



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO

EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CON CLAVE DE INCORPORACIÓN 8852-25**

**COMUNICACIÓN Y MANEJO DE
EMOCIONES EN LA TERAPIA DEL
ALCOHOLISMO: UNA PROPUESTA
METODOLÓGICA**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

LILIANA ELIZABETH HERRERA VILLALOBOS



**DIRIGIDA POR:
PSIC. ADRIANA GÓMEZ DÍAZ**

ACAPULCO, GUERRERO

Junio 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

A mis hijos:

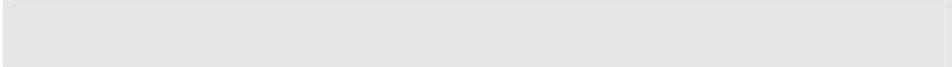
Manolo,

Daniel

y

Lily

con amor.



Agradecimientos

Le doy gracias a mi esposo

Arg. Juan José Flores Mercado,

por ser siempre un apoyo fiel en todos mis proyectos.

Agradezco a mi madre

*Pra. Nelly Villalobos de Herrera por estar
siempre conmigo y ser mi guía.*

*Y a mi hermano Victor, por estar siempre
a mi lado, cuando lo necesito.*

*También les agradezco a todas las personas que me
apoyaron a lo largo de mi formación profesional y a las
colegas que hicieron tan agradable el paso por la
Universidad.*

Tabla de Contenido

<u>Dedicatoria</u>	i
<u>Agradecimientos</u>	ii
<u>Tabla de Contenido</u>	iii
<u>Introducción</u>	1
<u>Planteamiento del Problema</u>	4
<u>Objetivos</u>	5
<u>Resumen</u>	6
<u>Capítulo I: Psicoterapias</u>	7
1.1 <u>Clasificación de Psicoterapias</u>	8
1.2 <u>Modelo Interaccional: Terapia Cognitiva y Enfoque Sistémico</u>	9
1.2.1 <u>Características de la Terapia Cognitiva</u>	12
1.2.2 <u>Características del Enfoque Sistémico</u>	15
1.2.3 <u>Intervención Terapéutica</u>	17
<u>Capítulo II: Alcoholismo</u>	20
2.1 <u>Definición</u>	21
2.2 <u>Los Patrones de Consumo</u>	22
2.3 <u>Tolerancia al Alcohol y Proceso Adictivo</u>	26
2.4 <u>Trastornos Asociados al Alcoholismo</u>	29
2.4.1 <u>Trastornos agudos</u>	30
2.4.2 <u>Trastornos crónicos</u>	33
<u>Capítulo III: Tratamientos y Control de Alcoholismo</u>	36
3.1 <u>Tratamientos Psicológicos</u>	37
3.2 <u>Psicoterapias Dinámicas</u>	40
3.3 <u>Psicoterapias Interpersonales</u>	41
3.3.1 <u>Terapia familiar</u> :	41
3.3.2 <u>Grupos de apoyo o de autoayuda</u> :	43
<u>Capítulo IV: Prevención y Combate del Alcoholismo</u>	45
4.1 <u>Prevención del Alcoholismo</u>	46
4.2 <u>Estrategia de combate al Alcoholismo</u>	47
<u>Capítulo V: Comunicación y Manejo de Emociones</u>	50
5.1 <u>¿Qué es la Comunicación?</u>	51
5.2 <u>Violencia intrafamiliar</u>	54
5.3 <u>Comunicación en Pareja</u>	56
5.4 <u>Manejo de Emociones</u>	58
<u>Capítulo VI: Taller de Comunicación y Control de Emociones para Alcohólicos</u>	62
6.1 <u>Planteamiento Metodológico</u>	63

6.1 Planteamiento Metodológico.....	63
6.1.1 Objetivo Particular del Taller.....	66
6.1.2 Procedimiento Propuesto y Contenido General del Taller	67
6.1.3 Participantes: Tipo y Cantidad.....	75
6.1.4 Instrumentos y Métodos	75
6.1.5 Duración y Forma de Distribución	76
6.1.6 Lugar.....	76
6.1.7 Materiales Necesarios	77
6.1.8 Obligaciones Bilaterales.....	77
6.1.9 Costo y Forma de Pago.....	78
6.1.10 Variables a Evaluar.....	79
6.1.11 Guías de Medición de los Resultados	80
Conclusiones.....	81
Anexos	84
Referencias	103

