



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ALCOHOLICOS ANONIMOS COMO UNA ALTERNATIVA
PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

LIA DE GORTARI PEDROZA

DIRECTOR DE TESIS:

ISAAC SELIGSON NISENBAUN



MÉXICO, D.F.

ABRIL 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ALCOHOLICOS ANONIMOS COMO UNA ALTERNATIVA
PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

LIA DE GORTARI PEDROZA

DIRECTOR DE TESIS:

ISAAC SELIGSON NISENBAUN

SINODALES:

DR. JAVIER NIETO GUTIERREZ
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
LIC. LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE



MÉXICO, D.F.

ABRIL 2004

AGRADECIMIENTOS

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Hía de Gortari

FECHA: 10 de marzo de 2004

FIRMA: Hía de Gortari

He cometido el peor de los pecados
 Que un hombre puede cometer. No he sido
 Feliz. Que los glaciares del olvido
 Me arrastren y me pierdan despiadados.
 Mis padres me engendraron para el juego
 Arriesgado y hermoso de la vida,
 Para la tierra, el agua, el aire, el fuego.
 Los defraude, no fui feliz.
 Jorge Luis Borges

A papá, al Dr. Eli de Gortari, por su pasión al trabajo, por su fuerza, su sabiduría, su energía y su gran inteligencia, por su enorme amor a la vida. Te extraño mucho papá.

A mamá por su gran apoyo, por su fuerza y por todo el amor que me ha dado.

A mis hermanos Hira, Lili, Rebeca, Efrén, Alonso, Ana, y Paula.

A Alonso de Gortari, por su amistad, su afecto y su inteligencia

A Ana de Gortari, por su inteligencia, por el gran amor que me ha dado, por ser mi amiga, y mi maestra.

A Paula de Gortari, por su cariño, su inteligencia y su tenacidad.

A la princesa Ana Sofía por su inteligencia, su chispa, su amor y su mundo mágico.

A Raúl Salinas, Carlos Salinas y Sergio Salinas.

A Carlos Rojas.

A Carlos Serrano, por su inteligencia, por su profundo amor al ser humano y por haberme dado tanto.

A Pedro Placencia, Porfirio Romo, Carlos Martínez, Rubén Leyva, Linda Riestra, por sus enseñanzas y su sabiduría.

Al Colegio Madrid.

Al Programa Nacional de Solidaridad.

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

¿Dónde estará mi vida, la que pudo
Haber sido y no fue, la venturosa
O la de triste horror, esa otra cosa
Que pudo ser la espada o el escudo
Y que no fue? ¿Dónde estará el perdido
Antepasado persa o el noruego,
Dónde el azar de no quedarme ciego...
Jorge Luis Borges

INDICE

INTRODUCCIÓN7

RESUMEN10

CAPITULO I. QUE ES EL ALCOHOLISMO

I.1. El Alcoholismo, clasificado por la OMC como una enfermedad. Historia,
etiología y causas12

I.2. Qué es la enfermedad del alcoholismo15

CAPITULO II. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

II.1. Diagnóstico del alcoholismo26

II.2. Técnicas de evaluación del alcoholismo28

CAPITULO III. DISTINTOS TRATAMIENTOS CONTRA EL ALCOHOLISMO

III.1. Tratamientos contra el alcoholismo36

III.2. Percepción, actitud, y comportamiento en un individuo alcohólico 42

CAPITULO IV. A.A. COMO UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

IV.1. Qué es el alcoholismo	47
IV.2. Qué es Alcohólicos Anónimos (historia)	58
IV. 3. Qué es el programa de 12 pasos y 12 tradiciones	59
IV.4. Cómo funcionan los grupos de A.A	62

CAPITULO V. POR QUÉ EL MODELO DE ALCOHOLICOS ANÓNIMOS SÍ FUNCIONA

V.1. Convertirse en alcohólico: un mundo aparte	66
V.2. Su lucha por controlar la bebida no funciona	70
V.3. Cómo ayuda AA a que un alcohólico reestructure su mundo	73
V.4. Cómo alcanzar AA al recién llegado y le ayuda al trabajo del proceso de cambio	75
V.5. El objetivo principal del programa de AA es dejar de beber y conformes los miembros avanzan, aprender a vivir	86
CONCLUSIONES	91
REFERENCIAS	97

INTRODUCCION

En 1935, surgió en Estados Unidos el movimiento de Alcohólicos Anónimos que provocó una verdadera revolución en la concepción médica y social del alcoholismo al abrir una nueva etapa para su tratamiento.

La fuerte presión social creada por AA influyó poderosamente para que la medicina se viera obligada a revisar el fenómeno. La Organización Mundial de la Salud creó un comité de expertos en alcoholismo que en 1953 incorporó este trastorno a la Clasificación Internacional de Enfermedades.

En 1960 apareció el trabajo del Dr. E.M. Jellinek "El concepto de alcoholismo como enfermedad", en el que se fundamentan los elementos que validan este conjunto de síntomas como una enfermedad y en el que desarrolla la primera clasificación del alcoholismo de acuerdo con las características clínicas de los pacientes. A partir de entonces, la medicina y las ciencias del comportamiento han propuesto diversas acciones para prevenir, tratar y rehabilitar a las personas con problemas asociados al consumo de alcohol.

El crecimiento de AA fue sorprendente tanto en Estados Unidos como en el resto del mundo. Actualmente se calcula que existen alrededor de 100 mil grupos en todo el mundo y más de 2 millones de miembros en 150 países.

No hay país en donde no existan grupos de AA. En México empezaron a funcionar a mediados de los cincuentas y su éxito ha sido tal que hoy es el segundo país, después de Estados Unidos, con mayor cantidad de grupos.

Actualmente existen en México unos 20 mil grupos con cerca de 500 mil miembros activos. AA es, sin duda, el recurso terapéutico más utilizado para el tratamiento del alcoholismo en México.

Este trabajo tuvo la finalidad de colaborar en la tarea de crear consciencia de que el alcoholismo es una enfermedad incurable, progresiva y mortal en donde la fuerza de voluntad y la inteligencia no resuelven la ingesta compulsiva ni el pensamiento obsesivo que tiene un alcohólico por la bebida. Menos aún funciona el autocontrol. Precisamente un individuo se vuelve alcohólico por la pérdida de control que presenta para beber el número de tragos que ingiere.

Se tituló AA como una alternativa para el tratamiento del alcoholismo debido a que AA fue la reflexión principal como tratamiento para el alcoholismo.

En el capítulo I se revisa la etiología y causas del alcoholismo y se hace un esbozo de su historia. Asimismo se contempla cómo surgió la definición de que el alcoholismo es una enfermedad.

En el capítulo II se describen varios diagnósticos y técnicas de evaluación de la enfermedad del alcoholismo.

En el capítulo III se describen diferentes tratamientos contra el alcoholismo y se hace un acercamiento a la percepción, actitud y comportamiento de un individuo alcohólico.

En el capítulo IV se define qué es la enfermedad del alcoholismo y se describe el tratamiento de AA, el más efectivo para tratar el alcoholismo. También se describen las fases que existen en la enfermedad. También se hace un pequeño esbozo de la historia de AA, cómo surgió, cómo creció y como permanece en

muchos países del mundo. Asimismo se menciona qué son los 12 pasos y las 12 tradiciones del programa de AA y cómo funcionan los grupos. AA es el tratamiento con mayor número de alcohólicos recuperados.

En el capítulo V se hace una reflexión acerca de por qué el modelo de AA sí funciona y describe los factores que hacen tan efectiva la terapia de AA. Define el principal objetivo de AA y cómo esta terapia alcanza al recién llegado y lo ayuda al trabajo del proceso de cambio. Asimismo hace un acercamiento al mundo aparte del alcohólico y cómo AA le ayuda a reestructurar su mundo. Pone en evidencia que la lucha que sostiene el alcohólico por controlar la bebida no funciona y cómo viene la derrota ante el alcohol: renuncia a combatir el mundo y acepta la realidad. En las conclusiones se hace una reflexión acerca de la importancia del modelo de AA y la necesidad crear consciencia de que el alcoholismo es una enfermedad que se ha convertido en un grave problema a nivel nacional y mundial.

RESUMEN

La lucha que sostiene el alcohólico por aprender a controlar sus tragos puede llegar hasta la locura y la muerte. Entre la negación de que es alcohólico y la justificación y racionalización de su compulsión y obsesión por la bebida, puede pasar muchos años de ingesta alcohólica durante los cuales se va deteriorando física y mentalmente.

Si el alcoholismo no fuera una enfermedad, y consistiera simplemente en un síntoma que denotara la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, o un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad, o un trastorno de la personalidad, o el resultado de una conducta aprendida mediante reforzamientos condicionados por los efectos gratificantes del alcohol, entonces tal vez funcionarían las terapias para que el alcohólico aprendiera a razonar y a controlar sus tragos. Pero definitivamente, el alcoholismo es una enfermedad incurable, progresiva y mortal que sólo se detiene si se logra la total abstinencia.

El alcoholismo es una enfermedad porque la Organización Mundial de la Salud así lo dictaminó.

Existen varios tratamientos contra el alcoholismo y varios enfoques para abordar la enfermedad, sin embargo, la importancia del trabajo grupal de Alcohólicos Anónimos en el tratamiento contra el alcoholismo es invaluable. Más de dos millones de alcohólicos han dejado de beber en AA.

El alcoholismo es una enfermedad que ni la psicología, ni la psiquiatría, ni la medicina pudieron encontrar un tratamiento exitoso hasta que se desarrolló el método de Alcohólicos Anónimos.

CAPITULO I. QUE ES EL ALCOHOLISMO.

I.1. El Alcoholismo, clasificado por la OMC como una enfermedad. Historia, etiología y causas.

La etiología del alcoholismo es muy compleja. Es probable que una buena parte del rechazo que los médicos generales sienten hacia el tratamiento del alcohólico se deba a la incertidumbre acerca de su etiología. El alcoholismo no distingue raza, inteligencia o nivel socioeconómico. En todos los países del mundo los alcohólicos sufren los mismos trastornos físicos, mentales y emocionales así como otros problemas menos identificables que también generan sufrimiento. Algunos autores (S. Peele) llaman a las causas fuentes de adicción y consideran que pueden clasificarse en dos tipos: internas y externas. Ambas fuentes comprenden factores individuales, sociales, psicológicos y orgánicos; la diferencia consiste en que las primeras están más ligadas a la vida personal y a la subjetividad, en tanto que las externas se relacionan principalmente con la influencia del medio.

Difícilmente se podrá entender por qué algunas personas beben mucho si no se tiene presente que el alcohol es una droga que, al menos durante un lapso, es capaz de disminuir o suprimir los más variados sentimientos desagradables, en particular, la angustia y la depresión. Un consumidor excesivo de alcohol busca con frecuencia alterar su propia percepción de un mundo que encuentra complicado y amenazador. Asimismo, busca mejorar el concepto de sí mismo. El

sujeto tiene que ingerir, en forma repetida y continua, cantidades que amenazan su salud para producir el efecto deseado, aunque no tenga consciencia de ello. Como de cualquier modo logra atenuar los sentimientos indeseables, es difícil persuadirlo acerca del peligro de una dependencia. Sin embargo, pronto aparecen otros efectos inesperados o no deseados, que inevitablemente exacerban los problemas vitales existentes y hacen inalcanzables los propósitos iniciales. Para enfrentar estos efectos secundarios la única alternativa que el bebedor encuentra es beber más, y el proceso adquiere un carácter cíclico. Sin embargo, existen muchos tipos de bebedores cuyas personalidades y rasgos psicopatológicos difieren ampliamente. (Velasco, 1988).

Existe una hipótesis acerca de los factores biológicos, que incluye lo fisiológico y genético, que afirma que en los individuos alcohólicos existe un defecto en el metabolismo del acetaldehído (el primer producto de la degradación del etanol) que resulta en la producción de compuestos precursores de los alcaloides opiáceos. Parecería entonces que el cuerpo produce sus propias sustancias adictivas y que existen bases fisiológicas comunes a todas las farmacodependencias. Esto explicaría por qué los alcohólicos desarrollan con frecuencia tolerancia no sólo al alcohol, sino también a otras drogas. Sin embargo, la naturaleza del proceso adictivo, el desarrollo de los cambios fisiológicos de todo el organismo y las alteraciones del sistema nervioso central que definen la dependencia del alcohol, son asuntos que hasta ahora no se conocen bien.

Los factores fisiológicos no definen la etiología del alcoholismo. Sin embargo, es muy claro el papel que estos factores juegan en la evolución del alcoholismo.

El alcohol tiene un efecto depresor sobre el sistema nervioso central que depende de la duración y la cantidad de la ingestión; una vez que se metaboliza y sus efectos desaparecen, el tejido nervioso reacciona con una mayor excitabilidad durante un periodo proporcional. Las manifestaciones clínicas de la acción depresora varían desde fenómenos psíquicos relativamente simples hasta la supresión de los centros vitales y la muerte. Los signos y síntomas de la excitabilidad secundaria se manifiestan por lo común a la mañana siguiente en forma de temblores o agitación y molestias que pueden aliviarse temporalmente al ingerir otra vez alcohol; esta mejoría se hace cada vez más urgente e importante para el bebedor conforme su trastorno progresa, eventualmente se convierte en una necesidad y se establece una dependencia física y psicológica. (Velasco, 1988).

Existen diferentes modelos que abordan el problema:

El modelo moral considera que el que abusa del alcohol es un vicioso e infractor de las normas morales.

El modelo médico considera que el alcohol es sólo el síntoma de algún trastorno neurobioquímico, cerebral, o genético, que presenta un conjunto de síntomas clínicos clasificables e identificables que permiten predecir la conducta del alcohólico y que tienen, al igual que cualquier otra enfermedad, una etiología, una fisiopatogenia, una historia natural, un cuadro clínico, un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. Gracias al modelo médico, quedó perfectamente integrado y definido el síndrome de dependencia al alcohol, el cual se fundamenta

en la presencia de diez síntomas cardinales que se agrupan en tres tipos de cambios: subjetivos, conductuales y psicobiológicos.

El modelo psicológico plantea que el alcoholismo no es una enfermedad, sino simplemente un síntoma que denota la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad, un trastorno de la personalidad, o el resultado de una conducta aprendida mediante reforzamientos condicionados por los efectos gratificantes del alcohol.

El modelo sociocultural afirma que el alcoholismo es sólo una consecuencia del medio ambiente en que se mueve el individuo, independientemente de sus problemas psicológicos o de su predisposición biológica a la bebida.

El modelo epidemiológico plantea que el alcoholismo es el resultado de una interacción compleja entre el alcohol, el bebedor y el ambiente.

El modelo interdisciplinario propone la aplicación simultánea y racional de todos los modelos anteriores. Debido a que el alcoholismo es un fenómeno multicausal, su tratamiento integral tiene que ser interdisciplinario.

(Velasco, 1988).

I.2. Qué es la enfermedad del alcoholismo.

El término alcoholismo empezó a utilizarse en el siglo XX. En 1785, el doctor Benjamin Rush publica el siguiente artículo: "Investigación acerca de los efectos de las bebidas espirituosas en el cuerpo humano y en la mente, con un resumen de los medios preventivos y los remedios para curarlos".

El artículo inicia así: "Debo principiar por describir sus prontos e inmediatos efectos (de las bebidas espirituosas) en un ataque de borrachera. Esta odiosa enfermedad (porque debe llamársele así) aparece con más o menos los siguientes síntomas..." Durante los siguientes 150 años, hubo muchos otros informes oficiales, médicos y legales. En la mayor parte de ellos se sugería que el alcoholismo era un azote moral, una enfermedad o un problema social, pero nunca se constituyeron en un concepto definido.

En el siglo XX, la inquietud social generada por los grupos de Alcohólicos Anónimos influyó profundamente al doctor Jellinek quien en 1960, publicó su famoso artículo "El concepto del alcoholismo como una enfermedad", que sentó las bases para que los profesionales de la salud se interesaran en el problema. En 1955 se escribió la siguiente definición: El alcoholismo es una enfermedad crónica de carácter físico, psíquico o psicosomático, que se manifiesta como un trastorno de la conducta y que se caracteriza por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede lo que se acepta socialmente y que interfiere con la salud del bebedor, con sus relaciones interpersonales o con su capacidad para trabajar (Mark Keller)

En 1976 se describió con detalle que la noción de que el alcoholismo era una enfermedad ya se identificaba en escritos de hace 2000 años, pues está expresada con toda claridad en diferentes obras inglesas de medicina del siglo XIV.

El siglo XIX fue testigo de innumerables publicaciones médicas, en las que se afirma sin lugar a dudas que el alcoholismo es una enfermedad.

De las definiciones que se fundamentan en un concepto médico de enfermedad, ésta parece muy útil. Por ello, se analizará con cierto detalle los cuatro principales elementos que comprende.

