmente cansarse de la conducta de su esposo y separarse de él por un tiempo. Sin embargo, será siempre persuadida a regresar con sinceras promesas - que nunca durarán -. Ella sabe que está siendo maltratada, pero no puede resistirse a las tiernas palabras que tanto desea escuchar.

El cuarto estilo de personalidad es la *castigadora*. Las relaciones que mantiene la castigadora, particularmente con los hombres, están caracterizadas por rivalidad y agresividad. Ella es frecuentemente exitosa profesionalmente y tiene poco interés en la vida de hogar. A diferencia de la controladora, ella no pide que su esposa se haga cargo de ella emocional o financieramente; ella lo cuida a él. Describe a su esposo como lindo o dulce y básicamente lo protege. Lo provee con casi todo y la castra emocionalmente en el proceso. Por otra parte, cuando él bebe y es "malo" es severamente castigado. De acuerdo a Whalen, ésta es una relación simbiótica. En este matrimonio, la castigadora encuentra una válvula de escape para sus impulsos agresivos en una sociedad con un hombre que depende de ella y que constantemente se lleva a sí mismo hacia situaciones que justifican el castigo. El esposo consigue lo que inconscientemente desea -el castigo que piensa merecerse debido a su pobre auto-concepto y odio a sí mismo como perdedor.

### La esposa como ser no perturbado emocionalmente

Hasta este punto, los estudios citados han descrito al cónyuge (usualmente la esposa) del alcohólico como un ser emocionalmente perturbado. Sin embargo, la cuestión es si esta condición precede al matrimonio alcohólico o si es consecuencia de él (o si siquiera existe). Muchos estudiosos consideran que el cónyuge del alcohólico no está perturbada. Por ejemplo: Corder, Hendricks, and Corder (1964) usaron el MMPI para comparar a las esposas de alcohólicos con las esposas de no alcohólicos. Los resultados describen que las esposas de alcohólicas demostraron más síntomas psiquiátricos, no obstante caen en el rango "normal" en la prueba y por lo tanto no fueron vistas como "enfermas". Un estudio más reciente realizado sobre las esposas de alcohólicos y cónyuges femeninos de perpetradores de incesto encontraron que, "No existe evidencia que indique la presencia de problemas caracterológicos entre las compañeras de los abusadores sexuales y las compañeras de alcohólicos" (Pitman & Taylor, 1992).

Lawson & Lawson concluyen que el grado de patología de los cónyuges de alcohólicos debe de ser determinado individualmente. Ya que hacer generalizaciones respecto a los cónyuges de alcohólicos es tan difícil como hacerlas respecto al resto de la humanidad. El punto importante aquí es el que el cónyuge sea evaluado y no excluido del tratamiento.

### Al-Anon

Estudios realizados por Bailey (1964) y Wright y Scott (1978) han sugerido que el mejor predictor de la sobriedad de un alcohólico es su participación en Alcohólicos Anónimos (AA) aunado a la constante asistencia de la esposa a los grupos de Al-Anon. Además, Wright and Scott investigaron entre diferentes tratamientos, si alguno de ellos, era importante para el cónyuge con el objeto de facilitar la recuperación del alcohólico. Sus conclusiones indicaron que entre más tipos de tratamiento participe el cónyuge mejor será el resultado Y especificaron que Al-Anon y el tratamiento de paciente interno, si fuera necesario, son los más benéficos. La manera en que trabaja Al-Anon es paralela a la de AA, tanto en el uso de los Doce Pasos de AA, como el de sus Tradiciones como un marco conceptual para el alcoholismo. Pero Al-Anon funciona para los cónyuges y amigos del alcohólico y no trata directamente con los bebedores problema. Al-Anon, al igual que AA, es anónimo y no tiene gobernantes. Es un grupo de autoayuda que brinda apoyo, información y aliento a sus miembros. Los participantes son orientados para ayudarse a sí mismos y renunciar a su esfuerzo de controlar al alcohólico. Pero quizá el aspecto más positivo de Al-Anon sea el compartimiento por parte de sus miembros de experiencias similares superadas. Al-Anon puede servir como un importante apéndice para la psicoterapia tradicional ya que ambos procesos comparten metas comunes por lo que frecuentemente pueden trabajar juntos armoniosamente (ibid em pp.316,317).



## 4.5 Tratamiento para los hijos de alcohólicos

### Problemas de los hijos

Castillo, Maqueo y Martínez, (1997) señalan que hay muchos hijos de alcohólicos que han sido víctimas de incesto, golpes, sentimientos de culpa, vergüenza y baja autoestima, que perdieron la capacidad de relacionarse con otras personas, y que cada día se conocen con mayor claridad los estragos que el alcoholismo causa en los hijos y que se ha visto cómo, en la edad adulta, los hijos de alcohólicos corren el grave peligro de llevar a sus nuevas familias los daños resultantes de vivir en una familia con ese problema. Y para estos hijos de alcohólico les resulta muchas veces extremadamente difícil sino imposible, formar relaciones sanas con su pareja ya que desconocen lo que son éstas al haber vivido en relaciones enfermas en su familia de origen. Frecuentemente, se vuelven demasiado rígidos, intolerantes, excesivamente perfeccionistas, controladores, inseguros, con muy baja autoestima, incapaces de formar relaciones de verdadera intimidad, son personas con muchos miedos, ansiedad y coraje, generalmente escondidos y reprimidos lo que en ocasiones los lleva a explotar de manera aparentemente inexplicable.

Woititz (1998), afirma que hay muchos niños afectados por vivir en hogares de alcohólicos y que ha sido difícil identificar a estos niños por razones diferentes, entre éstas la vergüenza, el desconocimiento de que el alcoholismo es una enfermedad, la negación y la tendencia a proteger a los niños de las realidades desagradables. Y aunque el sufrimiento se manifiesta de maneras diferentes en la conducta, los hijos de alcohólicos parecen tener en común una baja autoestima. Ya que la conducta del padre alcohólico se ve afectada por las sustancias químicas en su interior, y la conducta del padre no-alcohólico se ve afectada en reacción al alcohólico queda poca energía emocional para satisfacer sistemáticamente todas las necesidades de los niños que se convierten en víctimas de la enfermedad familiar. Además, quiéranlo o no, los padres funcionan como modelo para ellos.

En la investigación realizada por Woititz (1976), mostró que los hijos de padres alcohólicos tienen una autoestima más baja que quienes no provienen de hogares donde se abusa del alcohol.

Lawson y Lawson (1998), señalan que muchos estudios y reportes han encontrado varios problemas en niños que han vivido con alcohólicos. Sloboda(1974), encontró que los padres frecuentemente no viven conforma a las reglas sociales; la disciplina es inconsistente y los niños se confunden y no pueden predecir la conducta de sus padres.

Chafetz, Blane, y Hill (1977) compararon 100 familias alcohólicas con 100 familias no alcohólicas que fueron encontrados en un centro de atención para niños. Observaron que la inestabilidad matrimonial, las malas relaciones maritales, las prolongadas separaciones, y el divorcio eran considerablemente mayores entre

las familias alcohólicas (41% contra 11%). La teoría familiar ve a la ruptura familiar como el mayor contribuyente para los síntomas de los niños. Adicionalmente, estas investigaciones descubrieron más enfermedades serias y accidentes - posiblemente como resultado de la negligencia - así como más problemas escolares en los niños de familias alcohólicas en comparación con los niños de familias sin problemas de alcoholismo. Los hijos de hogares alcohólicos exteriorizaron conflictos y estuvieron más frecuentemente implicados con la policía y los juzgados. De acuerdo con Chafetz: "Esto sugiere que los hijos de alcohólicos se la pasan muy mal mientras que se vuelven socialmente maduros y adultos responsables".

Estudios realizados entre hijos de alcohólicos revelan una amplia gama de problemas familiares que estos niños enfrentan, a continuación se presenta un listado con los más frecuentes:

*Negligencia física o Abuso:*

Serias enfermedades

Accidentes

*Conductas impulsivas:*

Problemas con la policía y juzgados

Agresión

Abuso de alcohol y drogas

*Reacciones emocionales al alcoholismo y caótica vida familiar:*

Tendencias suicidas

Depresión

Emociones reprimidas

Falta de confianza en sí mismo

Falta de dirección en la vida

Miedo al abandono

Miedo al futuro

*Dificultades sociales e interpersonales:*

Problemas en sus relaciones familiares

Problemas con sus compañeros,

Problemas de adaptación

Sentimiento de ser diferente a los demás

Vergüenza

Exagerada responsabilidad

Sentimiento de no ser amado e incapaz de confiar en alguien (Lawson y Lawson et al)

### Roles conductuales de los hijos de alcohólicos

Como se mencionó anteriormente Satir (1976), pionera en la terapia familiar, identificó roles que los miembros de la familia realizan cuando se encuentran bajo estrés:

\*El *tranquilizador*, quien está de acuerdo con todos, parece desamparado, y siente que no vale

\*El *acusador*, quien está en desacuerdo y culpa pero se siente solo y sin éxito

\*El *superresponsable*, o computadora, quien es lógico y computa en calma pero se siente vulnerable

\*El *distractor* o irrelevante, es quien carece de pertinencia y está fuera de lugar, y cree que a nadie le importa

Estos roles ocultan los sentimientos de sus actores e interfieren a que la comunicación sea congruente.

Wegscheider (1981), alumno de Satir, identificó seis roles específicos a la familia alcohólica. Estos son vistos como defensas que cubren los reales sentimientos de la persona y dificultan la comunicación. Estos roles son los siguientes:

1.- El *dependiente*, que se puede describir como un ser enojado, rígido, perfeccionista; encantador, virtuoso, y grandioso pero siente culpa, dolor, vergüenza y miedo.

2.- El *jefe permitidor*, puede ser esposa, padre, o compañero de trabajo quien provee la responsabilidad pero se siente herido, enojado, culpable y con miedo.

3.- El *héroe de la familia*, usualmente es el hijo mayor, es quien reevalúa a la familia con su fuerte trabajo, logros, y éxito, pero se siente solo, lastimado, e inadecuado. Sus logros son para los demás y para su familia ya que el héroe no es recompensado con auto-valoría.

4.- El *chivo expiatorio*, el hijo que lo representa, abusa del alcohol y drogas, y toma la atención fuera del aparentemente insalvable problema familiar del alcoholismo. Y aunque el chivo expiatorio se ubica de manera voluntaria en esta posición se siente solo, rechazado, herido, y enojado.

5.- El *hijo perdido*, es el hijo que brinda alivio no siendo un problema. El hijo se retira y es tranquilo e independiente pero siente soledad, dolor, e inadecuación.

6.- La *mascota*, es a menudo el más pequeño de los hijos, y es quien da la nota divertida y de humor y distrae a los miembros de la familia. La mascota es protegida de lo que en realidad sucede en la familia pero percibe la tensión familiar y se siente inseguro, asustado y solo.

### Tratamiento para los hijos de alcohólicos

Woititz(1998), afirma que ser hijo de alcohólico no es una enfermedad; sino un hecho de su historia y que el objetivo de la recuperación es superar los aspectos de esta historia que causen dificultades actualmente y aprender a tomar un mejor camino.

La mejor manera de ayudar a los niños que viven en familias alcohólicas es mejorando el funcionamiento del núcleo familiar. La mejora en patrones de comunicación de la familia, la reconstrucción de las relaciones maritales y parentales, el restablecimiento de confianza y respeto, y la facilitación de contactos emocionales cambia el ambiente que perjudica a los niños Si el alcohólico continúa bebiendo, el trabajo con el cónyuge no-alcohólico puede llevar a establecer un padre que pueda proteger y cuidar al niño. El cónyuge debe dejar de tomar la responsabilidad de la manera de beber del alcohólico o de su sobriedad ya que es

difícil para cualquiera resolver un problema cuando alguien más ha tomado la responsabilidad de éste. El cónyuge puede entonces empezar a cuidarse a sí mismo y estructurar el ambiente del hogar tanto como atender consistentemente a sus hijos. (Lawson & Lawson et al).

Hecht (1973) declaró que: "El cónyuge, deberá evitar, tanto como le sea posible, el asignar a los niños tareas para las cuales todavía no estén listos, así como descargar en ellos el enojo que siente hacia el alcohólico".

Adicionalmente al trabajo familiar, los niños se pueden beneficiar con terapia de grupo con otros niños. El grupo les brinda un lugar donde pueden expresar sus sentimientos sin el temor a ser reprimidos y donde su rol conductual no es necesario. Los niños aprenden también que no están solos en sus experiencias y que pueden establecer relaciones con otros niños parecidos a ellos.

Ackerman (1978) subrayó que: "Ayudar a los hijos de alcohólicos a trabajar con sus sentimientos y establecer relaciones efectivas con otros será muy benéfico para superar el impacto de tener un padre alcohólico". Cuando los niños desarrollan auto-confianza, consideran que se pueden controlar a sí mismos e influenciar sobre los resultados de sus vidas.

Pensando en el tratamiento para hijos de alcohólicos, es imposible evitar la idea de prevención. El tratar los problemas conductuales y emocionales de los niños que han vivido con un padre alcohólico es, seguramente un gran paso, en la prevención de que estos niños en alto riesgo, se vuelvan alcohólicos también.

Un modelo de programa de prevención y tratamiento diseñado específicamente para hijos de alcohólicos puede ser observado en el Programa para Hijos de Familias Alcohólicas, desarrollado en los 1980's y continua implementado por la División Nebraska sobre Abuso del Alcohol y Drogas. Este programa está basado en la teoría de prevención por medio de la reducción del riesgo en las áreas fisiológicas, sociológicas y psicológicas. Es poco lo que se puede hacer para mover a los niños de alto riesgo a bajo riesgo en el área fisiológica. Genéticamente, algunos individuos pueden ser incapaces de beber sin problemas. Sin embargo, los niños pueden ser educados respecto a este factor de alto riesgo y adiestrados a reconocer las señales de alarma si eligen beber. Sin embargo, se pueden realizar cambios en los factores sociológicos y psicológicos que los ubican en alto riesgo. Sociológicamente, los niños en alto riesgo viven en un ambiente donde el alcohol es usado abusivamente. El patrón de su padre es el de emborracharse y evitar la realidad. Frecuentemente, el otro padre bebe abusivamente también, o se abstiene y es un crítico moral de su cónyuge. Ninguna de estas posiciones modela un acercamiento responsable hacia el alcohol. En el Programa para Hijos de Familias Alcohólicas, los padres se vuelven más conscientes del modelo que están dejando y hablan respecto a la forma apropiada e inapropiada de beber con sus hijos. Ellos pueden educar a sus hijos sobre el alcohol e inician a abrir un proceso de comunicación en la familia de tal manera que los niños puedan acercarse a sus padres cuando necesitan respuestas a sus difíciles cuestionamientos. Así mismo, se les enseña a los padres nuevas estrategias para relacionarse con sus hijos. Un

mejoramiento en las estrategias parentales puede disminuir los factores de riesgo en los niños. Los niños que aprenden a hacer mejores elecciones, que se sienten responsables por sus conductas, y que pueden controlar su entorno son niños que crecerán con una mayor auto-confianza y tolerancia hacia el estrés.

Glenn (1981), sustenta que, psicológicamente, la prevención del alcoholismo en los hijos de familias alcohólicas implica la mejoría de su auto-estima y el permitirles creer que pueden tomar buenas decisiones y que son individuos capaces. Las personas químicamente dependientes tienen una baja auto-estima, son incapaces de arreglárselas por sí mismos y de relacionarse con otros y carecen de la habilidad para la toma de decisiones. También tienen dependencias insanas y una baja tolerancia a la tensión.

El Programa para Hijos de Familias Alcohólicas trabaja en tres áreas diferentes para incrementar el aspecto de la prevención:

1.- *Los grupos de hijos* aumentan las habilidades para salir adelante, los vuelven competentes y mejoran su auto-estima.

2.- *La terapia familiar* incrementa las habilidades de comunicación, mejora las relaciones familiares, y aumenta las cualidades para la resolución de problemas.

3.- *El seguimiento* es un componente que brinda grupos de apoyo y conecta a las familias e individuos con agencias comunitarias y fuentes que crean redes de apoyo para niños y sus familias.

### Hijos adolescentes de alcohólicos

Lawson & Lawson (1998), en sus investigaciones encontraron que los hijos adolescentes de alcohólicos se encuentran a sí mismos tratando de desarrollar una identidad propia y de separarse de sus familias. Aquellos hijos que dominaron las tareas tempranas de desarrollo tienen la auto-estima y confianza requeridas para enfrentar estas difíciles situaciones. En la familia alcohólica, las necesidades, sentimientos y verdadera identidad son negados. El lazo que los une al sistema familiar alcohólico ya sea que no les permita a los hijos irse o los empuje a la rebelión. La rebelión toma la forma de un matrimonio temprano (en ocasiones con alcohólicos o cónyuges dependientes) o el irse de casa en circunstancias negativas. El niño puede dejar la adolescencia con la fachada de una identidad que encubre el miedo a la autonomía y confusión respecto a la dirección de su vida. Cuando los hijos salen a la escuela empiezan a separarse de sus padres. Esto es logrado cuando los hijos saben que ellos pueden regresar al hogar nutriente. El hijo de alcohólico a menudo no está equipado para navegar en esta separación. Sin embargo, el hijo puede ser empujado a adquirir responsabilidades adultas. En la escuela el hijo se puede volver un excelente estudiante, dirigido a la perfección que nunca se alcanza, mientras que los demás se rinden antes de que empiecen. El hijo de alcohólico puede alcanzar la adultez con un sentimiento de desamparo e inferioridad.

### Hijos adultos tempranos de alcohólicos

Levinson (1978), asegura que la adultez temprana de los hijos de alcohólicos es un tiempo de negación de los problemas personales, de las necesidades personales, y de un sentimiento de haber escapado del caos de la familia alcohólica. No es sino hasta los 20's tardíos, próximo a la transición a los 30's, que los hijos de alcohólicos empiezan a reconocer su atadura emocional a los problemas de su niñez. Los individuos a menudo se encuentran aproximándose a los 30 solos, después de varias relaciones desastrosas, demasiado devotos a sus carreras, inseguros de sus metas, incapaces de confiar, obsesionados con controlar todo y a todos, y aterrados de la intimidad, y al mismo tiempo, deseándola desesperadamente. Esta crisis de identidad puede incluir el descubrimiento de que han estado actuando durante toda su vida y que no saben quienes son lo que los pudo llevar a buscar ayuda terapéutica.

### Hijos adultos de alcohólicos

Lawson & Lawson et al, subrayan que conforme el alcoholismo fue cambiando de ser visto como un problema individual a uno que afecta a todos los miembros de la familia y demás personas cercanas, la mira del tratamiento se amplió para incluir a los miembros familiares, hasta los niños. Sin embargo, había un grupo que fue ignorado hasta principios de los años 1980's, cuando se reconoció que los adultos que fueron criados dentro de familias alcohólicas no se escapan al daño ocasionado por el alcoholismo. Frecuentemente, ellos cargan una variedad de problemas hasta la adultez y los exteriorizan en sus propias familias, impactándolas con lo que aprendieron o no dentro de sus familias de origen.

Jacobson (1991), reportó que el término *hijo adulto de alcohólico* (ACA) fue usado por primera vez en 1979, y que este nombramiento fue determinante en el crecimiento del poderoso movimiento de (ACA).

Por su parte Black (1987) señala que: "El término *Hijos Adultos de Alcohólicos* fue acuñado por Stephanie Brown y yo cuando describíamos nuestro trabajo en *Newsweek Magazine* en 1979. ....Nosotros pensamos que dentro del adulto de hoy que fue criado en un hogar alcohólico, hay un niño que continua necesitando ser alimentado. Ese mismo niño todavía necesita aprender las habilidades que muchos otros aprendieron en su niñez".

Los grupos de auto-ayuda para hijos adultos de alcohólicos son una buena opción para esta población ya que como miembros del grupo empiezan a enfrentar el núcleo de los temas, pueden aprender estrategias que les permitan funcionar de una mejor manera, conforma entran en el estado de transformación. La conexión entre las circunstancias presentes y el pasado les da a los miembros de estos grupos la energía para cambiar y desarrollar sus derechos personales, lo que les permite poner límites entre ellos y los demás. Esto es especialmente importante para aquellos cuyos padres continúan bebiendo. La etapa de integración es caracterizada por la síntesis de pensamiento, sentimiento y conducta en una

identidad congruente. Los subproductos de ésta integración son el incremento de la relajación y alegría. El crecimiento es visto como un proceso de pequeños cambios. Los errores son aceptables y hasta pueden ser vistos como parte del riesgo del aprendizaje. Las relaciones son caracterizadas por negociar en vez de controlar, con los límites apropiados entre los individuos. La confianza en sí mismo ocurre en este estado lo que permite el confiar en otros, aún al precio de una herida potencial. La vida se vuelve más placentera, y los tropiezos son experimentados con nuevas habilidades y con la confianza de que pueden ser superados. La manera de pensar de blanco y negro se desvanece para permitir muchas posibilidades y una apertura a nuevas ideas. La etapa final, génesis, es el proceso de trascender la recuperación del trauma del pasado para el desarrollo de un sentido de armonía y equilibrio. No es la ausencia de disfunción solamente sino la presencia de una nueva y variada manera de responder ante la vida (Gravitz & Bowden, 1984).

#### Hijos adultos de alcohólicos-alcohólicos

Woititz (1998), considera que ya es momento de identificara los hijos adultos de alcohólicos que son alcohólicos ellos mismos como "Hijos Adultos de Alcohólicos- Alcohólicos" ya que es importante reconocer este factor porque de eso dependen los lineamientos principales del tratamiento.

Esta población puede buscar su recuperación dentro de los grupos de auto-ayuda de AA en combinación con los grupos de Hijos Adultos de Alcohólicos teniendo como prioridad su propia sobriedad y no la de su padre pero conjugando la ayuda para trabajar los factores familiares que señalaron la vida del individuo.

El programa de recuperación de los Doce Pasos será abordado ampliamente en el capítulo 6.

Con respecto a los grupos para hijos adultos de alcohólicos Vannicelli(1989), apunta que después de haber realizado varias investigaciones relacionadas a los problemas atribuidos a los hijos adultos de alcohólicos, encontró que no todos ellos tienen el mismo perfil de problemática. Entre los factores que diferencian el tipo y la severidad de los problemas de los hijos adultos de alcohólicos se encuentran los siguientes:

- Si uno o los dos padres son alcohólicos
- La edad del niño cuando se inició el alcoholismo del padre
- La estabilidad económica de la familia
- La disponibilidad y uso de apoyo externo
- La duración y severidad del alcoholismo
- El número de generaciones adictas en la familia
- El estatus de recuperación del alcohólico
- La presencia de enfermedad psiquiátrica en la familia
- La presencia de abuso físico o sexual en la familia
- Las habilidades del cónyuge no-alcohólico

Woititz (1998), por su parte señala que dentro de su trabajo con grupos de hijos adultos de alcohólicos y estudiando con detenimiento sus pensamientos, actitudes, reacciones y sentimientos, así como la poderosa influencia del alcohol sobre sus vidas encontró que la mitad de los miembros son alcohólicos en recuperación y la otra mitad no. La mitad son hombres y la otra mitad son mujeres. El miembro más joven tiene 23 años; algunos están casados y otros solteros pero todos están comprometidos con su crecimiento. En casi todas las reuniones se repiten ciertas generalizaciones que son las siguientes:

- \*Para los hijos adultos de alcohólicos las conductas normales son desconocidas
  - \*A los hijos adultos de alcohólicos les es muy difícil terminar un proyecto
  - \*Los hijos adultos de alcohólicos tienden a mentir
  - \*Los hijos adultos de alcohólicos son terribles jueces de sí mismos
  - \*Para los hijos adultos de alcohólicos es muy difícil divertirse
  - \*Los hijos adultos de alcohólicos se toman muy en serio a sí mismos
  - \*A los hijos adultos de alcohólicos les cuesta trabajo mantener relaciones íntimas
  - \*Los hijos adultos de alcohólicos sobreactúan ante los cambios que no pueden controlar
  - \*Para los hijos adultos de alcohólicos la aprobación y afirmación son muy importantes
  - \*Los hijos adultos de alcohólicos usualmente se consideran diferentes a los demás
  - \*Los hijos adultos de alcohólicos son demasiado responsables o irresponsables
  - \*La lealtad para los hijos adultos de alcohólicos es una prioridad, incluso, en situaciones que saben que la persona no la merece.
- Los hijos adultos de alcohólicos son impulsivos

### Los hijos de hijos de alcohólicos

En cuanto a los hijos de hijos de alcohólicos, Woititz et al, señala que no sufren un daño emocional mayor ni menor que los niños que viven en cualquier otra clase de situación estresante, y que gran parte del dolor que sufren es reversible y con la ayuda de los padres-hijos de alcohólicos, los hijos pueden ser más fuertes y gozar de mayor auto-estima gracias a sus experiencias. Ya que lo negativo puede tornarse positivo al encontrar el aprendizaje detrás de cada experiencia dolorosa vivida y superada.

### Los hijos alcohólicos de hijos alcohólicos

Ya que muchos hijos de alcohólicos son a su vez alcohólicos y muchos de ellos se han casado con alcohólicos, existen muchas probabilidades de que esos hijos sean adictos al alcohol también. Para estos casos Woititz elaboró las siguientes directrices:

- \*Realizar un esfuerzo consigo mismo y con su crecimiento personal.
- \*Escuchar a sus hijos con atención y sin regañar.
- \*Hablar con la verdad, no ocultar sentimientos.



- \*Informarlos ampliamente sobre la enfermedad del alcoholismo.
- \*Motivar a sus hijos a que asistan a grupos de Jóvenes Alcohólicos Anónimos.
- \*No aceptar la negación.
- \*No impedir que sus hijos conozcan los peligros del alcoholismo.
- \*Demostrar afecto a sus hijos.
- \*Establecer límites claramente definidos.
- \*Permitir que los niños asuman la responsabilidad de su conducta (ibid em pp. 133- 141).

#### 4.6 Tratamiento para padres de alcohólicos adolescentes

Schmid (1995), subraya que los padres de alcohólicos menores de 18 años están en una situación particularmente difícil ya que si separarse o dejar de proteger a un adulto amado es difícil, dejar de tratar de proteger a un niño problemático resulta aún más duro. Para hacerlo más fuerte todavía, los padres son legalmente responsables por las acciones del alcohólico, al mismo tiempo que carecen de control sobre la conducta de su hijo adolescente. Adicionalmente, para cuando el hijo es adolescente, aún las amas de casa de tiempo completo pasan un tiempo considerable fuera de casa, por lo que los adolescentes disponen de una buena cantidad de tiempo sin la supervisión de nadie. Una vez que el terapeuta ha realizado el diagnóstico, el ayudar a los padres a que lo acepten resulta a veces difícil debido al nivel de bebida que existe entre los miembros de la familia. Para algunos padres que quieren pensar que su propia manera de beber es normal, el poner la alarma sobre el patrón de ingesta alcohólica de su hijo, resulta poco probable. Otros padres en esta situación, insisten de manera feroz, en etiquetar la forma de beber o de consumir alguna sustancia de su hijo, como un problema de manera por demás punitiva, particularmente si la droga de elección de su hijo es diferente a la suya, para mantener la atención fuera de su propia ingesta alcohólica.