Introducción

El alcoholismo está clasificado como una enfermedad mortal y progresiva derivada de la adicción al alcohol en forma de consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Según el Reporte del 2002 del Observatorio Mexicano en Tabaco Alcohol y Drogas¹ “el consumo de bebidas con alcohol en México data de la época precolombina; a partir de la Conquista su uso se extendió a grandes sectores de la población, especialmente a los hombres de edad media y en las últimas décadas se ha observado un crecimiento importante entre la población femenina, en hombres y en adolescentes”.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia² ha estimado que “el abuso de alcohol, por sí solo representa el 9% del peso total de la enfermedad y que los padecimientos asociados como la cirrosis hepática, la dependencia alcohólica, las lesiones producidas por vehículos de motor,

¹ Medina-Mora, Ma. Elena, Guillermina Natera, Guilherme Borges. **Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas**. En: Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas 2002. p. 4

² SSA. **Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones** (SISVEA): Servicio de Atención a Alcohólicos. Informe de Resultados 2001. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Epidemiología. 2001. p. 93

los homicidios y los suicidios representan causas importantes en cuanto a nivel de pérdida de años de vida saludable”.

En México el consumo de alcohol entre las mujeres se ha incrementado en los últimos años, lo cual se manifiesta en una disminución importante de la tasa de abstinencia, que se redujo de 63.5 a 55.3%, entre 1988 y 1998. En contraste, entre los varones los índices disminuyeron en menor proporción durante el mismo periodo, al pasar de 27 a 23%. Se reportan diferencias entre el consumo por género ya que mientras que el patrón de consumo típico en los varones es de cinco copas o más por ocasión de consumo, en las mujeres es menor ya que tienden a beber moderadamente.³

Por lo que se refiere al individuo, el alcoholismo implica aislamiento social, pérdida de oportunidades laborales, dependencia económica y sufrimiento moral, con las consecuentes repercusiones en los ámbitos familiar y comunitario (Frenk *et al.*, 1999).⁴

³ Medina-Mora, María Elena, A Estela Rojas Guiot . **Mujer, pobreza y adicciones***
Perinatol Reprod Hum 2003; 17: 230-244

⁴Frenk, J., Lozano R, González Block Ma., *et al.* **Economía y Salud: propuesta para el avance del Sistema de salud en México**. Informe final. México D.F., Fundación Mexicana para la Salud 1994.

Además, el INMUJERES⁵ (2003) reporta que el alcoholismo es uno de los cuatro factores más importantes que desencadenan la violencia intrafamiliar dirigida particularmente a las mujeres por lo que es importante atacar el alcoholismo como una manera de evitar la violencia.

⁵ INMUJERES, Instituto Nacional de las Mujeres: **Encuesta Nacional de la Dinámica de las Relaciones en los Hogares**. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). 2003.

Planteamiento del Problema

Los centros de rehabilitación contra alcoholismo pueden estar siendo evitados por algunos pacientes debido al estigma social asociado a la enfermedad. Por otra parte, las clínicas especializadas pueden ser muy costosas lo que ocasiona dificultades para que los familiares de los pacientes las usen.

Por esta razón, se considera adecuado establecer un enfoque intermedio que facilite el anonimato de los pacientes y que no implique desembolsos muy grandes. Esto se basa en el hecho de que la propuesta de terapia aquí descrita, por una parte se basa en los conocimientos adquiridos más la revisión actualizada de avances teórico-prácticos, y, por la otra parte, en un enfoque de eficiencia administrativa para que garantice su consolidación y funcionamiento. Se considera que este enfoque es la fortaleza de la propuesta de Terapia de rehabilitación que aquí se presenta.

Objetivos

Objetivo General:

Desarrollar una propuesta de Terapia de Apoyo basada en el Modelo Interaccional, usando las Terapias cognitiva y sistémica, y aplicando la comunicación y manejo de las emociones que contribuya a disminuir en forma gradual la problemática asociada con la adicción al alcohol, que sea eficiente.

Objetivos Específicos

- a) Desarrollar una propuesta detallada que sea aplicable en terapia de grupo;
- b) Describir el proceso de interacción y comunicación con los pacientes desde el punto de vista del terapeuta, para analizar el proceso con el grupo; y
- c) Obtener las terapias más efectivas y adecuadas a las condiciones de desarrollo de la enfermedad de parte de los pacientes, para lo cual se deberá analizar la problemática particular y la literatura actualizada al respecto.