En primer lugar, la definición señala que el alcoholismo es una enfermedad. La definición establece claramente que se trata de un padecimiento de carácter crónico. La cronicidad es un concepto esencial del concepto del alcoholismo. Otra característica fundamental es la ingestión repetida y excesiva del alcohol, a pesar de la desaprobación general y del daño que produce al individuo. La incapacidad del alcohólico para alejarse de la droga, aunque lo conduzca a la ruina total, implica que el alcoholismo es una farmacodependencia. En 1974, el Comité de Farmacodependencia de la OMS publicó la siguiente definición: La farmacodependencia es un estado psíquico, y a veces también físico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga. Se caracteriza por respuestas conductuales y de otro tipo que denotan una compulsión a tomar la droga en forma continua o periódica, con la finalidad de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar que produce el abstenerse de tomarla.

Las hipótesis que se manejan para explicar la etiología de las farmacodependencias son las siguientes: Es un trastorno subyacente del carácter, que induce a la gratificación inmediata, a pesar de las consecuencias adversas a largo plazo. Es un intento de "automedicación" para aliviar el malestar psíquico o físico o para "agudizar" las capacidades personales. Es un medio de lograr la aceptación social. Es una parte de una rebelión personal en contra de los valores

sociales establecidos. Es una consecuencia de las presiones socioculturales. (Velasco, 1988).

Es muy difícil determinar los límites entre una conducta desviada frente al alcohol y el inicio de un proceso que conduce a la dependencia. El comportamiento de cada bebedor durante esa transición es muy variable y los indicios de los signos y síntomas de peligro conocidos, tienen sólo un valor relativo. Existen algunos cuestionarios que permiten reconocer ciertas actitudes respecto del alcohol, que son el antecedente común más frecuente de quienes ya iniciaron el proceso de dependencia.

Uno de los más conocidos es el siguiente (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism):

1. ¿Piensa y habla usted con frecuencia de la bebida?
 2. ¿Bebe más ahora que antes?
 3. ¿Bebe más aprisa que los demás?
 4. ¿Toma usted frecuentemente con la intención de relajarse?
 5. ¿Ingiere usted varias copas aun cuando se había propuesto no hacerlo?
 6. ¿Se ha sentido culpable o apenado por sus estados de ebriedad?
 7. ¿Ha sufrido accidentes después de ingerir bebidas alcohólicas?
 8. ¿Algunas veces olvida lo ocurrido (o parte de ello) mientras estuvo ebrio?
 9. ¿Ha perdido algún amigo por sus críticas acerca de la forma en que usted bebe o de lo que hace cuando está intoxicado?
 10. ¿Ha tenido o tiene problemas frecuentes con su familia o amigos en relación con su manera de beber?
-

11. ¿Bebe en la mañana con la intención de combatir los efectos de la “cruda”?

12. ¿Se siente a veces intranquilo o molesto porque no hay bebida a la mano?

La importante cuestión que consiste en pasar de beber normalmente a empezar las etapas iniciales del alcoholismo, fue planteada en los siguientes términos (Robinson): El proceso de convertirse en alcohólico es, en parte, el de la construcción de un diagnóstico, aunque los mecanismos involucrados en el desarrollo de la dependencia aún no están completamente develados. El médico y otros profesionales que diagnostican el alcoholismo de un sujeto le dan validez a los juicios de la familia, del propio paciente o de quien quiera que haya presentado el problema.

Probablemente, Robinson tiene razón; pero eso no debe evitar el esfuerzo clínico de llegar a un diagnóstico. Después de todo, la identificación de muchas otras condiciones patológicas suelen lograrse mediante una recolección directa o indirecta de datos. Lo importante es si esos datos son realmente valiosos para el diagnóstico y si puede confiarse en la veracidad de sus fuentes. Si la respuesta es afirmativa para los dos supuestos, no cabe duda que es posible diagnosticar las primeras etapas del alcoholismo, a pesar de la variabilidad de la conducta de los bebedores. También podríamos hablar del alcohólico que llega a una remisión espontánea, del refractario a las terapias conocidas, del que logra detener el proceso con la ayuda de Alcohólicos Anónimos. (Velasco, 1988).

Existen infinidad de clasificaciones del alcoholismo. Unas se basan en la cantidad de alcohol ingerido; otras, en la conducta del bebedor y la regularidad con que se intoxica, y algunas más, en el nivel de gravedad, la respuesta orgánica, el grado

de dependencia física, etc. Aquí sólo se abordarán las que han sido más aceptadas y que han adquirido con el tiempo un cierto carácter de “oficiales” o que, por lo menos, son útiles en los trabajos de investigación y en la presentación publicaciones y congresos.

Existen dos clasificaciones que son las más utilizadas de los trastornos mentales que incluyen al alcoholismo. La primera está contenida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Médica Americana, el DSM IV, cuya formulación ha significado un gran acontecimiento para la psiquiatría moderna. La otra es la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, la llamada ICD-9CM (International Classification of Diseases, novena edición modificada).

En el DSM IV el alcoholismo está incluido en la categoría de los “Trastornos por el Abuso de Sustancias” con los números 305.0 y 303.9, el primero con el nombre de Abuso del alcohol y el segundo, con el nombre de Dependencia del Alcohol (alcoholismo). Esta clasificación hace una primera distinción válida para toda sustancia capaz de generar adicción, es decir, entre el abuso y la verdadera dependencia.

Los criterios para el abuso de sustancias son los siguientes:

- 1) Patrón patológico de uso. Intoxicación durante todo el día, incapacidad para reducir o abandonar el consumo, esfuerzos repetidos para controlar su uso mediante periodos de abstinencia temporal o restricción del consumo durante ciertas horas, necesidad de uso diario de la sustancia tóxica para la actividad
-

normal y episodios debidos a la intoxicación (por ejemplo: amnesias alcohólicas).

- 2) Deterioro de la actividad laboral o social debido al patrón patológico de uso de sustancia. Las relaciones sociales pueden alterarse cuando el sujeto no cumple sus obligaciones con sus amigos y familiares, cuando manifiesta conductas excéntricas e impulsivas y cuando expresa inadecuadamente su agresividad. El sujeto puede tener dificultades legales a causa del estado de intoxicación. El individuo falta al trabajo o a la escuela o es incapaz de realizar una actividad determinada por su estado de intoxicación.
- 3) Duración. Por abuso se entiende que la alteración dura, como mínimo, un mes. No es necesario que los signos de alteración estén presentes durante todo ese tiempo, pero deben presentarse con cierta frecuencia para que el patrón patológico de uso permita evidenciar la interferencia en la actividad laboral o social. Por ejemplo, son suficientes los episodios graves de embriaguez que den lugar a quejas familiares.

La dependencia de sustancias tóxicas constituye un trastorno más grave. Implica dependencia fisiológica, que se evidencia por la tolerancia y por la abstinencia. (Velasco, 1988).

Tolerancia significa que el individuo necesita una cantidad mayor de la sustancia para conseguir los efectos deseados. En el caso del alcohol, el síntoma que distingue la tolerancia está en función de que la cantidad que el sujeto puede beber antes de presentar los signos de intoxicación, haya aumentado notablemente con el paso del tiempo. Abstinencia se refiere al desarrollo de un

síndrome específico para cada tóxico, que aparece cuando se suspende o reduce su ingesta después de un consumo previo regular que provoca un estado fisiológico de intoxicación.

De acuerdo con los criterios del DSM IV, para el caso específico del alcohol es relativamente fácil establecer la sospecha clínica. Se transcriben por su gran utilidad los criterios para el diagnóstico del abuso y de la dependencia del alcohol.

Criterios para el diagnóstico de la dependencia del alcohol (DSM IV):

El patrón patológico de uso de alcohol se caracteriza por los siguientes aspectos:

a) Necesidad del alcohol para desarrollar adecuadamente cierta actividad. b) Incapacidad para disminuir o dejar de beber. c) Continuos esfuerzos para tratar de controlar o reducir la ingestión excesiva de alcohol (periodos de abstinencia temporal o restricción de la bebida durante ciertas horas del día). d) Embriaguez durante todo el día, como mínimo dos días. e) Consumo ocasional de licores (o su equivalente en vino o cerveza) para animarse. f) Amnesia respecto de los acontecimientos que ocurren durante la intoxicación ("blackouts"). g) Persistencia en el consumo de alcohol, a pesar de que el sujeto sabe que los trastornos físicos graves que padece se exacerban con la ingesta. El deterioro de la actividad laboral o social debido al consumo del alcohol se refiere, por ejemplo, a actos violentos durante la intoxicación, ausentismo en el trabajo, pérdida del empleo, problemas legales (detenciones por intoxicación, accidentes de tránsito y discusiones o problemas con familiares o amigos debido al uso excesivo del alcohol).

La clasificación ICD-9 de la OMS, no es, en el fondo, muy distinta. En esta aparece el término "Síndrome de Dependencia del Alcohol". Los expertos de la OMS tuvieron sin duda la misma preocupación para distinguir lo más claramente posible entre abuso y dependencia. Por eso introdujeron un nuevo rubro, el 305, para la categoría "Abuso de Drogas sin Dependencia", en la cual al alcohol le corresponde el número 305.0. Al Síndrome de Dependencia del Alcohol le corresponde el 303 y está incluido en los "Trastornos Neuróticos de la Personalidad y otros Trastornos no Psicóticos".

El Síndrome de Dependencia del Alcohol se refiere al alcoholismo crónico, a la dipsomanía y a la embriaguez aguda en el alcoholismo. El abuso de drogas sin dependencia se refiere, en lo que respecta al alcohol, en bebida excesiva del alcohol, ebriedad (borrachera), efectos residuales de la ebriedad y embriaguez.

Existe otra forma de respuesta al alcohol que conviene no confundir con ninguno de los tipos de alcoholismo, y cuyo conocimiento es muy necesario desde el punto de vista clínico. Se trata de la llamada "Ebriedad Patológica" (ICD-9) o "Intoxicación Alcohólica Idiosincrásica" (DSM IV). Debido a las amplias variaciones individuales de respuesta al alcohol, ciertos sujetos reaccionan incluso ante cantidades moderadas, de una manera tal que un observador no experto podría clasificarlos como alcohólicos. En realidad pueden serlo si reúnen las características que ya se señalaron, pero en este caso se trata de reacciones patológicas propias de un tipo definido de bebedor. La intoxicación "patológica" se caracteriza por una respuesta anormal ante la ingestión de pequeñas dosis de alcohol, en donde se presenta desorganización de la conducta (con agitación, a

veces intensa), cambios extremos del estado de ánimo (del llanto a la risa o a la violencia), agresividad explosiva y amnesia variable. Bajo circunstancias especiales, el individuo puede llegar a cometer un homicidio a pesar de que la dosis ingerida en sujetos normales sólo ocasiona una leve euforia.

Algunos autores clasifican a los alcohólicos (no al alcoholismo) por sus posibles motivaciones y por la conducta que exhiben al ingerir las bebidas embriagantes. Aquí se describen ocho tipos de consumidores de alcohol. A pesar de que esta tipología no se sustenta en la observación clínica y es anárquica en su enfoque, ha sido muy útil en la práctica (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism). Es la siguiente:

1. El bebedor que busca "desinhibirse" para actuar con éxito (o creer que lo hace) en sus actividades sociales y laborales.
 2. El bebedor deprimido que intenta contrarrestar el dolor interno y los síntomas propios de la depresión (tristeza, culpabilidad, irritabilidad, insomnio, etc).
 3. El individuo que trata de evitar el estar consciente de sus propias motivaciones e impulsos. En cierto sentido, sus razones para alcoholizarse son opuestas a las del bebedor del primer grupo.
 4. El consumidor excesivo de bebidas alcohólicas que se "beneficia" conscientemente al reforzar los mecanismos de defensa de su ego. Durante la fase de ebriedad o de intoxicación, actúa sobrecompensadoramente ("formación reactiva").
 5. El alcohólico que toma para olvidar la realidad "insoportable".
-

6. El sujeto que se intoxica porque así es más tolerable para los demás. En estado de sobriedad es dominante y conflictivo.
 7. El intoxicado crónico que aparenta no estarlo y cuya conducta es totalmente distinta que cuando está sobrio.
 8. El bebedor social que vive solo, es muy comunicativo y que suele hablar de sus intimidades con personas con las que no se encuentra involucrado afectivamente. (Velasco, 1988).
-

CAPITULO II. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO.

II.1. Diagnóstico del alcoholismo.

Las dificultades para evaluar adecuadamente el alcoholismo son mayores que en el caso de otros trastornos de conducta. En primer lugar, porque la frontera entre el trastorno clínico y la normalidad no siempre es clara, excepto en fases ya muy avanzadas. En segundo lugar, porque la negación del trastorno (en forma de ocultación, mentiras y autoengaños) constituye un aspecto nuclear del mismo.

El diagnóstico del alcoholismo es relativamente sencillo para el terapeuta en las fases avanzadas del mismo. Sin embargo, no es fácil diagnosticar el alcoholismo cuando la persona afectada oculta los síntomas y acude a una consulta no especializada con personal sin formación específica en este ámbito.

Son muchas las personas afectadas por alcoholismo y por consumo excesivo de alcohol, pero muy pocas las que entran en contacto con un tratamiento específico por la dependencia de alcohol. (Echeburúa, 1994).

El consumo de alcohol cuenta con un amplio grado de aceptación cultural y legal en nuestro medio. Las connotaciones sociales son, por lo tanto, distintas de las del resto de las drogas. Los alcohólicos como grupo, tienden a parecerse más al conjunto de la población en sus características psicosociológicas que aquellas personas que dependen de otro tipo de sustancias psicoactivas.

La etiología del alcoholismo se relaciona, en líneas generales, con tres factores: las características farmacodinámicas del alcohol, el medio socioambiental (que representa las distintas influencias culturales y económicas que actúan sobre la persona) y los rasgos de personalidad y los procesos de aprendizaje a que se ve sometida una persona en el transcurso del desarrollo evolutivo.

Hay muchos estudios sobre la personalidad de los sujetos que tienen dependencia al alcohol o a las drogas. Estos trabajos se combinan a menudo con intentos de determinar retrospectivamente las circunstancias psicológicas y sociales que han influido en el sujeto desde edad temprana. Pero es difícil delimitar los trastornos de personalidad previos de las alteraciones emocionales que son consecuencia del consumo abusivo de alcohol o drogas. De hecho, los alcohólicos tienden a mostrar depresión y ansiedad, pero estos trastornos de conducta son, al menos en parte, consecuencia del consumo excesivo de alcohol.

En la actualidad resulta prematuro definir el perfil psicológico de las personas dependientes del alcohol. Ninguno de los estudios ha conducido, al margen de ciertas generalidades inespecíficas, a una identificación predictiva de los alcohólicos ni a recomendaciones específicas para el tratamiento.

Las teorías de aprendizaje ayudan a comprender el desarrollo de la dependencia al alcohol más que el estudio de los factores clásicos de la personalidad. En los seres humanos, el refuerzo por consumir una droga es tanto farmacológico (por ejemplo, los efectos eufóricos y desinhibidores) como social (buscar la relación y unión con otras personas). Factores tales como la reducción de la ansiedad o depresión, el aumento en el reconocimiento social, la aprobación por parte de los

compañeros, la puesta en práctica de mayores habilidades sociales o la evitación del síndrome de abstinencia pueden determinar, sin que se conozca el peso específico de cada uno de ellos, la adquisición y el mantenimiento de la sustancia adictiva. Asimismo, los estímulos neutros asociados con el alcohol, que pueden ser de amplio rango (por ejemplo, las fiestas, los lugares de consumo, los ratos de ocio, etc.), llegan a desencadenar el deseo o la conducta de consumir bebidas alcohólicas y explican en muchos casos la dependencia psicológica y los procesos de recaída ulteriores. (Echeburúa, 1994).

Ciertos hechos sociales promueven el aprendizaje de la ingesta de alcohol o del consumo de drogas. Las actitudes sobre la bebida y el consumo de alcohol de los padres se refleja en los hijos. Una conducta imitativa frente al alcohol y a las drogas también se desarrolla por influencia de los compañeros del sujeto, sobre todo por parte de aquellos que tienen una cierta capacidad de liderazgo (Seva y Vázquez, 1982). De hecho, la ingestión de alcohol o de drogas funciona en la adolescencia como un rito de iniciación en el mundo adulto. Obtener alivio ante un estímulo emocional desagradable mediante un procedimiento químico es una reacción que se aprende con facilidad, sobre todo cuando dicha conducta recibe la aprobación de la cultura o subcultura en la que el sujeto desea integrarse.

II.2. Técnicas de Evaluación del Alcoholismo.