Los padres alcohólicos en recuperación son especialmente lastimados al ver su propia enfermedad repetida en su hijo, la que es una situación no difícil de encontrar dentro de una familia en recuperación. Una vez que un adolescente es diagnosticado como alcohólico o adicto, la familia requiere ayuda para aprender cómo permitir a su hijo que experimente directamente las consecuencias de su forma de beber. Algunas veces, es difícil para los padres el reconciliar el principio de Al-anon de soltar el control con el principio de la autoridad parental. Los padres necesitan pensar cuidadosamente respecto a que reglas pueden reforzar y cuales no, y decidir que consecuencias desean y son capaces de imponer. Por ejemplo, un padre puede negarle el uso del carro familiar o el permiso para manejar a un hijo que se cree que está bebiendo. Los padres pueden negar la autorización de que el hijo beba en casa. En el caso de los adolescentes, la fuerza del sistema legal es a menudo el mejor amigo de la sobriedad. Aunque resulta difícil para un padre el refrenarse de proteger a su hijo en un problema legal, y aún más el llamar él mismo a la policía cuando su hijo está robando a la familia, estas

acciones pueden ser los salvavidas para el adolescente. La culpa y la vergüenza de los padres en estas situaciones es muy dolorosa. Es importante el hacerles saber que ningún estudio apoya la idea de que los padres sean causantes de que sus hijos se vuelvan alcohólicos. De verdad, los estudios realizados sobre adopción revelan que los hijos adoptivos se vuelven alcohólicos mayormente por su herencia genética que por el nivel de bebida de los padres adoptivos. Nadie sabe que provoca el alcoholismo, por lo que resulta imposible saber si algo que hubieran hecho los padres de una manera diferente hubiera prevenido el desarrollo del alcoholismo. En vez de esto, los padres deben enfocarse en lo que pueden hacer ahora, tanto para ellos mismos, como para su hijo alcohólico. Necesitan conocer que instituciones comunitarias pueden participar en la recuperación de su adolescente. Así como contactar las reuniones de Al-Anon especiales para padres. Si los dos padres están involucrados, la terapia de pareja puede ser de mucha ayuda ya que les puede ayudar a trabajar juntos, en equipo para marcar límites y consecuencias sin ser punitivos y para apoyarse uno al otro a soportar el dolor de la pérdida de la fantasía de su hijo perfecto. También les puede ayudar a trabajar en su propia relación de pareja, conforme le permiten a su hijo adolescente adicto separarse de ellos en su temprana adultez.

#### **4.7 Tratamiento para padres de alcohólicos adultos**

Schmid (ibid em), indica que se ha escrito mucho sobre los hijos adultos de alcohólico, pero, ¿qué sucede con respecto a los padres de los alcohólicos adultos? Estos padres enfrentan los mismos sin sabores que los padres de alcohólicos adolescentes, la misma culpa, vergüenza además de la impotencia de tratar con un adulto en vez de con un niño. Los padres de alcohólicos adultos a menudo luchan con la difícil pregunta de cómo pueden ayudar a sus nietos, sin canalizar dinero para sus hijos adictos. Es importante para el terapeuta entender que estos dilemas no tienen soluciones fáciles. El clínico puede validar las dificultades enfrentadas por los padres y ayudarlos a superar el daño que el alcoholismo ha hecho a su hijo y a la relación con él. Los padres necesitan apoyar el experimentar combinaciones de límites y compromisos que harán sus vidas más placenteras. Un grupo de Al-anon especial para padres puede resultar de mucha ayuda para atravesar este proceso de desprendimiento que es particularmente doloroso.

#### **4.8 Algunos problemas relacionados**

Lawson y Lawson et al, sostienen que el modelo de tratamiento familiar reconoce que el abuso del alcohol es sólo uno de los problemas que las disfuncionales familias alcohólicas pueden traer al tratamiento. Las relaciones familiares, maritales, el crecimiento profesional, los logros educacionales, las relaciones sociales, las fronteras intergeneracionales pueden no ser buenos en estas

familias. A continuación se expondrán serios problemas que frecuentemente acompañan al alcoholismo en la familia como son el incesto, la violencia intrafamiliar, la disfunción sexual y el divorcio.

Estudios realizados en el campo de la violencia familiar consideran que una vez que se ha establecido el patrón de violencia en la familia, está podría repetirse aún en plena abstinencia. La violencia tiende a incrementarse en frecuencia e intensidad con el tiempo (Gelles & Straus, 1988). Se estima que entre un 48% y 87% de los maltratadores están intoxicados en el momento del abuso (Gelles, 1972). Roberts (1988), señala en un estudio realizado a 234 hombres abusadores que habían sido sentenciados por este cargo, el 70.5% estaban bajo la influencia del alcohol y/o alguna otra droga. Resulta interesante destacar que el 58% de esta muestra no fueron referidos a apoyo psicológico por su conducta violenta.

### a) Incesto

Justice and Justice (1979) declaran que: " Incesto es cualquier actividad sexual - contacto íntimo físico que es sexualmente excitante - entre miembros no casados de la familia". Esto puede abarcar desde acariciar las zonas erógenas hasta la mutua masturbación, relaciones orales-genitales, y el coito sexual. Las relaciones incestuosas más comunes son las de padre-hija. Sin embargo, el incesto ocurre en otros tipos de combinaciones de relaciones familiares como son madre-hijo, hermano-hermana, tío-sobrino, abuelo-nieta, padrastro-hijastra. Las familias que se involucran en el incesto no son muy diferentes dinámicamente a aquellas en las que existe abuso familiar y señala que "En ambos tipos de familias, los padres usan a sus hijos para satisfacer sus necesidades. En la familia físicamente abusiva, el padre trata de dejar a su hijo encargado de cumplir sus necesidades. En la familia incestuosa, el padre usa el sexo y la seducción".

Barnard (1990), ha estudiado las dinámicas de las familias alcohólicas y las dinámicas de las familias en las que ha ocurrido el incesto y encontró las siguientes similitudes entre ambas:

- Los límites generacionales no son claros
- La diada marital es disfuncional y la diada parental fragmentada a la no-existencia
- La relación sexual marital está deteriorada
- Las preocupaciones inhibitorias normales están apagadas.
- El afecto familiar está distorsionado
- La negación es desenfrenada y predominan los "secretos"
- Los roles familiares son patológicamente asignados
- La familia está emocionalmente aislada
- Existe un profundo estado de rígida homeostasis patológica
- Las relaciones entre hermanos llegan a ser patológicamente perturbadas
- Se desarrolla una excesiva pertenencia o separación en detrimento de otra persona

- Persisten problemas de intimidad y confianza
- Los temas de dependencia no están resueltos

No existe una causa única para que se dé el incesto en la familia, sin embargo, existen algunas similitudes entre las familias en las que la relación sexual de padre-hija ocurre. Generalmente hay un padre autoritario y poderoso y una madre débil y desamparada, que frecuentemente sufre de depresión. La hija tiene invertidos los roles con la madre y asume su posición de rol sexual. Esta familia es un sistema cerrado, socialmente aislada de la comunidad, y los miembros de ésta tienen un bajo nivel de diferenciación. Los valores familiares son religiosamente conservadores y moralistas. Los miembros de la familia ven al mundo en blanco y negro, y esta visión calma su incertidumbre y baja valía dándoles respuestas definitivas a los problemas sin solución. La madre en estas familias es a menudo quien guarda el secreto. Se rehusa a escoger entre su esposo y su hija a permite que la relación continúe. En muchos casos la madre fue abusada también. Existen también casos en los que la madre no sabe que el padre está abusando de la hija.

Brown and Tyson (1978) hicieron una lista con 14 características de las familias incestuosas:

- 1.- La disponibilidad de la víctima,( la madre trabaja de noche)
- 2.- Confusión de roles
- 3.- Disfunción sexual en el matrimonio
- 4.- Inhabilidad del padre para enfrentar sus necesidades sexuales fuera de la familia
- 5.- Cambios recientes en los patrones familiares, estresantes
- 6.- Extrema sobreprotección o sobrerestricción en la vida social de la hija por parte del padre
- 7.- Enorme miedo a la separación y al abandono por parte de todos los miembros de la familia
- 8.- Sobreprotección hacia los hermanos menores por parte de la víctima de incesto
- 9.- Conducta impulsiva de la víctima
- 10.- Niños varones que abusan sexualmente de otros niños; niñas que molestan sexualmente a otras niñas
- 11.- Actitud irreal del hijo de que la felicidad y bienestar de la familia es su responsabilidad
- 12.- Padres abusados sexualmente cuando niños
- 13.- Madre que espontáneamente sacrifica el bienestar emocional o físico de sus hijos por proteger su relación marital
- 14.- Un hijo que es frecuentemente tratado de manera injusta

Con respecto a los niños existen ciertas pistas que pueden señalar la existencia de incesto (Justice and Justice, et al):

Enuresis, hiperactividad, patrones alterados del sueño, ya sea dormir mucho o muy poco, miedos, fobias, conducta marcadamente compulsiva, problemas de aprendizaje, masturbación compulsiva, juegos sexuales precoces, excesiva curiosidad respecto a temas sexuales y ansiedad de separación.

Estos síntomas presentados aisladamente no son suficientes para indicar actividad sexual pero deberán ser relacionados con las dinámicas familiares, observaciones, e información actualizada antes de que cualquier acusación sea hecha.

Justice and Justice (1979) hablando sobre el trabajo con la familia donde se realizó el incesto que: "La familia entera es "víctima" y algunos pasos deben de ser dados para fortalecer y apoyar esta entidad, y no para traumatizarla aún más". Para ayudar al niño ayudar a terminar con la auto-culpa brindándole apoyo; explicándole que el incesto ocurre, pero que no se supone que suceda, y que está situación dejará de ocurrir; y reforzando la idea de que el niño no es responsable de nada de lo acontecido. La posición que asumen ante los padres es de comprensión, sin justificar o desestimar la conducta incestuosa. Ellos apoyan a la familia y la confrontan con sus problemas y realizan tres puntos importantes que son:

- 1.- Hacer los cargos legales correspondientes
- 2.- Afirmer la idea de que el incesto no es aceptable y debe de detenerse
- 3.- Subrrayar que la inversión de papeles en la familia es dañino

Después de mantener una primera sesión con toda la familia, el siguiente paso terapéutico es el ubicar a los padres dentro de una terapia de grupo para parejas con el objeto de trabajar sus problemas maritales. Realizan un contrato con la pareja por tres meses, en el que ellos se comprometen a asistir a sus reuniones y trabajar profundamente en mejorar sus condiciones. El niño abusado será invitado a la terapia posteriormente.

Un segundo método para trabajar con las familias incestuosas fue desarrollado en el Programa de Tratamiento para el Abuso Sexual de Niños en California elaborado por Giaretto (1976), quien encontró que los miembros de la familia deben recibir apoyo psicológico individual antes de que la terapia familiar pueda ser de ayuda. Giaretto con su equipo de trabajo en primer lugar ayudan de manera individual al

Niño, a la madre y al padre. Después reciben a la madre y a la hija juntas, posteriormente ven al esposo y a la esposa para finalmente trabajar con la familia como una unidad.

## **b) Violencia intrafamiliar**

Flanzer (1981), define la violencia familiar como un factor estabilizador, muy parecido a la función que tiene la conducta alcohólica. Afirma que: "La violencia familiar funciona. Ya que es inicialmente una forma muy efectiva para solucionar un conflicto. El abusador la usa para reinstalar el "estado estable" de la familia". Esta requiere de patrones rígidos de conducta o una inversión de roles que permita

a la familia sobrevivir. Los modelos de conducta frecuentemente vienen de la familia de origen, así como las expectativas de éstos. Si los valores de la familia de origen designaron al hombre a jugar un papel de macho o si la mujer era vista como víctima y los niños eran golpeados, las probabilidades de que estos modelos se repitan son muy altas. Cuando los padres usan la violencia para disciplinar a sus hijos les están enseñando a golpear si están enojados o si desean ganar el control. Estos niños aprenden cómo golpear de los individuos que les enseñan cómo amar. "El mensaje es claro: golpear y amar van juntos. Si no golpeas, no amas", en ésta situación, el ser padre es igual a golpear. Así mismo Flanzer describió al abusador potencial como deseoso de ser "adulto grande" y ser capaz de controlar a sus hijos. Si ellos son hijos de alcohólicos, aprenden dos modelos destructivos para solucionar los problemas que son: beber y golpear.

También describe Flanzer a la víctima de la violencia física como aislada y avergonzada por las marcas o cicatrices de los golpes recibidos. La culpa proyectada por el abusador se interioriza en el abusado y más adelante lo aísla de los demás. La víctima introyecta en su mente la idea de que el abuso fue un acto merecido por ella y nunca flaquea en su lealtad hacia la familia. Un tercer personaje dentro de la violencia familiar es el *rescatador*, que es una persona con buenas intenciones que disfruta controlando y se involucra en el problema entre el abusador y la víctima, el terapeuta puede ocupar este papel y reducir la tensión que existe en la relación entre ambos.

Hanks and Rosenbaum (1977) señalan que al trabajar con familias que sufren violencia la persona que ha sido abusada es la más motivada para el cambio. Y que el grado de estabilidad en las familias de origen son un buen predictor de la probabilidad de que éstas mujeres entren en terapia. También encontró un factor común de severo aislamiento entre estas mujeres y sus familias. Este aislamiento les provoca depresión y mayor dependencia de sus compañeros, haciendo aún más difícil la separación. Frecuentemente, la meta de la terapia es modificar los patrones de respuesta de la mujer hacia su cónyuge para evitar el abuso e incrementar la auto-protección. Si la mujer ha dejado a su cónyuge, la meta terapéutica puede ser el ayudarla a comprender los patrones de su familia de origen y el proceso intergeneracional del abuso del alcohol y la violencia con el objeto de prevenirla de recrear una situación similar.

En cuanto al trabajo en pareja, el terapeuta debe tener presente, nunca reñir al abusador frente de la víctima. Ya que, dada la ambivalencia y dependencia presentes en la víctima, si el abusador es inculcado por el clínico, la víctima sentirá la necesidad de defender a su cónyuge. Si la pareja planea continuar unida, el terapeuta puede ayudar a la cónyuge a encontrar una manera de evitar la violencia lo que le dará una sensación de dominio. Elbow(1977), sustenta que las esposas tienen básicamente tres opciones a elegir: 1, irse ; 2, quedarse y esperar un cambio; y 3, quedarse y renunciar a la esperanza de un cambio. La mayoría de las mujeres golpeadas escogen alguna de las dos últimas opciones. Hay muchas razones para mantener estos matrimonios, y los terapeutas que empujan a las víctimas de

violencia prematuramente a dejar a sus cónyuges pueden perder a sus pacientes, por lo que deben de estar atentos a tres indicadores que pueden indicar que las víctimas están listas para dejar a sus abusadores esposos: 1, hacer planes; 2, invertir en ellas como personas; y 3, asimilar con realismo la situación.

Lazo (1991) opina que: "La violencia es como el alcoholismo: si es permitida, se vuelve progresivamente peor y, con mucha frecuencia, fatal. Pero, también como el alcoholismo, es controlable".

Los estudios realizados sobre alcoholismo y violencia familiar señalan que la recuperación del alcoholismo puede reducir el riesgo de violencia marital a niveles similares a los de la población no-alcohólica (Lawson & Lawson et al).

## b) Disfunción sexual

O'Farrel (1995), comparó 26 parejas casadas con un esposo alcohólico con 26 parejas con conflictos maritales y 26 parejas sin conflictos maritales ni problemas de alcoholismo ambas con disfunción sexual. Y encontró que los hombres alcohólicos y sus esposas experimentaron menos satisfacción sexual y mayor disfunción sexual que las parejas no conflictuadas. Estos problemas incluían la disminución del interés sexual por parte del esposo, impotencia, eyaculación prematura, y por parte de las esposas dolor durante el coito. Cuando compararon esto con las parejas con conflictos el único problema que ocurría más en el grupo de los alcohólicos era la impotencia. Las investigaciones sugirieron que la mayoría de los problemas de ajuste sexual sufridos por los hombres alcohólicos pueden ser en función de la infelicidad matrimonial, y los efectos físicos del alcohol pueden dar explicación del incremento de la impotencia.

Una de las consecuencias adaptativas del beber puede ser el evitar las relaciones sexuales, o el beber puede estar psicológicamente conectado al acto sexual. Por lo que, si el alcohólico deja el beber que ha relacionado con la actividad sexual, la intimidad sexual puede ser sacrificada cuando se logra la sobriedad. La esposa no-alcohólica puede tener miedo a la intimidad. La sobriedad en el alcohólico le puede despertar la ansiedad de la esposa con respecto al manejo de la intimidad lo que puede llevar a una recaída al alcohólico para reducir la tensión. Además, la cónyuge que ha tenido el poder de la familia, cuando su esposo sobrio regresa a su posición de autoridad, puede negarle sus favores sexuales como su último recurso de poder. Esta situación perpetúa la disfunción sexual en el matrimonio después de que el abuso del alcohol se ha detenido.

Clarken, Frances, y Moodie (1979), apuntan que antes de trabajar con las parejas su relación sexual, el terapeuta debe evaluar el nivel de adaptación respecto a sus problemas sexuales y sus propios valores y sentimientos sobre la adecuación sexual. Previo a tomar la decisión de trabajar con la pareja sobre sus problemas sexuales o referirlos a un terapeuta sexual, se debe valorar con la pareja si están listos para trabajar sus dificultades sexuales. La terapia sexual está indicada cuando: 1, el problema marital está claramente enfocado a la disfunción sexual; 2,

existe la disposición y aptitud para llevar a cabo las tareas que serán asignadas durante el tratamiento por el terapeuta; 3, hay una fuerte unión al compañero y ambos están interesados en resolver la disfunción sexual. Si falta alguno de estos factores, probablemente la pareja sabotee los esfuerzos del terapeuta por resolver las conductas problemáticas, y las tareas asignadas no serán realizadas por temor ser lastimados, en el caso de los dos cónyuges, y por falta de confianza en la relación. La terapia marital es indicada antes que la terapia sexual si: 1. La sexualidad no es un tema importante, o si sólo es uno de los tantos puntos en la disfunción matrimonial; 2. El enojo y la resistencia son tan intensos para cumplir las tareas referentes al funcionamiento sexual; 3. Los participantes no están comprometidos uno con el otro, o si existen conductas encubiertas o abiertas para disolver el vínculo matrimonial. Si la terapia sexual es la elección, el terapeuta debe trabajar en la relación de pareja y no permitir que un cónyuge culpe al otro por dificultades sexuales. En el matrimonio alcohólico los problemas son perpetuados a través de culpar y proyectar los aspectos inadecuados en el compañero.

#### d) Divorcio

El terapeuta que trabaja con alcohólicos, frecuentemente tiene que abordar el tema del divorcio. Las familias pueden ver al divorcio como una solución para resolver sus dificultades, puede que necesiten ayuda para tomar la decisión de continuar juntos o separarse, o tal vez ya estén en el proceso de divorcio. Aunque los temas maritales se trabajan mejor sin involucrar a los hijos, el divorcio es un tema familiar. Los niños son afectados y no deben de ser ignorados por el terapeuta. Esto no significa que los niños deban de intervenir en la toma de decisión de los padres respecto al divorcio. Una vez que la decisión es tomada, no debe de ocultárseles a los hijos. El divorcio es una fuente de gran estrés en la familia, aunque éste signifique el fin de la violencia familiar, de cualquier forma representa la ruptura de la promesa hecha en el día del matrimonio "hasta que la muerte los separe" y puede ser considerado como un fracaso en el desempeño de los roles de esposo y esposa. En esta etapa, los padres pueden estar tan envueltos en sus propios ajustes y desconsuelo que pueden pasar por alto las reacciones de sus hijos. Ellos reaccionan de maneras distintas de acuerdo a sus niveles de desarrollo y a la cantidad de enojo y peleas que continúe habiendo entre sus padres después del divorcio (Wallerstein & Kelly, 1980).

Gardner (1977), señala que el divorcio no necesariamente tiene que causar patología entre los padres o hijos. De hecho, puede mejorar el funcionamiento de los miembros de la familia quienes han estado viviendo en un ambiente caótico. En ocasiones, los hijos tienden a culparse por el divorcio de sus padres, o piensan que se tienen que comportar de ciertas maneras para hacer que sus padres vuelvan a estar juntos. Los niños en las familias alcohólicas pueden ser especialmente vulnerables hacia esas ideas equivocadas debido a la falta de comunicación con sus



padres respecto al tema. El propio rol conductual de los niños está estrechamente ligado a la conducta de sus padres. Los cónyuges de alcohólicos pueden pasar un tiempo difícil llevando a cabo el divorcio, cortando los lazos con la persona alcohólica y su manera de beber. La confusión puede reducir el proceso de duelo después del divorcio. Este proceso es la reversa del duelo hacia un muerto, ya que con la muerte, los sobrevivientes tienden a ver al difunto como perfecto, inicialmente, pero conforme el duelo continúa, las imperfecciones son recordadas hasta que el recuerdo de la persona muerta se vuelve real. En el divorcio, el cónyuge ve al compañero completamente malo sin ninguna cualidad, y conforme el proceso va pasando las cualidades empiezan a emerger hasta que el compañero es recordado como una persona real con cualidades y defectos. Para ayudar en este proceso, el terapeuta puede pedirle al cónyuge que elabore dos listas con las características de su compañero. Una columna referente a las características de la persona, y la otra con las de la conducta alcohólica. Esto le ayudará al cónyuge a reconocer las cualidades de su compañero que ha olvidado debido al abuso del alcohol. Este ejercicio da pie a un más saludable proceso. En las familias alcohólicas divorciadas los niños también pueden pasarla muy mal. Si el padre es alcohólico, la madre puede sentir justificado el restringir que el padre visite a los niños, evitando de esta manera, que los niños sean lastimados como ella lo fue. Esta es una medida dolorosa que la esposa puede utilizar para castigar a su esposo en el nombre de la seguridad de los hijos. Sin embargo, esta táctica depriva a los niños de su padre. Con el incremento de la custodia conjunta y la visitación bajo mandato para el padre que no tiene la custodia, este juego de poder puede ser limitado por la corte. No obstante, es importante tomar en cuenta la seguridad de los niños si el padre alcohólico continúa bebiendo y manejando con los niños en el carro, o si es autor de abuso físico o sexual, aún si el alcohólico no continúa bebiendo.

Los niños necesitan tener una idea realista de ambos padres. Si el padre que tiene la custodia denigra al que no la tiene o disculpa su conducta, les están robando sus propias opiniones a los hijos. En una familia alcohólica los niños pueden ser informados que su padre o madre padece una enfermedad llamada alcoholismo, y que sus padres se están divorciando, lo que puede confundir a los niños quienes ya tienen opiniones respecto a su padre y puede sentir culpa por estar enojado con un padre que está enfermo. Los niños pueden enojarse y confundirse por la lógica de los padres divorciándose porque uno de ellos está enfermo. Los terapeutas que trabajan con familias alcohólicas en el proceso de divorcio deben informar a los padres e hijos respecto a los problemas e ideas equivocadas. Deben ayudar a todos los miembros de la familia a expresar sus ideas y sentimientos referentes al divorcio. Después del divorcio, se le debe prestar atención al proceso de comunicación de manera que los niños no sean utilizados como mensajeros o espías entre los padres y la triangulación de los hijos en los temas parentales es detenida. Los padres deben hablar directamente uno al otro y

no sobrecargar a sus hijos con declaraciones negativas o pedirle a los niños que tomen partido. (Lawson, Lawson, 1998).

#### 4.9 Terapia de arte

Denny (1969) nos da la siguiente definición: "La terapia de arte es un encuentro profesional entre el terapeuta y el paciente donde los materiales artísticos y la expresión son introducidos en esta relación para facilitar la liberación de sentimientos, promover la comprensión de sí mismos, fortalecer los recursos personales y lo más importante, para ayudar al paciente a tomar una acción constructiva". En otras palabras, la terapia de arte es una forma de psicoterapia que utiliza la creación artística como un medio de comunicación en vez de contar principalmente con la verbalización.

Se ha encontrado que la terapia de arte le añade una dimensión diferente de expresión a la terapia y es útil para aquellos pacientes que no manejan bien la expresión oral y también para aquellos que son muy hábiles en la manipulación verbal. Algunos pacientes tienen dificultad en encontrar las palabras o permitirse a sí mismos hablar sobre ciertos temas como sus emociones o conflictos. Para este tipo de personas, resulta benéfico en su claridad de expresión el darles un modelo adicional de comunicación. Por otra parte, hay sujetos tan hábiles en la manipulación verbal que pueden engañar y tergiversar la situación terapéutica con racionalización e intelectualización. Los alcohólicos que han pasado tantos años de su vida encubriendo su manera de beber y encontrando excusas a su conducta, ausentismo laboral y en su vida familiar, son regularmente ágiles al disculparse por lo que hacen o dejan de hacer. La terapia de arte ha sido empleada en los centros de tratamiento para el alcoholismo con resultados positivos. Lawson, Lawson (1998)

Black (1979) concluye que la terapia de arte es muy útil para que los niños puedan expresar las fuertes emociones que tienen respecto a su padre alcohólico y al abuso físico y emocional que ha recibido de él, ya que, a través de dibujos, pueden representar sus sentimientos y platicar respecto a éstos sin tener que identificarse a sí mismos como ellos.

Ginott (1961) afirma que "El barro y la pintura permiten a los niños llenos de miedo y frágiles declarar sentimientos en un momento y borrarlos o negarlos en el próximo. Pueden cometer actos que son reversibles, que pueden ser deshechos, y redefinidos para hacer segura la exploración de su mundo interno y externo.

Albert-Puleo and Osha (1976) en su experiencia en el uso de la terapia de arte con personas dependientes al alcohol y las drogas, encontraron que: "Pocos adictos han participado previamente en actividades artísticas. Para ellos ésta es una forma original de expresión que ofrece oportunidades para nuevas clases de dominio y no la consideran amenazante ya que está fuera del ámbito de sus acostumbradas manipulaciones, el arte no fácilmente se presta para

intelectualizaciones y racionalismos con los que los adictos puedan contar para justificar sus sentimientos y conductas.

### Materiales

La terapia de arte puede realizarse con un mínimo de suplementos. Sin embargo, resulta útil contar con diversos materiales que acomoden a situaciones diferentes y contar con una selección para que los pacientes hagan su elección. Por ejemplo, es importante tener diferentes colores, tamaños y rollos de papel, un buen surtido de plumines y marcadores que están listos para usarse y pueden crear brillantes y coloreadas pinturas. Crayolas y gises, pinturas de agua y pinceles. Adicionalmente a los suplementos de arte, se debe contar con revistas que provean de imágenes y palabras que puedan ser recortadas y usadas en collages. El lodo es una refrescante salida del arte bi-dimensional. La plastilina es útil para añadir color en los trabajos tridimensionales, pero el barro rojo y el gris ponen a los individuos en mayor contacto con la tierra y puede conservarse indefinidamente si se almacena en contenedores a los que se les puede agregar agua cuando el lodo empiece a secarse. Si se ofrece una gran variedad de materiales, los pacientes pueden identificarse intuitivamente con uno que les permita expresar algo que de otra manera no hubieran considerado. Sin embargo, el material visual puede ser presentado en la terapia en cualquier clase o tamaño de papel y cualquier medio para dibujar. Resulta útil emplear materiales para adultos (tintas, plumas y pinturas de aceite); en el trabajo con adolescentes y adultos en vez de suplementos como crayolas que son reminiscencias de la niñez (Lawson & Lawson et al).