Resumen

Se realiza un análisis detallado de la problemática derivada del consumo excesivo del alcohol para posteriormente establecer una terapia de ayuda en el tratamiento contra la adicción. La propuesta consiste en un proceso de varias etapas en las que se busca crear condiciones adecuadas para que los participantes puedan pasar por las fases de recuperación tradicionalmente recomendadas. Se parte de una evaluación ubicatoria del grado de alcoholismo para establecer grupos comparativos (equilibrados) en sus condiciones. También se establece una evaluación situacional que describe las condiciones emocionales generales del paciente. En la Psicoterapia propuesta se inicia el combate al establecer puentes para que los participantes logren comunicarse con instructores y familiares, y abrirse para así expresar los traumas y sus situaciones a la adicción y para que puedan quedarse a tomar la terapia. La participación familiar se reconoce como una parte del proceso de recuperación y se recomienda tener una vigilancia especial para revisar las actitudes (disposiciones de los participantes al cambio e interactividad). Se concluye que con base en las bases teóricas de las psicoterapias estudiadas y a la bibliografía consultada es altamente posible obtener resultados significativos toda vez que se establezca el taller de terapia.

Capítulo I:

Psicoterapias

1.1 Clasificación de Psicoterapias

De acuerdo con De Boer ¹ los modelos tradicionales han surgido un conjunto altamente diversificado de modalidades terapéuticas (actualmente aproximadamente 500) entre las que predominan fundamentalmente el psicoanálisis y sus derivados, las terapias cognitivas y el enfoque sistémico, acrecentándose el intento de lograr una integración entre las mismas a partir de sus puntos comunes, sus diferencias y una evaluación seria y científica de los resultados obtenidos, esto es su grado de efectividad, eficacia y eficiencia.

Existen distintos tipos de psicoterapia según los criterios que se tengan en cuenta. ² Sin embargo, de manera general se pueden agrupar de la forma siguiente en función de los criterios que se señalan:

¹ Adaptado de: De Boer; **Fundamentos de psicoterapia. Breve reseña de sus distintos enfoques teóricos y clínicos**; consulta electrónica septiembre de 2005; dirección electrónica:
<http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/dinamica-12/tema-6.htm>

² Dr. Miguel Ángel de Boer. Op. Cit. (14/09/2005)

(a) por el **número** de personas que participan pueden ser: individuales, vinculares, o grupales;

(b) por su **extensión** pueden clasificarse como breves, intermedias, prolongadas; y

(c) según el **tipo de recursos** empleados se les puede definir como verbales, corporales, con uso de elementos auxiliares, etcétera.

1.2 Modelo Interaccional: Terapia Cognitiva y Enfoque Sistémico

Se considera importante señalar que algunos conceptos respecto del modelo interaccional se refieren al cognitivo y sistémico, cuyas premisas en relación con la generación de los trastornos, se basan en: el proceso de aprendizaje, enfatizan las condiciones del presente y el papel primario del síntoma, priorizando la importancia del medio por sobre lo intrapsíquico.

Los numerosos estudios e investigaciones (Frank, Wallerstein, Goldstein)³ permitieron algunas conclusiones de suma importancia en este sentido tales como:

- a) la constatación cierta de la efectividad de la psicoterapia respecto a la remisión espontánea de los síntomas;
- b) la durabilidad de sus efectos;
- c) la imposibilidad de establecer diferencias significativas entre los distintos procedimientos (no hay superioridad de una psicoterapia sobre otra);
- d) la importancia de la formación y entrenamiento del terapeuta, independientemente de la teoría o técnica a la que adscriba;
- e) las características personales del mismo y calidad de su relación con el paciente como factor de éxito del tratamiento;
- f) la confianza y credibilidad del paciente en beneficio del proceso terapéutico; y
- g) la constatación de que la mayoría de los terapeutas recurren a combinaciones de técnicas y recursos distintos de los modelos en los que dicen

³ De Boer; op. Cit.

basarse desde el punto de vista teórico, entre otras.

El auge de elaboraciones y propuestas integrativas en psicoterapia se produce a partir de la década del 80 (Ryle, Glazer, Norcross, Safran, Mahrer) ⁴, los intentos tienen un recorrido que se inicia con French, Kubie y Rosezweig en los años 30, se continúan con Dollard y Miller (1950), y posteriormente con Frank, Luborsky, Smith, Lambert, Orlinsky y Howard entre algunos de los más representativos.