Una de las técnicas utilizadas para evaluar el consumo de alcohol han sido las entrevistas estructuradas. El Perfil Global del Bebedor (Marlatt & Miller, 1984) es

una entrevista estructurada de unos 45 a 60 minutos que está diseñada para integrarla en un programa terapéutico conductual con alcohólicos, así como para evaluar y predecir el fenómeno de la recaída. Esta entrevista permite determinar con precisión las características demográficas del paciente, las conductas relacionadas con el consumo de alcohol (el inicio del problema, los factores desencadenantes de la bebida, las pautas de consumo, las bebidas preferidas, las expectativas ante el alcohol, los síntomas físicos, los problemas de conducta asociados a la bebida, los posibles períodos de bebida controlada, etc.) y, por último, las motivaciones para el tratamiento, así como las expectativas ante el resultado de la terapia. Si bien se carece aún de información suficiente sobre la validez de este instrumento, esta entrevista permite completar la evaluación conductual de los problemas de bebida.

La validación de los instrumentos de medida es fundamental en todo tipo de pruebas de evaluación, especialmente en el caso del alcoholismo, pues las pautas de bebida son muy variables de unos países a otros. Por ello, se excluyen de la relación de instrumentos comentados algunas pruebas muy citadas en la bibliografía anglosajona, como el Test de alcoholismo de Michigan (MAST) (Selzer, 1971) o la Escala de dependencia al alcohol (ADS) (Skinner & Horn, 1984), que aún contando con buenas propiedades psicométricas no han sido adaptadas ni puestas a prueba todavía en investigaciones clínicas españolas. Un instrumento de interés, con sólo 10 ítems, es el Test de identificación de trastornos relacionados con el uso de alcohol (AUDIT) (Babor, De la Fuente, Saunders y Grant, 1989), que ha sido elaborado por encargo de la Organización Mundial de la

Salud y que, sin ser un instrumento diagnóstico, tiene por objetivo ayudar a los médicos de la familia a identificar de forma temprana los problemas de uso y abuso de bebidas alcohólicas.

El desarrollo reciente de muchos cuestionarios de alcoholismo tiene por objetivo, por un lado, la detección precoz del consumo abusivo de alcohol (en estudios de selección dentro de una población general) y, por otro, el diagnóstico de confirmación de alcoholismo en un contexto clínico. Desde una perspectiva clínica, los cuestionarios deben ser sólo un componente de la evaluación global del alcoholismo.

En algunos casos de dependencia alcohólica crónica, puede ser de interés determinar la posible existencia de un deterioro cognitivo. La Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS) (Wechsler, 1955; adaptación española de TEA, 1970) permite establecer un índice de deterioro. En el WAIS ciertos rendimientos tienden a mantenerse invariables, mientras que otros se deterioran con el proceso involutivo o ante un proceso de demencia (concretamente, los relacionados con las pruebas que exigen rapidez de juicio y resolución de tareas nuevas). El cociente de deterioro se consideró originalmente como una medida del deterioro mental fisiológico (debido a la edad), pero el índice se mostró asimismo de utilidad para incluir además deterioros patológicos (atribuibles a problemas clínicos, como lesiones cerebrales, psicosis, alcoholismo, etc.).

Un protocolo global de evaluación del alcoholismo (Echeburúa, 1990), puede constar de las siguientes pruebas:

- a) El Test para el diagnóstico del alcoholismo (MALT) (adaptación de Rodríguez Martos, 1986).
- b) La Escala de asertividad de Rathus (Carroles y Bartolomé, 1986).
- c) El Inventario de depresión de Beck (BDI) (Conde y Franch, 1984).
- d) La Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión (HARS) (Conde y Franch, 1984).
- e) La Escala de ansiedad manifiesta de Taylor (TMAS) (Conde y Franch, 1984).
- f) La Escala de locus de control de Paulhus y Christie (Páez, 1986).
- g) La Escala de ajuste marital de Locke y Wallace (MAT) (Carrobles).

En los últimos años ha surgido, desde una perspectiva conductual, un gran interés por la predicción y el control de la recaída en los alcohólicos. Los episodios de recaída, independientemente del trastorno adictivo específico, aparecen frecuentemente asociados a tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social, junto con la carencia de unas estrategias de afrontamiento adecuadas. (Marlatt & Gordon, 1985; Echeburúa y Corral, 1986; Echeburúa, 1994).

Este interés por el control de la recaída ha llevado a un desarrollo de instrumentos de medida encaminados a la especificación de los factores predictivos de la misma.

El Inventario de situaciones precipitantes de recaída (Litman y cols., 1983) consta de 25 ítems en los que el paciente tiene que determinar el grado de peligrosidad de las situaciones propuestas según una escala de tipo Likert. Este inventario tiene por objetivo identificar las situaciones interpersonales y emocionales que el

sujeto percibe como alto riesgo. El contenido de los ítems se refiere a emociones negativas (ansiedad, depresión), a acontecimientos externos (por ejemplo, pasar delante de un bar), a situaciones de ansiedad social (por ejemplo, tener que encontrarse con personas desconocidas), y por último, a distorsiones cognitivas (por ejemplo, convencerse a sí mismo de que una única copa no le hará nada).

El Inventario de conductas de afrontamiento (Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg, 1983), que consta de 36 ítems, tiene por objetivo evaluar la frecuencia de conductas eficaces para evitar la recaída, así como la de estrategias de afrontamiento asociadas con el riesgo de recaída. Los sujetos tienen que señalar en una escala tipo Likert la frecuencia con la que han recurrido a cada una de ellas para detener los impulsos de recaída. En este inventario se han aislado cuatro factores: a) pensamientos positivos sobre las ventajas de la abstinencia; b) pensamientos sobre las consecuencias negativas de la bebida; c) estrategias de evitación o distracción y sustitución; y d) estrategias de búsqueda de apoyo social. El riesgo de recaída es mayor cuando se recurre a estrategias de evitación. (García González, 1991).

La presencia frecuente de la negación como estrategia de afrontamiento en el alcoholismo ha interferido en la validez de las entrevistas clínicas estructuradas y de los cuestionarios autoadministrados. Por ello, ha habido un interés continuo por encontrar los correlatos biológicos de la dependencia al alcohol. El consumo de alcohol excesivo se asocia con un aumento del ácido úrico, del volumen corpuscular medio, de las pruebas de función hepática, y con una disminución del número de eritrocitos y de los niveles de fósforo (Morey y Martin, 1991). Si bien la

búsqueda de un único marcador biológico para el alcoholismo no ha tenido éxito hasta el momento, los autoinformes de los sujetos se han intentado validar con los métodos de detección del nivel de alcohol en sangre y con la utilización de análisis periódicos de laboratorio del funcionamiento hepático y del volumen corpuscular medio. (Echeburúa, 1994).

Siempre que sea posible, una evaluación adecuada debe incluir la información recogida a partir de distintas modalidades (tanto cuestionarios como entrevistas) y de distintas fuentes (por ejemplo, paciente y cónyuge). Los indicadores clínicos y las medidas fisiológicas pueden contribuir, a su vez, a la detección precoz del alcoholismo y a la verificación de los autoinformes de los pacientes. No obstante, las secuelas biomédicas del alcoholismo no son sincrónicas con los efectos psicosociales. Mientras que éstos constituyen uno de los primeros signos de la dependencia al alcohol, aquellas sólo aparecen con la cronicidad (Morey & Martin, 1991).

A pesar de las limitaciones de las medidas subjetivas (expectativas del sujeto, olvidos, percepciones distorsionadas, etc.) como forma de evaluación y de la adopción de la negación como estrategia de afrontamiento por parte de los alcohólicos, los autoinformes de los pacientes presentan un grado de veracidad relativamente alto, sobre todo en preguntas del tipo verdadero/falso. Los autoinformes constituyen una fuente de información fidedigna siempre y cuando formen parte de un programa terapéutico (Sobell & Sobell, 1990).

Los efectos más espectaculares del alcohol son los que ocurren en el Sistema Nervioso Central. El alcohol tiene efectos específicos sobre áreas cerebrales y sistemas de neurotransmisión definidos.

La creencia popular de que el alcohol es un estimulante es completamente errónea. Al contrario, sus efectos son siempre depresores y acumulativos. Las actitudes deshinibidas que se observan con frecuencia en dosis moderadas se explican por los efectos en la corteza cerebral, que controla el razonamiento y el juicio.

En el sistema límbico provoca cambios emocionales, y en mayores concentraciones afecta al tálamo e hipotálamo al producir alteraciones sensoriales y autonómicas; el hipocampo se deprime y aparecen problemas de memoria y orientación espacial.

Finalmente, la toxicidad afecta al cerebelo y la formación reticular, estructuras que están relacionadas con la coordinación muscular, el estado de conciencia y funciones vitales como la respiración.

Algunas regiones del cerebro han sido involucradas en la dependencia de drogas como la cocaína y la morfina así como en las propiedades de recompensa y reforzamiento positivo de los psicotrópicos. Sin embargo, en el caso del alcohol, la localización de estas regiones resulta controvertida. Dados sus efectos conductuales y neuroquímicos, se ha sugerido la participación de las siguientes áreas: el sistema límbico, el sistema extrapiramidal, el haz cerebral medial anterior y el circuito mesocorticolímbico. Estas áreas se han asociado a la neurotransmisión dopaminérgica y peptidérgica.

El sistema límbico está compuesto por el hipocampo, la amígdala, el hipotálamo, el cíngulo y las áreas vecinas que se interconectan. Interviene en la expresión de emociones como el miedo, la furia, el placer, el dolor y la angustia. El consumo prolongado del alcohol puede generar una reacción tóxica en el cerebro y provocar lesiones que se pueden manifestar en enfermedades neurológicas (Brailowsky, 1998).

Los alcohólicos pueden presentar otros trastornos aparte de la enfermedad del alcoholismo como son: desórdenes de personalidad antisocial (psicopatía), esquizofrenia, desórdenes afectivos (depresión y cuadros bipolares) y trastornos por ansiedad.

CAPITULO III. DISTINTOS TRATAMIENTOS CONTRA EL ALCOHOLISMO.

III.1. Tratamientos contra el alcoholismo.

Varios tratamientos están disponibles en el campo del alcoholismo. Los tratamientos incluyen terapia individual, terapia de grupo, psicodrama, análisis transaccional, condicionamiento aversivo, grupos de abstinencia, medicamentos como tranquilizantes, antidepresivos, LSD y disulfiram. Desafortunadamente, pocos de esos tratamientos reportan objetivamente la efectividad de sus métodos en una evaluación controlada de tratamiento (Miller & Mastria, 1978).

Algunos expertos dicen que el alcoholismo es una función de variables socioculturales. Otros dicen que el alcoholismo es una enfermedad psicológica con deficiencias nutricionales y influencias hereditarias. Otros dicen que el alcoholismo es causado por defectos de la personalidad, como impulsos autodestructivos, necesidades orales de dependencia, o una extrema necesidad de poder y autonomía.

Las explicaciones varias del alcoholismo proponen un dilema: ¿qué tratamiento es el más efectivo? Este análisis asume que en nuestro conocimiento común ninguna teoría del alcoholismo es satisfactoria y que el abuso del alcohol está probablemente relacionado con numerosos factores sociológicos, psicológicos y fisiológicos. No podemos esperar todas las respuestas de por qué las personas se

vuelven alcohólicas, tenemos que establecer tratamientos efectivos. La prevención, por supuesto, depende en gran medida de dar información.

Los antecedentes y las causas tal vez sean psicológicas, fisiológicas o sociológicas. Como fue indicado antes, las categorías de los posibles antecedentes y consecuencias de beber en exceso son numerosas. Estas incluyen sucesos emocionales, sociales, cognitivos y psicológicos.

Estudios de la Universidad de Washington indican que situaciones específicas interpersonales regularmente preceden y precipitan episodios de borrachera en los alcohólicos. En general, las interacciones sociales tienden a ser más satisfactorias para los alcohólicos después de haber consumido alcohol. Existe alguna evidencia de que las situaciones interpersonales requieren asertividad (la habilidad para expresar eficazmente los sentimientos negativos o positivos). Esto es particularmente estresante para los alcohólicos. También los sentimientos de ansiedad y depresión, combinados con la incapacidad de expresar estos sentimientos. Muchos alcohólicos reportan que se precipitan a beber por tener una opinión negativa de sí mismos. También, por tener pensamientos de represalias o de querer tomar venganza, o por tener sentimientos de culpabilidad.

Basado en el análisis de los antecedentes y las consecuencias de tomar alcohol, la intervención podría referirse a algunas técnicas terapéuticas: entrenamiento de relajación, entrenamiento de afirmación, entrenamiento social, entrenamiento de control de sí mismo, entrenamiento de habilidades ocupacionales, entrenamiento de ser asertivo. Este último, consiste en enseñar a la persona a expresar correctamente sus sentimientos positivos y negativos. El entrenamiento social

consiste en enseñar a la persona cómo iniciar relaciones amistosas, cómo mantener una relación satisfactoria, cómo resolver desacuerdos maritales o cómo proveer más satisfacción a su relación marital. El entrenamiento de control de sí mismo se refiere a que la persona adquiera patrones de conducta que le ayuden a controlar y dirigir su propio espacio. La habilidad para dar una palmadita de lo hiciste bien a sí mismo es importante para mantener los nuevos patrones de conducta. También se analiza qué está pensando la persona (qué se está diciendo a sí misma). Por ejemplo, el terapeuta practica con la persona para que tenga pensamientos positivos acerca de sí mismo. A menudo, esta es una nueva experiencia para los bebedores. También aprenden a cuestionarse acerca de sus pensamientos ilógicos como “no le caigo bien a ella”, por lo tanto, yo debo de ser mala, conflictiva, no atractiva, aburrida, etc. El terapeuta tiene que enseñar y entrenar a la persona a desarrollar sus destrezas y habilidades: a realizar entrevistas para conseguir un trabajo, a relacionarse con los demás, a estructurar actividades en su tiempo libre. Esto debe ser enseñado de la misma manera que se hizo con el entrenamiento de asertividad.

Estas destrezas deben ser asesoradas a lo largo de un continuo para que puedan ser reconocidas por el individuo. Por ejemplo, si una persona emocionalmente inhibida puede responder más afectuosamente hacia alguien que ama, un pequeño suceso ha sido alcanzado. Asesorando a una persona por este camino, previene la huella de pesimismo y frustración que a menudo es inherente en el trabajo con los alcohólicos. Enfatizando y reconociendo los pequeños pasos que

va dando en su trabajo por obtener sobriedad, proporciona una actitud más positiva para el terapeuta y el paciente y una relación terapéutica más efectiva.

El asesoramiento de un terapeuta debe ser multifacético y debe incluir no sólo información acerca del beber, sino también datos acerca de cómo se relaciona con otros, así como su funcionamiento emotivo, cognitivo y su funcionamiento profesional. La primera entrevista con el paciente es importante para el futuro tono de las sesiones. Esta primera sesión debe enfocarse a identificar los problemas inmediatos del paciente, establecer rapport y dar una esperanza de dar un tratamiento positivo.

La mayor parte de los alcohólicos entran a un tratamiento terapéutico como resultado de algunas crisis de su vida. El terapeuta debe preguntar en la primera entrevista información específica acerca del paciente alcohólico, pero no debe ponerlo a la defensiva con confrontaciones innecesarias. Debe enfatizar aspectos positivos de su comportamiento (que llegó a la terapia, que tiene ganas de trabajar con sí mismo) y debe proporcionarle una esperanza para el futuro.

Las necesidades inmediatas del paciente pueden ser usadas terapéuticamente para motivarlo a él mismo. El terapeuta puede decir: "yo te ayudaré a encontrar empleo o a resolver tus problemas maritales si tú estás de acuerdo en hacer algunos cambios específicos en tu vida y en tu forma de beber".

"El perfil del bebedor" (Marlatt, 1985) es uno de los inventarios más extensos de alcohol y está basado en un análisis funcional de antecedentes y consecuencias de la conducta del bebedor. Incluye preguntas acerca del temprano desarrollo de los patrones del beber, los hábitos de beber, factores asociados con beber,

periodos de abstinencia, situaciones en que bebe, actitudes, razones para beber, efectos de beber, la motivación al cambio, y las esperanzas que tiene del tratamiento. También existen otros cuestionarios como el Inventario de la Asertividad. Mucha gente tiene dificultad en manejar situaciones interpersonales que requieren que se afirmen en algún camino o trayecto. Por ejemplo, pedir un favor, decirle a alguien un halago, expresar aprobación o desaprobación, hacer una petición, pedir una disculpa cuando se tuvo la culpa o se tuvo un defecto, que le hagan una crítica constructiva, iniciar una conversación con un extraño, admitir confusión ante un punto de una situación y pedir clarificación acerca de esta confusión, emplearse en un trabajo, discutir abiertamente con la persona que critica su comportamiento, decirle a alguien que siente que hizo algo injusto con él, aceptar una cita, etc.

El inventario de depresión (Beck) procura un excelente análisis de la depresión. Consiste en un número de ítems relacionados con dificultades para dormir, apatía e indiferencia, pensamientos suicidas, perspectivas para el futuro, tristeza, sentimientos como aburrimiento, culpabilidad, decepción de sí mismo y fracaso.