### Expresión de sentimientos íntimos

Los sentimientos íntimos pueden ser expresados a través de técnicas tales como palabras afectivas; los rayos X de sentimientos; dibujos de problemas y sentimientos o sueños y fantasías; el camino de la vida; y máscaras de papel. Las palabras afectivas son empleadas como un estímulo para la pintura. Estas pueden ser escogidas por el paciente o el terapeuta y pueden ser un sentimiento o una combinación de sentimientos opuestos tales como amor y odio. Los rayos X de sentimientos son utilizados con los niños para ayudarlos a identificar de qué manera estos sentimientos pueden afectar partes de sus cuerpos y asentar su impresión de dónde suceden. Se recuesta a los niños sobre una pieza grande de papel, cortada de un rollo un poco más largo que su propio cuerpo. Después el terapeuta traza el contorno de la figura del niño, cuelga el papel en la pared, y le dice: "Si yo tuviera una máquina de rayos X que pudiera ver dentro de ti para observar tus sentimientos en vez de tus huesos, que vería?". El niño generalmente identifica sentimientos del corazón, sentimientos de la cabeza, y sentimientos del estómago y puede dar pistas a tendencias psicósomáticas. Se les puede pedir a los pacientes que dibujen sus sentimientos. Pueden dibujar un sentimiento o estado de ánimo reciente o presente. Esta técnica requiere que las

personas se vuelvan conscientes de sus sentimientos y que les den una forma concreta.

Las técnicas de sueños y fantasías pueden ser utilizadas tanto con niños como con adultos. Los sueños pueden ser dibujados en secuencia como en una historia o caricatura. El diálogo puede ser añadido, y la interpretación debe ser efectuada por el paciente.

En la técnica del camino de la vida, se les pide a los pacientes que dibujen el camino que ellos han estado siguiendo por los últimos años o el camino que ven en el futuro. Esto le permite al sujeto ver las direcciones de su vida en perspectiva. Así mismo se pueden usar bolsas de papel o platos de papel para ayudar a los pacientes a expresar cómo se sienten interiormente o cómo les gustaría sentirse. Simplemente se les pide a las personas que dibujen una cara en la bolsa o en el plato. Estas máscaras pueden representar también las diferentes caras que usa la gente en momentos y con personas distintas. Los pacientes se pueden volver más conscientes de las fachadas que usan para proteger u ocultar sus verdaderas personas (ibid em.).

### Terapia de arte familiar

La terapia de arte puede ser utilizada en las sesiones de terapia familiar. Las tareas de arte pueden ser usadas en un ejercicio de intercambio de aquí y ahora. Esto puede impulsar a la familia a trabajar juntos de nuevas formas y desarrollar patrones más adaptativos de interacción y comunicación. Los trabajos son diseñados para impactar las áreas que requieren un cambio. Si el abuso del alcohol es el tema para el trabajo de arte, sus efectos sobre la familia pueden ser examinados. Pero si el abuso del alcohol está ausente del trabajo pero presente en la familia, esta contradicción puede ser señalada para permitir que el secreto familiar sea abiertamente confrontado y discutido (Lawson & Lawson et al).

Landgarten (1981) observó que: "Conforme uno o más miembros de la familia empiezan a cambiar, el sistema familiar establecida se debilita". Cuando la familia está en este estado de movimiento, el terapeuta puede tener impacto en la familia para apoyar el movimiento y ayudar a la familia a alcanzar un mayor estado de funcionalidad. A menudo, cuando un miembro cambia, el sistema familiar renueva esfuerzos para resistirse al cambio. El terapeuta debe apoyar al miembro que está cambiando para que continúe así aún en contra de la presión de la familia entera.

La terapia de arte familiar se diferencia de la terapia familiar únicamente en la adición de otro modelo de comunicación dentro del proceso. En vez de hablar sobre las metas, los miembros de la familia las dibujan o las crean con barro. Esto lleva a una fresca examinación de la familia y sus interacciones por todos los miembros y les permite experimentarse uno al otro de una manera única. Cuando las familias empiezan a hablar respecto a experiencias sucedidas fuera de las sesiones, esto puede ser traducido al presente, asignándoles la tarea de recrear la escena con figuras de barro movibles. El funcionamiento de la familia puede ser rápidamente escudriñado observando las interacciones de la familia. Y de acuerdo

a sus coaliciones, límites y reglas se diseñaran las tareas para impactar las áreas que más lo necesiten.

Landgarten (1981) escribió que: "Exponer los problemas familiares les da a los niños una sensación de alivio y a los padres una mayor conciencia de los mensajes que ellos les transmiten a "sus hijos". Una vez que los problemas han sido claramente asentados, los niños no deben de ocultarlos para proteger a la familia. Los dibujos son más difíciles de negarse o ignorarse que las expresiones verbales. Cuando una familia dibuja sus problemas, ellos deben empezar a enfrentarlos.

#### 4.10 Resultados

Edwards and Steinglass (1995) es el análisis que realizaron sobre la terapia familiar y el alcoholismo encontraron que:

- 1.-En la iniciación del tratamiento, la terapia familiar fue efectiva en motivar a los alcohólicos a entrar en tratamiento.
- 2.-En la rehabilitación se observó en un seguimiento de seis meses que los sujetos que recibieron terapia de pareja lograron más la abstinencia que aquellos que no la recibieron (58% contra 15%).
- 3.-En cuanto al seguimiento, los estudios evaluaron la implicación de las familias en el seguimiento del tratamiento del alcoholismo señalaron que los individuos que recibieron la intervención familiar lograron un mejor pos-tratamiento que aquellos que no lo recibieron, asistieron a mayor número de sesiones de seguimiento, y a los 12 meses los miembros de este grupo fueron significativamente más abstinentes (61% contra 21%).

## CAPITULO 5 TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

*"Cualquier persona que desee salvar a un alcohólico de su autodestrucción necesita concentrar sus esfuerzos, no en hacer que él deje de beber, sino en hacer que él quiera dejar de beber". (Lazo, M. D.)*

### 5.1 Terapia cognitivo-conductual

Beck (1976) define a la terapia cognitiva como un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, a través de la modificación del pensamiento erróneo o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones.

Una de las ideas fundamentales de la terapia cognitiva es auxiliar al sujeto de dos maneras:

- 1.- Disminuir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la discusión de las creencias subyacentes,

- 2.- Instruir al paciente sobre técnicas específicas con el objeto de controlar y manejar sus impulsos. Es decir, la meta es reducir la presión e incrementar el control.

Beck, Wright, Newman y Liese (1999) consideran que para lograr los resultados óptimos en el tratamiento del abuso de sustancias hay que utilizar una combinación de técnicas cognitivas y conductuales, ya que las técnicas cognitivas abordan las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos que fortalecen a los impulsos y a los deseos irrefrenables por consumir, mientras que las técnicas conductuales se enfocan en las acciones que interactúan causalmente con los procesos cognitivos. Por su parte, las técnicas conductuales ayudan al paciente a probar lo acertadas que son las creencias relacionadas con el consumo de sustancias que disparan y perpetúan el uso de éstas, y se emplean también para enseñar a los sujetos habilidades como la relajación, asertividad, que los apoyen a enfrentar situaciones de alto riesgo, impulsos y deseos extremos de consumir.

Havassy, Hall y Wasserman (1991) sostienen que este tipo de terapia se realiza de diferentes maneras. El clínico ayuda al paciente a analizar la secuencia de acontecimientos que lo llevan al abuso de una droga, y después, explora las creencias básicas del individuo respecto del valor que tienen las drogas, el alcohol y la nicotina. Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al sujeto para que evalúe y considere las maneras en que su pensamiento erróneo crea estrés y angustia. El psicólogo ayuda al sujeto a modificar su pensamiento, de forma que pueda lograr una mayor comprensión de su problemática real y no preocuparse de los pseudoproblemas, que se derivan de sus pensamientos equivocados. Adicionalmente, mediante el repaso y la práctica, los pacientes se entrenan para crear un sistema de controles que puedan aplicar cuando se enfrenten a impulsos

intensos de consumir. Entre las técnicas utilizadas por el clínico se encuentra la evaluación minuciosa de las ventajas y desventajas a corto y largo plazo de consumir drogas. Así mismo, el terapeuta apoya al sujeto a encontrar mejores maneras de enfrentar los problemas reales y sentimientos desagradables sin tener que regresar al alcohol o a las drogas. Además trabajan de manera conjunta para estructurar la vida del paciente de manera que pueda disponer de otras fuentes de placer.

Ellis, McNerney, DiGiuseppe y Yeager (1988) comentan como que muchos pacientes tienen poca tolerancia a la frustración se les hace ver de qué manera sus actitudes contraproducentes, acerca de sí mismos y de sus capacidades, los llevan a sobre-reaccionar cuando encuentran obstáculos, demoras o impedimentos. El clínico señala de qué forma los pacientes pueden considerar dichos obstáculos como problemas que deben ser resueltos, en vez de verlos como barreras para la consecución de sus objetivos.

El "interrogatorio socrático", es una de las características más distintivas de la terapia cognitiva. A través de preguntas, hechas con mucha habilidad, el clínico puede examinar algunas áreas de la vida del sujeto que éste ha dejado fuera del análisis como pueden ser la cantidad y frecuencia del consumo de droga, las pérdidas reales que esto le ha provocado así como su repercusión en las relaciones interpersonales. Las preguntas llevan al paciente a crear opciones y soluciones que no habían considerado anteriormente. En este sentido, terminar con el consumo de alcohol y drogas se vuelve un problema técnico. Los pacientes que piden ayuda quisieran dejar de usar drogas, pero ignoran de qué manera lograrlo. Muchos de ellos han tratado de dejarlas pero no han tenido éxito; la terapia cognitiva les brinda herramientas que les ayuden a, finalmente, dejar de consumir y mantener un estado de abstinencia (Beck, Wright, Newman y Liese, et al).

Goodwin,(1999) afirma que la terapia Cognitivo-conductual tiene una meta general y una técnica específica para controlar el beber de manera perjudicial. La parte "cognitiva" significa aprender o conocer. En los años recientes, se han propuesto varios métodos cognitivos para el tratamiento del alcoholismo. Estos son llamados con una variedad de nombre diferentes, pero tienen dos elementos en común: 1.- que son breves, y 2.- implican el tratar de cambiar la manera de pensar del paciente. Por su parte, la palabra "conductual" simplemente se refiere a la manera en que la gente se comporta. Dentro de la terapia meramente conductual, se encuentran dos corrientes con dos diferentes ancestros. Uno viene de Pavlov, quien condicionó perros. El otro viene de B. F. Skinner, quien condicionó palomas. La terapia conductual, en otras palabras, es terapia condicional con otro nombre. La conjugación de ambas aproximaciones "Cognitiva" y "Conductual" brinda un interesante enfoque llamado "Terapia Cognitiva-Conductual".

## 5.2 Principios básicos

Beck (1976) explicó que la relación terapéutica es un factor muy importante para el buen desarrollo de las técnicas cognitivas y conductuales. Ya que dicha relación requiere que el terapeuta sea cálido, empático y sincero, aspectos sin los cuales la terapia se vuelve en una "orientación propagandística".

Para lograr un tratamiento efectivo, se requiere una conceptualización cognitiva amplia y precisa. La conceptualización del caso se define como recoger, sintetizar e integrar los datos relativos al paciente, de manera que se creen hipótesis refutables sobre la etiología y tratamiento de las creencias desadaptativas de varios pacientes y de otros síntomas que puedan ser formuladas y comprobadas. Estos datos comprenden información demográfica, presentación del problema, diagnóstico del DSM-III, y perfiles evolutivos y cognitivos del paciente. Sin una conceptualización del caso adecuada, la selección de las técnicas específicas puede ser arbitraria e inapropiada para un sujeto determinado. Dentro de la terapia cognitiva se obtiene una mejor interacción entre el paciente y el terapeuta si se emplea constantemente el método socrático, es decir, el descubrimiento guiado, ya que mediante éste, los pacientes son llevados por un proceso de descubrimiento de sus patrones de pensamiento y acción distorsionados, pues aunque este enfoque implica el aprender nuevas creencias y conductas, éstas no se pueden enseñar a través de lecciones o sermones. De manera contraria, la terapia cognitiva utiliza preguntas para probar algo, reflexiones, resúmenes e hipótesis para lograr examinar y refutar las creencias básicas y los pensamientos automáticos de los pacientes (Beck, Wright, Newman y Liese, et al).

## 5.3 Técnicas cognitivas

Entre las técnicas cognitivas encontramos el *Análisis de las ventajas y desventajas (V-D)*, que se sustenta en la idea de que el sujeto que consume sustancias suele mantener creencias que minimizan las desventajas y maximizan las ventajas de utilizar estas drogas. Por esto, el análisis (V-D) es una de las técnicas más útiles dentro de este enfoque. Para este fin se controla al sujeto por medio de un proceso de enumeración y reevaluación de las ventajas y desventajas de consumir drogas. Generalmente, se dibuja una matriz de cuatro celdas y se le pide al paciente que llene cada espacio con las consecuencias de usar contra las de no usar drogas.



## ANÁLISIS DE VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Tabla Nº 1

	DEJAR DE BEBER	NO DEJAR DE BEBER
VENTAJAS		
DESVENTAJAS		

Si el análisis V-D logra su objetivo, el sujeto obtiene una óptica más precisa, objetiva y equilibrada del consumo de la sustancia que la que tenía anteriormente. Otra de las técnicas cognitivas es la de *Identificar y modificar las creencias asociadas con la droga*. Entre las personas que consumen drogas, con frecuencia se observan este tipo de creencias: "Consumir (beber, fumar) me relaja", "las drogas (el alcohol, la cocaína, etc.) me vuelven más creativo", "si dejo de consumir, me voy a sentir deprimido", "después de trabajar duro merezco una copa (un cigarro, un pase de cocaína, etc.)", "soy una persona con tanto éxito, que no creo que las drogas sean un problema para mí". Estas personas no estén conscientes de dichas creencias, y ven al abuso de sustancias como función de factores extrínsecos, tales como el estrés, por lo que es indispensable ayudarlos a identificar y controlar sus creencias acerca de las drogas. Una vez que los pacientes aprenden a controlar sistemáticamente sus creencias y pensamientos automáticos en relación con las sustancias, y cuando se demuestra que estos procesos cognitivos están íntimamente ligados a su consumo de drogas subsiguiente, estas personas saben explicar que entienden por que usan la sustancia y por qué es mejor el no consumirla (ibid em).

Beck (1976) comenta que la técnica de *Flechas descendentes*, resulta muy efectiva para tratar pensamientos de tipo catastrofista (todo o nada, o exageración), no sólo respecto al consumo de sustancias sino acerca de ellos mismos, y su futuro. Este tipo de pensamientos son como los siguientes: "Estoy completamente fuera de

control", "todo lo hago mal", "no puedo estar sin beber un trago" (o recibir una dosis, fumar un cigarro, etc.) Para muchos pacientes es muy difícil articular estas creencias subyacentes, hasta que se les insta para que consideren el significado personal que sus pensamientos más manifiestos tienen para ellos. Cuando los sujetos expresan emociones negativas intensas que parecen mucho más relevantes que lo que sus pensamientos automáticos pueden causar, los clínicos suelen pedir a las pacientes que traten de profundizar un poco más formulándose variaciones sucesivas de la pregunta ¿Qué significa eso para ti?. A menudo, el final de la cuestión coincide con el descubrimiento de una creencia nuclear o subyacente.

La *Reatribución de responsabilidad* es otra de las técnicas cognitivas utilizadas en el tratamiento del abuso de drogas, y se fundamenta en las observaciones realizadas entre las personas que consumen drogas y que tienden a atribuir dicha conducta a factores externos. En el caso del alcohólico, posiblemente atribuirá su hábito de beber a la infelicidad de su matrimonio, a la tensión que le produce su trabajo, o a que sus amigos le insisten mucho para que beba. En estos casos, el terapeuta puede ayudar a los pacientes a reatribuir la responsabilidad de su uso de drogas de manera que puedan tomar acciones para cambiar sus conductas de abuso de sustancias. La reatribución de responsabilidades requiere la hábil aplicación del método socrático, de forma que los sujetos no sientan que son juzgados o acusados por sus terapeutas (Beck, Wright, Newman y Liese et al).

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) observan sobre la técnica cognitiva del *Registro diario de pensamientos* que es una estrategia básica en la terapia cognitiva, utilizada exitosamente en el tratamiento de la depresión, ansiedad y demás estados anímicos problemáticos. El RPD estándar consiste en un formato de cinco columnas que completa el sujeto semejante al aquí presentado:

### REGISTRO DIARIO DE PENSAMIENTOS (RPD)

Tabla N°2

	SITUACION	PENSAMIENTOS AUTOMATICOS	EMOCIONES	RESPUESTA RACIONAL	RESULTADO
D I A H O R A	Describe: Acontecimiento actual que lleva a emociones desagradables o Flujo de pensamiento que llevan a emociones desagradables o, Sensaciones físicas angustiosas.	Escribe los pensamientos automáticos que van precedidos de emociones.  Evalúa la automaticidad de la creencia, 0-100%.	Especificar tristeza, ansiedad, enfado, etc.  Valorar el grado de emoción 0-100%.	Escribir una respuesta racional a los pensamientos automáticos.  Valorar la racionalidad de la creencia 0-100%.	Revalorar la creencia en los pensamientos automáticos 0-100%.  Especificar y valorar las emociones consecuentes 0-100%.

Existen algunas preguntas que serán de ayuda para la formulación de respuestas racionales por ejemplo:

- 1.- ¿Qué evidencias existen de que el pensamiento automático sea verdadero? ¿No es verdadero?
- 2.- ¿Hay alguna explicación alternativa?
- 3.- ¿Qué es lo peor que puede pasar? ¿Puede vivir con ello? ¿Qué es lo mejor que puede pasar? ¿Cuál es el resultado más realista?
- 4.- ¿Qué debería hacer acerca de ello?
- 5.- ¿Cuál es el efecto de creer en pensamientos automáticos? ¿Cuál puede ser el efecto de cambiar mi pensamiento?
- 6.- Si \_\_\_\_\_ (el nombre de un amigo) estuviera en mi situación y tuviera este pensamiento, ¿qué le diría yo a él?

Se ha observado que la aplicación regular de estas preguntas se convierte en una actividad entre sesiones estupenda, ya que les ayuda a sacar el máximo beneficio del RPD.

Finalmente, se presenta la técnica de la *Imaginación*, que se puede utilizar con las personas que consumen drogas para orientarlos a visualizar el auto-control, y evitar el uso de la sustancia. La imaginación es una técnica muy útil para que los sujetos se enfoquen en las creencias relacionadas con las drogas y los pensamientos automáticos, o para distraerlos de sus fuertes deseos por consumir. Así mismo, puede auxiliar en el cambio de las creencias y pensamientos asociados con las sustancias, de manera que se pueden imaginar actividades positivas y divertidas como alternativas al consumo de drogas, una vida sana y productiva como resultado de liberarse de las drogas (Beck, Wright, Newman y Liese et al).

#### 5.4 Técnicas conductuales

Los sujetos que consumen drogas tienden a involucrarse en actividades y conductas que favorecen su uso, y al mismo tiempo, a no participar en actividades prosociales vitales, como lo son el trabajo, los hobbies, servicios comunitarios y relaciones estables. Es por ello que la *Programación y control de las actividades* es una técnica conductual muy útil para la comprensión y control de las conductas relacionadas con la droga y para el incremento de las conductas positivas. El proceso de esta técnica es muy sencillo: el paciente recibe un formulario para el Inventario de actividades diarias, que incluye los 7 días de la semana divididos en bloques de 1 hora (véase fig. 3), y se le pide que durante una semana, apunte sus actividades diarias y el grado que siente placer y habilidad en éstas. El placer y la habilidad, registrados en una escala de 0 (nada) a 10 (extrema) brinda una indicación del estado de ánimo del sujeto y la cantidad de refuerzo o satisfacción que se deriva de tal actividad. Este inventario se puede utilizar, por lo menos, con tres finalidades que son:

1.- El logro de la comprensión de las actividades del paciente y de la manera en que éstas se vinculan al consumo de droga.

2.- La programación de actividades alternativas al uso de drogas.

3.- La evaluación del seguimiento de la programación.

Frecuentemente, los sujetos no llevan a cabo las actividades planeadas, lo que los lleva nuevamente, a sus pensamientos devaluatorios como: "Nunca logro lo que me propongo" etc., por lo que el terapeuta deberá permanecer optimista, apoyando a sus pacientes. Una vez que los sujetos son capaces de planificar y conseguir desarrollar las actividades no relacionadas con las drogas, se sienten más satisfechos y aumenta su eficacia, lo que les hará sentirse más independientes de la sustancia (ibid em. p. 204-205).

**INVENTARIO DE ACTIVIDADES DIARIAS**

Nota: Clasificar de 0 a 10 las actividades H para habilidad y P para placer .

		L	M	Mc	J	V	S	D
M	6 a 7							
A	7 a 8							
Ñ	8 a 9							
A	10 a 11							
N	11 a 12							
A	12 a 1							
	1 a 2							
T	2 a 3							
A	3 a 4							
R	4 a 5							
D	5 a 6							
E	6 a 7							
	7 a 8							
N	8 a 9							
O	9 a 10							
C	10 a 11							
H	11 a 12							
E	12 a 6							

La técnica de los *Experimento conductuales* es empleada para comprobar la validez de las creencias vinculadas a las sustancias y las creencias nucleares de los pacientes. Un experimento conductual podría ser el que un paciente que considera que: "Perdería a todos mis amigos si no bebiera alcohol" participara en sus actividades comunes con sus amigos, sin beber. Por lo que la "variable independiente" en este experimento sería el consumo de alcohol por parte del paciente. La "variable dependiente" sería mantener las amistades. El paciente se vería impedido a evitar cualquier "variación extraña" manteniendo la consistencia en todas las otras facetas de la conducta. Sin importar los resultados de estos experimentos, el paciente aprenderá lecciones importantes. Particularmente, si pierde a sus amigos, el clínico le apoyará a analizar el significado de sus amistades anteriores a la abstinencia. Si logra mantener a sus amistades, se espera que el sujeto cambie sus creencias originales distorsionadas. Otro tipo de experimento conductual es el de la técnica "Como si", que consiste en que el paciente actúe como si una conducta deseada fuera real para él. Tal vez si el sujeto desea dejar de fumar, podría pasar unos días actuando "como si" fuera un no fumador, pidiéndole a las personas que no fumaran junto a él, o sentándose en la sección de no fumar en los restaurantes. Estas iniciativas son diseñadas con el objeto de cambiar las creencias y conductas vinculadas al consumo de sustancias (ibid em. p. 205-206)

Platt y Hermalin (1989) comentan que muchos sujetos con problemas de abuso de sustancias tienen problemas concomitantes de comunicación interpersonal. Por lo que, frecuentemente, se sienten frustrados e incómodos en las situaciones interpersonales, lo que origina un aumento de su vulnerabilidad para consumir la sustancia. En estos casos, el terapeuta puede poner en práctica otra de las técnicas conductuales llamada *Repaso conductual (role-playing y role -playing invertido)*, que como su nombre lo indica, es una representación de los patrones de conducta del paciente y de alguna persona más con quien el sujeto tiene problemas de comunicación (esposa, jefe, etc.), es decir, que el terapeuta puede representar a la esposa, o al jefe del paciente, mientras que el paciente asume su propio rol. Esto con la finalidad de enseñar al sujeto habilidades interpersonales efectivas. Este proceso de aprendizaje comprende el entrenamiento didáctico, conjuntamente con el *role-playing* frecuentemente, para lograr aprender y practicar más conductas interpersonales efectivas. Además, a medida que esta técnica se repite, ayuda al paciente a desarrollar repertorios de conducta social nuevos, maduros, efectivos, dentro de un ambiente seguro en el que los errores se pueden corregir sin reales consecuencias.

Castaneda, Galanter y Franco (1989) señalan que generalmente, existe ansiedad en el consumo de drogas. Los fumadores de cigarrillos y los adictos al alcohol suelen explicar que fuman o beben para relajarse. Por lo que el abuso de drogas tiende a ser una manera de automedicación para las personas que tienen problemas al relajarse.

Carroll, Rounsaville y Keller (1991) sostienen que el *Entrenamiento en relajación* puede ser una técnica útil ya que brinda al sujeto un método para relajarse seguro. Además, proporciona al paciente un período de tiempo después de la experiencia inicial de intensa necesidad de consumir, durante el cual disminuirá esta urgencia. Finalmente, el entrenamiento en relajación servirá para establecer la creencia nueva del paciente de que controla y es responsable de sus respuestas.

La *Asignación de actividades entre sesiones graduadas*, es otra de las técnicas útiles en el tratamiento de la drogodependencia, dado que frecuentemente, los pacientes tienen que hacer enormes cambios en sus conductas, para facilitar el logro de la abstinencia o reducir su consumo. Ya que los consumidores de drogas tienen amigos que consumen sustancias también, tendrán que reestructurar sus vidas sociales por completo, para evitar las posibilidades de una recaída, cosa que no resulta fácil. Es por eso que se anima al paciente a que se comprometa a ir aproximándose hacia las conductas deseadas para poder lograr las metas fijadas. Como puede ser, salir con un nuevo amigo encontrado en un grupo de apoyo, o salir a cenar o al cine. Al realizar esta práctica, el paciente elegirá otra tarea y otra más, hasta que haya alcanzado crear una nueva red social libre de adicciones (Beck, Wright, Newman y Liese, et al).

Nezu, Nezu y Perri (1989) aseguran que se les deben enseñar los principios de *Resolución de problemas* a los pacientes con abuso de drogas ya que, o no están acostumbrados a resolverlos sino a negarlos, o evadirlos a través de las sustancias, y suelen demostrar impulsividad en la solución de éstos. Los pasos que incluye esta técnica son los siguientes:

- 1.- Definir el problema con términos específicos y claros.
- 2.- Proponer (brainstorming) una serie de soluciones posibles.
- 3.- Examinar los pros y contras de cada solución propuesta.
- 4.- Escoger la mejor solución hipotetizada.
- 5.- Aplicar la conducta después de planificarla, prepararla y practicarla.
- 6.- Valorar el resultado y evaluar la solución de otros posibles problemas.

El proceso de la resolución de problemas es largo, gradual y lleno de frustraciones, por lo que el terapeuta debe dar su apoyo en todo momento, tener paciencia y motivar a sus pacientes a que continúen hasta que logren el dominio de esta estrategia.

El *Ejercicio* es otra técnica conductual ya que generalmente, el abuso de sustancias es incompatible con el ejercitarse y con el cuidado de la salud física. Por lo que la actividad aeróbica constante probablemente incremente la conciencia de la persona sobre las desventajas del abuso de drogas y las grandes ventajas que tiene el ejercicio. El terapeuta debe motivar al sujeto a iniciarse en el ejercicio físico, como parte del programa de tratamiento, con aprobación de su médico. Esta iniciativa ayudará al paciente a redefinirse a sí mismo como saludable de manera

física. Esta nueva imagen puede originar disonancias cognitivas para el sujeto y llevarlo a cambiar su consumo de drogas. Es importante señalar la excepción de esta técnica, que son los atletas que abusan de esteroides anabólicos, al considerar que éstos son muy favorables para su rendimiento atlético. En estos casos, el clínico no deberá enfocarse en el ejercicio como una intervención, por el contrario, deberá centrar la atención en el trabajo de la ira, resolución de conflictos interpersonales y en los efectos secundarios no atractivos de los esteroides, como son: el acné, la calvicie, la respuesta sexual disminuida, y demás consecuencias médicas graves (Beck, Wright, Newman y Liese, et al).

Carroll, Rounsaville y Keller (1991) apuntan que para poder minimizar el contacto con los estímulos que llevan al consumo de sustancias, es conveniente motivar a los pacientes a que identifiquen tales estímulos, ya sean internos o externos, que los exponen ante situaciones de alto riesgo de activar las creencias relacionadas con las drogas. El *Control de estímulos* es una buena herramienta, aunque no pretende eliminar todos los estímulos del adicto sino reducir o evitar aquellos que son particularmente peligrosos como pueden ser estados de ánimo específicos ya sean negativos (ansiedad, tristeza, etc.) o positivos (felicidad, alegría, diversión, etc.). O señales extrínsecas como determinadas comidas, otros adictos, hora del día, localización geográfica, etc.). Además, se anima al sujeto a que planifique estrategias para evitar estas señales lo más posible. Sin embargo, lo más importante, es motivarlo a preparar métodos para manejar estos estímulos cuando inevitablemente se enfrente a ellos.

## 5.5 Terapia Racional Emotiva

El Dr. Albert Ellis, creador de La Terapia Racional Emotiva (TRE) (1987) indica que ésta procede de escuelas estoicas de filosofía que parecen tener su origen alrededor de hace 250 años, particularmente de las escuelas budistas del Oriente y de las estoicas de los griegos y los romanos en Occidente

La TRE enseña a sus pacientes a comprobar la eficacia de sus teorías y de los demás; a discutir sus propias ideas, a descubrir lo que lleva a resultados positivos y a descartar aquellos que no. Es por eso, que uno de los principios fundamentales de la TRE consiste en determinar cuáles son las creencias irracionales de la persona respecto de sí misma y respecto a los demás y, después discutir tales hipótesis si parecen producir pocas consecuencias emocionales y conductuales. A la vez que hace mucho énfasis en el análisis cognoscitivo y filosófico, también es un enfoque amplio del tratamiento psicológico, ya que especifica y fuertemente utiliza métodos emotivos y conductuales que ayudan a los pacientes a ver sus creencias irracionales, lo que les ayuda a discutir y desechar dichas ideas. Se considera que los individuos se trastornan en formas complejas, es decir, cognoscitivas, emocionales y conductuales; por lo que no existe una manera sencilla de ayudarse a sí mismos a estar menos alterados. Sus problemas psicológicos surgen



básicamente de percepciones y concepciones erróneas respecto a lo que les sucede en el punto A: Acontecimientos o Experiencias activantes. No obstante, tales problemas consisten también en reacciones emocionales insuficientes o excesivas a tales experiencias activantes; además, pueden comprender habitualmente patrones de comportamiento disfuncional, como sus adicciones a actos destructivos de la salud, como el beber en exceso o fumar, y la evitación de acciones de protección de la salud, como realizarse exámenes médicos u odontológicos regularmente.

Dado que el trastorno incluye elementos cognoscitivos, emotivos y conductuales, la TRE brinda un análisis multifacético y ataca a los elementos mencionados, por lo que resulta, frecuentemente, un acercamiento a la Terapia Cognoscitiva- Emotiva-Conductual. La TRE parte de la hipótesis de las llamadas consecuencias o reacciones emocionales (punto C) proceden fundamentalmente de nuestras ideas o creencias (Beliefs) conscientes e inconscientes (punto B) o de nuestras evaluaciones, interpretaciones y filosofías respecto de lo que nos sucede en el punto "A (Experiencias Activantes). Este es el sistema A-B-C de formación y cambio de personalidad. La TRE afirma que no existen razones legítimas para que las personas, se perturben emocionalmente, independientemente del tipo de estímulo desagradable que estén recibiendo. La TRE anima a los pacientes a sentir emociones fuertes apropiadas tales como, pesadumbre, pena, disgusto, espíritu de rebeldía y determinación a cambiar cuando tienen mala salud o demás situaciones activantes desagradables.

Ellis (1991) considera que la gente se vuelve adicta de dos maneras. Para algunos, la adicción resulta principalmente por una búsqueda de placer y baja tolerancia a la frustración. Esto es, inicialmente la gente puede empezar a beber o a usar drogas para pasarla bien con sus amigos, pero entonces, cuando tratan de moderarse o dejar de consumir, su baja tolerancia al malestar y a la frustración es el factor principal que contribuye a su inhabilidad para lograrlo. En el segundo grupo,

Las personas beben o usan drogas principalmente para manejar problemas emocionales generales, por ejemplo, emociones desagradables tales como la depresión y la ansiedad. En un principio, esta solución puede ayudar, pero cuando los problemas empiezan a surgir y la persona trata de detener su consumo, experimentan lo que Ellis (Ellis et al., 1988) ha determinado como "ansiedad desagradable", ese sentimiento incómodo que tanta gente sufre cuando se niegan a sí mismos o son incapaces de hacer algo que desean. Esa ansiedad desagradable se vuelve una nueva "A", experiencia activante/ disparador potencial. Tarde o temprano la baja tolerancia a la frustración o la angustia desagradable se relacionarán con las creencias irracionales las cuales, llevan a las personas a usar las sustancias nuevamente. Para muchas personas el modelo ABC es una herramienta poderosa para analizar y comprender lo que está pasando.

Para aquellas personas que les resulta el método ABC difícil en un principio, se puede utilizar otro ejercicio que se enfoca en los mismos temas pero de una manera ligeramente más amistosa, como se muestra a continuación:

- 1.- ¿Cuál era la situación del problema?
  - 2.- ¿Cuáles fueron sus sentimientos justo antes de que decidiera beber o drogarse?
  - 3.- ¿Qué era lo que pensaba justo antes de beber o drogarse?
  - 4.- ¿Qué hizo?
  - 5.- ¿Qué se pudo haber dicho a usted mismo que le hubiera resultado de más ayuda?
  - 6.- ¿Qué pudo haber hecho de manera diferente?
  - 7.- ¿Qué pudo haber intentado sentir?
  - 8.- ¿Cómo se siente usted ahora con respecto a lo sucedido?
  - 9.- ¿Qué se está diciendo a usted mismo ahora?
- 

Si una persona contesta las preguntas, en esencia ya realizó un análisis ABC. Prochaska, Di Clemente and Norcross's (1992) comentan que muchos grupos y terapeutas de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) han encontrado útil emplear el siguiente modelo:

#### Fases del cambio en la Terapia Racional Emotiva

Fase uno: Precontemplación. Como el nombre lo indica, la persona no está contemplando cambiar. Ya sea por que no se ha dado cuenta de que tiene un problema(aunque los demás le pidan que lo haga) o por que está demasiado desmoralizada para admitirlo o para pensar en hacer un cambio.

Fase dos: Contemplación. Esta fase está básicamente caracterizada por la ambivalencia. La persona no está segura si desea cambiar o no, pero empieza a contemplar la idea del cambio.

Fase tres: Preparación. Aquí la persona se empieza a preparar para el cambio. Tal vez lea un libro o pregunte respecto algún programa que la pueda ayudar.

Fase cuatro: Acción. En esta etapa la persona toma algunas acciones en un intento verdadero por cambiar.

Fase cinco: Mantenimiento. Las acciones no son suficientes; la persona tiene que trabajar para mantener el cambio. La prevención de una recaída es el punto focal de esta fase.

Fase seis: Terminación. El cambio se ha vuelto una parte casi permanente de su repertorio conductual. La persona ya no tiene que dedicar mucha atención o energía para mantener el cambio.

Se debe aclarar que este modelo no es específico para cambiar conductas adictivas, sin embargo, puede servir de guía para aquellas personas que así lo requieran. Los críticos de la terapia cognitiva a veces cuestionan la atención dada al pensar que las emociones juegan un papel tan importante en las adicciones. Es interesante el notar que la TREC contiene una E, algunas veces olvidada por la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y por la Terapia Conductual (TC). Esto no es un mero accidente. Inicialmente, la TRE fue llamada Terapia Racional por el Dr. Ellis, pero él rápidamente se dio cuenta de que un factor emotivo estaba implicado en la manera que él trabajaba. Razón por la que cambió el nombre (Ellis, 1962).

El Dr. Ellis, (1994) recientemente agregó la palabra *conductual*, haciéndola Terapia Racional Emotiva Conductual, en lo que llamó un largo retraso del reconocimiento de que la TRE siempre tuvo un fuerte componente conductual, un ejemplo de ello puede ser la asignación de tareas y el entrenamiento de habilidades sociales. Un elemento clave en la TREC es el aprender a asumir la responsabilidad por la vida emocional de uno mismo, lo que para muchas pacientes que asisten a los grupos de Doce Pasos resulta un concepto revolucionario. Ya que estaban acostumbrados a pensar que sus cambios de estado de ánimo y sus sube y baja emocionales eran principalmente incontrolables, a pesar de ello, estas personas intentaban frecuentemente el enfrentarlos con o sin ayuda de sustancias. Como se mencionó anteriormente, de acuerdo con la TREC, la gente bebe ya sea para aumentar su placer o para enfrentar algunos problemas emocionales; lo que más tarde se convertirá en problema referente a otro problema.

Algunas personas descubren que beber algo, comer algo, fumar algo, etc. Les ayuda a cambiar sus sentimientos mucho más rápida y fácilmente y con mucho mayor seguridad que ninguna otra cosa, aún que la propia TREC, Ya que les puede parecer que las técnicas requeridas por ella toman demasiado tiempo y esfuerzo, mientras que el beber o drogarse los ayuda a tener un cambio con mayor rapidez y mejores resultados, por lo menos a corto tiempo. Es por eso que resulta conveniente aclarar que la TREC es más difícil de aplicar, toma tiempo para aprender, requiere práctica, y no trabaja tan rápido como el uso de sustancias para sentir placer. Y es importante ayudar a los pacientes a entender que su meta de

eliminar o cambiar emociones puede ser la raíz de su problemática. Tanto como continúen creyendo que "No podré soportarlo" o "debo cambiarlo" continuarán vulnerables a una recaída. La filosófica idea de que uno debe tomar la responsabilidad de su vida emocional, inevitablemente presenta el problema de las metas emocionales. ¿Cómo preferiría sentirme?, las personas adictas frecuentemente dicen que "tranquilo", otros que "feliz"; algunos más "normal". Necesitamos explorar con ellos qué significa cada término de éstos para ellos y así como si son realistas o no (Bishop, M. F. 1995)

## 5.6 Entrenamiento conductual de auto-control

Hester, (1995) afirma que el entrenamiento conductual de auto-control (ECAC) es una modalidad de tratamiento empleada tanto para perseguir la meta de la abstinencia, como para el logro de la moderación y del beber sin problemas. Este tratamiento consiste de técnicas conductuales de determinación de metas, auto-monitoreo, dirección del consumo, consecución de metas gratificada, análisis de la funcionalidad de las situaciones en las que se bebe, y aprendizaje de habilidades alternativas para su manejo. En un sentido es educativo, ya que el terapeuta presenta componentes específicos, uno a la vez, y asigna tareas entre sesiones. El paciente asume la responsabilidad principal para tomar decisiones a lo largo del tratamiento. Los estudios muestran que el ECAC puede ser auto-dirigido (con un manual de auto-ayuda) o dirigido por un terapeuta. En general, los estudios controlados sobre los resultados no han encontrado diferencia entre estas modalidades. Sin embargo, existen características del terapeuta asociadas con mejores resultados que los del cambio auto-dirigido. El ECAC puede ser manejado en formato grupal. En la clínica del Dr. Hester trabajan con grupos de 8 a 10 personas en tratamiento dirigido por terapeutas en sesiones semanales de 90 minutos por 8 semanas. En el formato auto-dirigido, el paciente trabaja con una ayuda mínima por parte del terapeuta, usando el manual de auto-ayuda. Es recomendable el mantener sesiones de seguimiento.

La información sobre el perfil de los pacientes que pueden ser más favorecidos con el ECAC es diversa (Rosenberg, 1993).

Las características más consistentes, se encuentran en los problemas de bebida de menor duración y con un grado menos severo de dependencia (Miller & Hester, 1986).

Algunos estudios han encontrado que las mujeres tienen mayor éxito que los hombres al mantener la moderación siguiendo el ECAC. Por el contrario, los estudios han notado relativamente poco éxito en enseñar las técnicas para la moderación en los casos de alcohólicos severamente dependientes. Se presentan situaciones en las que la evaluación sugiere que el paciente tiene una baja probabilidad de éxito con una meta de moderación, pero él desea perseguirla de cualquier forma. En estos casos, donde el terapeuta no está de acuerdo con el paciente en la meta de moderación, se negocia un contrato en el que trabajarán

juntos por un espacio de 6 u 8 semanas, con el ECAC. Si después de este tiempo el paciente continúa teniendo problemas con la moderación, él deberá considerar una meta de abstinencia. Otras contraindicaciones para el trabajo en la meta de moderación son el embarazo o el intento por lograrlo, problemas médicos o psicológicos que son empeorados con cualquier bebida, y fuertes presiones familiares para lograr la abstinencia (Hester, 1995).

### Descripción del entrenamiento

El ECAC comprende 8 pasos que se presentan en el siguiente orden:

- 1.- Marcar límites en el número de bebidas por día, de acuerdo a las tablas del nivel de concentración de alcohol en la sangre.
- 2.- Auto-monitoreo de las conductas cuando bebe.
- 3.- Cambiar la cantidad de bebida.
- 4.- Practicar la asertividad al rehusar bebidas.
- 5.- Establecer un sistema de recompensa por el logro de metas.
- 6.- Aprender qué antecedentes concluyen en beber en exceso y cuáles en la moderación.
- 7.- Aprender otras habilidades para enfrentar la vida, en vez de beber.
- 8.- Aprender cómo evitar el volver a beber excesivamente.

A continuación se detallarán estos pasos:

#### Marcar límites.

Para marcar límites, en primer lugar la persona tiene que estar de acuerdo en que constituye una "bebida". El grupo del Dr. Hester usa la conversión que define una bebida o Contenido estándar de etanol (CEE) como ½ onza de etanol puro (Miller, Heather, & Hall, 1991). Por ejemplo: 4 onzas de vino de mesa contienen 12% de alcohol, mientras que 10 onzas de cerveza contienen 5% de alcohol.

Esta es la fórmula para calcular el número CEE en una bebida:

El número de onzas de bebida por la proporción de alcohol por 2.

Ejemplo: 12 onzas de 5% de cerveza es 1.2 CEE. ( $12 \times .05 \times 2 = 1.2$ ). La manera más fácil para que los pacientes aprendan a calcular el CEE, es dándoles ejemplos de prueba para que los resuelvan conforme a la fórmula. Siempre se define una bebida como 1 CEE. Cuando los pacientes están aprendiendo cómo calcular el CEE, se dan cuenta de que, frecuentemente, no saben que tanto alcohol contiene una bebida en particular. Esto se vuelve su responsabilidad el descubrir que tanto alcohol contiene las bebidas que ingiere.

Cahalan, (1987) sugiere que para ayudar a los pacientes a fijar sus límites, se les proporciona información sobre los efectos conductuales de diferentes niveles de concentración de alcohol en la sangre en personas sin significativa tolerancia al alcohol; índices de consumo entre la población adulta de los U.S.; y la relación que existe entre los niveles de consumo y los riesgos que esto representa para la salud. Con esta información en mente, los pacientes escogen dos tipos de límites: el

regular y el límite absoluto. El límite regular es el número de bebidas y el máximo de concentración de alcohol en la sangre que el sujeto no desea rebasar durante un día promedio. El límite absoluto, es, generalmente, un poco más alto y es para ocasiones especiales. Ambos límites, incluyen un número máximo de bebidas por día y un máximo nivel de CAA.

### Auto-monitoreo

El auto-monitoreo es un paso importante en el ECAC. Con este fin, el terapeuta ha de proveer a sus pacientes con suficientes tarjetas para que le duren varias semanas. Se ha de enfatizar que deben escribir la información en cada bebida antes de que empiecen a tomarlo. El auto-monitoreo dirige su atención a su manera de beber y les recuerda que están tratando de moderar su consumo. La información incluye la fecha, la hora, el tipo de bebida (cerveza, vino, vodka, etc.), la cantidad de alcohol de cada bebida, el lugar donde bebieron, y con que persona están bebiendo.

### TARJETA DE AUTO-MONITOREO

Tabla N°5

	FECHA	DIA	HORA	TIPO DE BEBIDA	CANTIDAD	BEBIDAS STD.	DONDE	CON QUIEN
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Conforme los pacientes van escribiendo la información en cada bebida, les llama la atención sobre hace cuanto tiempo que bebió el último trago y sobre la cantidad de bebidas que ha consumido durante ese día. Si los sujetos se dan cuenta de que no se están monitoreando cuando beben, el terapeuta les pide que reconstruyan su modelo de ingesta y que continúen, mejor que olvidar todo el asunto por el resto del día. Similarmente, si un paciente se da cuenta de que olvidó monitorearse el día anterior, es mejor tarde que nunca para reconstruir el patrón de

ingesta del día anterior. En la práctica, esto no ocurre frecuentemente. Una vez que los pacientes se han auto-monitoreado por varias semanas este ejercicio se vuelve un hábito (Hester, 1995).

### Control del índice de bebida

Una vez que los pacientes llevan una semana de auto-monitoreo y han marcado sus propios límites en cuanto a la bebida, entonces están listos para intentar algunas nuevas estrategias para controlar su taza de ingestión.

La primera estrategia es la de cambiar de una bebida más fuerte a una más suave. En lugar de consumir bebidas fuertes que se toman solas o sobre hielo, cambiar a bebidas mezcladas ya sea con agua mineral o refresco. Hay que prevenir a los sujetos sobre bebidas que son muy dulces en las que la cantidad de alcohol es enmascarada. Este tipo de bebidas generalmente se consumen rápidamente. Anímelos a cambiar por otras bebidas. Algunos pacientes reportan que beben más lentamente algunas bebidas que otras, por ejemplo si tienen una bebida favorita, ésta se puede cambiar por una que no le agrada tanto, y que consuma más despacio. Otra táctica para reducir el consumo es aumentar el número de sorbos en los que termina una bebida o espaciarlos más. Para esto, el sujeto debe de auto-monitorear cuántos tragos le da a una bebida y cuánto tiempo pasa entre un sorbo y otro. El espaciar las bebidas es probablemente la táctica más empleada para el control de la bebida, algunas de las maneras para incrementar el tiempo entre las bebidas son: beber tragos más pequeños, con más tiempo entre los mismos; permitir que transcurra un tiempo entre que se termina una copa y empieza a beber la otra, el consumir una bebida no-alcohólica entre las copas, y agregar hielo o más mezclador a la bebida para mantenerla fría y hacerla rendir más.

### Rehusar la bebida

A estas alturas del tratamiento, la mayoría de los pacientes tendrá que declinar ofertas para bebidas adicionales, ya sea por que alcanzaron su límite o por que están espaciando sus copas. Para muchos de los sujetos, no es suficiente con indicarles "simplemente diga no", en vez de esto, hay que brindarles entrenamiento en habilidades asertivas. Se pueden ilustrar los componentes verbales y no verbales de asertividad a través del entrenamiento de conductas. El terapeuta se coloca en la "silla caliente" y tiene un grupo de pacientes presionándolo para que beba, y el se rehusa de manera asertiva. Entonces, regresa y señala los diferentes componentes de contacto ocular, lenguaje del cuerpo, tono de voz y volumen, además del contenido verbal. Enseguida, recorre el grupo y le pide a cada paciente que describa la situación en la que ha tenido mayor dificultad para rechazar la bebida, y se escenifica ese momento con los demás miembros del grupo. Después de cada escenificación, los miembros del grupo brindan retroalimentación sobre los aspectos que la persona maneja bien y sobre los cuales necesita de un mayor trabajo. Si alguno de los miembros realiza una pobre

escenificación, se le pide que ensaye para la siguiente semana con amigos o familiares. En la próxima sesión se le dará una nueva oportunidad a este paciente. Los estudios que se han realizado sobre el entrenamiento de rechazo a la bebida con una meta de abstinencia han encontrado que entre más tiempo tarda el paciente en responder a la presión social para que beba, la probabilidad aumenta de que continúe bebiendo después del tratamiento. Esta información se les da a conocer a los pacientes y se les anima a que piensen anticipadamente sobre su respuesta que van a dar cuando de encuentre ante esta presión (ibid em. p. 152-153).

### Establecer un sistema de recompensa por el logro de metas

A medida que los pacientes avanzan hacia el consecución de sus objetivos, se les anima a que establezcan un sistema de recompensa por el logro de sus metas. Una s palabras de auto-felicitación después de cada pequeña victoria son importantes y les motiva para continuar por el camino del rechazo a la bebida y a mantenerse dentro de sus límites de concentración de alcohol en la sangre.

También es positivo el utilizar premios tangibles, hechas ala medida, dadas tan pronto como sea posible después de cada logro. *Hechas a la medida* significa que estas recompensas son satisfactorias y placenteras para el paciente individualmente, claramente, esto implica que el propio sujeto es quien elige el premio. Finalmente, las recompensas deben de ser fácilmente accesibles. Un viaje a Hawaii el año próximo por el logro de esta semana no es un premio a tiempo. Las recompensas implican tiempo, particularmente en el caso de los sujetos muy ocupados, esto puede ser una hora de no hacer nada absolutamente u ocupar este tiempo para leer su libro favorito.

Si un paciente establece una colección de recompensas personales, se le pide que haga un contrato en el que especifique que cantidad de progreso merece un premio. Si esta técnica se trabaja en equipo, cada miembro le dirá a sus compañeros los detalles de su contrato. Estas últimas acciones aumentan la probabilidad de que un paciente lleve a cabo su contrato.

### Antecedentes al beber en exceso

Una vez que los pacientes se han monitoreado por varias semanas, se les pide que revisen todos estos reportes y observen los patrones de su consumo alcohólico. Tal vez algunos ya se hayan dado cuenta de que beben más en ciertos bares o con determinadas personas, lo que representa un buen comienzo. El terapeuta revisa los factores de estas situaciones y les pide a los sujetos que describan de qué manera se asocian con el beber en exceso. Estos factores incluyen día de la semana, hora del día, lugares donde bebe, personas con las que bebe, la presencia de hambre o sed, actividades asociadas con beber como puede ser, ver la T. V., cantidad de dinero y alcohol, y la presencia de diferentes estados emocionales. De manera similar, el clínico les pide que consideren los factores asociados con el beber moderadamente.



Una vez que los antecedentes al beber en exceso son establecidos, los pacientes pueden empezar a realizar cambios sistemáticos en sus respuestas a estos factores situacionales. Las estrategias pueden incluir:

- 1.- Evitar beber completamente en presencia de algún antecedente en particular. Por ejemplo, después de una pelea con la esposa.
- 2.- Limitar ya sea la cantidad de tiempo o de dinero disponible para beber.
- 3.- Estar consciente que el beber en exceso es más probable en situaciones particulares y tener precaución en esas ocasiones.
- 4.- Encontrar formas alternativas de enfrentarse con antecedentes particulares tales como enojo y frustración.

El modelo de nuevos caminos: habilidades de enfrentamiento alternativas

Miller y Pechacek (1987) comentan que la gente por lo menos *percibe* que el beber trae algunas consecuencias positivas; de otra manera, no beberían. Para algunos, esto puede ser el logro de estados mentales positivos, mientras que para otros, les puede ayudar a evitar estados emocionales o físicos negativos. Si bebiendo alcohol es la única manera en que los pacientes pueden satisfacer una necesidad, entonces cuando quieren satisfacer esa necesidad, la probabilidad de que ellos respondan bebiendo se incrementa. Si por otra parte, los sujetos cuentan con otras maneras para satisfacerla, entonces la probabilidad de que beban decrece. Es por eso que el trabajo, esta sección se enfocará a identificar las necesidades que satisface la bebida y así como a desarrollar tácticas alternativas para satisfacerlas. Los pacientes se pueden sorprender al escuchar que el consumir alcohol tiene consecuencias positivas, y si se les pide que mencionen los efectos positivos y deseados del beber, generalmente señalarán dos o tres beneficios del beber. Conforme van en listando estos beneficios, es conveniente escribirlos en un pizarrón bajo el encabezado de "efectos deseados"(columna 2).

**EJERCICIO DE "NUEVOS CAMINOS"**

Tabla N°6

DISPARADORES	EFFECTOS DESEADOS	NUEVOS CAMINOS
Día difícil en el trabajo	Relajación	Ejercicio aeróbico
Pelea con esposa	Escape	Mejores habilidades de comunicación

Una vez que se ha completado esta columna, se empieza a llenar la columna de los "disparadores" (primera columna), en la que se anotarán las situaciones y estados emocionales donde el sujeto quiere esos efectos deseados, como pueden ser sentimientos de frustración respecto al trabajo, la celebración de un partido de baseball, etc. Finalmente, se trabaja en la tercera columna que son los "nuevos caminos". Para encontrar estas tácticas alternativas, se les pide a los pacientes que den todas las ideas posibles para alcanzar los "efectos deseados" sin beber en exceso. Conforme estas nuevas maneras se van generando, el terapeuta agrega habilidades como ejercicios de relajación, auto-hipnosis, entrenamiento sobre asertividad, habilidades para el manejo del humor, entrenamiento de habilidades sociales, etc. Se hace énfasis en el sentido que entre más opciones tengan a su disposición para lograr un cierto efecto, la probabilidad de que beban excesivamente en esas situaciones de alto riesgo disminuye. Si un sujeto pregunta por entrenamiento adicional en esas habilidades, el terapeuta brinda varias opciones. La primera es recomendar manuales apropiados de auto-ayuda. La segunda es que el terapeuta provea ese entrenamiento. La tercera opción es referir a ese paciente a otro profesional competente que dé ese entrenamiento que el terapeuta no desea dar o que des conoce (ibid em. p. 154).

Estas siete estrategias mencionadas constituyen el curso del tratamiento de entrenamiento conductual de auto-control.

## 5.7 Resultados

En general, las terapias para controlar la manera de beber han producido tasas de una mejora total comparable a aquellas producidas por los métodos orientados a la abstinencia. El patrón es diferente, sin embargo con cerca de un tercio volviéndose bebedores totalmente controlados y un tercio adicional abstinentes o mejorados. El entrenamiento conductual de auto-control (ECAC) ha recibido apoyo consistente en diez estudios controlados, produciendo tasas de mejoría en un rango entre 60% y 80%. El ECAC es un paquete completo, sin embargo, la importancia relacionada de sus componentes es desconocida. El auto-monitoreo puede ser un importante elemento. El ECAC parece ser tan efectivo como los métodos de auto-ayuda. Las terapias cognitivo-conductuales son relativamente recientes en el tratamiento del alcoholismo. Varios estudios de caso y una evaluación controlada apoyan la efectividad de estos métodos, aunque es verdaderamente muy pronto para decir que contribución hacen a la abstinencia- así como los tratamientos orientados al control de la bebida.

## CAPITULO 6 TRATAMIENTO MULTIPLE

*"Que los alcohólicos beban controladamente no es una mala idea, es simplemente una idea imposible. A largo plazo, no funciona. Los alcohólicos no se recuperan bebiendo alcohol, se recuperan al dejar de hacerlo" (Anónimo, 1986).*

### 6.1 Conceptos

Miller, Hester (1995) comentan que hasta hace poco tiempo, la mayoría de los terapeutas eran entrenados para atender a los pacientes con problemas relacionados con el alcohol desde una perspectiva de "una verdadera luz". El estudiante sería preparado en una de varias "escuelas" rivales de tratamiento, y profundamente adoctrinado dentro de esa perspectiva de rivalidad. Los estudiantes se aprendían de memoria las fallas y errores de los otros métodos de tratamiento, y fueron ensañados a que su propia aproximación era la única verdadera opción y el alivio duradero para los problemas humanos.