Los excesos del comportamiento se vuelven problemáticos porque son conductas usadas frecuentemente (llorar, por ejemplo), o son conductas generalizadas a otras situaciones (cuando una persona está enojada con otros porque no tiene trabajo), cuando son conductas intensas (gritar o ser siempre agresivo). La conducta excesiva más obvia de un bebedor es su uso del alcohol. Entonces, el terapeuta tiene que atender otros excesos de conducta asociados al uso del alcohol. El individuo que bebe mucho puede ser muy depresivo, pasivo,

dependiente de otros. El paciente alcohólico a menudo identifica más fácil sus carencias o déficits de conducta que sus excesos de conducta. El típico paciente alcohólico tiene un número de carencias las cuales son enmascaradas por el excesivo consumo de alcohol. A menos que estas carencias sean corregidas, no podrá reemplazarlas con otras conductas y actitudes; entonces es probable que vuelva a abusar del alcohol. Los activos de la conducta son los talentos y habilidades, las actitudes positivas para socializar con los demás, las experiencias pasadas y las realizaciones, el deseo de luchas futuras, y otros comportamientos positivos que el paciente posee. Los activos pueden ser no aparentes en una primera mirada, pero estos activos pueden ser realizados, aumentados y desarrollados, y deberán ser usados para el mejoramiento y progreso de las áreas deficientes o de las carencias, y también para eliminar los excesos de la conducta. Una lista de activos de la conducta para desarrollar un plan de tratamiento podría abarcar: relaciones interpersonales, motivaciones de vida, profesión, relaciones sexuales, y concepto de sí mismo. Según como progresa la terapia, la lista de activos a desarrollar se puede expandir. Cuando el paciente está activamente comprometido en desarrollar sus metas, el compromiso con sus talentos es más probable.

La meta terapéutica puede consistir en modificar la conducta y las actitudes. En este acercamiento, el paciente hace los cambios activamente guiado por el terapeuta. Sus expectativas y sus conceptos erróneos pueden ser cambiados.

Muchos pacientes entran en tratamiento con la expectativa de que el terapeuta decida por ellos cuándo, qué, cómo y donde deberían hacerse los cambios del

paciente. El terapeuta tiene que ayudar al paciente a que él participe activamente en sus cambios. El terapeuta no se los va a hacer porque el paciente es responsable de su conducta, de sus actitudes y de su decisión para poder hacer el cambio. O sea, parte del tratamiento es que el paciente acepte y asuma su gran responsabilidad en el cambio, en el tratamiento (Miller, Mastria, 1978).

III.2. Percepción, actitud y comportamiento en un individuo alcohólico.

El campo del estudio del alcohol ha cambiado radicalmente al paso de algunos años. Las viejas ideas y conjeturas largamente predicadas han sido reemplazadas por conceptos más consistentes con evidencia empírica. El análisis funcional es un modelo que básicamente es destinado a ser una herramienta clínica que usan los terapeutas para asegurar un análisis comprensivo del comportamiento individual del alcohólico. En la práctica, este modelo es más usado como una guía para ayudar al terapeuta a desarrollar estrategias de tratamiento que ahorre costos, esfuerzos y riesgos. Este modelo está compuesto por factores biológicos, psicológicos y sociales. Los factores biológicos abarcan dotación genética, estado de salud y limitaciones físicas. Los factores psicológicos abarcan estado de ánimo, historia de aprendizaje pasada, tendencias de reacción y respuesta, opiniones y creencias, estilo de procesar la información, percepción de sí mismo y necesidades futuras percibidas. Los factores sociales abarcan ambiente social, presencia de otros, disponibilidad de alcohol, expectativas hacia otros,

conocimiento de expectativas: comportamiento de la persona en contextos específicos y comportamiento de otros.

Lo importante son los hechos. Las consecuencias de los hechos o las consecuencias de las actitudes o comportamientos son multifacéticas. Las consecuencias de beber en exceso incluyen factores físicos, psicológicos (percepción de sí mismo, creencias), problemas legales, económicos, sociales y consecuencias interpersonales. Los factores cognitivos influyen en beber y forman parte estos factores del modelo. Por ejemplo, pueden aparecer discrepancias entre la manera en que son percibidos los hechos o los eventos por un individuo, y cómo son percibidos esos mismos hechos por otros. El individuo puede tener una percepción distorsionada sobre los hechos o eventos, por ejemplo, puede malinterpretar o distorsionar un comentario inocuo de su amigo como un insulto personal. Los seres humanos en general, hacemos inferencias acerca de los hechos o eventos: atribuimos motivos a otros, solicitamos aclaraciones o explicaciones de nuestras actitudes y estados de ánimo e inferimos las consecuencias de nuestros actos. Cuando estas inferencias son incorrectas, percibimos nuestras actitudes con distorsión. En esencia, distorsionar o hacer inferencias incorrectas afecta la identificación de los hechos, la identificación de opciones de respuesta, y la identificación de anticipar las consecuencias de los comportamientos o actitudes.

En los casos en que se identifique problemas cognitivos (de percepción) que estén relacionados con la forma de beber, la estrategia de tratamiento es una reestructuración cognitiva.

La creencia de que el alcoholismo representa un fenómeno unitario, ha sido reemplazada por la comprensión de que es un conjunto multidimensional complejo de comportamientos y actitudes.

Entre otros tratamientos, existe el entrenamiento de destrezas de varios tipos, incluido el interpersonal, solución de problemas, vocación, e información acerca del alcohol. Casi todo el entrenamiento de habilidades interpersonales está enfocado a la actitud de ser asertivo. Otro es el entrenamiento de solución de problemas que consiste en proporcionar orientación general acerca del problema, definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y constatación de resultados. En lo que se refiere destrezas vocacionales, el paciente tiene que asumir que tiene las habilidades necesarias para hacer un trabajo y tiene que desarrollar su capacidad de ser asertivo (D'Zurilla & Golfried, 1971).

Existe un estudio que forma parte de las mediciones epidemiológicas que desde hace dos décadas realizan el Instituto Mexicano de Psiquiatría y la Secretaría de Educación Pública. La finalidad de este estudio es conocer la magnitud del consumo de drogas, alcohol y tabaco, la evolución de los mismos y los problemas asociados al consumo. Estos estudios permiten evaluar de forma amplia y precisa la magnitud del consumo de sustancias en la comunidad estudiantil y a su vez, establecer cuáles son los subgrupos más afectados de la población, sus características y su dinámica familiar.

Como antecedentes principales, entre 1975 y 1978, las drogas que más consumían los estudiantes fueron la marihuana, los inhalables y las anfetaminas.

Sin embargo, a partir de 1978, los inhalables se convirtieron en la droga de mayor uso. Entre 1989 y 1993, se observó que el consumo de tabaco se incrementó sistemáticamente y el consumo del alcohol se incrementó considerablemente. El consumo de cocaína se ha incrementado, entre otras razones, porque su costo se ha abaratado pues que la rebajan con otras sustancias. Adicionalmente, en años recientes se ha reportado el uso de nuevas drogas (éxtasis o tachas, rohypnol, refractil), cuyas principales características son su costo relativamente barato y su alta disponibilidad en el ambiente del adolescente.

Las investigaciones de esta naturaleza no sólo han permitido tener un monitoreo constante de la evolución del fenómeno de las drogas en México, sino que han posibilitado evaluar y conocer el impacto que diversas variables sociales, familiares, interpersonales y del individuo tienen sobre este fenómeno, con el objetivo de alimentar de manera más específica los programas de prevención de la SEP, como el Programa de Educación Preventiva contra las Adicciones, cuyo objetivo principal es incorporar en la educación la estrategia de intervención preventiva integral, cuyos componentes permitan identificar los factores de riesgo por los docentes, los padres de familia y los alumnos para fortalecer en conjunto los elementos de protección.

De esta forma, en cuanto al consumo de drogas (que no sean alcohol ni tabaco), se ha encontrado que el percibir que las drogas son poco peligrosas o que no lo son, es un factor de riesgo que predice la experimentación y el uso continuo de sustancias psicoactivas. En tanto, la aceptación de los amigos hacia el consumo de drogas (tolerancia social), predice que un adolescente experimente y abuse de

ellas. Otro factor de riesgo importante es que el adolescente perciba como disponible o tenga fácil acceso a las drogas.

En el ámbito familiar, se ha encontrado como predictor importante el que los padres o los hermanos consuman drogas. Se ha encontrado que si la familia mantiene una comunicación adecuada con el adolescente, esto lo protege de iniciar el consumo de drogas.

En el ámbito interpersonal, los amigos juegan un papel importante. Los amigos que consumen drogas es el principal predictor de que un adolescente inicie, continúe e incluso abuse de las drogas. De hecho, en la adolescencia los amigos se convierten en la influencia más importante.

En el ámbito individual, se ha reportado que la depresión, la ideación suicida y el haber sido víctima de abuso sexual son predictores del uso y del abuso de sustancias. Los factores de riesgo asociados con el consumo de alcohol son muy similares a los de las drogas, de hecho, el modelo conceptual utilizado es muy similar. En el ámbito social, a mayor tolerancia ante el alcohol, mayor consumo y abuso de bebidas alcohólicas. Esta variable sumada a tener amigos que consumen alcohol, son los principales predictores del uso y del abuso del alcohol (Villatoro, Medina Mora, 1999).

CAPITULO IV. AA COMO UNA ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO.

IV.1. Qué es el alcoholismo.

En épocas pasadas era muy generalizado concebir a los alcohólicos como viciosos y carentes de voluntad. Actualmente, las concepciones y actitudes frente al alcoholismo varían mucho según la cultura, la profesión, la religión y la moral de las personas. De acuerdo con los diferentes sectores, se le caracteriza a veces como vicio y otras como enfermedad. Sin embargo, el concepto de que el alcoholismo es una enfermedad que requiere prevención y tratamiento cada vez está más extendido entre la sociedad.

El alcoholismo es un fenómeno muy complicado y difícil de comprender debido a las múltiples causas que lo originan. Los factores frecuentemente citados son los psicológicos, los biológicos y los socioculturales. Es indiscutible la importancia que tienen los factores psicológicos en la etiología del alcoholismo. Las características de personalidad juegan un papel muy importante. Se puede afirmar que los sujetos neuróticos, inmaduros y con carencias afectivas en su infancia son candidatos para convertirse en alcohólicos. Sin embargo, aunque todos los alcohólicos son neuróticos, no todos los neuróticos se vuelven alcohólicos.

El hecho de tomar alcohol o de tomarlo con cierta frecuencia, no hace a un sujeto alcohólico. Ni tampoco tomar alcohol con frecuencia o en cantidades que exceden de lo común. Lo que hace a un sujeto alcohólico es la incapacidad de controlar

cuántas copas se toma una vez que ingirió la primer copa y la transformación de la personalidad que sufre con el hecho de ingerir alcohol.

En los grupos de Alcohólicos Anónimos existe un cuestionario de gran valor porque ha sido un instrumento aplicado con resultados positivos a miles de alcohólicos que han detectado tener el problema y ahora están en recuperación dentro de un grupo. Lo importante es que este cuestionario sea contestado con absoluta sinceridad. Se le obsequia a las personas que asisten a un grupo de Alcohólicos Anónimos por primera vez y que creen tener problemas con su forma de beber. El cuestionario se llama ¿Es Alcohólicos Anónimos para Usted?

- 1) ¿Ha tratado alguna vez de dejar de beber por una semana o más sin haber logrado cumplir el plazo?
 - 2) ¿Le molestan los consejos de otras personas que han tratado de convencerle que deje de beber?
 - 3) ¿Ha tratado alguna vez de controlarse cambiando de una clase de bebida a otra?
 - 4) ¿Ha bebido alguna vez por la mañana durante el último año?
 - 5) ¿Envidia a las personas que pueden beber sin que esto les ocasione dificultades?
 - 6) ¿Ha empeorado progresivamente su problema con la bebida durante el último año?
 - 7) ¿Ha ocasionado su forma de beber problemas en su hogar?
 - 8) En reuniones sociales donde la bebida es controlada ¿trata usted de conseguir tragos extra?
-

- 9) A pesar de ser evidente que no puede controlarse ¿ha continuado usted afirmando que puede dejar de beber “por sí solo” cuando quiera hacerlo?
- 10) ¿Ha faltado a su trabajo durante el último año a causa de la bebida?
- 11) ¿Ha tenido alguna vez “lagunas mentales” a causa de la bebida?
- 12) ¿Ha pensado alguna vez que podría tener más éxito en la vida si no bebiera?

El alcoholismo es una enfermedad psicosomática (física y mental), que se caracteriza por una compulsión orgánica hacia las bebidas alcohólicas acompañada de una obsesión mental por las mismas, con la agravante principal de que el alcohólico no puede controlar el número de copas que piensa beber, y termina siempre en una borrachera, cuando no era ese su propósito.

En el desarrollo de la enfermedad alcohólica se dan dos factores básicos:

- a) La susceptibilidad orgánica hacia la bebida. El organismo del alcohólico viene preparado para tolerar el alcohol y habituarse a él. Sus células funcionales desarrollan una necesidad física, de tal manera que el alcohólico, periódicamente, va a sentir la necesidad de ingerir licor porque el cuerpo se lo pide, al igual que cuando tiene hambre o sed, tal es el origen de la compulsión.
- b) La susceptibilidad emocional. Si un individuo nace con la predisposición al alcoholismo, solamente le falta tener problemas emocionales para tocar el punto de arranque de la más triste de las enfermedades: el alcoholismo. El alcohólico no resiste el dolor moral, vive la ansiedad, la cual no puede controlar en una forma lógica y consciente; esta forma crece hasta convertirse en angustia. Así, descontrolado emocionalmente, el individuo bebe la primera copa, y se inicia una carrera que dura un promedio de 25 años. En las mujeres
-

las barras se presentan más rápidamente y la ruina se produce con mayor celeridad que en los hombres.

Estos dos factores se dan en todo alcohólico al comienzo de su carrera, y en el transcurso de la enfermedad se desarrolla el tercer factor que es la autodestrucción moral, o sea, la quiebra de los valores adquiridos (Jellinek, 1960).

A continuación se presentan las diferentes fases de la enfermedad del alcoholismo contenidas en la Tabla de la Alcoholomanía escrita por el Dr. Jellinek. Esta se encuentra en todos los grupos de A.A. No necesariamente ocurren en este orden, ni aparecen siempre todas estas, pero representan los pasos que puede recorrer un alcohólico desde la iniciación de su alcoholismo, su trayectoria con el alcohol y su encuentro con la muerte.

A) FASE PREALCOHOLICA

1. Consumo ocasional de alivio (a tensiones emocionales). Cuando un individuo inicia su carrera de bebedor no sabe ni él mismo que será un alcohólico. Bebe una cantidad regular de alcohol y se va a su hogar a descansar sin causar molestias. Es un camino cómodo descubierto por él para vivir feliz. Sin embargo, al aumentar las tensiones emocionales de la vida normal, el bebedor ingiere cada día mayor cantidad de alcohol y siente el mismo efecto que tiempo atrás le proporcionaban una o dos copitas (aumento de la tolerancia al alcohol).
-

B) FASE PRODROMICA

1. Palimpsestos Alcohólicos. Después de una borrachera no puede recordar lo que sucedió durante la misma (aparecen las primeras lagunas mentales).
 2. Consumo subrepticio. Trata de ocultar ante las demás personas que bebe más de lo normal, pero ante el irresistible deseo de beber, tiene que hacerlo a escondidas cuando va a alguna fiesta, reunión social, etc.
 3. Preocupación por el alcohol (de la existencia de dotaciones de consumo). Piensa que, probablemente, en la fiesta de esta noche no haya suficiente licor y se previene tomando unas copas antes.
 4. El consumo ávido de las primeras copas. La sed por el alcohol va en aumento y se le hace imperativo tomar de un solo trago la primera copa servida. Después, se mantiene con el deseo de beber más.
 5. Sensación de culpabilidad por su comportamiento de bebedor. Se comienza a dar cuenta vagamente de que bebe más de lo normal y que sus valores morales van disminuyendo. Empieza a sentirse culpable, con molestia interna. Todos estos estados los ahoga con alcohol.
 6. Evita referencias al alcohol (a su propia manera de beber). No le agrada que le llamen alcohólico, borracho, etc., porque lo toma como insulto.
 7. Aumenta la frecuencia de palimpsestos alcohólicos. Se advierte un aumento de la frecuencia de las lagunas mentales. La manera de beber es fuerte, pero todavía no es alarmante. Disimula bien su afición a la bebida y la encubre hasta donde es posible.
-