El Eclecticismo es un más reciente rival para esa estrecha visión. Este reconoce el valor potencial de la amplia gama de alternativas existentes. De hecho, en algunos círculos y profesiones, "ecléctico" se ha convertido en la orientación más predominante entre los terapeutas. Aparentemente, esto suena muy progresista, pero un eclecticismo poco crítico puede resultar fácilmente en una terapia desenfocada. Lo que puede llevar a la inocente posición de que todas las aproximaciones tienen igual mérito, o a la postura cínica de que da lo mismo lo que se hace en tratamiento. Un terapeuta ecléctico sin información ni disciplina vaga de una tendencia a la otra o le da por otra tomando de éstas los puntos que le parecen convenientes, interesantes, familiares o apropiados para el caso inmediato. Haciendo de la prueba y error un reinado supremo.

Por su parte, el Dr. J. A. Elizondo et al. (1998) nos habla de que en la actualidad se está empleando un modelo ecléctico que integra todos los elementos que puedan ser útiles, de otras aproximaciones para lograr la rehabilitación integral del adicto al alcohol. Por lo que "el tratamiento ideal para el alcoholismo es un modelo ecléctico e interdisciplinario que satisfaga las necesidades para la recuperación óptima del enfermo". Sería deseable que en los hospitales generales, tanto privados como de gobierno, tuvieran un programa integral de atención al alcohólico que comprenda desde la desintoxicación y el subsecuente síndrome de supresión, hasta las implicaciones médicas del alcoholismo. Después, el paciente recibiría tratamiento psicoterapéutico intensivo de corta duración dentro de la misma institución, y posteriormente, seguiría su rehabilitación con psicoterapia externa con el objeto de evaluar periódicamente, los metas de la intervención.

En cuanto al personal de estos centros, estaría conformado por un equipo interdisciplinario que comprenda: cuerpo médico general e internista, psiquiatra, psicólogo, gastroenterólogo, neurólogo, enfermeras y trabajadoras sociales, que

apoyen la realización de intervenciones oportunas en crisis y evitar recaídas. Adicionalmente a la atención profesional, el paciente podría asistir a sesiones de AA. En términos generales, este tratamiento sería estupendo para gran parte de la población con problemas de alcoholismo, y únicamente en casos especiales se les remitiría a centros de recuperación de larga estancia, lo que implica entre seis y ocho semanas, o a casa de "medio camino" que cumplen la función de reintegrar al alcohólico a la vida cotidiana en sobriedad.

A continuación se presenta un modelo de tratamiento integral para el alcohólico.

## 6.2 Diagnóstico

El diagnóstico se llevaría a cabo en consulta externa del programa de atención integral al alcohólico en el hospital general (público o privado). Las personas que visiten otros servicios del hospital (medicina interna, urgencias, etc.) por problemas derivados de la ingestión de bebidas alcohólicas serían valoradas a través de entrevistas, cuestionarios y pruebas de laboratorio para definir un diagnóstico. En caso de que éste resulte positivo, se habla con el paciente para concientizarlo de su condición y motivarlo a iniciar su tratamiento externo. Así mismo los familiares del alcohólico renuente a recibir la asistencia recibirían apoyo y orientación sobre el programa más conveniente en su caso particular que requiere de actitudes y conductas que ayuden al enfermo a aceptar su condición y aceptar el tratamiento (ibid em,1998).

El Dr. Edwards, (1992) comenta que es útil contar con algunas preguntas "apaciguadoras" sobre problemas de alcoholismo, que puedan incluirse al elaborar el historial, antes de iniciar con esto se sugiere hacer una observación introductoria casual, como podría ser: "Siempre hago preguntas sobre el alcoholismo a todo el mundo; tal vez sea importante sentir que uno puede hablar de su problema sin intimidarse". Generalmente, las preguntas están mejor estructuradas en términos abiertos como: "¿Alguna vez se ha preocupado por su manera de beber?, ¿Alguna vez?, ¿de ninguna manera?, es decir ¿su forma de beber le ha causado riñas o problemas en su trabajo?, ¿problemas de salud?, ¿alguna vez ha pensado que debe reducir su consumo de alcohol?, ¿alguna vez alguien ha criticado su forma de beber?". Ya que es más probable que las preguntas de esta forma sondeen la posibilidad de que exista una preocupación o un problema desemboquen en un diálogo fructífero, que las preguntas estériles y mecánicas del estilo de: "Cuánto bebe?", ya que éstos cuestionamientos no se dirigen a lo que el paciente siente y se pueden desviar fácilmente con una respuesta como: "sólo bebo en reuniones sociales". En el caso en que las preguntas iniciales sobre preocupaciones y problemas sugieran que se debe profundizar en la investigación, se hará un análisis más detallado del patrón de consumo del sujeto.

El Dr. Velasco (1997) señala que el alcoholismo no es una enfermedad hereditaria, ni unicausal, sino multifactorial. No obstante, existen ciertas pautas conductuales y psicobiológicas que pueden ayudar a la detección del alcoholismo

en sus etapas más tempranas como son: una respuesta de intensa relajación ante las bebidas alcohólicas; dificultad para enfrentar estados depresivos, de angustia y frustración; pertenecer a culturas que crean culpabilidad y confusión con respecto a la conducta del bebedor; Rasgos neuróticos y de gran incapacidad para entablar relaciones interpersonales; inmadurez emocional y sexual, con tendencias al aislamiento; haber sufrido privaciones afectivas durante la infancia; inconformidad con la sociedad o desenvolvimiento en sociedades que generan fuerte agresividad y culpa.

Con respecto a los antecedentes familiares, aún no se ha logrado establecer si el alcoholismo es hereditario, pero tampoco se puede asegurar que los factores genéticos no tengan influencia en la génesis del síndrome de dependencia. Según las investigaciones realizadas los factores genéticos pueden intervenir en diferentes aspectos como son: en el metabolismo del alcohol; en la susceptibilidad a los efectos tóxicos del etanol, así como a desarrollar lesiones orgánicas y trastornos conductuales; en la adaptación del sistema nervioso central a la ingestión crónica; a la presencia de factores psicológicos predisponentes. Hay quienes afirman que la mayor parte de los alcohólicos cuentan con algún familiar que también lo es y que los hijos de alcohólicos tienen un 23% más de posibilidades de desarrollar la enfermedad que los hijos de personas no alcohólicas (Goodwin, 1971).

Cuando llegaran pacientes solicitando asistencia médica debido a problemas por el consumo del alcohol, se realizaría una historia clínica detallada referente a la evolución de los hábitos de consumo. Lo que permitirá realizar un diagnóstico temprano del alcoholismo (Velasco, 1998).

El patrón de consumo entre las personas con predisposición hacia el alcoholismo y las que no la tienen es distinto, aquellas que si tienen la predisposición beben cada vez más, mientras que entre los bebedores moderados o sociales su patrón permanece estable. Dentro de la progresión del alcoholismo se observan tres etapas que son:

1.- Etapa de Alcoholismo incipiente, en la que el sujeto consume regularmente bebidas alcohólicas mientras que hace promesas tanto a sí mismo como a los demás de un mayor control en su consumo, miente con respecto a la cantidad que bebió; bebe unas copas antes de asistir algún evento social; y sus hábitos de alimentación aún no están muy afectados. La duración de ésta etapa puede ser de aproximadamente, 10 años, aunque puede haber grandes variaciones entre los individuos.

2.- Etapa de Alcoholismo desarrollado, en la cual las promesas y mentiras son más constantes y graves, ya que el sujeto tiene que ocultar la progresión de su consumo etílico. Bebe más rápido, y siempre está en disposición de hacerlo; frecuentemente está irritable, deprimido o cansado por lo que "necesita" una copa para relajarse. Empieza a beber a horas que antes no lo hacía por respeto, como puede ser en el trabajo; bebe solo y se excede los fines de semana; y una característica importante: se irrita marcadamente en los lapsos en que no bebe. Esta etapa dura entre dos y cinco años aproximadamente.

3.- Alcoholismo avanzado, en esta etapa el sujeto como poco y desordenadamente, bebe en la mayoría de las situaciones cotidianas; aumentan los olvidos de lo que sucedió durante su borrachera (lagunas mentales); los periodos de ingesta alcohólica son más largos e intensos; pueden perder el trabajo, bajar en la escala económica y social. Pueden sufrir accidentes de tránsito por conducir en estado de ebriedad, así como riñas y detenciones. Se presentan complicaciones físicas como cirrosis hepática, desnutrición, entre otros.

Al llegar a este grado el alcohólico se encuentra ante la disyuntiva de que si continúa bebiendo llegará a la invalidez o a la muerte; o ante la aceptación de su condición alcohólica, pedir ayuda e iniciar su recuperación. La duración de esta etapa es indefinida, dura hasta la muerte o la recuperación. En un inicio el alcohólico "vive para beber", y al final "bebe para vivir", así de grande es su dependencia. (Velasco, 1981).

Los criterios para el diagnóstico de la dependencia de sustancias fueron abordados en el capítulo 1.

### 6.3 Intervención en crisis

El Dr. Elizondo (1995) explica que dada la naturaleza de la enfermedad del alcoholismo, muchos sujetos durante la fase de diagnóstico siguen bebiendo, razón por la que esta situación puede culminar en una crisis tanto de salud como familiar, laboral y/o social. Pocos son los sujetos que pasan del diagnóstico al tratamiento sin cursar por una crisis.

El Dr. Velasco (1997) afirma que usualmente, los sujetos con síndrome de dependencia y los bebedores excesivos recurren al médico cuando se encuentran muy intoxicados o cuando sufren el síndrome de abstinencia o alguna otra complicación física. El tratamiento de desintoxicación sería el inicio de la rehabilitación del enfermo. El paciente en fase aguda llega deshidratado y desnutrido, agitado, desaliviado y no coopera mucho, por el contrario, puede crear problemas e inclusive agredir a las enfermeras o cuerpo médico, ya que generalmente ingresa contra su voluntad, y no acepta ser alcohólico ni tener problemas con su manera de beber. Puede presentar complicaciones digestivas como vómito, intolerancia a la ingestión de alimentos, sangrado digestivo, trastornos sensorceptivos y delirios.

No existe un tratamiento fijo para la intoxicación aguda, ya que depende de su severidad. En una intoxicación moderada, el interrumpir el consumo de alcohol, provocar el vómito y tener en reposo al sujeto será suficiente. Básicamente, en un cuadro de intoxicación moderada la estrategia es la de esperar a que el organismo metabolice el alcohol consumido. Si la intoxicación es más fuerte y se observa disminución del estado de alerta o compromiso de los signos vitales, no es conveniente provocar el vómito ya que el reflejo tusígeno y la deglución están atenuadas por la marcada depresión del sistema nervioso central, por lo que el sujeto puede broncoaspirar el material vomitado y morir por asfixia. En situaciones

como éstas, antes que nada se deben limpiar las vías aéreas de todo residuo de material vomitado, alimento o prótesis dentales, así como evitarse la compresión de la tráquea por cuellos altos o corbatas que desfavorezcan la ventilación. Cuando la intoxicación es aguda, las estrategias son otras. Para empezar, se aplican al sujeto soluciones glucosadas por vía endovenosa al 5 o 10%, para favorecer la rehidratación, y la satisfacción de las necesidades calóricas. Será importante recordar que en la intoxicación aguda los niveles de glucosa están muy bajos, dado que el etanol inhibe la gluconeogénesis y deben de reponerse, por lo que el suministro de glucosa regularizará esta hipoglucemia y repondrá los depósitos de glucógeno hepático. En cuanto a la acidosis láctica que se presenta, tiene su origen por la formación de lactato durante el proceso de oxidación del alcohol. El aumento de excreción urinaria de magnesio y fosfatos es otro de los cambios metabólicos que se pueden observar en estas situaciones, teniendo como resultado una disminución de los niveles séricos de estos elementos, por esta razón, es que un buen porcentaje de alcohólicos crónicos presenta un bajo nivel de magnesio sérico, y se recomienda el suministro de éste, tanto como preventivo de las crisis convulsivas del delirium tremens, como para favorecer la formación de enzimas dependientes de la tiamina. La dosis recomendada es de 2 ml. De solución de sulfato de magnesio al 50%, por vía intramuscular por 24 u 48 horas.

La administración de vitaminas es necesaria, especialmente las del complejo B, tiamina y niacina, por vía parenteral y durante toda la fase de desintoxicación, ya que además de que el alcohólico normalmente tiene una mala alimentación, el etanol interfiere en la absorción de tiamina. La ausencia de esta vitamina es responsable de los cuadros de polineuritis y demás complicaciones como el síndrome de Wernicke y la psicosis de Korsakoff.

A lo largo de la intervención en crisis, es importante vigilar el estado de conciencia del sujeto por medio de la observación de su respuesta a movimientos, verbalizaciones, reflejos, etc. La absorción del etanol es tan veloz, que cinco minutos después del consumo, ya se puede detectar en el torrente sanguíneo, alcanzándose la máxima concentración en el paso de una hora. La correlación entre el grado de embriaguez, es decir, la concentración de alcohol en la sangre, y sus efectos señala que, si la alcoholemia es de 30mg por 100ml de sangre, el individuo experimenta euforia; si la alcoholemia es de 50mg% la incoordinación motriz es evidente; pero si esta concentración llega a 100mg%, la ataxia es manifiesta. Cuando la concentración de alcohol alcanza los 200mg, el sujeto presenta motricidad enlentecida así como cierta confusión; pero si la alcoholemia es de 300mg% se presenta el estupor. En estos casos, es muy importante evitar el uso de sedantes y tranquilizantes para proteger al paciente de una posible potencialización con el alcohol y del estado de coma.

La evolución de la intoxicación dependerá de su severidad y de la presencia de otras drogas y alteraciones orgánicas de otra índole.

Velasco (ibid em) apunta que cuando la concentración de alcohol en la sangre es mayor de 400 a 450mg% durante un lapso de 2 a 3 horas se presenta el coma

alcohólico, cuyas características son las siguientes: respiración lenta y estertosa; pulso débil; temperatura corporal baja; pupilas contraídas o muy dilatadas; piel pálida o cianótica así como posible retención urinaria o incontinencia. Y aunque esta condición no es muy frecuente, es muy peligrosa por la posible presencia de una depresión respiratoria y de la muerte. Este estado es reversible cuando el sujeto recibe la atención adecuada hasta que la concentración de alcohol en el torrente sanguíneo haya disminuido. En estos casos debe aplicarse entubación endotraqueal y auxilio respiratorio; así como lavado gástrico. El diagnóstico del coma etílico toma en cuenta los antecedentes de consumo de alcohol así como los hallazgos de la exploración física, y descarta otras probables causas, metabólicas, infecciosas, traumáticas, tóxicas, etc., para no realizar un diagnóstico equivocado, error que puede ser fatal. El diagnóstico diferencial es de mucha importancia y debe llevarse a cabo con gran atención. Solamente cuando el paciente bajo observación vuelve en sí, es que se puede asegurar que el alcohol es la causa del coma.

El síndrome de abstinencia es el conjunto de manifestaciones físicas y psicológicas ocasionadas por la interrupción repentina del consumo de alcohol después de un cierto tiempo de un patrón crónico. El delirium tremens no se presenta inmediatamente después de suprimir la ingesta alcohólica sino que puede tardar de tres a cinco días. Nuevamente en este caso como en el coma, es muy importante el realizar un diagnóstico acertado y estar preparados para encarar posibles complicaciones como convulsiones, agitación psicomotora, alucinaciones visuales. La presencia de este síndrome señala un grave trastorno metabólico general, básicamente el de los carbohidratos, además de una disminución de la función desintoxicante del hígado, tendencia a la acidosis, oxigenación deficiente del cerebro, alteraciones en el balance hidroelectrolítico, y carencias nutricionales particularmente de vitamina B. No es fácil predecir la severidad de los síntomas de abstinencia, parece estar relacionada con la cantidad de alcohol previamente consumida, la tolerancia desarrollada y la duración de la ingesta, no obstante, muchos sujetos presentan cuadros severos de delirium tremens cuando suspenden la ingestión de cantidades pequeñas de alcohol. Generalmente, esta condición se presenta en pacientes alcohólicos crónicos que aumentan durante un tiempo su consumo y de pronto la suspenden. De cualquier forma, la reacción individual es diferente. El tratamiento del síndrome de abstinencia básicamente incluirá la hidratación, el reemplazo de electrolitos, la vitaminoterapia, y la sedación (Ibid em p.176-184).

Es recomendable aprovechar estos momentos de sacudimiento emocional por parte del paciente para convencerlo de que inicie un tratamiento psicoterapéutico. Por lo que sería deseable que el hospital contara con un anexo psiquiátrico para que ahí mismo se atendieran las complicaciones de este tipo. La duración de esta fase se estima entre 24 a 72 horas, pero los casos de mayor gravedad tendrían una duración más prolongada y se lleva a cabo en el servicio de urgencias del hospital general. Con respecto a las crisis de tipo familiar, laboral, o



legal, el equipo terapéutico se trasladaría hasta el domicilio del paciente, a su lugar de empleo o a la delegación política, con el objeto de intervenirlo y convencerlo de someterse a un tratamiento en el hospital (Elizondo, 1995).

#### 6.4 Tratamiento

Ya que el paciente se recuperara de sus complicaciones médicas, estaría internado durante unas 72 horas para someterse a tratamientos psicoterapéuticos intensivos, que pueden variar en modalidades como sesiones de confrontación o personales, dinámicas de grupo, psicoterapia grupal, o psicodrama que lo llevarán a entrar a un programa terapéutico externo de cien horas de duración, al que asistiría dos horas diarias de lunes a viernes por diez semanas. Entre las metas del tratamiento se ubican el conocimiento y la aceptación de la enfermedad, el decidir voluntariamente mantenerse abstinentes del alcohol, estudiar los factores psicoemocionales que participan en la enfermedad, reconocer los patrones de conducta que es necesario modificar así como realizar una serie de metas a corto y mediano plazos que coadyuven a tales modificaciones. Dentro del programa de "Cien horas", se utilizarían otras estrategias terapéuticas como cine-debate terapéutico, técnicas de relajación y de confrontación; ludoterapia, terapia artística y terapia Gestalt. En el caso de que el sujeto presentara algún tipo de comorbilidad psiquiátrica como pueden ser la depresión o la angustia, se le tomaría como un paciente dual, lo que requiere de un tratamiento psicofarmacológico estrictamente supervisado por el cuerpo psiquiátrico de la institución debidamente preparado dentro del ámbito de las adicciones. Así mismo, la familia recibiría tratamiento especializado, con una duración de 20 horas con el propósito de orientar a sus miembros respecto a la enfermedad del alcoholismo, y a atender algún problema de salud mental de los familiares del paciente si llegara a ser necesario (ibid em 1995).

#### 6.5 Postratamiento

Una vez concluido el tratamiento, el sujeto asistiría una vez semanalmente a terapia de grupo y quincenalmente a terapia individual, además, como medida preventiva y de refuerzo, podría asistir a las reuniones de los grupos de AA. Los familiares asistirían simultáneamente a tratamiento individual y de grupo, así como podrían asistir a los grupos de auto-ayuda para familiares de alcohólicos Al-anon. La duración de esta etapa es de 18 meses, y si cuando ésta concluya, el paciente mantiene una abstinencia estable y ha alcanzado una mejoría significativa en sus niveles de funcionamiento psicosocial, se le da de alta (Ibid em 1995). Como medida preventiva y de apoyo, es aconsejable continuar con su asistencia a los grupos de AA (Velasco, 1997).

## 6.6 Prevención de recaídas

Katz y Hayes (1995) apuntan que, desde el primer momento en el que el paciente alcohólico se presenta a tratamiento, la prevención de recaídas se vuelve un tema de preocupación. Antes que nada, hay que puntualizar qué es una *recaída*. Conforme el *Merriam-Webster's Collegiate Dictionary* una recaída es " la recurrencia de síntomas de una enfermedad después de un período de mejoría".

Los practicantes en el campo de las dependencias químicas definen a la *recaída* de muchas maneras: como un proceso progresivo en el cual las viejas conductas y síntomas son reactivados; como la ruptura o retroceso en cualquier intento de cambiar una conducta adictiva; como el evento de volver a consumir químicos después de un período de tiempo abstinentes.

En los grupos de AA, tradicionalmente se han referido a la *recaída* como el hecho de volver a beber, sin embargo, los miembros de AA hablan sobre cambios en la manera de pensar y comportarse que pueden llevar a una recaída. Por ejemplo, la actitud de mantenerse pensando sobre su identidad de alcohólicos y el esfuerzo que implica el mantenerse en sobriedad. Pensamientos como "Creo que puedo volver a beber moderadamente" o "Yo Ya no necesito seguir asistiendo a las juntas de AA" pueden llevar a cambios de conducta, incluyendo el "poner el escenario" comprando botellas de alcohol "por si recibo una visita" o volver a ir al bar local "sólo para ser social". El síndrome del "alcohólico seco" que se caracteriza por tener actitudes como si estuviera intoxicado o alcoholizado sin estarlo puede llevar a volver a beber o algunos otros problemas funcionales.

Existen varios modelos de prevención de recaídas: el modelo cognitivo-conductual para prevención de recaídas de Alan Marlatt; el modelo de multiniveles Cenaps de Terrence Gorski's; y el modelo psicoeducativo de prevención de recaídas de Denni's Daley's. Entre los que encontramos varios componentes en común que son los siguientes:

*Componentes educativos*, que abarca la explicación sobre el síndrome de abstinencia; sobre la naturaleza de la recuperación, y respecto al proceso de recaer, incluyendo las señales de posible peligro así como las técnicas para su interrupción.

*Técnicas cognitivo-conductuales*, intervenciones para ayudar a los individuos a identificar y anticipar situaciones de alto-riesgo y a desarrollar apropiadas estrategias para evitarlas. Estas intervenciones incluyen el análisis de cambios en la conducta y estilo de vida para apoyar la recuperación, usando los grupos de AA y demás actividades para balancear y cambiar un antiguo estilo de vida de bebedor, así como la prescripción de nuevas conductas congruentes a la nueva identidad alcohólica que sustituyan a las anteriores.

*Metas de cambio de estilo de vida*, apoyar y trabajar con las creencias en un cambio de vida a largo plazo, junto con la abstinencia, como la meta final de la recuperación.

Los conflictos inconscientes relacionados a la identificación como alcohólico o conflictos “temporalmente silenciados por el alcohol” son explorados por su potencial para interferir con la sobriedad.

Aunque el acto final de la recaída *-beber-* es indudablemente conductual, los factores que llevan a este hecho pueden tener origen en diversas fuentes como la afectiva, psicológica, social y espiritual, a las cuales también les podemos llamar “disparadores”. Algunos de los factores que pueden llevar a recaer a un alcohólico son los siguientes:

#### Factores Conductuales:

- \*Disminuir o dejar las actividades orientadas a la recuperación , como pueden ser las reuniones de AA, los grupos o programas de recuperación y las terapias
- \*Aislarse de los demás
- \*Evitar los sistemas de apoyo en la recuperación
- \*Actuar compulsiva o impulsivamente en otras áreas de la vida (trabajo, comida, etc.)
- \*Aumentar el uso de aspirinas y demás medicamentos que no requieren prescripción
- \*Permitir que nuestro estilo de vida se vuelva inestable e impredecible
- \*No desarrollar o discontinuar actividades alternativas a beber
- \*Mentir conscientemente
- \*No ser productivo en el trabajo o en la escuela
- \*Cerrarse con respecto a los sentimientos o pensamientos

#### Factores Cognitivos:

- \*Preocuparse con pensamientos sobre beber
- \*Recordar con euforia los “buenos tiempos de antes”
- \*Fantasear con la idea de beber controladamente
- \*Creer que uno puede controlar la bebida
- \*Creer que beber puede ser una mejor alternativa que enfrentar el dolor de vivir en sobriedad
- \*Interpretar los (cravings) deseos intensos de beber, como señales de fracaso o falta de motivación
- \*Prestar atención a cualquier cosa menos a la sobriedad
- \*Dudar de la capacidad de sí mismo para mantenerse sobrio
- \*Estar convencido de que “Yo nunca volveré a beber”
- \*Experimentar períodos de confusión e inhabilidad para planear
- \*Decidir que la abstinencia es todo lo que se necesita
- \*Intencionalmente evitar pensar en el alcohol
- \*Minimizar los problemas
- \*Creer que el alcohol es necesario para divertirse
- \*Enfocarse en juzgar los programas de recuperación de otras personas

\*Cuestionarse sobre la identidad de uno mismo como alcohólico

#### Factores Sociales/Interpersonales

- \*Retirarse o distanciarse de las relaciones sociales
- \*Asociarse con antiguos amigos con quienes bebía
- \*Experimentar presión por parte de amigos para beber
- \*Ubicarse a uno mismo en situaciones donde se bebe
- \*Hacer que la recuperación dependa de otras personas
- \*Sabotaje de la recuperación por la familia abierta o encubiertamente
- \*Experimentar problemas o conflictos en las relaciones interpersonales
- \*Falta de apoyo familiar
- \*Ser deshonesto con los demás
- \*Ser fácilmente irritable con la familia y amigos
- \*Culpar a la familia o a los amigos por sus problemas
- \*Desconfiar de los demás
- \*Ser demandante o crítico con los demás
- \*Rechazar ayuda abiertamente

#### Factores Afectivos:

- \*Experimentar ansiedad intensificada
- \*Sentirse culpable (respecto a su ambivalencia en AA, por el daño causado por el alcoholismo, etc.)
- \*Juzgarse a sí mismo dura o negativamente
- \*Sentirse avergonzado
- \*Sentirse solo o vacío
- \*Experimentar falta de sentido De la vida
- \*Sentirse hostil o enojado
- \*Sentirse deprimido o desesperado
- \*Tener miedo(de no poder estar sobrio. De no ser lo suficientemente bueno, etc.)
- \*Sentirse abrumado
- \*Sentirse deprivado
- \*Experimentar estrés o frustración
- \*Experimentar cualquier sentimiento extremo, incluyendo la alegría
- \*Sentirse aburrido
- \*Sentirse incapaz de perdonarse a sí mismo
- \*Perder confianza en sí mismo
- \*Sentirse desamparado
- \*Sentirse fuera de control
- \*Sentir que los problemas son insuperables
- \*Sentir lástima de uno mismo
- \*Sentir que está uno loco o que está perdiendo la razón
- \*Resistir a enfrentar los sentimientos
- \*Experimentar ambivalencia u duda

### Factores Psicológicos:

- \*Negación (de la ambivalencia de uno; de los sufrimientos del pasado o presente; de la necesidad del programa)
- \*Pensamiento mágico (de que la recuperación va a ser fácil; de que la vida mejorará inmediatamente)
- \*Sentirse seguro de que ya está "curado" del alcoholismo; que la recuperación es "cualquier cosa"
- \*Ser complaciente
- \*Racionalizar las conductas que pueden llevar a la recaída
- \*Distorsionar la realidad
- \*Ser defensivo
- \*Intelectualizar
- \*Aislar los sentimientos o afectos de uno
- \*Tener (cravings) intensos deseos de beber
- \*Experimentar síntomas de síndrome de supresión
- \*Dormir o comer irregularmente
- \*Estar en un pobre estado de salud
- \*Sentirse exhausto o fatigado
- \*Enfrentar problemas médicos
- \*Experimentar dolor físico
- \*Estar crónicamente enfermo
- \*Experimentar dificultades en la coordinación física

### Factores Espirituales:

- \*Depender de la fuerza de voluntad para permanecer sobrio
- \*Sentirse incapaz de renunciar al control
- \*Sentirse incapaz de confiar en un poder superior a uno mismo
- \*Quedarse sin esperanza ni fe

Una vez que el tratamiento se completó, las tareas para prevención de recaídas implican el cuidado de no caer en la complacencia y el permanecer alerta a los peligros que las crisis naturales de la vida tales como: enfermedades, pérdidas, muertes que el sujeto puede soportar con su trabajo dentro del ámbito espiritual (ibid em ,1995)

### **6.7 Resultados**

Los programas de tratamiento multimodal han sido los más comunes para enseñar a beber con moderación a los bebedores problema. Los estudios controlados no han encontrado ventaja o muy mínima ventaja en el tratamiento multimodal respecto a métodos menos caros como el ECAC, puede ser que algún subconjunto de bebedores problema se beneficiara de manera diferente de intervenciones más extensas, pero en general, estas aproximaciones de programas múltiples no justifican su costo-efectividad (Miller, 1980). Cabe destacar que, el modelo de tratamiento aquí presentado, es hipotético, ya que su autor, D. Velasco, lo presenta como una idea que podría llevarse a cabo. Los resultados que se señalan son respecto a este tipo de tratamiento múltiple llevados a cabo en EUA.

## CAPITULO 7 ALCOHOLICOS ANONIMOS

*“AA no es una organización religiosa, sino una organización que se centra en la espiritualidad” (Wallace, 1990).*

### 7.1 Historia de Alcohólicos Anónimos (AA).

Sin lugar a dudas, AA es una de las opciones más relevantes dentro de los tratamientos para el alcoholismo. Fundado hace 55 años en la ciudad de Akron, Ohio, esta agrupación está presente en 150 países, reportándose aproximadamente 87,000 grupos, con una membresía total de 1,700,000 alcohólicos en recuperación (Hester y Miller et al, 1995). Su historia se inicia el 10 de Junio de 1935, con sus cofundadores William Griffith Wilson (Bill W.) y el Dr. Robert Smith (Dr. Bob). Bill W. concibió la idea de AA mientras estaba hospitalizado por su excesiva forma de beber en Diciembre de 1934. Durante su estancia en el hospital, Wilson tuvo una experiencia espiritual que le despertó el deseo de dejar de beber. En los meses siguientes, él trató de persuadir a otros alcohólicos a que dejaran de beber de la misma manera que él lo había hecho. Wilson encontró a su primer compañero en Smith, quien estaba ansioso de seguir el mismo método en el que Wilson había encontrado la libertad de la bebida. Cuatro años después, Wilson y Smith publicaron el libro Alcohólicos Anónimos, que contiene los Doce Pasos que es un programa basado en la espiritualidad para la recuperación del alcoholismo (Friends in recovery, 1995).

Este nuevo programa consistía en ayudar, hablar y mantener contacto con otros alcohólicos, así como la catarsis y el reconocimiento honesto de las fallas personales. La influencia del pragmatismo filosófico de fuerte impacto en la cultura estadounidense fue otra corriente clave en los inicios de este programa de recuperación. AA surge en los Estados Unidos al levantarse la Ley seca, y desde sus inicios ha sostenido que el alcoholismo no reside en el alcohol sino en los sujetos que no pueden beber con moderación. Originalmente, Bill y Bob acostumbraban hospitalizar a los alcohólicos o visitarlos en las unidades de desintoxicación o psiquiatría con el fin de transmitirles su experiencia. De esa manera, poco a poco, el número de alcohólicos que se recuperaban comenzó a crecer en Akron y Nueva York; para 1937 ya eran 40 los miembros de ese movimiento que aún no tenía nombre. Más adelante, la fraternidad se fue apartando de las prácticas religiosas tales como la predicación y el rezo colectivo, para aceptar sujetos de diversas tradiciones. A seis años de su formación, AA ya contaba con cuatro mil miembros (Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., 1998).

En un principio, los grupos de AA comenzaron a actuar basándose en ciertas premisas que con el tiempo han cambiado un poco. Los puntos básicos eran los siguientes:

- Cada grupo debe mantenerse autónomo,
- No se acepta ningún tipo de contribución ajena al grupo,
- AA no opina como organismo sobre cuestiones diferentes a su única finalidad,
- El anonimato es el fundamento espiritual de toda la tradición de AA,
- "Sólo un alcohólico puede comprender a otro alcohólico".

A raíz de estos puntos, fue muy poca la colaboración que los médicos, sacerdotes y trabajadores sociales, podían prestar a los grupos de AA. En nuestros días, AA es una institución mucho más abierta. Los médicos y psicoterapeutas, a menudo recomiendan a sus pacientes asistir a las reuniones de esta agrupación (Velasco, 1981).

## 7.2 El programa de recuperación de los Doce Pasos.

"Alcohólicos Anónimos tiene muchas características atractivas, incluyendo tres comunes denominadores de la psicoterapia (pero sin costo): la seguridad de un regular y empático oyente, el sentimiento de que alguien toma en serio su condición, y el descubrimiento de que otros están en su mismo predicamento. Pero a diferencia de la mayoría de las terapias, AA hace muy poco esfuerzo tratando de explicar el porque una persona es alcohólica" (Goodwin et al 1999).

John Wallace en su libro "El alcoholismo como enfermedad" (1990), sustenta que el programa de AA no está relacionado únicamente con la manera de beber de las personas; ya que a menudo, los mismos miembros se refieren a él como un "programa de vida", y que de los 12 pasos que conforman el programa de recuperación, sólo el primero (Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables"), se relaciona explícitamente con el alcohol. Pero que los otros 11 pasos restantes van dirigidos a situaciones y problemas mayores que todos los seres humanos enfrentar, ya sean alcohólicos o no, y que no mencionan la palabra alcohol.

A continuación se presenta el Programa de los Doce Pasos de AA:

1. - Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
2. - Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.
3. - Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
4. - Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.

5. - Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
6. - Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
7. - Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
8. - Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
9. - Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
10. - Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
11. - Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer Su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
12. - Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos (Anónimo, 1953).

### 7.3 Las Doce Tradiciones

Con el desarrollo de los grupos de AA, se vio la necesidad de contar con una estructura de grupo que resolviera problemas como la propiedad, el anonimato, la manera de elegir a los líderes, las relaciones con el exterior de la agrupación así como las relaciones públicas. Para 1940 se fundó en Nueva York una oficina desde donde se apoyaba a los grupos nuevos y se difundían textos como el Grapevine, folleto informativo sobre el éxito con que los grupos de AA enfrentaban sus problemas de organización, el cual al paso del tiempo llegara a convertirse en 1950 en las Doce Tradiciones (Rosovsky, 1998).



### Las Doce Tradiciones de AA:

1. - Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; el restablecimiento personal depende de la unidad de AA.
2. - Para el propósito de nuestro grupo solo existe una autoridad fundamental: un Dios bondadoso que se manifiesta en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que fieles servidores, no gobiernan.
3. - El único requisito para ser miembro de AA es el querer dejar de beber.
4. - Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a los AA considerados como un todo.
5. - Cada grupo tiene un solo objetivo; llevarle el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
6. - Un grupo de AA nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de AA ninguna entidad allegada o empresa ajena para evitar que problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
7. - Todo grupo de AA debe mantenerse a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
8. - AA nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicios pueden emplear trabajadores especiales.
9. - AA como tal, nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas de servicios o comités que sean directamente responsables ante aquellos a quienes sirven.
10. - AA no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.
11. - Nuestra política de relaciones públicas se basa más bien en la atracción que en la promoción; debemos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio, la televisión y el cine.
12. - El anonimato es la base espiritual de nuestras Tradiciones recordándonos siempre que debemos anteponer los principios a las personas (Anónimo,1986).

## 7.4 Metas de los Doce Pasos

## Tabla Nº7

META	OBJETIVO	PASO
Paz Con Dios	<p>El Primer Paso trata sobre el reconocimiento de nuestra debilidad.</p> <p>El Segundo Paso marca el nacimiento de la fe en nosotros.</p> <p>El Tercer Paso implica la decisión de dejar que Dios se haga cargo de nuestras vidas.</p>	<p>Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.</p> <p>Llegamos al convencimiento de que sólo un Poder Superior a nosotros mismos, podría devolvernos el sano juicio.</p> <p>Decidimos poner nuestra voluntad y nuestras vidas al cuidado de Dios, tal como nosotros lo concebimos.</p>
Paz Con Nosotros	<p>El Cuarto Paso trata sobre el auto-análisis.</p> <p>El Quinto Paso se enfoca sobre la disciplina de admitir nuestros errores.</p> <p>El Sexto Paso marca el inicio de una transformación interna algunas veces llamada arrepentimiento.</p> <p>El Séptimo Paso implica la transformación o purificación de nuestro carácter.</p>	<p>Sin ningún temor, hicimos un inventario moral de nosotros mismos.</p> <p>Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano la naturaleza exacta de nuestras faltas.</p> <p>Estuvimos dispuestos a dejar que Dios eliminase todos estos defectos de carácter.</p> <p>Humildemente le pedimos que nos librase de nuestros defectos.</p>
Paz Con los Demás	<p>El Octavo Paso se enfoca sobre el análisis de nuestras relaciones y la preparación para hacer enmiendas.</p> <p>El Noveno Paso trata sobre la disciplina de hacer enmiendas.</p> <p>El Décimo Paso implica el mantener el progreso en la recuperación.</p>	<p>Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.</p> <p>Reparamos directamente a cuantos nos fue posible, el daño que les habíamos causado, salvo en aquellos casos en que el hacerlo perjudicaría a ellos mismos o a otros.</p> <p>Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.</p>
Mantenimient o de nuestra paz	<p>El Onceavo Paso se enfoca a las disciplinas espirituales de la oración y la meditación.</p> <p>El Doceavo Paso trata sobre la difusión de palabra.</p>	<p>Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal como lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer Su voluntad y nos diese la fortaleza para aceptarla.</p> <p>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.</p>

## 7.5 Ideas principales de los Doce Pasos

### 1er Paso:

**Impotentes:** En el Primer Paso descubrimos que la recuperación empieza con la admisión de que somos impotentes. Admitimos que no tenemos poder sobre nuestras vidas de la manera que El Poder Superior propone.

**Ingovernables:** Nosotros hemos intentado manejar nuestras vidas y las de los demás. Sin embargo, siempre hemos fracasado en este intento. En el Primer Paso admitimos que no podemos controlar nuestras vidas.

### 2º. Paso:

**Poder Superior:** Como el Primer Paso nos ha ayudado a entender que somos impotentes, necesitamos un Poder Superior a nosotros mismos que nos ayude y nos cure. Nuestro Poder Superior no tiene que ser precisamente identificado o nombrado. Puede ser que no se parezca en nada al Dios que concebimos anteriormente en nuestra religión. Nuestro Poder Superior, nos nutrirá y cargará durante nuestra recuperación y será revelado como un poder divino con su presencia y ayuda acorde a nuestras necesidades. Todo lo que en verdad necesitamos saber acerca de nuestro Poder Superior ahora, es lo que dice la Segunda Tradición de AA: "...sólo existe una autoridad fundamental, un Dios amoroso..." El énfasis en la palabra "amoroso". El Dios de este programa, es amoroso y comprensivo.

**Convencimiento:** Para llegar al convencimiento de algo o de alguien requiere más que el conocimiento de que ese algo o alguien existe. Requiere confianza y compromiso. Una cosa es estar convencido de que una silla puede sostener mi peso y otra sentarme en esta. Cuando nos sentamos en la silla, es cuando en verdad estamos convencidos. En el segundo paso llegamos al convencimiento de que un Poder Superior a nosotros puede devolvernos el sano juicio. Nosotros hacemos algo más que saber que Dios existe, empezamos a ejercitar nuestra confianza en que Dios nos apoyará.

### 3er. Paso

**Poner al cuidado:** Esta frase de entrega es una idea clave en el Tercer Paso. Imagina poner las llaves de tu auto al cuidado de alguien más. Piensa en dejar al cuidado de alguien más capaz que tú un trabajo o responsabilidad. Las personas que han estado en el programa por algún tiempo, hablan sobre dejarle sus problemas y dificultades diarias a su Poder Superior. Para aquellos de nosotros

que estamos trabajando en el Tercer Paso por primera vez, estamos poniendo nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios. Sin importar la imagen que tu escojas, el significado siempre será el mismo: la entrega de nuestra vida y voluntad. Entregarlas, darle el control a Dios.

**Nuestra voluntad:** Nuestra voluntad es la determinación interior que tenemos para controlar nuestras vidas. La voluntad por sí misma no tiene nada de negativo; Dios nos ha dado el poder de elegir. El problema de la elección ocurre cuando nuestra voluntad entra en conflicto con la de Dios. Nuestras decisiones nos han causado sufrimiento, adicciones, compulsiones, y conductas auto-destructivas. La voluntad de Dios en nuestras vidas nos trae esperanza, cura, y paz. Sus planes son buenos. Nuestra voluntad está bien ejercida al escoger entregársela a Dios.

#### 4° Paso

**Inventario moral:** Un inventario moral es una lista de nuestras debilidades y fortalezas. En este contexto, las debilidades se refieren también a defectos de carácter, errores o fallas. Este inventario es algo que realizamos concienzudamente ayudados por nuestro Poder Superior y es para nuestro beneficio.

**Medidas de supervivencia:** Medidas de supervivencia son esas defensas familiares que desarrollamos para protegernos del caos de nuestros hogares en nuestra niñez. Estas medidas de supervivencia nos siguen hasta nuestra vida adulta sumándose a nuestra lucha.

**Negación:** La negación es una de nuestras medidas de supervivencia. Nos protegemos no admitiendo que existe algo equivocado en nuestras vidas. Ignoramos los problemas reales y los reemplazamos con un costal de elaboradas explicaciones, racionalizaciones, y distracciones como minimizando, culpando, excusándonos, evadiendo, atacando, etc.

**Resentimiento:** El resentimiento es una barrera muy grande para la recuperación que debe de ser removida. El resentimiento es la amargura y el enojo que sentimos hacia aquellos que percibimos como amenaza a nuestra seguridad o bienestar o hacia aquellos que nos han causado daño. Si no los eliminamos, los resentimientos obstaculizarán nuestro progreso y crecimiento.

**Miedo:** El miedo es, frecuentemente, nuestra primera respuesta a algo nuevo. Nos enfrentamos al cambio con miedo porque nos sentimos amenazados por muchas cosas. El miedo crea una respuesta física que empieza con la producción de adrenalina y termina con el estado de alerta en el cuerpo entero. Este estado de alerta a menudo nos lleva a una involuntaria y persistente tensión que se puede convertir en una enfermedad relacionada al stress.

**Sombra:** Aunque el término "sombra" puede sonar raro la idea de una lucha entre la luz y la oscuridad es real. Esta idea de oscuridad y sombra ilustra el lado perverso del mundo y la naturaleza corrupta que hay en nosotros. "Sombra" se refiere a la oscuridad que cargamos con nosotros. Justo como nuestra sombra nos sigue en cada movimiento, nuestro lado oscuro está siempre con nosotros. Nuestra sombra es más evidente cuando se contrasta con la luz del día.

### 5°. Paso

**Sombra:** En el Quinto Paso nos enfrentamos con nuestra sombra. En el Cuarto Paso notamos la presencia de nuestra sombra, pero en realidad no confrontamos cómo impactó nuestra vida. Es como creer que un ratón está trabajando en la cocina por las noches. En las mañanas encontramos migajas y marcas de sus dientes, pero no vemos al ratón en sí. En el Cuarto Paso notamos la evidencia e identificamos los problemas, pero en el Quinto Paso agarramos al ratón. Admitimos nuestras fallas abiertamente.

**Admisión:** En el Quinto Paso, admisión es el acto de admitir nuestros errores, y reconocer abiertamente lo que hemos descubierto sobre nosotros mismos en el inventario del Cuarto Paso. Hablamos con la verdad sobre nuestras vidas; contamos nuestra historia. Terminamos con el silencio, y el ocultamiento.

### 6°. Paso

**Disposición:** El Sexto Paso es el momento para superar el miedo y en conjunto con la disposición necesitamos continuar con nuestra recuperación. Ahora sabemos la verdad sobre nosotros mismos y que defectos de carácter debemos de cambiar. En el Sexto Paso necesitamos la disposición y el deseo para permitir que Dios nos cambie. Este paso es como aventarse del bungee. Puedes estar vestido para saltar, y conocer todos los aspectos de la cuerda del bungee. Puedes tener toda la confianza en los operadores, pero no saltaras hasta que estés listo. Y no estarás listo hasta que superes el miedo. Tus defectos son parte de ti. Ellos te han ayudado ha sobrevivir. La idea de perder algo, aunque sean tus peligrosos defectos, tiende a crear temor.

**Defectos de carácter:** Nuestros defectos de carácter son llamados de muchas formas en el programa. Se les llama debilidades, faltas, conductas destructivas, actitudes negativas, etc. Sin importar el nombre, el punto es el mismo. Esas indeseables características de nuestra personalidad deben ser removidas y reemplazadas con actitudes positivas. Esos defectos de carácter empezaron inocentemente en nuestra niñez. Fueron nuestros medios de supervivencia. Aprendimos a manipular para satisfacer nuestras necesidades, a mentir para protegernos, a ocultar nuestras emociones para defendernos del inmenso dolor. Resumiendo, aprendimos a sobrevivir. Estas técnicas de supervivencia fueron herramientas de control. Fueron los utensilios con los que manipulamos nuestro entorno, minimizamos lo amenazante, y así cuidamos de nosotros hasta que, finalmente, dejaron de funcionar. Fue entonces, cuando nos dimos cuenta de que sólo Dios podía tener el control de nuestras vidas.

**Buena voluntad:** La buena voluntad es un estado mental y emocional que nos impulso a la acción. Podemos tener las mejores intenciones, pero hasta que no tenemos la buena voluntad para actuar no lo haremos. Hay muchas personas solteras que quieren casarse, que intentan casarse, y que, inclusive, conocen a la persona con quien casarse, pero no se casarán hasta que no tengan la buena voluntad para hacerlo. En el Sexto Paso todas nuestras buenas intenciones se consolidarán hasta que con la ayuda de Dios, estemos enteramente dispuestos a cambiar.

### 7º. Paso

**Humildad:** Muchos de nosotros durante nuestra recuperación mal entendemos la humildad. Si somos codependientes, podemos erróneamente pensar que es anteponer el bienestar de los demás al propio. La verdadera humildad es vernos a nosotros mismos como en verdad somos. Para cuando llegamos al Séptimo Paso, tenemos una nueva y honesta manera de pensar sobre nosotros mismos. También tenemos una honesta comprensión sobre nuestra necesidad hacia un Poder Superior. Al observar nuestros defectos y fallas nos hemos dado cuenta de que no podemos cambiar sin la ayuda Divina. Cuando honestamente llegamos a entender nuestros errores, necesidades e impotencia para cambiar humildemente le pedimos a Dios que nos ayude.

**Defectos:** Los defectos son nuestras conductas indeseables, fallas, miedos de supervivencia, dañinos resentimientos, miedos destructivos, etc. Que nos han sido revelados en el proceso de trabajar el programa. Aunque otras palabras descriptivas han sido empleadas, nos hemos enfocado en nuestros defectos a largo de tres pasos hasta ahora. En el Cuarto Paso los enlistamos; en el Quinto Paso los admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano. En el Sexto

Paso estuvimos enteramente dispuestos a que Dios nos liberase de esos defectos. Ahora, en el Séptimo Paso humildemente le pedimos a Dios que nos los quite.

### 8°. Paso

**Reparar:** Dentro del contexto del Programa de los Doce Pasos, la idea de reparar es ampliamente definida como "reparar el daño del pasado". Reparar puede ser tan simple como pedir una disculpa o tan complejo como tener que responsabilizarse por restituciones físicas o financieras.

**Perdón:** El perdón es un punto clave en el Octavo Paso. Cuando trabajamos este paso y empezamos a hacer una lista de las personas que hemos dañado, inmediatamente pensamos en las personas que nos han dañado a nosotros. Tal vez esta reacción sea un mecanismo de defensa- una manera de evitar el admitir nuestra culpa. No importa porque sentimos de esa manera; lo que interesa es de que forma lo manejamos. Necesitamos perdonar a quienes nos dañaron, así como ser perdonados por quienes dañamos.

### 9°. Paso

**Reparar directamente:** Las reparaciones directas son aquellas que hacemos personalmente a aquellos a quienes hemos dañado. Hacemos un horario o calendario de citas

para encontrarnos con ellos personalmente. Si físicamente la distancia es un problema, podemos hablarles por teléfono o escribirles una carta. La reparación incluye compartir con ellos el que estamos en un programa que requiere de enmendar nuestras fallas. Les pedimos permiso de repararlas y entonces, compartimos nuestra enmienda sin culparlos a ellos o a otras personas.

**Reparar indirectamente:** Las reparaciones indirectas son aquellas que no hacemos personalmente a quienes dañamos. Esto incluye a quienes han muerto, a quienes no conocemos su paradero o a quienes son inaccesibles por cualquier otra razón. Podemos hacer estas enmiendas a través de cartas que no son enviadas, o de oraciones, o haciendo caridad a alguien más, como a un miembro de la familia de esa persona que dañamos.

**Reparar a uno mismo:** La persona a quien más hemos dañado, frecuentemente, es a nosotros mismos. Este proceso de enmienda no estará completo sin tomarnos el tiempo necesario para poner las cosas en orden con nosotros mismos. La mejor manera de lograrlo es a través de una carta de reparación hacia nosotros y después leerla enfrente de un espejo.

## 10°. Paso

**Inventario personal:** El inventario personal del Décimo Paso es muy parecido al inventario moral del Cuarto Paso. La diferencia es la actualidad y la frecuencia del inventario del Décimo Paso. La idea de "personal" es un recordatorio de que es sobre de nosotros mismos y no de los demás.

**Inventario diario:** Es necesario designar un tiempo diario para realizar nuestro inventario. Pueden ser unos minutos antes de dormir o temprano en la mañana cuando nuestras mentes están claras. Lo mejor es usar un diario para este inventario, que puede servirnos como un recordatorio que el progreso se está logrando un día a la vez.

**Inventario periódico a largo plazo:** Este inventario es hecho después de un tiempo más largo. Podemos hacerlo cada cuatro, seis meses o cada año - el intervalo de tiempo no es importante. La idea es, ocasionalmente, salir y hacer un minucioso inventario que refleje lo que ha sucedido en estos largos periodos de tiempo. De esta manera, podemos observar patrones y etapas en nuestras vidas. Si es posible, sería útil encontrar una forma de retiro para realizarlo.

## 11°. Paso

**Oración:** La oración es comunicación con nuestro Poder Superior. La oración más efectiva es honesta y frecuente. Virtualmente, cualquier tipo de comunicación que tenemos con cualquier otra persona es apropiada para nuestro Poder Superior. Puede ser quejarse con Dios, lamentarse, agradecerle, compartir hechos de nuestra vida con El, alabarlo, y hablarle a Dios como lo haríamos con un amigo íntimo. La única manera inadecuada de orar dentro del Programa de los Doce Pasos, es el hacer una lista de deseos, en la que le pedimos a nuestro Poder Superior como si fuera Santa Claus. Nuestra mejor petición a Dios en este programa es el saber Su voluntad para nosotros.

**Meditación:** A la meditación se le ha llamado oración de escucha porque en la meditación, aquietamos nuestros corazones, mentes, y hasta nuestros cuerpos de tal manera que nuestros espíritus estén abiertos para nuestro Poder Superior. Aunque la meditación pueda contener elementos físicos y mentales, es un ejercicio espiritual. El mayor reto en la meditación es el que el silencio nos representa. A muchos de nosotros nos atemoriza el silencio, porque cuando el ruido de nuestras vidas cesa, el ruido en nuestras cabezas empieza. Ese ruido interior es llamado de muchas formas: vergüenza, el yo negativo hablando, etc. Pero el ruido interno y el dolor pueden ser tan grandes, que algunos de nosotros evitamos el silencio y la quietud a cualquier precio. Preferimos el ruido exterior, las actividades distractoras, las relaciones absorbentes y hasta las crisis antes que el silencio. La



disciplina y práctica de la meditación nos mantendrá sistemáticamente buscando periodos de quietud y enfrentar a nuestro ruido interior. Una vez que lo enfrentamos, podremos admitir nuestra impotencia sobre él confiar en que Dios nos ayudará a superarla y dejársela al Poder Superior. Solo entonces podremos encontrar un lugar tranquilo en nuestras vidas donde nos reunamos y escuchemos a nuestro Poder Superior.

**Contacto consciente:** Durante muchos años los celosos creyentes de varias religiones han usado pequeñas piedras en sus zapatos para recordarles a cada paso, su imperiosa necesidad de oración en su búsqueda de Dios. Aunque nosotros no estemos de acuerdo con esta técnica, es necesario que recordemos orar, ya que sabemos que el contacto constante con nuestro Poder Superior es necesario. Los Doce Pasos nos enseñan que aún nuestros mejores pensamientos y esfuerzos no son suficientes, ya que necesitamos la ayuda y apoyo diario de Dios. Aprendemos que es mejor vivir la vida a pequeños pasos- un día a la vez, y en ocasiones, una hora a la vez. Este constante contacto con Dios a lo largo de todos los días de nuestras vidas es parte fundamental de nuestra recuperación.

**La voluntad de Dios:** Antes de que cualquier construcción, carretera, o desarrollo

Sea llevado a cabo, el arquitecto hace un detallado plan para ese proyecto. Basándose en esos planes, los albañiles pueden hacer el trabajo requerido. De una manera parecida, nos hemos dado cuenta de que el Poder Superior es el arquitecto preferido para nuestras vidas. La voluntad de Dios para nuestras vidas es el plan que queremos seguir. A través de la oración y la meditación nosotros obtenemos los planes o la voluntad de Dios para cada día. En el pasado, cuando nosotros seguíamos nuestros propios planes, las estructuras de nuestras vidas estaban pobres y peligrosamente construidas. Pero ahora, con la ayuda de nuestro Poder Superior, las estructuras de nuestras vidas son fuertes y bien cimentadas como para resistir los temblores que la vida presenta.

## 12º. Paso

**Despertar espiritual:** El despertar espiritual del que habla el Paso Doce, es un cambio gradual en el control de nuestras vidas. Este cambio, con el tiempo, nos lleva a la comprensión de que sinceramente creemos en Dios y podemos depender de El. También nos damos cuenta de que esta nueva confianza y dependencia nos trae una paz y serenidad que nunca antes habíamos experimentado. Llegamos al Paso Doce con la confianza de que se puede creer en Dios, que los milagros suceden y que la oración funciona.

**Llevar el mensaje:** En el Paso Doce, se nos anima a llevar el mensaje de los Doce Pasos. Si hemos leído El Libro Grande de Alcohólicos Anónimos,

comprendemos que desde muy al inicio los miembros del programa comprendieron que estaban pasando un mensaje espiritual. Este mensaje es que Dios puede salvarnos de nuestra conducta autodestructiva, de nuestra desesperación y tormento- Dios nos puede salvar de nosotros mismos: Llevamos el mensaje espiritual de que solo Dios puede controlar nuestras vidas y curarnos. Viviremos unas vidas más sanas y productivas si nos entregamos a un poder superior a nosotros mismos (Friends in recovery et al 1995).