C) FASE CRITICA

8. Iniciación de la pérdida de control (cuando al beber la primera copa se despierta la compulsión). Se da cuenta con tristeza de que la fuerza de voluntad es insuficiente para dominar al alcohol y le entra la duda de si en verdad el alcohol lo domina a él o se debió solamente a un descuido. Aquí empieza una serie interminable de pruebas que terminan siempre en una total embriaguez.
 9. Racionaliza su manera de beber. Racionalizar significa convertir los pretextos en razones, y todo bebedor trata de encontrar razones que justifiquen cada una de sus recaídas en el alcohol.
 10. Neutraliza las presiones sociales. Su conducta es objeto de recriminaciones en el hogar, con los amigos, y con los jefes.
 11. Actitud grandiosa y fanfarrona. Ilusión de grandeza, actitudes fanfarronas respecto a sus posibilidades sociales y económicas así como a su capacidad profesional.
 12. Conducta marcadamente agresiva. Actitudes agresivas hacia sus familiares y amigos. Esta conducta puede ser de desprecio, que es una forma velada de agresión, o de franco ataque, según sea el temperamento del alcohólico.
 13. Remordimiento persistente. El alcohólico se da cuenta de que su conducta ha cambiado, que ya ha hecho mucho daño con su forma de beber, y observa como su potencial energético, físico y mental va en bancarrota.
-

-
14. Periodos de abstinencia total. Desea demostrar que tiene fuerza de voluntad y deja de beber durante cortos y largos periodos, pero tarde o temprano vuelve a caer en manos de su amo: el alcohol. En el remoto caso de que lograra conservar su abstinencia, su vida emocional se convertirá en un infierno, debido a que las tensiones no tienen ningún escape.
 15. Modifica sus hábitos de beber. Se da cuenta de que es imposible prescindir del alcohol y empieza formarse la idea de que su fracaso en la bebida se debe a que no ha usado los licores adecuados, y comienza a experimentar cambiando de clases y combinaciones de bebidas alcohólicas.
 16. Abandono de amistades. Sus amigos comienzan a evitarlo porque en las reuniones sociales comete actos inmorales o porque, cuando anda de parranda, pone en peligro la seguridad de ellos o la suya por sus actos agresivos o irresponsables.
 17. Pérdida de empleos. Debido a su forma de beber, empieza a tener problemas en su trabajo, llega tarde o no llega, o no cumple con las labores que se le encomiendan y es amenazado con el despido o es obligado a presentar renuncias por irresponsabilidad.
 18. Subordinación completa al alcohol. El enfermo ya no concibe la vida sin alcohol. Se establece una completa dependencia psicosomática.
 19. Apatía hacia otros intereses externos. Pierde interés por lo que antes le causaba distracción. Renuncia a las actividades culturales, literarias o científicas a las que pertenece para dedicarse al consumo del alcohol.
-

20. Nueva interpretación de relaciones interpersonales. Sus relaciones personales se van deteriorando poco a poco y empieza a discriminar a las personas que no beben. En su afán inconsciente de aislarse, se siente criticado y amonestado aunque no sea así, hasta tornarse un individuo hosco y huraño en sus relaciones sociales y laborales. Es el inicio de lo que más tarde será un total divorcio con la sociedad.
 21. Marcada conmiseración de sí mismo. Esto le sucede al enfermo por todas las frustraciones y hostilidades que padece. Llega a tal extremo su autolástima que se considera el más desgraciado de los seres humanos.
 22. Proyectos o realización de fugas geográficas. Se siente acosado por su círculo social y proyecta una fuga geográfica pensando que con cambiar de lugar de residencia va a dejar de beber.
 23. Cambio en las costumbres familiares. La familia del alcohólico, que antes de que él fuera un problema, llevaba una vida social activa, se retrae de las actividades sociales debido al bochorno y la vergüenza que siente de tener un familiar así.
 24. Resentimientos irracionales. Los estados de autocompasión avanzan hasta convertirse en resentimientos. Resentir, como su etimología lo indica, es volver a sentir las injurias recibidas, y, en general, desencadena una infección espiritual donde los microbios son las emociones reprimidas contra el propio yo, o conciencia individual. El yo se encuentra indefenso y puede llegar a destruirse totalmente, exhibiendo un deterioro moral que irá en aumento cada vez más.
-

25. Protección de su abastecimiento. Su constante preocupación por no encontrarse sin su dosis necesaria de alcohol lo hace esconder provisiones en los lugares más insospechados, para que en el momento en que lo apremie la compulsión por beber no sufra las consecuencias de la resaca.
26. Descuido de la nutrición. Por sus continuas bebetorias, olvida sus tiempos reglamentarios de alimentación o establece un desorden en los mismos. Esta falta de alimentación le produce trastornos.
27. Primera hospitalización. Debido al consumo constante de alcohol el enfermo puede llegar a requerir una hospitalización.
28. Disminución del impulso sexual. Uno de los primeros síntomas de debilidad orgánica es la disminución del impulso sexual, lo cual se da en una forma completa en el 50 por ciento de los casos.
29. Celos de los alcohólicos. La impotencia sexual a veces predisponen al enfermo a creer que su compañera le es infiel ocasionándole celos, la mayoría de las veces infundados, los cuales con el tiempo, pueden ocasionar tragedias pasionales. Los celos se apoderan de su mente como idea obsesiva.
30. Beber en ayunas todos los días. El terrible estado de ansiedad, el malestar físico, los calambres y la inseguridad psíquica hacen imposible que el alcohólico empiece el día sin el auxilio de la primera copa al levantarse.
-

D) FASE CRONICA

31. Periodos de embriaguez prolongada. A pesar del esfuerzo que el enfermo hace por no caer en una borrachera tras otra, lo hace, prolongando así sus estados de embriaguez.
 32. Marcado deterioro moral. Estas experiencias derrumban su moral de tal forma que lo único que le interesa es embriagarse, vivir de la fantasía y olvidar el presente. Ya no desea reincorporarse a la vida social porque todo lo ha perdido. El odio, la envidia, la ira y el resentimiento entebrecen su espíritu y lo hacen hundirse más en su flaqueza moral.
 33. Disminución de las capacidades mentales. El excesivo uso de alcohol durante largos años produce estados constantes de intoxicación en el cerebro. Esto causa la muerte de millones de neuronas que no se vuelven a reproducir. Así es como el cerebro se va deteriorando. Su capacidad de concentración, atención, memoria, juicio y raciocinio disminuyen y se va apoderando del enfermo una constante fatiga mental, son pocos los chispazos de lucidez que tiene, casi siempre bajo el estímulo del mismo alcohol.
 34. Psicosis alcohólicas. Prácticamente es un divorcio completo con la realidad. El pensamiento y la acción pierden su hilo normal y se desarrollan hacia algún cuadro clínico establecido de acuerdo con el tipo de psicosis.
 35. Bebe con personas de inferior nivel social. Busca la compañía de personas que han caído totalmente en el fango moral y material. Esta subface puede complicar su alcoholismo adquiriendo hábitos peores que el alcohol.
-

36. Consumo de productos industriales. Bebe sustancias que no son hechas especialmente para beber, como el alcohol etílico. Estas sustancias tienen un grado de toxicidad mortal.
 37. Disminución de la tolerancia al alcohol. El organismo se va minando y ahora el enfermo se embriaga llegando a la impotencia física y mental con una cantidad mínima de alcohol.
 38. Temores indefinibles. Su vida psíquica está totalmente enferma y destruida. Aparecen miedos indefinidos por motivos irreales casi siempre alucinatorios.
 39. Temblores persistentes. En su camino hacia la muerte, el sistema nervioso del alcohólico depende del veneno que bebe, así que lo pide a gritos cuando le falta por miedo a los temblores persistentes.
 40. Inhibición psicomotora. El funcionamiento del sistema nervioso va decayendo cada vez más, ya sea por causas emocionales o físicas. Su voluntad no es obedecida por los nervios y mucho menos por los músculos, que se encuentran embotados.
 41. El beber adquiere un carácter obsesivo. El alcohol se ha apoderado de la mente del enfermo y su ingestión tiene que ser constante.
 42. Vagas aspiraciones religiosas.
 43. Todo el sistema de racionalizaciones fracasa. Sus razonamientos o pretextos son objeto de pruebas tan duras ante la realidad que el mismo enfermo comprende su triste estado.
 44. Hospitalización definitiva. Si tiene la fortuna de ser aceptado en un hospital ahí pasará sus últimos días.
-

45. Pérdida de la vida. Muerte por accidente, por los peligros a que se expone, o su inclusión en un hospital para enfermedades mentales o cárcel por un delito cometido bajo los efectos del alcohol.

IV.2. Qué es Alcohólicos Anónimos (historia).

Los fundadores de Alcohólicos Anónimos fueron dos hombres, Bill W. y el Dr. Bob S., cuyo encuentro en Akron, Ohio en 1935, dio origen al primer grupo de AA.

Desde un principio, ambos reconocieron que para mantener su propia sobriedad tenían que trabajar con otros alcohólicos.

En 1938 existían ya aproximadamente 60 alcohólicos recuperados en Akron y en Nueva York. Pronto surgieron más grupos. Gradualmente, los grupos de Nueva York y Akron se fueron multiplicando. Se expandieron desde Nueva York hacia Filadelfia y Washington.

En 1940 AA llegó a Canadá. En 1944 llegó a Australia. En 1946 se inició un grupo en Irlanda. En 1947 surgió en Inglaterra. En México se fundó el primer grupo en 1946. Después, AA se expandió a casi todo el mundo.

Las principales herencias de los veinte primeros años de AA son los Legados de Recuperación, de Unidad y de Servicio. Contienen el conocimiento acerca de la recuperación de la enfermedad, la forma de hacer la unidad y la manera de servir en la transmisión del mensaje de AA a los que todavía sufren esta enfermedad extraña y fatal llamada alcoholismo.

Para describir mejor qué es AA veamos un enunciado impreso en su literatura: "Alcohólicos Anónimos es una agrupación de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de AA es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de AA no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. AA no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad."

IV.3. Qué es el Programa de 12 Pasos y 12 Tradiciones.

Alcohólicos Anónimos fue fundado en 1935. Cuando la comunidad era aún incipiente, integrada por un centenar de miembros, decidió poner por escrito sus experiencias en un libro que se publicó en 1939, que se denominó "Alcohólicos Anónimos" y que dio origen al nombre de la fraternidad.

En este libro fue descrito el alcoholismo tal como lo ven los alcohólicos y se expusieron los principios y valores estructurados en forma de un programa de recuperación en 12 pasos. Según los describe la literatura "los Doce Pasos de AA son un conjunto de principios de naturaleza espiritual que si se practican como una forma de vida, pueden liberar al enfermo de la obsesión de beber y enseñarlo a vivir siendo útil y feliz".

Los 12 Pasos de AA son los siguientes:

1. Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol, que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
 2. Llegamos al convencimiento de que un poder superior podría devolvernos el sano juicio.
 3. Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
 4. Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
 5. Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos, y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
 6. Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
 7. Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
 8. Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
 9. Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba 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
-

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.

Las tradiciones de AA fueron creadas para garantizar la supervivencia de los grupos. Según la literatura, las 12 tradiciones de AA se describen como sigue:

1. Nuestro bienestar común debe tener la preferencia; la recuperación personal depende de la unidad del grupo.
 2. Para el propósito de nuestro grupo sólo existe una autoridad fundamental: un Dios amoroso que puede manifestarse en la conciencia de nuestro grupo. Nuestros líderes no son más que servidores de confianza. No gobiernan.
 3. El único requisito para ser miembro de AA es querer dejar de beber.
 4. Cada grupo debe ser autónomo, excepto en asuntos que afecten a otros grupos o a AA, considerado como un todo.
 5. Cada grupo tiene un solo objetivo primordial: llevar el mensaje al alcohólico que aún está sufriendo.
 6. Un grupo de AA nunca debe respaldar, financiar o prestar el nombre de AA a ninguna entidad allegada o empresa ajena, para evitar que los problemas de dinero, propiedad y prestigio nos desvíen de nuestro objetivo primordial.
 7. Todo grupo de AA debe mantenerse completamente a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de afuera.
 8. AA nunca tendrá carácter profesional, pero nuestros centros de servicio pueden emplear trabajadores especiales.
-

9. AA como tal nunca debe ser organizada; pero podemos crear juntas o comités de servicio 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; necesitamos mantener siempre nuestro anonimato personal ante la prensa, la radio y el cine.
12. El anonimato es la base espiritual de todas nuestras Tradiciones, recordándonos siempre anteponer los principios a las personalidades.

IV.4. Cómo funcionan los grupos de AA.

Los locales pueden tener muchas diferencias entre sí y generalmente dependen del estrato económico al que pertenecen la mayor parte de los que en ellos se reúnen. Los locales generalmente son buscados en lugares donde se facilite la asistencia, sitios transitados y fáciles de localizar. Muchos de los grupos más antiguos encontraron su ubicación en edificios de oficinas. Otros grupos de fundación más reciente se ubicaron en locales anexos a iglesias.

En el interior de los lugares, las paredes contienen fotografías y grabados de los fundadores de AA Bill W. y el Dr. Bob S., así como cuadros con "los Doce Pasos y las Doce Tradiciones de AA", "Poco a poco se va lejos", "Solo por hoy", etc. El mobiliario consiste en un número de asientos dispuestos en forma de auditorio,

una mesa y silla que funciona como presidium y un sillón para el orador en turno. También existe una mesa con cafetera y tazas, una vitrina para la literatura de AA y un pizarrón para escribir noticias importantes para el grupo. Algunos grupos agregan teléfono y refrigerador para refrescos.

Los comités de servicio llamados mesas de servidores, son elegidos por mayoría de votos para un periodo de seis meses. Las mesas de servidores están integradas por un secretario, un tesorero, un representante ante los servicios generales, un encargado de la literatura y un encargado de la cafetería.

El secretario es responsable de coordinar a los integrantes de la mesa para que ejerzan bien sus funciones y supervisa las relaciones del grupo con el exterior. El tesorero se encarga de todo lo relativo a las finanzas. El representante ante los servicios generales tiene a su cargo las relaciones del grupo con el resto de AA como un todo. El responsable de la literatura provee al grupo de la literatura oficial de AA. El cafetero se responsabiliza de comprar café, té y azúcar. En México, la mayoría de los grupos funcionan diariamente, algunos de ellos con dos o tres horarios distintos.

Algunos alcohólicos se presentan a los grupos por iniciativa propia y sin ningún acompañamiento. Pero la mayoría de los alcohólicos llega a AA como resultado de un proceso que es parte del servicio de AA, denominado "pasar el mensaje". Esto consiste en que uno o varios alcohólicos de determinado grupo han sido conectados por los familiares o amigos íntimos de un enfermo alcohólico que se encuentra en crisis. Los AA se ponen de acuerdo con los familiares del enfermo para visitarlo, y durante la entrevista, los AA narran al enfermo sus experiencias de

sufrimiento durante su actividad alcohólica así como la vida útil, feliz y constructiva que actualmente están llevando. Acto seguido invitan al recién llegado a su grupo, para que tenga oportunidad de observar por sí mismo, que sí se puede dejar de beber. El que preside la reunión de ese día le expresa que el objetivo principal de AA es transmitir el mensaje a los que aún están sufriendo. Varios de los presentes piden la palabra para dirigirse a quien ha llegado por información y son anotados con el propósito de concederles su turno en el transcurso de la junta. Sin embargo, el que preside la junta, va seleccionando a los oradores según las semejanzas que aprecie con el recién llegado. Si es un joven, selecciona a jóvenes. Si es un profesionista, selecciona a los de mayor escolaridad. Posteriormente, incitan al recién llegado a que narre sus borracheras y su historia vivida con el alcohol, lo invitan a no tomarse la primera copa por esas 24 horas y a seguir un programa de recuperación de 12 pasos, contenidos en la literatura de AA.

En 1946 se fundó el primer grupo en el país. En 1957 ya existían en México tres grupos de AA registrados en la Oficina Central de Nueva York. En 1968 la oficina intergrupala de la Ciudad de México obtuvo de la AA World Services, Inc. permisos para imprimir, por primera vez, literatura oficial de AA en México. En 1969 ya había 200 grupos en la República Mexicana. A partir de la estructuración de la oficina de Servicios Generales en el país, el número de grupos creció aceleradamente: en 1974 existían 928 grupos. En 1990, según información de la oficina de Servicios Generales en México, existían ya 13 mil grupos en todo el país. Por su desarrollo y crecimiento, AA en México tiene el segundo lugar de importancia en el mundo.

En México, AA es, hasta la fecha, el tratamiento con mayor número de alcohólicos recuperados, así como el lugar con el mayor número de alcohólicos atendidos.

Dentro de los recursos de tratamiento para el alcoholismo, Alcohólicos Anónimos mantiene un lugar destacado en más de 100 países.

CAPITULO V. POR QUÉ EL MODELO DE ALCOHOLICOS ANONIMOS SÍ FUNCIONA.

V.I. Convertirse en alcohólico, un mundo aparte.

Debido a que el alcoholismo es una enfermedad física, mental y espiritual que su adicción genera compulsión y obsesión, y que no funciona la fuerza de voluntad para controlar el número de tragos, el ingreso a un grupo de AA, la asistencia diaria a las juntas y el trabajo en el programa de 12 pasos ha significado para miles de alcohólicos el poder dejar de beber y tener una vida útil y feliz.