## 7.6 Resultados

Alcohólicos Anónimos es, probablemente, el más popular y más aclamado método para el tratamiento del alcoholismo. Las encuestas realizadas para confirmar las quejas de su eficacia han sido escasas y mal hechas. Estudios no controlados sugieren una tasa de abstinencia que fluctúa entre el 26% y el 50% a lo largo de un año (Miller, 1980). La información respecto a la efectividad de los grupos de auto-ayuda es limitada y contradictoria. Sin embargo, los estudios de evaluación proveen de datos que sugieren los aspectos positivos de AA- gran número de personas asisten, y aquellos quienes permanecen muy probablemente se abstendrán del uso del alcohol. La evidencia sugiere que una combinación de AA y tratamiento profesional puede aumentar la probabilidad de resultados positivos en el tratamiento(Hester y Miller et al, 1995). "Alcohólicos Anónimos ha salvado infinidad de vidas, cambiado el curso de muchas otras, y llevado la esperanza a mochos más hogares en Estados Unidos y en el mundo que cualquier otro método de recuperación del alcoholismo" (Wallace et al 1990).

## CAPITULO 8

*"La psicoterapia de grupo quizá sea la ideal para los alcohólicos"*(Velasco, 1997)

### TERAPIA DE GRUPO

#### 8.1 Concepto

La terapia de grupo es una modalidad terapéutica en la que se trata de influir en la conducta del individuo dentro del grupo y por mediación de éste. Frente a la terapéutica individual se destaca la eficacia de las identificaciones recíprocas, del feedback espontáneo y de la redistribución espontánea de funciones dinámicas entre los participantes. Fue después de la segunda guerra mundial cuando encontró fuerte difusión en múltiples formas, normalmente como terapéutica con 6 a 10 miembros bajo la dirección de un psicoterapeuta. El objetivo de la terapia de grupo es la recuperación o mejora de la salud psicosocial a través de la corrección de las desviaciones individuales o de las relaciones sociales deterioradas(Dorsch, 1994).

#### 8.2 Clasificación

En la actualidad, son muchos los enfoques de los métodos grupales, sin embargo, en el tratamiento para el alcoholismo se distinguen dos métodos básicamente: la terapia de grupo dirigida y la terapia de grupos de auto-ayuda, que es representada por los grupos de AA (Velasco et al p.395, 1988).

La terapia de grupo dirigida es una forma de tratamiento en la que las personas emocionalmente perturbadas que anteriormente han sido cuidadosamente seleccionadas se colocan dentro de un grupo, guiadas por un terapeuta, con el objetivo de ayudarse mutuamente para llevar a cabo un cambio en su personalidad. A través de técnicas y estrategias terapéuticas, el líder utiliza las interacciones entre los miembros para llegar a dicho cambio (Kaplan y Sadock et al p. 630, 1994).

La terapia de grupos de auto-ayuda está conformada por personas que están preocupadas por la solución de un problema o crisis específica. Normalmente organizados con un determinado propósito, los grupos no pretenden analizar la psicodinámica individual con mayor profundidad ni intentan cambiar el funcionamiento de la personalidad de forma significativa. Este tipo de grupos ha tenido un impacto significativo en la salud emocional y el bienestar de muchas personas alrededor del mundo. Una de sus características distintivas de los grupos de auto-ayuda es su homogeneidad, ya que sus miembros sufren el mismo trastorno y comparten las mismas experiencias, ya sean positivas o negativas, entre ellos. La dinámica implícita de estos grupos enfatiza el papel

destacado que desempeña la identificación en facilitar la cohesión, que es particularmente fuerte en estas agrupaciones. Dado que los problemas y los síntomas son similares, se desarrolla un fuerte vínculo emocional entre sus miembros (ibid em p. 637).

En cuanto a la terapia de grupo dirigida, entre sus modalidades se encuentran las siguientes:

#### Terapia de grupo transaccional

Este tipo de terapia grupal se reúne de una a tres veces semanalmente y el tiempo de duración del tratamiento varía entre 1 a 3 años. La primera entrevista es generalmente individual. Durante las sesiones, el contenido de la temática versa sobre relaciones intragrupal, en pocas ocasiones sobre la historia pasada y se hace énfasis en el aquí y ahora. Las relaciones de transferencia positivas son mencionadas y las negativas analizadas. En pocas ocasiones se analizan los sueños; la dependencia intragrupal es aceptada aunque no se estimula la dependencia hacia el líder. El terapeuta desafía las defensas de los miembros, su posición es activa y proporciona respuesta personal más que consejo. Se le da interpretación a los patrones comportamentales en el aquí y ahora; la socialización fuera del grupo es variable. El objetivo de este método es el de llegar al cambio de comportamiento a través del mecanismo de control consciente.

#### Terapia de grupo de apoyo

Este tipo de terapia grupal se lleva a cabo una vez por semana a lo largo de 6 meses aproximadamente. Los contenidos de la comunicación son principalmente factores ambientales. La transferencia positiva es estimulada para promover un mejor funcionamiento. No se analizan los sueños y se estimula la dependencia intergrupala, los miembros se apoyan en el líder y la actividad del terapeuta va encaminada a fortalecer las defensas existentes, es activo y da consejo. No se lleva a cabo la interpretación de los conflictos inconscientes y entre los procesos de mayor importancia en esta terapia se encuentran los de la universalización y comprobación de la realidad. La socialización fuera del grupo es estimula.

#### Terapia de grupo comportamental

La terapia de grupo comportamental se realiza de una a tres veces por semana con una duración cercana a los 6 meses. La primera entrevista es individual generalmente y el contenido de la comunicación es sobre síntomas específicos sin centrarse en la causalidad. Se destacan las relaciones de transferencia positiva, aunque no se analiza la transferencia. El contenido de los sueños no se utiliza generalmente y la dependencia intragrupal no es animada y la confianza en el líder es alta. La actividad del terapeuta se centra en crear nuevas defensas y es activo y directivo. La interpretación no es utilizada dentro de este enfoque; y entre los procesos de grupo más destacados se ubican la cohesión, el refuerzo y el condicionamiento. No se aconseja la socialización fuera del grupo y el objetivo

específico de este método es el de liberar al paciente del síntoma psicológico específico.

### Psicoanálisis de grupo

Esta modalidad reúne a sus miembros entre una a cinco veces por semana y su duración generalmente es de 1 a 3 años. La primera entrevista es siempre individual y el contenido de la comunicación en las sesiones es referente a las primeras experiencias de la vida y de sus relaciones dentro del grupo. La neurosis de transferencia es evocada y analizada así como el contenido de los sueños. No se estimula dependencia intragrupal, y la dependencia del líder varía. La actividad del terapeuta es la de desafiar las defensas de los sujetos, por lo demás, es pasivo no da consejo ni respuesta personal. Se hace una amplia interpretación del conflicto inconsciente, y entre los procesos grupales con mayor relevancia están la transferencia, la catarsis y la comprobación de la realidad. No se aconseja la socialización con los miembros del grupo y la meta principal es la de lograr una amplia reconstrucción de la dinámica de la personalidad.

### Terapia de grupo de orientación psicoanalítica

En la terapia de grupo psicoanalítica las reuniones se celebran de una a tres veces por semana, y el proceso completo lleva de uno a tres años. Tiene como indicaciones primarias las alteraciones neuróticas y estados límite por lo que la primera entrevista es siempre individual. Los temas a tratar son situaciones de la vida pasada y presente, así como las relaciones intra y extragrupalas. Las transferencias tanto positivas como negativas son analizadas, así mismo los sueños merecen análisis frecuentemente. En este enfoque la dependencia intragrupal es estimulada mientras que la dependencia hacia el terapeuta puede variar. El terapeuta desafía las defensas de los sujetos y en caso necesario, proporciona consejos y respuestas personales. Se interpretan los conflictos inconscientes y entre los procesos grupales destacan la cohesión, transferencia y comprobación de la realidad. No se aconseja socializar con los demás miembros generalmente. Su objetivo es el modelar la reconstrucción de la dinámica de la personalidad (ibid em p. 631,1994).

Con respecto a la terapia de grupos de auto-ayuda nos ocuparemos ampliamente de ella en el capítulo 7 que está completamente destinado a los grupos de Alcohólicos Anónimos.

## **8.3 Selección de pacientes**

Para determinar si un paciente es idóneo para una terapia de grupo dirigida o no, el clínico necesita de sesiones individuales para recopilar toda la información necesaria. En estas entrevistas exploratorias, el psicólogo realizará una

historia clínica detallada así como una cuidadosa observación y obtención de datos sobre factores conductuales, dinámicos y de diagnóstico (Vannicelli, 1995).

En el caso de los grupos de auto-ayuda no existe selección formal, sin embargo, el requisito básico es el tener la problemática común y el deseo de superarla (Barriguete, 1996).

#### 8.4 Factores dinámicos

Dentro de los factores dinámicos se observan los mecanismos defensivos más utilizados, así como sus relaciones interpersonales y con figuras de autoridad, tanto en el pasado como actualmente. Los sujetos quienes tienen problemas en su relación con personas de autoridad, generalmente funcionan mejor en un tratamiento grupal que en uno individual. Ya que manejan una alta ansiedad ante la presencia de autoridad se pueden bloquear, sentir miedo, ser resistentes y poco participativos en sesiones individuales, ya sea por temor a ser censurado o desaprobado por el terapeuta, por lo que puede recibir bien la idea de asistir a terapia de grupo. Sin en cambio, los sujetos que tienen relaciones destructivas con sus compañeros de grupo, que se aíslan marcadamente del resto de la gente, suelen reaccionar negativamente o con mayor ansiedad ante la idea o situación de terapia grupal. Por lo que en estos casos es preferible trabajar de manera individual (Kaplan y Sadock et al p.632).

#### 8.6 Organización estructural

La adecuada organización del grupo es crucial para crear una atmósfera terapéutica conducente a un cambio de personalidad en todos sus miembros. Con este fin hay que realizar un análisis de los parámetros que a continuación se discuten:

**Grupos homogéneos y grupos heterogéneos.** Generalmente la mayoría de los psicólogos apoyan la idea de que el grupo debe ser lo más heterogéneo posible para asegurar una mayor interacción. Por lo que el grupo deberá estar conformado por sujetos de distintas categorías de padecimientos y con una amplia diversidad de patrones conductuales; de todas las razas, niveles sociales y educativos; y de diferentes edades y sexos. Respecto a los factores dinámicos, cuando un terapeuta tiene un buen entendimiento de la psicodinámica de cada miembro puede organizar el grupo de la manera más eficaz.

En cuanto a los factores conductuales, examinar los estilos de vida de los miembros puede servir también al clínico a organizar un grupo de forma eficiente. Con este fin, el terapeuta debe elegir a sujetos con diversidad de patrones de conducta. Por ejemplo, el paciente cuyo estilo de vida es de aislamiento, el propio retraimiento y

el miedo a relacionarse estrechamente es particularmente apropiado para esta modalidad de grupo.

Sobre los factores sexuales se puede decir que la mayoría de los sujetos que se presentan para psicoterapia padecen de algún tipo de disfunción sexual como parte de su psicopatología, sin importar del diagnóstico y de si la disfunción sexual es su queja principal. Muchos de los problemas sexuales no nacen exclusivamente de un conflicto psicológico, sino de deficiencias educativas también. La interrelación entre estos elementos es compleja y la situación de grupo proporciona una oportunidad única para esclarecerla.

Los miembros procedentes de distintos grupos socioeconómicos pueden ser integrados en un mismo grupo, recibiendo resultados positivos. La yuxtaposición de diferentes factores sociales y económicos puede incrementar la conciencia psicológica de los pacientes implicados.

Las diferencias raciales, religiosas y étnicas en la composición de un grupo pueden ser empleadas también de manera benéfica.

La gama de edades es muy amplia, regularmente, los miembros con edades comprendidas entre 20 y 65 años, pueden integrarse de forma eficiente dentro del mismo grupo; ya que estas diferencias coadyuvan al desarrollo de modelos de padre-hijo y hermano-hermana, brindando a los pacientes la oportunidad de revivir y rectificar sus problemáticas interpersonales que antes les habían parecido insuperables (ibid em p.633).

## 8.6 Ventajas y limitaciones de la terapia de grupo

### Ventajas de la terapia de grupo

Este tipo de terapia es particularmente útil para los adictos a sustancias y sus familias, porque reduce la sensación de aislamiento al reunirse grupalmente personas que se han identificado a ellos mismos como sujetos con un problema común: el abuso de sustancias o el convivir con una persona adicta; situación que ofrece una oportunidad para sus miembros de observar a otros compañeros que se están recuperando, lo que les da esperanza y la oportunidad de aprender, al observar a otros que están luchando con problemas similares; modifica los auto-conceptos distorsionados al proveer la oportunidad de examinar la propia conducta en relación con las de los demás; ofrece la posibilidad de una experiencia reparativa en un contexto familiar en el cual explorar el pasado conforme es recreado en el presente y los conflictos tempranos correctivamente, conforme los viejos patrones conductuales no-adaptativos son desafiados y las nuevas conductas son puestas a prueba. Para los adictos a sustancias, la terapia de grupo ofrece una ventaja adicional. Aunque el paciente no está en peligro inmediato con respecto al uso de sustancias, el asistir a una sesión semanal le ayuda a mantenerse abstinentes. La oportunidad de escuchar a otros miembros hablar sobre su lucha con la abstinencia subraya la necesidad de constante vigilancia. Esto es diferente a

lo que sucede a menudo en psicoterapia individual en la que pueden pasar semanas o meses en los que el tema de la bebida no es mencionado en lo absoluto. Sin embargo, si el paciente en terapia individual está activamente involucrado en un programa de auto-ayuda, puede también ser capaz de mantener el enfoque sobre el uso del alcohol durante sus sesiones, frecuentemente cuando los pacientes empiezan a renunciar en su compromiso la abstinencia, también desaparecen de Alcohólicos Anónimos. Como un grupo de auto-ayuda no requiere del mismo tipo de responsabilidad que una terapia de grupo, las señales primarias de riesgo pueden ser pasadas por alto (Vannicelli et al p. 338).

### Limitaciones de la terapia de grupo

Dentro de las limitaciones de la psicoterapia de grupo se encuentran los pacientes psiquiátricos con marcada patología (e.g., pacientes paranoicos severos) a menos que otros tratamientos adjuntos sean aplicados (como tratamiento psicofarmacológico y terapia individual); así como sujetos cuyos síntomas conductuales puedan seriamente impedir el funcionamiento del grupo (ibid em p. 339).

## **8.7 Resultados**

Después de los grupos de AA, la terapia de grupo es el método más comúnmente utilizado para el tratamiento del alcoholismo. Las técnicas entre estos grupos han variado ampliamente, de igual forma varían sus índices que en promedio hacen un 40% en un seguimiento a corto plazo. No se encuentra evidencia para afirmar que los métodos tradicionales de grupo sean superiores en la aproximación del tratamiento de alcoholismo. Los grupos de psicoterapia orientados al insight parecen no ser más efectivos que la psicoterapia individual. Las consideraciones referentes al costo-efectividad pueden apoyar una ventaja para las técnicas grupales, sin destacarse ninguna de ellas en particular (Miller et al p. 106, 1980). En términos de costo-efectividad, la terapia de grupo es muy recomendable. El precio por 90 minutos de psicoterapia grupal es generalmente la mitad o la tercera parte del cargo de una terapia individual.- una especialmente importante consideración dada de los resultados del tratamiento de abuso de sustancias, generalmente señalan que los resultados son, cuando menos igualmente favorables para la psicoterapia de grupo que para la psicoterapia individual (Brandsma & Pattison, 1995).



## CONCLUSIONES Y DISCUSION

### **Conclusiones**

En este trabajo de tesis se estudiaron básicamente 14 enfoques terapéuticos de los cuales se da la siguiente conclusión:

#### Hipnosis

Los estudios controlados llevados a cabo sobre la hipnosis como tratamiento del alcoholismo, no son positivos, por lo que no se recomienda como tratamiento. Sin embargo, puede ser una buena herramienta para los expertos en abuso de sustancias.

#### Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica

Los resultados de los estudios controlados señalan que las psicoterapias tradicionales orientadas al insight con metas reconstructivas, no representan una buena opción para el tratamiento del alcoholismo ya que se encuentra un alto nivel de abandono de la terapia y una efectividad menor, y en el mejor de los casos igual, en comparación a otros métodos alternativos. Este tipo de psicoterapias son aproximaciones costosas y de largo término que no se comparan favorablemente con la relación costo-efectividad de otras modalidades.

#### Intervenciones Breves

Entre las modalidades que han sido probadas como tratamientos para problemas relacionados con el alcohol, la Intervención Breve presenta uno de los mejores resultados como se puede observar en la siguiente tabla (Hester & Miller, 1995) :

TRATAMIENTO	Np	Nn	IEP	PCM	SEV	PEA	COSTO
Intervención Breve	17	6	+26	13.0	2.5	+239	46
Hipnosis	0	4	-4	10.8	3.8	-41	738
Psicoterapia	1	9	-8	11.3	3.1	-127	4050
ECAC	14	16	+10	13.0	2.9	-07	105
Terapia Cognitiva	3	4	0	10.3	3.6	+22	433
Terapia Familiar No conductual	3	4	0	12.4	3.7	-22	513
Terapia Familiar Conductual	3	2	+2	13.4	3.6	+15	513
Contrato Conductual	4	0	+6	10.8	3.8	+73	164

#### **Notas:**

Np = Número de estudios positivos que apoyan el efecto benéfico específico de la modalidad de tratamiento.

Nn = Número de estudios negativos que muestran efectos que no benéficos para la modalidad.

I E P: El Índice de Evidencia Pesada calculada por el método de Holder y colegas (1991), siendo Np menos Nn plus 1 punto extra por cada estudio positivo (Np) sobre 2

PCM: Que significa, la Puntuación a la Calidad Metodológica (PCM) para los estudios de la modalidad, en una escala de 0-16.

SEV: Que significa, la puntuación de la severidad de la población tratada en los estudios de esa modalidad en una escala de 0-4.

PEA: La Puntuación de Evidencia Acumulativa, para la modalidad en una escala de +239 a -239.

COSTO: El costo aproximado de brindar el tratamiento de la modalidad, en dólares de 1990, por el método de estimación de Holder y colegas (1991).

### Redes de Apoyo Terapéuticas

Las Redes de Apoyo Terapéuticas son una forma de tratamiento innovadora y pragmática según su creador el Dr. Marc Galanter (1995), quien afirma que un grupo de personas cercanas al paciente puede proveerle apoyo efectivo para su rehabilitación de la enfermedad adictiva. Lamentablemente, aún no es posible encontrar dentro de los estudios dedicados a los tratamientos de adicciones, información referente a los resultados de esta modalidad.

### Terapia Familiar

Se encuentra que la terapia familiar es efectiva para motivar a los alcohólicos a entrar en tratamiento, pero una vez que el sujeto está en la intervención, el efecto de esta modalidad es solo ligeramente mejor que el individual. Se observa que existen tres factores que intervienen en la efectividad de la terapia familiar que son: género, inversión en la relación y el apoyo brindado por el cónyuge para el logro de la abstinencia. Los beneficios demostrados de la involucración por parte del cónyuge en el seguimiento son también modestos. En términos generales, los resultados son positivos, particularmente en las modalidades cognitivo-conductuales como se señaló en la tabla anterior.

### Terapia de Arte

La Terapia de Arte ha sido usada en los centros de tratamiento para alcohólicos con resultados positivos (Albert-Puleo & Osha, 1976). Es decir, esta modalidad puede ser una medida coadyuvante valiosa en la intervención del alcoholismo dadas las novedosas formas de expresión que ofrece.

### Terapia Conductual

Dentro de las modalidades conductuales se encuentran el Contrato Conductual que al determinar ciertas metas y reforzarlas ha recibido resultados razonables, como se observa en la tabla anterior.

### Terapia Cognitiva

Siete estudios han evaluado el impacto de la Terapia Cognitiva designada a alterar las creencias y patrones de pensamiento que subyacen en los problemas de bebida, con resultados mixtos pero alentadores como se puede observar en la tabla siguiente (Hester & Miller, 1995):

TERAPIA COGNITIVA					
Autor	Año	Severidad	PCM	PLR	Producto
Brandsma	1980	4	14	2	28
Oei	1982	4	12	2	24
Oei	1984	3	11	2	22
Rosenberg	1986	2	7	-1	-7
Ito	1988	4	11	-1	-11
Jackson	1978	4	6	-2	-12
Monti	1990	4	11	-2	-22
PEA= +22					

Severidad: La puntuación de la severidad de la población tratada en los estudios de esa modalidad, en una escala de 0-4.

MQS: La Puntuación de la Calidad Metodológica de los estudios de esa modalidad en una escala de 0-16.

PLR: La Puntuación de la Lógica de los Resultados.

PEA: La Puntuación de Evidencia Acumulativa.

### Terapia Racional Emotiva

En el año 1986 se iniciaron los grupos de Rational Recovery (RR) para alcohólicos, los cuales ofrecen una óptica diferente para la recuperación del alcoholismo. Estos grupos enfatizan el aspecto racional y la responsabilidad personal, y son una alternativa diferente para quienes no se sienten a gusto en los grupos de AA. Hoy en día se reportan alrededor de 600 grupos. El programa está basado en los principios de la Terapia Racional Emotiva (TRE) (Ellis & Velten, 1992). De cierta forma la TRE trabaja en conjunto con AA ya que acepta algunos de sus principios, como la guía de los Doce Pasos para su propia modalidad y el punto básico de *aceptación* para lograr la superación de la adicción.

Un estudio realizado por Galanter, Egelko y Edwards (1993) sobre los grupos de RR apunta que : entre los miembros que han asistido durante 3 meses o más, el

73% estaban abstinentes; entre los que llevaban 6 meses o más, 58% reportaron por lo menos 6 meses de abstinencia. Aunque el 80% de los miembros encontraban muy difícil la idea de tener que mantenerse abstinentes "permanentemente", una minoría que estaba "enganchada" en el tratamiento por mas de 3 meses, continuaban bebiendo. Sin embargo, entre los miembros nuevos (que llevan menos de 1 mes en las sesiones), 57% continuaban bebiendo, lo que sugiere que la asistencia continua aumenta la proporción de quienes optan por la abstinencia.

#### Entrenamiento Conductual de Auto control

Con respecto al Entrenamiento Conductual de Auto-Control (ECAC) las tendencias señalan un alto número de estudios positivos(14) así como de negativos (16) aplicados poblaciones con un grado de severidad no muy alto (2.9). Esta variedad de resultados indica que esta aproximación puede ser más efectiva en ciertas poblaciones que en otras. Algunos estudios apuntan que los mejores resultados se obtienen entre sujetos con una problemática alcohólica más joven y menos severa; y que las mujeres tienen mayor éxito en esta práctica que los hombres.

#### Tratamiento Múltiple

Los programas de Tratamiento Múltiple han sido la aproximación más comúnmente empleada en el tratamiento de bebedores problema. La investigación controlada no reporta ventaja alguna, y en el mejor de los casos, es tan mínima, que no justifica su costo, con respecto a otras modalidades más sencillas y de menor costo.

#### Alcohólicos Anónimos

AA tal vez sea el método más popular y ampliamente aclamado para el tratamiento de alcohólicos. Aunque AA es ampliamente recomendada por los programas de tratamiento de los Estados Unidos, su eficacia rara vez ha sido estudiada (McCrary & Miller, 1993). Solamente en dos estudios controlados se presenta AA como una alternativa distinta, ambas con poblaciones de ofensores que requerían de asistir a AA, en ambas no se encontraron efectos benéficos, aunque estos resultados tienen en su contra el hecho de que las personas fueron mandadas a estos grupos y no se puede apreciar su eficacia en los casos en los que se asiste por su propia voluntad, como es la intención de esta agrupación en la que los miembros asisten por su libre voluntad por el único deseo de dejar de beber (Miller & Kurtz, 1994).

#### ALCOHOLICOS ANONIMOS

Autor	Año	Severidad	PCM	PLR	PRODUCTO
Ditman	1967	3	12	-2	-24
Brandtma	1980	4	14	-2	-28
PEA= -52					

Los estudios sin control sugieren una tasa de abstinencia entre el 26% y 50% a un año, lo que resulta en una comparación favorable con el promedio de resultados. Los niveles de abandono de la agrupación son altas, lo que sugiere que esta modalidad puede ser óptima para cierto tipo de individuo alcohólico. Cabe recordar que esta aproximación es gratuita y tiene una duración de por vida.

### Terapia de Grupo

Después de AA, las terapias de grupo son el método más usual en el tratamiento del alcoholismo. Los tipos de métodos grupales han variado ampliamente, y han mejorado sus índices a un promedio del 40% en un seguimiento a corto plazo. No existe evidencia que sustente que los métodos tradicionales de grupo, sean superiores en el tratamiento de los alcohólicos. Las consideraciones de costo-efectividad pueden apoyar una ventaja para las terapias grupales con respecto a las individuales.

Con la intención de hacer un resumen más claro de los distintos tratamientos psicológicos del alcoholismo se realizó la siguiente tabla:

<b>Tratamiento</b>	<b>Conclusión</b>	<b>Observaciones</b>
Hipnosis	No recomendable	Sólo como medida coadyuvante
Psicoanálisis y Psicoterapia Psicoanalítica	No recomendable	Contraindicados en etapas de ingesta y recuperación temprana
Intervenciones Breves	Muy recomendables	Esta alternativa es la que cuenta con los mejores resultados
Redes de Apoyo Terapéuticas	Recomendables	Aún falta información sobre estudios controlados
Terapia Familiar	Recomendable	Su modalidad conductual ha obtenido buenos resultados
Terapia de Arte	Poco recomendable	Sólo como herramienta para el tratamiento.
Terapia Conductual	Recomendable	No todas sus modalidades obtienen buenos resultados.
Terapia	Recomendable	Puede utilizarse en todas las etapas

Cognitiva		del tratamiento
Terapia Racional Emotiva	Recomendable	Su modalidad grupal presenta buenos resultados
Entrenamiento Conductual de Auto-Control	Recomendable	Se observan mejores resultados en casos menos severos de adicción así como en mujeres
Tratamiento Múltiple	Poco recomendable	El factor costo-efectividad no justifica sus resultados
<u>Alcohólicos Anónimos</u>	<u>Recomendable</u>	<u>No tiene ningún costo</u>
Terapia de Grupo	Recomendable	Las consideraciones costo-efectividad, justifican su empleo

## Discusión

Dada la magnitud de las repercusiones médicas, familiares, legales, psicológicas, espirituales, económicas y sociales que tiene el alcoholismo, se han llevado a cabo innumerables estudios en un afán por conocer más sobre esta condición y poder llegar a su solución. Sin embargo, después de años de investigaciones, aún no se logra la unificación de criterios, que señale cuál es el camino a seguir de una manera certera; si no que cada vez aparecen nuevas hipótesis y teorías psicológicas, sociológicas y fisiológicas que en algunos casos, contradicen a las anteriores, llevando a la población interesada a un desconcierto y confusión entre tanta información. ¿Es el alcoholismo una enfermedad o un síntoma?, ¿Es hereditario? ¿Es originado por condiciones biopsicológicas anormales? ¿Es una condición de origen espiritual? ¿Tiene curación o solamente se controla? ¿Es una enfermedad mental? Un sin fin de preguntas giran en torno a este tema, pero parece que pasará algún tiempo más para que la ciencia les dé una respuesta precisa. Y aunque el misterio que envolvía al alcoholismo se ha ido atenuando ante la luz de la investigación, todavía resta una parte por aclararse. Lo que sí se puede afirmar es que cada vez nos acercamos más al conocimiento de su, etiología, desarrollo y tratamiento.