En el proceso de convertirse en alcohólicos, los individuos –sin importar cuales hayan sido sus características biológicas o de personalidad antes de comenzar a beber- sufren cambios en su forma de percibir la realidad: alteraciones en sus actitudes y valores, en su percepción de ellos mismos y de los demás y en sus actitudes hacia la vida. Progresivamente, el alcohólico llega a vivir en un mundo aparte. (Maxwell, 1987)

El universo de AA posee algunas características centrales que sólo pueden entenderse o apreciarse satisfactoriamente en la medida en que se comprenda el mundo interior de un alcohólico. Esta última comprensión es necesaria para apreciar los modos particulares de AA para afrontar la versión de la realidad propia de un alcohólico (y las maneras especiales de AA de facilitar una modificación correctiva de esa visión distorsionada de la realidad).

Antes de considerar los enfoques y la dinámica de AA, es lógico y de hecho indispensable dar una revisión al proceso de convertirse en alcohólicos. No hace falta perder tiempo revisando la investigación etiológica actual y elaborando teorías. Para comprender las experiencias de las personas alcohólicas es más provechoso adquirir una perspectiva amplia de desarrollo. Esta requiere de reconocer que toda motivación y conducta de una persona, en un momento determinado del proceso de volverse alcohólica es el producto y función de un campo de fuerzas muy complejo y extenso -factores dinámicos- que pueden clasificarse como fisiológicos, psicológicos, culturales, interpersonales, etc.

No solo cambia siempre el campo de una persona, sino que, en el caso de futuros alcohólicos, el hecho mismo de beber empieza a modificar este campo. Al paso del tiempo se observa un cambio cada vez más acentuado en el significado y uso del alcohol, a medida que los efectos físicos, de conducta y sociales del incremento en la bebida, retroalimentan el organismo, la mente y las emociones del bebedor. (Maxwell, 1987)

Tarde o temprano, los alcohólicos en potencia le dan a la bebida un significado: usan el alcohol para sentirse mejor, para combatir la angustia, disminuir la ansiedad, aligerar la existencia, alterar su estado de conciencia, para sentirse y poder actuar más como la persona que el bebedor quisiera ser. Se forma un lazo especial y muy fuerte con el alcohol. Una asociación o relación positiva, mental y emocional. Como más de un alcohólico lo ha expresado: "me enamoré de ella". En la medida en que esto ocurra, en el cuadro entrará un importante factor nuevo que llegará a operar en el campo de motivación de esa persona. La satisfacción de

beber más alcohol refuerza el significado y el atractivo del acto. Esto se repite una y otra vez, y en la repetición del proceso, crece en fuerza e importancia la relación con el alcohol hasta convertirse en una fuerza central en la vida del bebedor. Ya sea rápidamente o poco a poco, en el sentir y pensar del futuro alcohólico se desarrolla una relación especial, personal, poderosa y constante con la bebida, relación que, con el tiempo, se vuelve compulsiva. El no apreciar por completo la calidad de la fuerza e insistencia de esta relación adquirida es quizá la falla principal de numerosos profesionales deseosos de entender el alcoholismo. (Maxwell, 1987)

La consecuencia más grave de beber en exceso durante años es la aparición de la incapacidad de dejar de hacerlo según la intención –pensar en sólo tomar unas copas y acabar ebrio. Al principio, esta clase nueva de pérdida de control puede ocurrir tan solo una o dos veces en diez ocasiones en que se bebió, y es probable que se inventen excusas: algo que se comió esa noche, el exceso de trabajo durante el día, el disgusto que se tuvo ese día con el jefe o el cónyuge, etc. Pero cuando se repite con más frecuencia, y en ocasiones en que se tenía la intención de limitarse, este acontecimiento se vuelve alarmante. Peor aún, esta clase de conducta no responde a las expectativas mismas del bebedor. Es inaceptable y vergonzosa. ¿Podría ser que ya no pudiéramos contar con el amigo confiable, el alcohol? Uno de los puntos importantes de beber en todos esos años fue su utilidad para mejorar la autoestima y la actitud hacia la vida. De ahí que si deja de cumplir su función la perspectiva sea espantosa. ¿Cómo se hace frente a tan grave suceso? En general, con la sencilla suposición de que no es verdad.

Esa falta de control es un hecho demasiado aterrador como para aceptarlo, de modo que los alcohólicos tratan de negarlo mediante una táctica de dos filos: haciendo denodados esfuerzos para controlarse cuando beben y probar que pueden, y razonando y proyectándose; encontrando otras explicaciones, llegando incluso a culpar a otros. En realidad, su lucha por controlar la bebida no funciona.

Cada vez se distorsionan más sus percepciones de la realidad, de sí mismos, de otras personas y de la vida. Llegan a sentirse más y más separados de los demás y cada vez más alejados de la vida. Es una caída viciosa en espiral, ya que entre más aislados se sienten, mayor se hace su tendencia a usar el alcohol para volver a establecer, aunque sea en forma momentánea, contacto con la gente y la vida; o, a veces, para adormecer el dolor cada vez más intolerable de existir (Maxwell, 1987).

¿Pero cuales son los cambios ideacionales, sentimentales y perceptuales que ocurren? Semejante visión interna puede también volvernós más conscientes de la naturaleza y de la amplia gama de cambios personales que, lógicamente, incluye la recuperación.

Para manejar el número casi infinito de variables involucradas en el proceso de convertirse en alcohólico, nos centraremos en los cambios de actitud y conducta, respecto a cuatro áreas clave: el acto mismo de beber, uno mismo, otras personas, y la perspectiva personal de la vida.

V.2. Su lucha por controlar la bebida no funciona.

Después de que la forma de beber de una persona empieza a salirse de control definitivamente y la persona se intoxica cuando no lo desea, el dejar de beber es inconcebible, de modo que el único compromiso tolerable que se hace el alcohólico es beber con control. El afán de controlarse se convierte en una lucha cada vez más agotadora: fuerza de voluntad careada contra una compulsión que va en aumento. Se contemplan toda clase de estrategias "lógicas" para limitar la bebida, como cambiar los momentos en que se bebe, o los lugares, o los tipos de licor.

En general, el objetivo principal es sacudirse a los demás: probarles a ellos y a uno mismo que, en realidad, no hay pérdida de control o demostrar que el bebedor posee fuerza de voluntad y que puede enfrentar el problema sin la ayuda de nadie. La pérdida de control es racionalizada por el alcohólico. Suma un razonamiento a otro hasta contar con una "estructura de excusas" que con frecuencia crece hasta un punto de negación increíble. La fuerza obsesiva que adquiere su relación con el alcohol la subraya la tremenda lucha para lograr controlar una situación que, cada vez más, se sale de control. Reconocer en esta relación tan intensa con el alcohol el cambio clave para convertirse en alcohólico, no disminuye la seriedad de los cambios en la autopercepción del alcohólico, los cambios en su relación con otras personas y los cambios de actitud hacia la vida en general. Estos cambios de autoimagen o autopercepción no se presentan sin relacionarse con cambios de igual magnitud en las percepciones de los demás. Tampoco estos grandes

cambios en la autopercepción y en la relación con los demás ocurren sin cambios importantes en la actitud general que se tiene hacia la vida (Maxwell, 1987).

Las funciones defensivas de racionalización y proyección hacen que la conducta del alcohólico sea más aceptable para el mismo. Pero el precio de esos mecanismos es una distorsión importante de la percepción que tiene de la realidad. Lo mismo puede decirse de la represión. Estas defensas son medios con los que la persona intenta manejar la angustia, la culpa y el remordimiento. Las lagunas mentales que la mayoría de los alcohólicos experimentan con creciente frecuencia, también distorsionan su percepción de la realidad.

Los cambios ocurridos en el desarrollo de una relación especial, y con el tiempo, compulsiva con el alcohol generan en el alcohólico una gran disminución de la autoestima y un alejamiento creciente de otras personas y de la vida.

“Poco a poco la bebida me alejó de mí mismo, de las demás personas y de la vida. Esto me hizo depender más y más del alcohol para devolverme a mí mismo, a los demás y a la vida –aunque fuera sólo por un rato-. Pero las cosas no hicieron más que empeorarse. Mi forma de beber se salía más y más de mi control y aumentó mi impotencia para manejar mi vida. Mi autoestima se vino por tierra, me sentía más y más alejado de la gente –y de la vida-. No podía controlar la forma de beber que me condujo a ese estado. Lo que es más, me era imposible imaginar una vida satisfactoria sin alcohol.” (anónimo)

¿Cómo recibe AA a una persona alcohólica así? ¿Hasta dónde llegó? ¿Cómo ayuda AA a que una persona reestructure su mundo? ¿Cómo ayuda AA a que la persona logre una nueva actitud con respecto a la bebida, una visión nueva de

otras personas, o de la vida y, al mismo tiempo de ella misma? Podemos interpretar muchas de las dinámicas de AA en términos de casi todas las escuelas de psicoterapia. No obstante, AA se entiende más fácil si también se le contempla como una sociedad en el que tiene lugar el requisito de un nuevo aprendizaje (Maxwell, 1987).

Cuando apreciamos en toda su intensidad la dinámica de distorsionar la realidad, podemos comprender la creciente incapacidad del alcohólico para ver lo que realmente hace y reconocer la gravedad de su problema. También podemos apreciar como el miedo aumenta los procesos distorsionantes –en especial el miedo a una vida sin alcohol.

Desde luego que los alcohólicos que acuden a AA muestran grados y patrones diferentes de distorsión de la realidad; pero ésta existe. Y esa visión alterada es la realidad del “mundo aparte” del alcohólico.

Es una realidad de la que el alcohólico está plenamente convencido porque sus propias experiencias, como las percibe, se la confirman una y otra vez. El mundo le parece un lugar amurallado, impermeable a los hechos y a los conceptos de la realidad.

V.3. Cómo ayuda AA a que un alcohólico reestructure su mundo.

Sólo a medida en que son captados los cambios que ocurrieron en el proceso de convertirse en alcohólico, se puede comprender la gama de cambios que requiere su recuperación. Ocurrieron tantos cambios en la vida de la persona que el sólo dejar de beber no es suficiente.

¿Cómo entonces AA alcanza al recién llegado y le ayuda en ese trabajo que es el comienzo del proceso de cambio?

En general, el buen humor y la risa son características impactantes de las reuniones de AA. Pero de todas las primeras impresiones favorables, la que encabeza la lista es la amistad de la gente (su calor, aceptación e interés).

Otro factor dinámico para alcanzar al alcohólico recién llegado es lo que los miembros de AA llaman identificación. Muchos prospectos acuden a AA con los dedos cruzados –todavía dudando de que son alcohólicos- o con dudas de que ellos y la gente de AA tengan lo suficiente en común. Pero cuando el recién llegado escucha a los oradores hablar de sus experiencias y sentimientos, como los de él, nace una identificación. Acaba por sentir que está entre otros como él y que se encuentra donde debe estar.

El lenguaje que se usa en AA es sencillo, es el que la gente suele utilizar. Esta forma de lenguaje es muy funcional porque comunica a una amplia gama de personas. También facilita la comunicación tanto a nivel emocional como intelectual –lo que AA denomina el “lenguaje del corazón” (Maxwell, 1987).

El alto nivel de aceptación en AA no significa que todos los miembros aprenden a estimarse por igual. De ninguna manera. Los miembros de AA también están ocupados en ser humanos. Pero la calidad general de aceptación es muy elevada. Esto es un factor importante para conquistar al recién llegado. De hecho, también se trata de un factor importante en el crecimiento personal (en el progreso continuo de los miembros hacia la salud emocional). ¿Por qué existe esa calidad de aceptación? Por un motivo: tener un problema común, un problema de vida o muerte. Esto hace posible que exista comprensión y empatía mutua a un nivel tal que los no alcohólicos lo encuentran difícil de entender.

Lo que también contribuye a la aceptación es el énfasis que AA pone en la honestidad y franqueza resultante con la que los miembros hablan sobre sus propios sentimientos y conducta.

Es cierto que las cualidades de empatía, honestidad, franqueza y aceptación (tan abundantes en el medio social de AA) son los principales factores dinámicos de su eficacia.

AA cuenta con un programa y una forma de vida, pero los individuos tienen la libertad de avanzar a su propio ritmo. Los Doce Pasos constituyen el programa que se sugiere para la recuperación.

El individuo tiene que hacer su propio diagnóstico, esto es, decidir si es o no alcohólico. Cuando recordamos la distorsión que el alcohólico tiene de la realidad, el grave dilema en que está atrapado y su dificultad hasta para reconocer su alcoholismo, parecería muy riesgoso dejar que ese individuo, por sí solo, hiciera su diagnóstico. Pero los primeros AA encontraron que el diagnóstico hecho por

otra persona no tenía el impacto suficiente sobre la racionalización y negación del alcohólico. Aprendieron que en este paso tan difícil, el recién llegado debe convencerse por sí mismo.

V.4. Cómo alcanza AA al recién llegado y le ayuda al trabajo del proceso de cambio.

Por tratarse de un paso tan difícil e importante, examinemos más de cerca el proceso mediante el cual varios miembros de AA pudieron, primero, reconocer, luego, admitir y, finalmente, aceptar la realidad de su alcoholismo.

El recién llegado descubrirá que los miembros de AA gastan poco tiempo analizando el por qué una persona se volvió alcohólica. AA se concentra en la recuperación. Se aconseja a los recién llegados que no pierdan tiempo tratando de descubrir las razones particulares por las que empezaron a beber y se volvieron alcohólicos. Se considera que intelectualizar sobre esta línea no sólo es desventajoso sino que se convierte en una distracción de la principal tarea a realizar. Su principal tarea es valorar su situación en forma realista. Esto requiere de una respuesta honesta a la difícil pregunta: ¿soy alcohólico? (Maxwell, 1987).

Para la mayoría de los individuos que acuden a AA, aferrados aún a su mundo distorsionado de racionalización y negación, el significado e implicaciones de esta realidad de ser alcohólico, son difíciles de comprender y aplicar con honestidad a ellos mismos. Es con el tiempo, a medida que escuchan a otros miembros de AA contar lo que les pasó, que logran captar su situación personal. Es a través de la

identificación con otros que la mayoría de los recién llegados a AA aprenden lo que es un alcohólico y pueden enfrentar la realidad de que ese es su problema.

En AA se insiste mucho en ser honesto con uno mismo. Es un requerimiento obvio para toda valoración realista. Pero después de años de racionalización, negación y autodecepción, no es fácil ser honesto consigo mismo. No es sorpresa que un acto específico de honestidad sea un factor significativo en aceptar el hecho de ser alcohólico.

Es a través de las experiencias compartidas en forma honesta con otros miembros de AA, que el recién llegado obtiene la información necesaria para responder a la pregunta de qué es un alcohólico. Las actitudes de los miembros hacia los recién llegados, son las que derriban sus defensas y hace posible recibir y aplicar la información en sí mismos. Es el grado tan elevado de comprensión, aceptación, empatía e interés tan característico en AA lo que permite que los recién llegados se valoren a sí mismos con honestidad y lleguen a creer y a decir "soy alcohólico" (Maxwell, 1987).

Lo fundamental para progresar en la liberación de la obsesión por beber es adquirir una nueva orientación vital, una manera más funcional y productiva de pensar y sentirse con los demás y con la vida en general.

Para los alcohólicos, beber llega a ser un hábito tan mezclado con la organización de sus vidas y tan importante en su sistema personal, que no puede desarraigarse por sí solo. Todo este sistema personal debe reestructurarse. Esto implica cambios fundamentales en todos sentidos: ideas, actitudes y valores fundamentales en la noción del propio ser.

Según el enfoque de AA, es un cambio central en la "confianza básica". Esto representa la transformación de una relación de confianza fincada en el alcohol y en yo egocéntrico, hacia una relación de confianza en la vida.

Hemos visto que convertirse en alcohólico es un proceso en el que se está cada vez más "cerrado a la vida" –más y más separado de la gente- es decir, más y más separado de la vida.

Una relación de confianza en la vida significa un vínculo con otras personas, sin evadirse ni estar a la defensiva. Significa creer en los aspectos positivos, no defensivos del propio ser y representa confianza en las fuerzas creativas de la vida.

Los recursos latentes en el alcohólico son energías que están bloqueadas o consumidas por la ansiedad y los conflictos internos. Las energías potenciales no están disponibles por el grave descuido de salud. Hay fuerzas mentales conscientes e inconscientes que están también bloqueadas. Existen capacidades latentes para relacionarse mejor con los demás, para amar, dar y lograr –esto es, ser "productivo" en el sentido frommiano del término. Estas y otras capacidades están ahí. En consecuencia, el alcohólico necesita una luz de esperanza, sin importar cual sea su creencia de que algo superior a sí mismo está a su alcance para ayudarlo a que se recupere (Maxwell, 1987).

Revisando los tres primeros pasos del programa de AA, se observa que en los primeros dos, existen dos elementos del cambio básico en la orientación: el reconocimiento de la derrota frente al alcohol y la incapacidad de gobernar la propia vida; y en el segundo, la esperanza de que existe un potencial de

recuperación. El tercer elemento del proceso básico de cambio se describe en el tercer paso se refiere a un profundo cambio interior en la confianza y el control. Se trata de un cambio interno, desde una orientación egoísta, sin esperanza y centrada en el alcohol, hacia otra nueva, de estar abierto a la vida. Es un cambio interno desde una orientación defensiva, hacia otra de crecimiento. Es un cambio de orientación negativa por una orientación positiva hacia la vida.

El alcohólico tiene que renunciar al control egocéntrico de su propia vida para abrir paso a un flujo interior de una serie de sentimientos positivos y constructivos. Tocar fondo por su manera de beber es un requisito, pero debe ser precedido por abandonar la vieja manera de conducir su propia vida. Se rinde solamente ante esto. Al rendirse, el alcohólico renuncia a combatir el mundo y acepta la realidad. Se entrega a las fuerzas constructivas y a las fuerzas vitales creativas que existen en su persona, siempre y cuando renuncie a conducir su vida según su viejo patrón –siempre y cuando abandone su posición defensiva, egocéntrica y renuncie a conducir su vida con esa actitud belicosa- (Maxwell, 1987).

Para comprender mejor la naturaleza de este cambio, se hará referencia al Dr. Harry M. Tiebout (1961), el primer psiquiatra que escribió acerca de la dinámica inherente a los primeros tres pasos del programa de AA –en particular, acerca de los papeles de la crisis de tocar fondo y de la rendición del control egocéntrico.

El propuso que “la rendición involucraba un cambio profundo en el tono emocional, no por voluntad propia sino como algo que surgía de cambios en la dinámica inconsciente, que hacía desaparecer una serie de sentimientos, mientras que

otros muy diferentes emergían". Dejó claro que al rendirse, se renuncia a combatir al mundo y se acepta la realidad.

Tiebout definió el acto de rendición "como un momento en el que las fuerzas inconscientes de desafío y grandeza dejan efectivamente de funcionar. Cuando esto sucede, el individuo queda abierto ampliamente a la realidad; puede escuchar y aprender sin conflicto, sin combatir. Es receptivo ante la vida, no antagónico. Experimenta una sensación de armonía e integridad personal que se convierte en fuente de paz y serenidad interiores, una posesión que libera al individuo de la compulsión por beber. En otras palabras, un acto de rendición es una ocasión en la que el individuo deja de combatir la vida, y la acepta..."

"El estado emocional de rendición es uno en el que se da una capacidad persistente para aceptar la realidad, siendo esta noción activa de la realidad un sitio en el que uno pueda vivir y funcionar como una persona que asume sus responsabilidades y se siente libre de hacer de la realidad algo más habitable para ella misma y para los demás. No hay noción del "deber ser"; tampoco la hay de fatalismo. Con la auténtica rendición inconsciente, la aceptación de la realidad significa que el individuo puede incorporarse a ella. El estado de rendición es algo realmente positivo y creativo."

En la experiencia de la mayoría de los miembros de AA, la rendición se da en una serie de pequeñas rendiciones. Incluso cuando a la primera rendición sigue un cambio impresionante en la orientación, permanece la necesidad de tener rendiciones sucesivas hasta que la nueva orientación quede sustancialmente consolidada (razonablemente bien establecida) (Maxwell, 1987).

Aprender a conocer la vida tal como es el propósito de AA. Esta es la naturaleza de la reorientación que trae consigo la liberación de la relación obsesiva con la bebida, junto con una mayor libertad para relacionarse más satisfactoriamente con la vida.

Se ha descrito y ejemplificado los cambios en la manera de pensar y sentir que experimenta el alcohólico, cambios en relación al alcohol, la persona, los demás y la vida en general, interrelacionados todos en lo que resulta un campo obsesivo de fuerzas. Mientras más aguda sea nuestra conciencia de la fuerza obsesiva de este viejo aprendizaje, mejor apreciaremos la necesidad de un ámbito excepcionalmente favorable en el cual iniciar y continuar la adquisición de una nueva perspectiva de los aspectos más importantes de la vida.

Ya hemos hablado acerca de algunos de los elementos en este nuevo ámbito de aprendizaje. Sin embargo, el programa de AA es un "programa de acción". Se proporcionan al sujeto guías de acción bien definidas, sin imponérselas.

La guía inicial que se le da al principiante subraya la importancia de acudir a las juntas.

El recién llegado aprende pronto acerca del alcoholismo: que no beber la primera copa es el énfasis lógico, y que esta meta básica se persigue mejor intentándolo sólo por hoy. No obstante, pronto aprende que la sugerencia fundamental es "comenzar a trabajar con el programa". Los Doce Pasos son el mapa de rutas principales para los alcohólicos anónimos. Son el conjunto central de guías de acción que debe seguir cada miembro. Notamos que los pasos reconocen la necesidad de un "trabajo interno" tanto como de la acción interpersonal.

El ambiente global de AA hace algo más que liberar de la compulsión por beber. Ayuda a sus miembros a continuar madurando en su nueva orientación vital; y madurar en una manera de vivir que han encontrado más productiva y satisfactoria.

Estructuralmente, la unidad social básica en Alcohólicos Anónimos es el grupo. Es durante las juntas, cuando un principiante comienza realmente a involucrarse o comprometerse con otros alcohólicos anónimos, un compromiso que, habitualmente, se extiende a quedar integrado a un grupo específico. El alcohólico está consciente de que pertenecer a un grupo le exige responsabilidad y compromiso. Participar de verdad y tener una vida intensa en el grupo, es lo que hace que AA realmente funcione para el alcohólico (Maxwell, 1987).

Es de las juntas regulares de donde surge la mayor parte de la interacción dinámica. Sin ello, AA no existiría. De toda la dinámica social en AA, la de mayor fuerza para el cambio personal se encontrará en una cálida, honesta e íntima interacción dentro de relaciones interpersonales cercanas. Cada miembro de AA desarrollará su propia y única constelación de semejantes relaciones cercanas, su muy particular grupo de personas significativas trabadas dentro de su propio grupo.

A través de los historiales de otros, un principiante obtiene información acerca del alcoholismo –qué es y qué no es-. Y como los miembros relatan sus experiencias de recuperación, no solo se infunde esperanza sino que la persona también comienza a aprender acerca de los elementos básicos del proceso de recuperación de AA.

La catarsis es otro de los factores de cambio y desempeña un enorme papel en la dinámica de AA. Narran sus historias de una manera introspectiva y reveladora, incluyendo la de su recuperación. Es verdad que estos relatos circunscriben el problema del alcoholismo, lo que varios críticos consideran un enfoque demasiado estrecho. El alcoholismo no es ningún asunto limitado. Involucra cambios importantes en la totalidad de cada persona.

Es norma en AA que los relatos se hagan sin apuntes. El resultado es que los oradores a veces se sorprenden por lo dicen; material olvidado que se rememora, o nuevas y autorreveladoras introspecciones producto de la libre asociación. Una catarsis adicional se da en las juntas de discusión. Pero la interacción más abierta y sin reservas ocurre fuera de las juntas. Es entonces cuando sucede la catarsis más profunda y profusa ya sea con el padrino o con personas especiales en las que se confía particularmente (Maxwell, 1987).

En cuanto a la catarsis de hostilidad reprimida, es verdad que en AA no se practica el uso de la expresión de la ira hacia otro miembro del grupo en calidad de herramienta terapéutica, tal como sucede en algunos tipos de sesiones grupales conducidas por profesionales. Pero esto no significa que la ira y la hostilidad permanezcan reprimidas e intratadas; por el contrario, los resentimientos (término con el que AA designa a los sentimientos de ira y hostilidad no resueltas) forman parte de la catarsis en junta. También pueden ventilarse con el padrino o con algún miembro en el que se confíe.

Pero debe destacarse que una buena cantidad de ira y hostilidad reprimida (pero no su totalidad) se disipa con el proceso de rendición. Con una visión más amistosa de uno mismo, de los demás y del mundo se genera menos ira.

Se puede advertir que la calidad dinámica de los factores terapéuticos en AA se intensifica con las actitudes y cualidades personales que los alcohólicos anónimos manifiestan unos hacia otros. Estas cualidades realzadas son exactamente las mismas que se han encontrado como características en los profesionales que brindan ayuda y que lo hacen de manera excepcional. La comprensión, empatía y la eficiencia excepcional para comunicar, así como un grado de honestidad poco frecuente y una apertura no defensiva, hace que se reconozca en estas cualidades la eficiencia de AA en alcanzar al alcohólico y ayudarlo a enfrentar, admitir y aceptar su impotencia ante el alcohol y acercarlo a los cambios básicos de conducta y orientación hacia la vida pregonados por el programa de AA.

Podemos decir varias cosas acerca de estas cualidades. Son cualidades que facilitan la comunicación, -tan notable en AA- y se relacionan con aquel sentimiento familiar y de adhesión al grupo. Son cualidades que ayudan al individuo a salir de su concha de egocentrismo, interesarse en los demás y aceptarlos tales como son. Son cualidades que ayudan a liberar recursos interiores estancados y a cambiar la perspectiva que la persona tiene de la vida y del significado de su propia existencia.

Estamos ahora en posición de completar nuestra perspectiva del proceso de recuperación en Alcohólicos Anónimos. En las últimas líneas se destacaron algunos de los factores psicoterapéuticos presentes en AA que, sin importar el

lenguaje no profesional, son claramente reconocibles; y no sólo eso, sino que en muchos aspectos, estos factores dinámicos están funcionando con inusitada eficacia (Maxwell, 1987)

En AA, como en la psicoterapia, la meta es “elaborar” una relación cada vez más productiva y menos defensiva con uno mismo, con los demás y con la vida. Además, tanto AA como la psicoterapia (ya sea en grupo o entre dos personas) se apoyan considerablemente de la interacción interpersonal para propiciar esta elaboración. Son muchas las maneras en las que AA resulta lógico desde la perspectiva psicoterapéutica.

Tendremos un panorama más completo de AA si lo consideramos también como una sociedad y una cultura. AA es básicamente una sociedad de transición en el sentido de que su meta principal es reincorporar al alcohólico al estado de miembro operativo de la gran sociedad y que cumpla satisfactoriamente con sus diferentes roles sociales. AA puede valorarse por esa sola función.

Una razón mayor, sin embargo, del por qué Alcohólicos Anónimos tiene éxito como sociedad transicional, es el hecho de ser una sociedad especializada; está a tono con los sentimientos y puntos de vista especiales de personas que se han convertido en alcohólicas.

Los alcohólicos tienen diferencias individuales, pero tienen mucha más experiencia en común que los vuelve capaces de comunicarse más fácil y completamente unos con otros, también de identificarse entre sí de una manera de una manera profundamente sensible. El valor de este alto grado de identificación recíproca nunca debe subestimarse.

Debemos advertir también que AA es una sociedad muy cohesiva, en buena medida por su especialización. La calidad de cohesión de un grupo es una variable importante en la eficacia de la psicoterapia grupal. Cuando llega un principiante, todos trabajan con él.

Como todas las sociedades, AA tiene también una cultura socialitaria que incluye todas las maneras normativas o consuetudinarias de pensar, sentir y comportarse. Las más relevantes entre las normativas son: las ideas y hechos que se aceptan como verdaderos; los valores en los que se cree; y las maneras estándar de percibirse a uno mismo y a los otros en el plano social.

Se ha analizado que convertirse en alcohólico involucra cambios en las ideas, sentidos, hechos, valores así como la percepción de sí mismo, de los demás y de la vida en general. AA puede, a su vez, verse como una sociedad con una cultura que consiste en un conjunto de ideas, hechos, valores y percepciones normativas del propio ser, de los demás y de la vida.

La aceptación de la cultura de un grupo nuevo está íntimamente ligada a la aceptación del propio sentido de pertenencia a dicho grupo (Lewin & Grabbe, 1949). Formularon la hipótesis de que la aceptación del grupo es habitualmente prerrequisito para aceptar las ideas, valores y percepciones del mismo, entre otras cosas. Al adquirir el programa de AA –la nueva cultura– la mayoría de los alcohólicos anónimos adquiere, en primer término, confianza en la gente de AA, y casi todos son influidos, en gran medida, hacia la aceptación del programa de AA, por la impresión favorable que reciben de ellos.

Una de las principales fuerzas de AA radica en las atractivas cualidades de la comprensión empática, el interés y la aceptación incondicional que los alcohólicos anónimos manifiestan ante el recién llegado (Maxwell, 1987).

Como ya se explicó, una de las ideas o hechos más difíciles de aceptar para el alcohólico es la realidad de su impotencia ante el alcohol. Igualmente difícil de aceptar es la increíble realidad consecutiva de que la vida puede ser satisfactoria -- incluso más satisfactoria- sin alcohol, y la realidad de que hay fuerzas vitales en las que se puede confiar para liberarse de la relación compulsiva por beber y para sustentar una nueva orientación vital independiente del alcohol.

Considerando la enormidad de semejante cambio en creencias y conducta, es lógica que el principal enfoque de las juntas se base en ayudar a que los nuevos allegados encaren estas "verdades" radicalmente diferentes y, de esta manera, se inicien en el camino de Alcohólicos Anónimos hacia la sobriedad.

V.5. El objetivo principal del programa de AA es dejar de beber y conforme los miembros avanzan, aprender a vivir.

Los alcohólicos que han avanzado en su sobriedad no significa que puedan, alguna vez, permitirse el lujo de olvidar que aún tienen una vulnerabilidad latente que les impide volver a beber "a salvo". Ellos nunca pueden permitirse olvidar que su relación singular con la bebida jamás podrá extinguirse del todo. Bajo ciertas circunstancias --una mayor tensión, por ejemplo- la vieja relación con el alcohol podría reactivarse lo suficiente como para llevarlos a beber otra vez. Tampoco

pueden olvidar que, de volver a beber, tienen un estado permanente (que la mayoría de los alcohólicos anónimos considera de naturaleza fisiológica) que los incapacita, durante mucho tiempo, para controlar el "tamaño de sus tragos" e iniciar así la repetición del viejo y desastroso patrón alcohólico.

El objetivo principal del programa de AA es dejar de beber y conforme los miembros avanzan, aprender a vivir. La impotencia ante el alcohol nunca debe olvidarse. El programa de los doce pasos -y la mayor parte de la interacción personal y la dinámica grupal en la sociedad de AA-, tiene que ver con una manera de vivir satisfactoria, realizadora, que construye y reconstruye la autoestima, cultiva relaciones productivas con otras personas y confiere sentido y validez a su propia existencia (Maxwell, 1987).

Al principio, algunos alcohólicos anónimos ven en el proceso de aprendizaje de la nueva manera de vivir algo más que nada consciente, mental. Algo hay de eso. La comprensión intelectual sí contribuye al proceso de cambio. Pero deja claro que los cambios personales que se dan en la psicoterapia de grupo no son, en principio, producto de procesos intelectuales sino de experiencias emocionales con otras personas.

Al ver todas las distorsiones de la realidad que son parte y fragmento de convertirse en alcohólico, qué descripción de la sobriedad podría hacerse que fuese más relevante que ésta: La sobriedad, es la capacidad de vivir relativamente satisfecho con el estado de las cosas tal como son en la realidad.

Obtener una percepción más realista del propio ser es un asunto relevante en el alcohólico: "Supongo que lo mejor de mi actitud está en que me siento más a

gusto con ser humano. En cierto sentido, tengo una mejor opinión de mi persona, y en otro nivel, una percepción más realista de quién soy yo. No estoy empeñada en ser superhumana. Valoro las relaciones humanas en verdadera proximidad e interdependencia. Me acepto más, y a la vez espero cosas más realistas de mí misma. Me siento más en paz conmigo misma. Ya no tengo que estar siempre a la expectativa para probarme algo a mí misma o a otras personas." (anónimo)

Conforme las actitudes hacia uno mismo progresan, las actitudes hacia otras personas cambian, para bien, en la misma medida. Al romper con la coraza egocéntrica y defensiva, el alcohólico toma interés y compromiso en el bienestar de los otros. Este es probablemente el cambio más significativo y evidente de orientación que se da cuando una persona "comienza a asimilar el programa". Este cambio no se da de una pieza; es un proceso de maduración.

En los párrafos anteriores se ha presentado la perspectiva del propio ser, de los demás y de la vida que es la esencia de la cultura de AA sustentada y aprendida en la sociedad de AA. Por supuesto, el aprendizaje y la maduración son a menudo vacilantes, habitualmente lentos, y nunca pueden ser completos, pero esto es lo que prosigue en el ámbito social de AA. Es aprender y madurar a través de compartir honestamente, de compenetrarse en las vidas de otros, de intentar la comprensión y práctica del programa.

Hasta este punto, el enfoque ha sido sobre el programa de recuperación de AA. Se ha puesto énfasis en los factores dinámicos del programa y el ámbito social de AA que funcionan para reorientar a los alcohólicos hacia ellos mismos, hacia los demás y hacia la vida en general.