En mi opinión, el alcoholismo es una enfermedad primaria multifactorial, con una etiología diversa, para la que no hay cura si no control, es decir que es crónica e incurable. En la que no se identifica una personalidad única y tipificada y

su tratamiento debe ser orientado hacia la abstinencia para detener la progresión de la misma.

Por su parte, el abuso del alcohol es una condición que - a diferencia del alcoholismo- puede ser síntoma o manifestación de problemas psicológicos subyacentes, y que de no atenderse a tiempo puede desembocar en la dependencia del alcohol, la cual debe ser abordada con el objetivo de moderar el patrón de consumo.

El alcohólico es un sujeto que padece de la compulsión y la obsesión por beber, para quien el alcohol es una sustancia ante la cual pierde el control de su ingesta y de su vida, a la que altera de manera contundente en todos sus ámbitos.

Desde mi punto de vista, el tratamiento ideal para el alcoholismo debe ser uno que se dirija a la abstinencia total y que refuerce al sujeto psicológica, conductual, social, física y espiritualmente. Desde luego que no existe recuperación si el sujeto no la desea, es por eso que uno de los retos mayores de esta labor es el lograr que el alcohólico desee dejar de beber.

## **Bibliografía**

Ackerman, R. J. (1978)

Children of alcoholics: A guide book for educators. En:  
Alcoholism and the family. p. 251-252. United States of America.: Aspen  
Publishers, Inc.

Albert-Puleo, N., & Osha, V. (1976)

Art therapy as an alcoholism treatment tool. En: :  
Alcoholism and the family. p.275. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

American Psychiatric Association, (1996)

Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (2ª reimpresión).  
México, D. F.: Masson, S. A. Autor.

Anónimo, (1953)

Los Doce Pasos. Alcoholics Anonymous Publishing, Inc.

Anónimo, (1986)

Alcohólicos Anónimos. México, D.F.: Alcoholics Anonymous Publishing, Inc.

Anónimo, (1987)

Pensamiento del día. México, D. F.: Alcoholics Anonymous Publishing, Inc.

Bailey, M. B. (1964)

The family agency's role in treating the wife of an alcoholic. En:  
Alcoholism and the family. pp. 316-317. United States of America. : Aspen  
Publishers, Inc.

Bandler, R., Grinder, J., & Satir, V. (1976)

Changing with families. En:  
Alcoholism and the family. p.136. United States of America. Aspen Publishers, Inc.

Barnard, C. (1990)

Families with an alcoholic member. En:  
Alcoholism and the family. p.224. United States of America. : Aspen Publishers,  
Inc.

Barriguete, C.A. (1996)

Lo Que el Vino se Llevo (Psicodinamia del alcoholismo). México, D.F.: Editorial  
Diana.



Beck, A. T. (1976)

Cognitive therapy and the emotional disorders. En:

Terapia cognitiva de las drogodependencias. p.51. Barcelona, España.: Ediciones Paidós Ibérica.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. Y Emery, G. (1979)

Cognitive therapy of depression. En:

Terapia cognitiva de las drogodependencias. p. 199. Barcelona, España.: Ediciones Paidós, Ibérica.

Beck, A. T., Wright, D. F., Newman, F.C. y Liese, S. B. (1999)

Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Barcelona, España. : Ediciones Paidós Ibérica.

Berenson, D. (1976)

Alcohol and the family system. En:

Alcoholism and the family. p.129-137. United States of America. : Aspen Publishers.

Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1995)

Brief treatment. En:

Psychotherapy and substance abuse (p. 220) New York: The Guilford Press.

Bishop, M. F. (1995)

Rational-motive behavior therapy and two self-help alternatives to the 12 step model. En:

Psychotherapy and substance abuse. p. 155. New York, NY.: The Guilford Press.

Black, C. (1979)

Children of alcoholics. En:

Alcoholism and the family. p.248. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

Black, C. (1987)

Family Secrets. En:

Alcoholism and the family. p.249. United States of America. :Aspen Publishers, Inc.

Blane, J., and Leonard, K. E., (1990)

Psychological theories of drinking and alcoholism. En:

Coyote speaks Creative strategies for psychotherapists treating alcoholics and addicts. p. 15. New Jersey. : Jason Aronson Inc.

Bleichmar, H. (1997).

Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Barcelona, España. : Ediciones Paidós Ibérica.

Brandsma, J. M. (1995)

Group psychotherapy. En:

Psychotherapy and substance abuse. p. 354. New York. The Guilford Press.

Brown, A., & Tyson, C. (1978)

Fourteen characteristics of incestuous families. En:

Alcoholism and the family. p. 225. United States of America. : Aspen Publishers, Inc.

Brown, S. (1995).

Treating alcoholism. San Francisco, Cal., United States of America. : Jossey- Bass Publishers.

Brown, S. (1995)

Treating alcoholism. (pp. 101- 103). San Francisco, Cal., United States of America.: Jossey-Bass Publishers.

Brown, S. (1995)

Treating alcoholism. (pp. 110,113). San Francisco, Cal., United States of America. : Jossey-Bass Publishers.

Brown, S. (1995)

Treating alcoholism. (pp. 116,131). San Francisco, Cal., United States of America. : Jossey-Bass Publishers.

Brown, S. (1995)

Treating alcoholism. (pp. 133,134). San Francisco Cal., United States of America. : Jossey-Bass Publishers.

Brown, S. (1995)

Treating alcoholism. (pp. 134-154). San Francisco Cal., United States of America. : Jossey-Bass Publishers.

Brown, S. (1995)

Treating alcoholism. (p. 197). San Francisco Cal., United States of America. : Jossey-Bass Publishers.

Brown, S. (1995)  
Treating alcoholism. (pp. 197,198). San Francisco Cal., United States of America. :  
Jossey-Bass Publishers.

Brown, S. (1995)  
Treating alcoholism. (pp. 198-214). San Francisco Cal., United States of America. :  
Jossey-Bass Publishers.

Brown, S. (1995)  
Treating alcoholism. (215-228). San Francisco Cal., United States of America. :  
Jossey-Bass Publishers.

Browne, A. (1987)  
When Battered Women Kill. New York, United States of America. : Free Press.

Cahalan, D. (1987)  
Understanding America's drinking problem: How to combat the hazards of  
alcohol. En:  
Handbook of alcoholism treatment approaches. p. 151. United States of America.:  
Allyn & Bacon.

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J. y Keller, D. S. (1991)  
Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. En:  
Terapia cognitiva de las drogodependencias. p.209. Barcelona, España.: Ediciones  
Paidós Ibérica.

Castaneda, R., Galanter, M. Y Franco, H. (1989)  
Self-medication among addicts with primary psychiatric disorders. En:  
Terapia cognitiva de las drogodependencias. p.208. Barcelona, España.: Ediciones  
Paidós Ibérica.

Castillo, B. M. E., Maqueo B. M.E. y Martínez, P. T. (1997)  
Libre de Adicciones. México, D. F.: Editorial Promexa.

Centro de Estudios sobre Alcohol y Alcoholismo. (1991)  
Las Bebidas Alcohólicas y la Salud. México, D.F.: Editorial Trillas

Chafetz, M., Blane, H., & Hill, M. (1977)  
Children of alcoholics: Observations in a child guidance clinic. En:  
Alcoholism and the family. p.240. United States of America. Aspen Publishers, Inc.

Clarcken, J. F., Frances, A. J., & Moodie, J. L. (1979)  
Selection criteria for family therapy. En:

Alcoholism and the family. p. 129. : United States of America. Aspen Publishers, Inc.

Corder, B. F., Hendricks, A., & Corder, R. F. (1964)  
An MMPI study of a group of wives of alcoholics. En:  
Alcoholism and the family. p.313. United States of America. : Aspen Publishers, Inc.

Davidson, M. (1983)  
Uncommon sense: The life and thought of Ludwin von Bertalanffy. En:  
Alcoholism and the family. p.45. United States of America. : An Aspen Publication.

Denny, B. (1969)  
Art counseling in educational settings. En:  
Alcoholism and the family. p. 276. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

Dorsch, F. (1994)  
Diccionario de Psicología. Barcelona, España. : Editorial Herder.

Eckard, M. J. (1980)  
Treating the problem drinker. En:  
The addictive behaviors. Oxford, England. : Pergamon Press.

Edwards, G. (1992)  
Tratamiento de Alcohólicos. México, D.F.: Editorial Trillas.

Edwards, M. E. (1995)  
Family therapy treatment outcomes for alcoholism. En:  
Alcoholism and the family. p. 338-341. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

Elbow, M. (1977)  
Theoretical considerations of violent marriages. En:  
Alcoholism and the family. p.221.: United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

Elizondo, L. (1998)  
Tratamiento del alcoholismo. En:  
Beber de tierra generosa Ciencia de las bebidas alcohólicas en México (p. 171)  
México, D. F. Fundación de investigaciones sociales, A. C.

- Ellis, A. (1962)  
Reason and emotion in psychotherapy. En:  
Psychotherapy and substance abuse. p. 154. New York, NY.: The Guilford Press.
- Ellis, A. (1987)  
The practice of rational-emotive therapy. En:  
Terapia racional emotiva. P. 30. México, D. F.
- Ellis, A., McInerney, J. F., DiGiuseppe, R. Y Yeager, R. J. (1988)  
Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers. En:  
Terapia cognitiva de las drogodependencias. p.53. Barcelona, España.: Ediciones Paidós Ibérica.
- Ellis, A. (1991)  
REBT and the treatment of addiction. En:  
Psychotherapy and substance abuse. p. 147-148. New York, NY.: The Guilford Press.
- Ellis, A. (1994)  
Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). En:  
Psychotherapy and substance abuse. p. 154. New York, NY.: The Guilford Press.
- Ellis, A., & Velten, E. (1992)  
Rational steps to quitting alcohol. En:  
Handbook of alcoholism treatment approaches. p. 161. United States of America. Allyn & Bacon.
- Etchegoyen, R. O. (1997)  
Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Argentina.: Amorrortu Editores.
- Fenichel, O. (1997)  
Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México, D.F.: Editorial Paidós.
- Flanzer, J. (1981)  
The vicious circle of alcoholism and family violence. En:  
Alcoholism and the family. pp. 212-214. United States of America. : Aspen Publishers, Inc.
- Freud, S. (1996)  
Obras completas. Vol.VII. Argentina: Amorrortu editores.

Sigmund, F. (1996)

Sigmund Freud Obras Completas, volúmenes: VII, XII, XIX, XX, Argentina. Amorrortu Editores.

Fundación de Investigaciones Sociales, A. C. (1998).

Beber de Tierra Generosa. Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. México.

Friends in Recovery. (1995)

The 12 Steps. A Way Out. United States of America. : RPI Publishing, Inc

Galanter, Egelko y Edwards (1993)

Rational Recovery: Alternative to AA for addictions. En:

Psychotherapy and Substance Abuse. p. 146. New York, N. Y.: The Guilford Press.

Galanter, M. (1995)

Network Therapy. En:

Psychotherapy and substance abuse. (p. 357). New York. Washton Editor.

Galanter, M. (1995)

Network Therapy. En:

Psychotherapy and substance abuse. (pp. 358-360). New York. Washton Editor.

Galanter, M. (1995)

Network Therapy. En:

Psychotherapy and substance abuse. (pp.365,366). New York. Washton Editor.

Galanter, M. (1995)

Network Therapy. En:

Psychotherapy and substance abuse. (pp.366,367). New York. Washton Editor.

Galanter, M. (1995)

Network Therapy. En:

Psychotherapy and substance abuse. (p.367). New York. Washton Editor.

Galanter, M. (1995)

Network Therapy. En:

Psychotherapy and substance abuse. (pp. 369, 370). New York. Washton Editor.

Galanter, M. (1993)

Network therapy for alcoholism and drug abuse: a new approach in practice. New York. : Basic Books.

- Galanter, M. (1995)  
 Network Therapy. En:  
Psychotherapy and substance abuse. (pp. 370, 371). New York. Washton Editor.
- García, O. (1998)  
 El cerebro. En:  
Beber de tierra generosa Ciencia de las bebidas alcohólicas en México (pp. 43-56).  
 México, D. F. Fundación de investigaciones sociales, A. C.
- Gardner, R. (1977)  
 The parents' book about divorce. En:  
 Alcoholism and the family. p.234. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.
- Gelles, R. J. (1972)  
 The violent home. En:  
Alcoholism and the family. p.211. United States of America. : Arpen Publishers,  
 Inc.
- Gelles, R. J. & Straus, M. A. (1988)  
Intimate Violence.New York, United States os America. : Simon & Schuster.
- Giaretto, H. (1976)  
 The treatment of father-daughter incest: A psychosocial approach. En:  
Alcoholism and the family. p. 230. United States of America. : Aspen Publishers,  
 Inc.
- Ginott, H.G. (1961)  
 Group psychotherapy with children. En:  
 Alcoholism and the family. p. 276. United States of America.: Aspen Publishers,  
 Inc.
- Glenn, S. (1981)  
 Steven Glenn on prevention: A summary of Glenn's comments. En:  
Alcoholism and the family. p.253. United States of America.: Aspen Publishers,  
 Inc.
- Gomes-Schwartz,B. (1980)  
 Treating the problem drinker. En:  
The addictive behaviors. Oxford, England. Pergamon Press.
- Goodwin, D. W. (1971)  
 Is alcoholisme hereditary a review and critique. En:

Alcoholismo visión integral. p.169. México, D. F.: Editorial Trillas.

Goodwin, D. W. (1999)

Alcoholism the Facts. Great Britain.: Oxford University Press

Gravitz, H., & Bowden, J. (1984)

Therapeutic issues of alcoholic children of alcoholics. En:

Alcoholism and the family. p. 264-265. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

Greenson, R.R. (1976)

Técnica y práctica del psicoanálisis. México, D.F.: Siglo Veintiuno Editores.

Hanks, S. & Rosenbaum (1977)

Battered women: A study of women who live with violent alcohol-abusing men.  
En:

Alcoholism and the family. p. 215. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

Hanson, K. J., & Estes, N. (1977)

Dynamics of alcoholic families. En:

Alcoholism and the family. p.136. United States of America. : Aspen Publishers, Inc.

Havassy, B. E., Hall, S. M. Y Wasserman, D. A. (1991)

Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. En:

Terapia cognitiva de las drogodependencias. p. 52-53. Barcelona, España.: Ediciones Paidós Ibérica.

Hecht, M. (1973)

Children of alcoholics. En:

Alcoholism and the family. p. 251. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

Hester, K. R. (1995)

Behavioral self-control training. En:

Handbook of alcoholism approaches effective alternatives.p.148. United States of America.: Allyn & Bacon.

Hester, K. R. & Miller, W. R. (1995)

Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives. Massachusetts, United States of America.: Allyn & Bacon.



Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W. R., & Rubonis, A. V. (1991)  
The cost-effectiveness of treatment for alcoholism. En:  
Handbook of alcoholism treatment approaches. p. 18. United States of America.:  
Allyn & Bacon.

Hunter, C. R. (1997)  
The Art of Hypnotherapy. Dubuque, Iowa, United States of America.: Kendall-  
Hunt Publishing Company.

Institute of Medicine. (1990)  
Broadening the base of treatment for alcohol problems. En:  
Handbook of alcoholism treatment approaches. p. 278. Allyn and Bacon.

Jacobson, S. B. (1991)  
The recovery movement: From children of alcoholics to codependency. En:  
Alcoholism and the family. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

Jellinek, E. M. (1960)  
The disease concept of alcoholism. En:  
Alcoholism and the family. p.4-5. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

Justice, B., & Justice, R. (1979)  
The broken taboo: sex in the family. En:  
Alcoholism and the family. pp. 223-230. United States of America. : Aspen  
Publishers, Inc.

Kabat, S. D., Kabat, S. J., & Garret, J. (1995)  
Treating chemical-dependent couples and families. En:  
Psychotherapy and substance abuse. pp.314,315. New York. : The Guilford Press.

Kaplan, I. H. y Sadock, J.B. (1994)  
Compendio de psiquiatría. México, D. F.: Editorial Salvat.

Kaplan, I. H. y Sadock, J. B. (1994)  
Compendio de psiquiatría. p. 630. México, D. F.: Editorial Salvat.

Kaplan, I. H. y Sadock, J. B. (1994)  
Compendio de psiquiatría. p. 631. México, D. F.: Editorial Salvat.

Kaplan, I. H. y Sadock, J.B. (1994)  
Compendio de psiquiatría. p.632. México, D. F.: Editorial Salvat.

- Kaplan, I. H. y Sadock, J. B. (1994)  
Compendio de psiquiatría. p. 633. México, d. F.. Editorial Salvat.
- Kaplan, I. H. y Sadock, J. B. (1994)  
Compendio de psiquiatría. p.637. México, D. F.: Editorial Salvat.
- Katz, S. R., & Hayes, N. N. (1995)  
 Preventing relapse. En:  
Treating alcoholism. p. 231. United States of America.: Jossey-Bass, Publishers.
- Keller, M. (1974) .  
 Marital and family therapy. En:  
Handbook of alcoholism treatment approaches. (p. 195). United States of America.  
 : Allyn and Bacon.
- Kershenovich, D., Vargas, V. y Róbles-Díaz, G. (1998)  
 Aparato digestivo. En:  
Beber de tierra generosa Ciencia de las bebidas alcohólicas en México(pp.88-96).México, D. F. Fundación de investigaciones sociales. A. C.
- Landgarten, H. G. (1981)  
Clinical art therapy. p. 289. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.
- Langen, D. (1994)  
 Die gestufte Aktivhypnose. En:  
Diccionario de psicología (pp.371) Barcelona, España. Herder.
- Laplanche, J y Pontalis, B. J. (1994)  
Diccionario de Psicoanálisis. Colombia,:Editorial Labor.
- Lawson, A. y Lawson, G. (1998)  
Alcoholism and the family. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.
- Lawson, A. Y Lawson, G. (1998)  
Alcoholism and the family. p. 46. United States of America. : Aspen Publishers, Inc.
- Lazo, M. D. (1991)  
Alcoholismo. Lo que usted debe saber, lo que usted debe hacer. Bogotá, Colombia:  
 Ediciones Paulinas.
- Levinson, D. (1978)  
 Seasons of a man's life. En:

Alcoholism and the family. p. 260. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

Maisto, S. A., O'Farrell, T. J., Connors, G.J., McKay, J., & Pelcovits, M. A. (1988). .  
Alcoholics attributions of factors affecting their relapse to drinking and reasons for terminating relapse events. En:  
Handbook of Alcoholism treatment approaches. P. 195. United States of America. : Allyn and Bacon.

Mandolini, G. R. G.(1994)  
Historia General del Psicoanálisis de Freud a Fromm. Buenos Aires, Argentina.: Ediciones Braga.

Marlatt, G. Alan y VandenBos, R. G (1998)  
Addictive Behaviors. Washington, D.C., United States of America. : American Psychological Association.

McCrary, B. S., & Miller, W. R. (1993)  
Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives. En:  
Handbook of alcoholism treatment approaches. p.31. United States of America.: Allyn & Bacon.

Miller, W. R. (1980)  
The Addictive Behaviors. Oxford, England: Pergamon Press.

Miller, W. R. (1980)  
The addictive behaviors. P. 106. Oxford, England: Pergamon Press.

Miller, W. R., Heather, N., & Hall, W. (1991)  
Calculating standard drink units: International comparisons. En:  
Handbook of alcoholism treatment approaches. p. 150. United States of America.: Allyn & Bacon.

Miller, W. R., & Kutz, E. (1994)  
Models of alcoholism used in treatment: Contrasting AA and other perspectives with wich it is often confused. En:  
Handbook of alcoholism treatment approaches. p.31. United States of America.: Allyn & Bacon.

Miller, W. R., Pechacek, T. F. (1987)  
New Roads: Assessing and treating psychological dependence. En:

Handbook of alcoholism treatment approaches. p. 153-154. United States of America.: Allyn & Bacon.

Miller, W. R., & Hester, R. K. (1995)

Treatment for alcohol problems: toward an informed Eclecticism. En:

Handbook of alcoholism treatment approaches. p. 1. United States of America.: Allyn & Bacon.

Moos, R. H., Finney, J. W., & Cronkite, R. C. (1990)

Marital and family therapy. En:

Handbook of alcoholism treatment approaches. United States of America. : Allyn & Bacon.

Morgenstern, J., and Leeds, J. (1993)

Contemporary psychoanalytic theories of substance abuse: a disorder in search of a paradigm. En:

Coyote speaks Creative strategies for psychotherapists treating alcoholics and addicts. P.15. New Jersey. Jason Aronson Inc.

Nakken, C. (1999)

La Personalidad Adictiva. México, D.F.: Editorial Diana.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Perri, M. G. (1989)

Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines. En:

Terapia cognitiva de las drogodependencias. p. 209-210. Barcelona, España.: Ediciones Paidós Ibérica.

Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (1995)

Family therapy: Concepts and methods. En:

Alcoholism and the family. p. 45. United States of America. : An Aspen Publication.

O'Farrel, J. T. (1995)

Marital and family therapy. En:

Handbook of alcoholism treatment approaches. United States of America. : Allyn & Bacon.

Ortiz de L. R. (1998)

El embarazo. En:

Beber de tierra generosa Ciencia de las bebidas alcohólicas en México pp. 101-109. México, D. F.: Fundación de investigaciones sociales, A. C.

Pastelín, H., (1998)

Sistema cardiovascular. En:

Beber de tierra generosa . Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. pp. 75-84.  
México, D. F.: Fundación de investigaciones sociales, A. C.

Pitman, N. E., & Taylor, R. G. (1992)

MMPI profiles of partners of incestuous sexual offenders and partners of alcoholics. En:

Alcoholism and the family. p.313. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

Platt, J. J. y Hermalin, J. (1989)

Social skill deficit interventions for substance abusers. En:

Terapia cognitiva de las drogodependencias. p. 206. Barcelona, España.: Ediciones Paidós Ibérica.

Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992)

In search of how people change: Applications to addictive behaviors. En:

Psychotherapy and substance abuse. p. 150. New York, NY.: The Guilford Press.

Roberts, A. R. (1988)

Substance abuse among men who batter their mates: The dangerous mix. En:

Alcoholism and the family. p. 211. United States of America. : Aspen Publishers, Inc.

Rosenberg, H. (1993)

Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. En:

Handbook of alcoholism treatment approaches. P. 149. United States of America.: Allyn & Bacon.

Rosovsky, H. (1998)

Alcohólicos anónimos. En:

Beber de tierra generosa . Ciencia de las bebidas alcohólicas en México. p. 223  
México, D. F. Fundación de investigaciones sociales, A. C.

Rothman, S. (1994)

Living in the shadow of death. En:

Psychotherapy and substance abuse. New York. : The Guilford Press.

Rutzky, J.(1998)

Coyote Speaks. Creative Strategies for Psychotherapists and Addicts. New Jersey.: Jason Aronson Inc.

- Rutzky, J. (1998)  
Coyote Speaks. Creative Strategies for psychotherapists and addicts. New Jersey.: Jason Aronson Inc.
- Schilder, P. (1994)  
 Aufgabe der Psychologie. En:  
Diccionario de psicología (p.371) Barcelona, España. Editorial Herder.
- Schmid, J. (1995)  
 Alcoholism and the family. En:  
Treating alcoholism. pp. 388-392. Brown, S. San Francisco California. : Editor. Yalom, D. General Editor. Jossey-Bass Publishers.
- Sloboda, S. (1974)  
 The children of alcoholics: A neglected problem. En:  
Alcoholism and the family. p. 240. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.
- Stanton, M. D. (1994)  
 The ancestry: Its role in normality, nonshared environments and dysfunction. Unpublished manuscript. En:  
Psychotherapy and substance abuse. p. 316. New York, N. Y.: The Guilford Press.
- Stanton, M. D., Todd, T. y cols. (1997)  
Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las Drogas. Barcelona, España. : Editorial Gedisa.
- Steinglass, P., Bennett, A. L., Wolin, J. S. y Reiss, D. (1997)  
La Familia Alcohólica. Barcelona, España. : Editorial Gedisa.
- Urban, H. B., & Ford, D. H. (1971)  
 Some historical and conceptual perspectives on psychotherapy and behavior change. En:  
Psychotherapy and substance abuse. p.104. New York. : The Guilford Press.
- Van Bree, L. G. (1995)  
 Treating the alcoholic couple. En:  
Treating alcoholism. pp317-327. San Francisco Cal. Jossey-Bass Publishers.
- Vannicelli, M. (1989)  
 Group psychotherapy with adult children of alcoholics. En:  
Alcoholism and the family. p. 266. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

- Vannicelli, M. (1995)  
Group psychotherapy. En:  
Psychotherapy and substance abuse. p.338. New York. : The Guilford Press.
- Vannicelli, M. (1995)  
Group psychotherapy. En:  
Psychotherapy and substance abuse. p. 338. New York. : Washton, M. Editor. The Guilford Press.
- Vannicelli, M. (1995)  
Group psychotherapy.  
Psychotherapy and substance abuse. p. 339. New York. : . Washton, M. Editor. The Guilford Press.
- Velasco, F. R. (1981)  
Esa enfermedad llamada alcoholismo. México, D.F.: Editorial Trillas.
- Velasco, F. R. (1988)  
Alcoholismo Visión Integral. México, D.F.: Editorial Trillas.
- Velasco, F. R. (1988)  
Alcoholismo visión integral. p.395. México, D. F.: Editorial Trillas.
- Velasco, F. R. (1998)  
Comorbilidad psiquiátrica. En:  
Beber de tierra generosa Ciencia de las bebidas alcohólicas en México (pp. 115-122). México, D. F. Fundación de investigaciones sociales, A. C.
- Wallace, J. (1990).  
El Alcoholismo como Enfermedad. Nuevos enfoques. México, D.F.: Editorial Trillas.
- Wallerstein, J., & Kelly, J. (1980)  
Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce. En:  
Alcoholism and the family. p. 234. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.
- Walsh, W. M. (1980)  
A primer in family therapy. En:  
Alcoholism and the family. pp.136-137. United States of America. : Aspen Publishers, Inc.

Washton, M.A. (1995).

Psychotherapy and Substance Abuse. New York, NY. : The Guilford Press.

Wegscheider, D. (1979)

If only my family understood me. En:

Alcoholism and the family. pp.136-137. United States of America. Aspen Publishers, Inc.

Wegscheider, S. (1981)

From the family trap to family freedom. En:

Alcoholism and the family. p. 247-248. United States of America.: Aspen Publishers, Inc.

Wexberg, L. (1959)

A critique of psychopathological theories of the etiology of Alcoholism. En: Quarterly Journal of Studies on Alcoholism, vol. 20, p.439.

Whalen, T. (1953)

Wives of alcoholics. En:

Alcoholism and the family. pp.310-311. United States of America. : Aspen Publishers, Inc.

Wiesenhutter, E. (1969)

Die Leidner Tonusubungen. Alemania.: Hippokrates Verlag, Stuttgart.

Woitz, G. J. (1985)

Struggle for intimacy. En:

Libre de adicciones. México. D. F. Editorial Promexa.

Woitz, G. J. (1998)

Hijos adultos de padres alcohólicos. México, D. F.: Editorial Diana.

Wolberg, L.(1967)

The Technique of Psychotherapy, New York. Grune & Stratton.

Wright, K. D., & Scott, J. B. (1978)

The relationship of wives' treatment to the drinking status of alcoholics. En:

Alcoholism and the family. pp. 316-317. United States of America. Aspen Publishers, Inc.

Yates, A. (1973)

Terapia del Comportamiento. México, D. F. Editorial Trillas.



Zimberg, S. (1978)

Practical Approaches to Alcoholism Psychotherapy. Nueva York. Plenum Press.