Si aquellos que trabajan con alcohólicos están familiarizados con las costumbres y procedimientos de AA, pueden estar tranquilos y seguros de sus referencias a AA. Esto significa tener conocimiento de las tradiciones de AA y de su estructura de servicio, que son el medio para que 100 mil grupos en todo el mundo consigan mantenerse unidos y sostener sus actividades enfocadas hacia su propósito fundamental de recuperación.

Mientras más de cerca se examina la historia de AA, sorprende el hecho de que el desarrollo de todo lo relacionado con AA surgió de una instancia pragmática (de una voluntad de aprender de la propia experiencia, extrayendo y conservando aquello que funcionó). Esto fue cierto para el programa de recuperación de AA y también lo fue para el grupo, el intergrupo, y los patrones de operación de toda la membresía de AA, así como para las relaciones de los alcohólicos anónimos con la gran sociedad fuera de AA (Maxwell, 1987).

La eficacia de AA y su supervivencia radican en que mientras nuestra sociedad está caracterizada por pugnas competitivas por el estatus, el reconocimiento, el poder y sus símbolos materiales, AA tiene un programa de recuperación basado en valores opuestos a los antedichos. Además, AA tiene una vida colectiva, tradiciones y estructura que es notablemente coherente con el programa de recuperación que sustenta. No hay confusión respecto a fines y medios; existe un propósito unitario, armonía interna del programa, principios y prácticas que permanecen a diferencia de los procedimientos de la mayor parte de la organizaciones y entidades de nuestra sociedad.

El objetivo de describir cómo funciona y por qué funciona el modelo de AA ha sido la toma de consciencia. El paso siguiente a la toma de consciencia es asistir a una junta de AA y tener una conversación directa con los propios miembros. Tales encuentros personales pueden incrementar significativamente la competencia del profesional para canalizar hacia AA a sus pacientes. Un contacto personal y una interacción como esa no sólo conducen a una percepción aguda de lo que sucede en el ámbito de AA, sino a una mayor consciencia de lo que es convertirse en alcohólico. Esto último es fundamental, ya que si no estamos conscientes de los cambios interrelacionados que se verifican dentro de la vida de un alcohólico durante su trayectoria de bebedor, palabras como "tratamiento" e incluso "recuperación" ciertamente tendrán una lógica limitante.

CONCLUSIONES

Es increíble el desconocimiento que aún existe acerca de la enfermedad del alcoholismo. Ni siquiera se le reconoce como enfermedad en muchos ámbitos científicos y médicos. Es asombroso escuchar a algunos médicos, psiquiatras o intelectuales afirmar que el alcoholismo es un asunto de autocontrol y fuerza de voluntad.

El alcoholismo es una enfermedad que por la compulsión y obsesión que genera, no se puede controlar más que dejando de beber drásticamente y por completo. La enfermedad del alcoholismo no tiene cura, sólo se detiene si el alcohólico deja de beber.

Se define a un alcohólico como el individuo que no puede controlar el número de tragos que se bebe y que tras la ingesta alcohólica transforma sus emociones y percepciones y distorsiona la realidad, acabando en borrachera, a veces con lagunas mentales.

A un alcohólico no le sirve jurar, estar en una terapia para que le enseñen a controlar sus tragos ni prometerse a sí mismo que no volverá a ponerse borracho.

La relación de un alcohólico con la bebida se convierte en una fuerza central en su vida. Se desarrolla rápidamente o poco a poco, una relación especial, personal, poderosa y constante con la bebida que, con el tiempo, se vuelve compulsiva.

La lucha que sostiene el alcohólico por aprender a controlar sus tragos puede llegar hasta la locura y la muerte. Entre la negación de que es alcohólico, y la justificación y racionalización de su compulsión y obsesión por la bebida pueden

pasar muchos años de ingesta alcohólica, durante la cual el individuo se va deteriorando física y mentalmente. Con esta negación, justificación y racionalización va distorsionando la realidad.

En el proceso de convertirse en alcohólicos, los individuos sufren cambios en su forma de percibir la realidad: alteraciones en sus actitudes y valores, en su percepción de ellos mismos y de los demás y en sus actitudes hacia la vida.

Sólo a medida en que son captados los cambios que ocurrieron en el proceso de volverse alcohólico, se puede comprender la gama de cambios que requiere su recuperación. Ocurrieron tantos cambios en su vida que el sólo dejar de beber no es suficiente.

¿Qué cambios tiene que hacer un alcohólico para mantenerse sobrio?

El alcohólico tiene que derrotarse con el alcohol, con su vida y consigo mismo (con su ego). Esta derrota se da reconociendo la relación tan estrecha y tan fuerte con el alcohol, reconociendo que nunca pudo controlar sus tragos y dándose cuenta de que destruyó su vida, su persona y sus fibras morales. La derrota con el alcohol es importantísima para un alcohólico en recuperación. Si no hay derrota puede volver a beber. Para mantenerse sobrio tiene que integrarse a un grupo de AA, asistir diario y trabajar el programa de Doce Pasos. Debe ser honesto, debe estar dispuesto y debe ser humilde, con capacidad de ver la verdad. Debe conectar su intelecto con sus emociones. Debe identificarse con los demás. Debe tener una mente abierta. Tiene que mantenerse en acción. Tiene que cambiar de juicios y actitudes. Tiene que creer en algo más allá de sí mismo. Tiene que soltar sus demonios y hacer un inventario moral de su vida. Tiene que cambiar su

percepción distorsionada de sí mismo, de los demás y de la vida. Tiene que aceptar la realidad tal como es. Tiene que tener capacidad de verse tal cual es. Tiene que descubrir sus defectos y sus virtudes. Tiene que cuidarse todo el tiempo del alcohol: si tiene muchas emociones puede estar vulnerable a desear un trago, así sea que se sienta frustrado, triste, feliz o enojado. Tiene que recordar siempre que es un enfermo alcohólico y que no puede ni podrá jamás beber como la demás gente.

¿Cómo ayuda AA al proceso de cambio? La honestidad, empatía y franqueza son los principales factores dinámicos de su eficiencia. Otros son la amistad, el buen humor, la risa y el lenguaje utilizado, que facilita la comunicación a nivel emocional e intelectual.

Para los alcohólicos, beber llegar a ser un hábito tan mezclado con la organización de sus vidas y tan importante en su sistema personal, que no puede desarraigarse por sí solo. Todo este sistema personal debe reestructurarse. Esto implica cambios fundamentales en todos sentidos: ideas, actitudes y valores fundamentales en la noción del propio ser.

Si un individuo se vuelve alcohólico, jamás podrá beber como una persona normal. Esto quiere decir que su fuerza de voluntad, su inteligencia, y sus buenas intenciones no funcionarán en su afán por tratar de controlar el número de copas que ingiera. Perderá el control siempre y acabará borracho. Debido a que el alcoholismo es una enfermedad incurable, progresiva y mortal, el tratamiento más efectivo es lo que ofrece AA: dejar de beber y obtener un crecimiento emocional y espiritual y un cambio de juicios y actitudes trabajando el programa de 12 pasos.

Los alcohólicos anónimos van experimentando cambios básicos y profundos durante su proceso de recuperación, que es para toda la vida. Su percepción de sí mismos, de los demás y de la vida se va transformando poco a poco para tornarse más objetiva y real.

El alcoholismo es una enfermedad, es un grave problema de salud no sólo a nivel nacional sino a nivel mundial y cada vez arrastra a más adolescentes en edades más tempranas con la complicación de ingesta de drogas que atrofia el cerebro de manera rápida y fulminante como es el éxtasis, los aceites y la cocaína.

Para un individuo que ha perdido el control de sus tragos, el espiral de autodestrucción que vive se torna más grande cada vez. Su vida se vuelve un infierno que trata de desaparecer con más bebida. Si el individuo no deja de beber puede acabar en un hospital, en la cárcel o perder la vida. Es una enfermedad que no crea consciencia.

Estas vidas perdidas es un asunto preocupante que debería abrir los ojos a las autoridades de salud y los gobiernos de muchos países a instalar inteligentes y efectivas campañas de prevención acerca de esta tremenda enfermedad que no respeta raza, sexo, edad, nivel intelectual y socioeconómico.

AA realiza desde hace muchos años un arduo trabajo profundamente efectivo para ayudar a miles de personas a dejar de beber. Su trabajo en prevención, tratamiento y recuperación con los alcohólicos no tiene igual. La realidad, los hechos y las cifras comprueban que no existe otra terapia más rica de elementos y más exitosa para tratar el alcoholismo como AA.

Alcohólicos Anónimos ha sido y continua siendo un fenómeno central en el campo del alcoholismo moderno. Numerosos fenómenos sociales florecen durante un tiempo y luego se desvanecen. Pocos sobreviven a sus fundadores. Ciertamente AA lo logró, y continua progresando y creciendo desde la década de los setentas, cuando se incrementó el número de instituciones para su tratamiento bajo la dirección de profesionales, AA en lugar de quedar desplazado creció más que nunca. En la actualidad, se encuentran grupos de AA en casi todo el mundo.

También crecen con rapidez los grupos Familiares Al-Anon, una agrupación muy similar pero totalmente separada para cónyuges, familiares y amigos de alcohólicos, así como los grupos de Alateen, adolescentes hijos de alcohólicos.

En décadas recientes, se observó una proliferación impresionante de grupos que demuestran su utilidad en una amplia gama de problemas personales: no sólo de alcoholismo, sino también de farmacodependencia, comedores compulsivos, anorexia y bulimia, depresión, jugadores compulsivos, etc.

La teoría, lenguaje y práctica de AA, en la superficie, son lo bastante diferentes como para intrigar a numerosos observadores profesionales. No obstante, al profundizar en su dinámica (como se hizo en el capítulo V) se observa que AA posee un medio social de gran riqueza, con factores terapéuticos probados, que producen cambios en las vidas de los miembros de la agrupación.

En la actualidad resulta prematuro definir el perfil psicológico de las personas dependientes del alcohol. Ninguno de los estudios ha conducido, al margen de ciertas generalidades inespecíficas, a una identificación predictiva de los alcohólicos ni a recomendaciones específicas para el tratamiento.

Si el alcoholismo no fuera una enfermedad, y consistiera simplemente en un síntoma que denotara la presencia de conflictos psicológicos no resueltos, o un retraso o estancamiento en el desarrollo de la personalidad, o un trastorno de la personalidad, o el resultado de una conducta aprendida mediante reforzamientos condicionados por los efectos gratificantes del alcohol, entonces tal vez funcionarían las terapias para que el alcohólico aprendiera a razonar y a controlar sus tragos. Pero definitivamente, el alcoholismo es una enfermedad incurable, progresiva y mortal que solo se detiene si se logra la total abstinencia.

Actualmente se calcula que existen más de 2,000,000 de alcohólicos anónimos en el mundo, así como 100,000 grupos de AA distribuidos en 150 países.

AA es una comunidad mundial y voluntaria donde hombres y mujeres de toda condición se reúnen para lograr y mantener la sobriedad. El programa de AA es de completa abstinencia. Los miembros simplemente no toman bebidas alcohólicas un día a la vez. La sobriedad se mantiene por medio de la experiencia, fortaleza y esperanza compartidas en las reuniones de los grupos, y por medio de los Doce Pasos sugeridos para recuperarse del alcoholismo.

¿Puede un alcohólico volver a beber normalmente? La respuesta es no. Un alcohólico nunca será capaz de controlar el alcohol y tomar como la demás gente.

REFERENCIAS

1. Alcohólicos Anónimos, Alcoholics Anonymous Word Services, Inc., Edición en español Copyright, 1990.
 2. Alcohólicos Anónimos llega a su mayoría de edad, Central Mexicana de Servicios Generales de A.A., A.C., México, 1989, pp. 7-313.
 3. Alcohólicos Anónimos, Libro Grande, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos A.C., México, 1986.
 4. Ayala Velázquez Héctor, Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber, Ed. Miguel Angel Porrúa, 1998, pp. 5-171.
 5. Azrin N. H., Meyers R., Alcoholism treatment by Disulfuram and community
 6. reinforcement therapy, Journal Behaviur Therapy, 1982, Vol. 13, No. 2, pp.105-112.
 7. Barruecos L., Velazco M. L., El alcoholismo en México: negocio y manipulación, Ed. Nuestro Tiempo, 1985.
 8. Brailovsky S., El cerebro, Beber de tierra generosa, Fundación de Investigaciones Sociales, 1998, Vol. 2, pp. 43-57.
 9. Black Claudia, Eso no me sucederá. Hijos de adultos alcohólicos, Editorial Arbol, 2000.
 10. Bloomfield K. An International comparison of spirituality among members of Alcoholics Anonymous in four contries. Prepared for the 17th Annual Alcohol
-

- Epidemiology Symposium, Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Stocholm, Sweeden, 1991.
11. Blumberg L., The Ideology of a therapeutic social movement: AA, Journal of Studies on Alcohol, Vol. 38, n. 1, 1977.
 12. Collins R.L. & Marlatt, G.A., Journal of Consulting & Clinical Psychology, Vol. 53, No. 2, 1985, pp. 189-200.
 13. De la Fuente Ramón, El alcoholismo y el abuso del alcohol: visión de conjunto, Salud Mental, Vol. 10, n. 4. Año 1, 1987.
 14. De la Fuente Ramón, Rosovsky H., Problemas médicos y sociales vinculados al consumo de alcohol en México, Mental Health, Research Center, 1988.
 15. Doce Pasos Y Doce Tradiciones, Central Mexicana de los Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. México, 1984.
 16. Echeburúa Enrique, Evaluación del alcoholismo y del consumo excesivo de alcohol, 1994, pp. 423-455.
 17. Eggert L.L., Thompson E.A., American Journal of Health Promotion, Vol. 8, No. 3, 1994, pp. 202-215.
 18. Elizondo J.A., Tratamiento del alcoholismo, Beber de tierra generosa, Fundación de Investigaciones Sociales, 1998, Vol. 2, pp. 115-123.
 19. González L., La experiencia de tocar fondo en Alcohólicos Anónimos, Tesis de Licenciatura en Psicología U.N.A.M., 1993.
 20. Gybbons B., Alcohol: The legal drug, National Geographic, 1992.
 21. Hiriart H., Vivir y beber, Editorial Océano, 1987.
-

22. Jellinek, E.M., The disease concept of alcoholism, citado por Velasco Fernández R., Alcoholismo, visión integral, Ed. Trillas, p. 94.
 23. Jellinek, E.M., Nueva Versión de la Tabla de la Alcoholomanía, Oficina Intergrupala de Servicios de Alcohólicos Anónimos, México (sin fecha).
 24. Kaplan H.I., Sadock B.J., Compendio de Psiquiatría, Editorial Salvat, 1991.
 25. Kessel N., Walton H., Alcoholismo, Editorial Paidós, 1991.
 26. Los Doce Pasos, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C., 1989.
 27. Madden, J.S., Alcoholismo y Farmacodependencia, Editorial Manual Moderno, 1987.
 28. Marlatt & Gordon, Social Determinants of alcohol consumption, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1985, Vol. 53, No. 2, pp. 189-200.
 29. Maxwell Milton A., La experiencia en Alcohólicos Anónimos, Compañía Continental, 1987.
 30. Meyers R.J. & Smith J.E., Clinical guide to alcohol treatment. The community reinforcement approach. New York, The Guilford Press, 1995.
 31. Melendez Eduardo I., Hacia una práctica médica alternativa, 1984, Cuadernos de la casa chata.
 32. Miller Peter, Mastria Marie A., Alternatives to alcohol abuse, Research Press Company, 1978, pp. 1- 48.
 33. Nirenberg Ted & Sobell Mark, Medical Psychology, Contributions of Behavioral Medicine, Ed. Academy Press, 1981.
-

34. Nirenberg Ted, Sobell Mark & Linda, Medical Psychology, Contributions to Behavioral Medicine, Ed. Academy Press, 1981, pp. 267-290.
 35. Rosovsky H., Las características de los grupos y de los miembros de Alcohólicos Anónimos, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1991, pp. 138-142.
 36. Velasco Fernández Rafael, El alcoholismo en México, Fundación de Investigaciones Sociales A.C., 1982.
 37. Velasco Fernández Rafael, Comorbilidad psiquiátrica, Beber de tierra generosa, Fundación de Investigaciones Sociales, 1998, Vol. 2, pp.115-123.
 38. Velasco Fernández Rafael, Alcoholismo, Visión Integral, Ed. Trillas, 1998, pp. 17-46.
 39. Velasco Fernández Rafael, Alcoholismo, Visión Integral, Ed. Trillas, 1998, pp. 93-108.
 40. Villatoro Jorge, Medina Mora María Elena, La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México, Revista de Salud Mental, Vol. 22, No. 2, 1999, pp. 18-29.
 41. Williams Bill, Tres charlas a sociedades médicas, Word Services Inc.
 42. Williams Bill, El lenguaje del corazón, Central Mexicana de Servicios Generales A.C., 1998.
-