Las confrontaciones entre distintas psicoterapias ha tenido como sus ejes más importantes: la integración teórica, los factores comunes y el eclecticismo técnico, predominando la búsqueda de compatibilización entre los modelos psicodinámicos y comportamentales (psicoanálisis y cognitivismo), aunque también hay experiencias que vincularon a otros marcos referenciales.

⁵

El movimiento integrativo en psicoterapia tiene por objetivo no la yuxtaposición de distintos enfoques

⁴ *Enciclopedia Hispánica*. Enciclopedia Britannica Publishers, Inc. 1991-1992.

⁵ *Ibid*, op. cit.

(eclecticismo teórico y técnico que consiste en "la búsqueda de una reorganización conceptual de distintos elementos teóricos y el uso de recursos diversos que han probado su utilidad empírica ") sino en la construcción de conceptos teóricos y clínicos que implique un nivel distinto (no totalizador, sino abierto) que partiendo de la diversidad permita una articulación de mayor complejidad, es decir superadora de los distintos aportes de los que se nutre⁶.

Fernández (2004)⁷ describe que es importante resaltar que no se trata de sumar teorías y técnicas, sino precisamente, de integrarlas, respetando las peculiaridades y a la búsqueda de la complementariedad, teniendo en cuenta la confluencia de los factores comunes y los condicionantes objetivos y subjetivos.

⁶ De Boer. Op. cit.

⁷ Fernández Álvarez, Héctor. **La Integración en Psicoterapia: Manual Práctico**. Ediciones Paidós Ibéricas. 2004

1.2.1 Características de la Terapia Cognitiva

Las terapias cognitivas, se constituyen a partir del paradigma conductista o comportamental, basado en un cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que resultan de la aplicación del método experimental en psicología y ciencias afines, a partir del cual se despliegan distintas escuelas entre las que se destacan la neurofisiológica rusa, la conductista y la cognoscitiva. Pero sólo es que han cobrado un desarrollo notable a partir de la década de los 80.

En términos generales, la terapia cognitiva establece prioridad sobre la instrumentación de las cogniciones (lenguaje y pensamiento) como intermediación entre el individuo y el medio, de las cuales dependen las motivaciones (y emociones) y organizan los modos de acción. De modo tal que la modificación de los esquemas y estructuras cognitivas (modo de percibir, recolectar, procesar y recuperar la información) favorece una manera distinta de reorganizar y construir la realidad, con cambios en el modo de conceptualizarla, representarla y significarla.

Desde el punto de vista técnico, es de duración limitada, de características directivas (el terapeuta desempeña un rol activo) y estructuradas (se proponen y ensayan técnicas cognoscitivas y conductuales, se planifican tareas y se revalúan las experiencias)

La terapia cognitiva se basa en el consentimiento informado (ya que se busca la colaboración del paciente) procurando identificar los pensamientos disfuncionales, su correlación con las emociones y conductas, y modificar las creencias nucleares (cuestionamiento de su razonabilidad) a fin de lograr la reestructuración de las mismas.

Dentro del modelo cognitivo se distinguen distintas variantes según se conceptúen: ⁸

- a) mecanismos intermediarios entre los estímulos y las respuestas, inferidos de conductas observadas (Hull, 1931);
- b) el estudio centrado en los fenómenos mentales más que en los mecanismos de conducta, buscando explicaciones de la organización de programas de conducta (Ellis y Ashbrook, 1989);

⁸ De Boer. Op. cit.

- c) el desarrollo basado en teorías sobre el procesamiento de la información y control de las respuestas, es decir mecanismos mediacionales del comportamiento y el carácter modelador del lenguaje (Skinner, Bandura);
- d) el dominio del conocimiento instrumentado por las funciones del lenguaje, la percepción y la memoria por un lado, y los mecanismos afectivo-emocionales, por el otro, postulando que la modificación de los mecanismos lógico-formales, permite la corrección de los estados patológicos (Seligman, Beck); y
- e) la importancia del significado en la actividad psíquica y el enfoque centrado en las modalidades disfuncional de organización de la experiencia (Mahoney, Niemeyer).

En las intervenciones se identifican distintos niveles tales como: la resignificación (a partir de la refocalización y la reorientación), la reclasificación y la reestructuración cognitiva, los cuales no operan aisladamente dado el carácter realimentador y anticipador del modo de procesar.

1.2.2 Características del Enfoque Sistémico

El enfoque sistémico surge en Estados Unidos a comienzos de la década del 50 a partir de las investigaciones de Bateson, Jackson, Haley y Weakland y la teoría del "doble vínculo" basada en los tipos lógicos de Russell. La epistemología sistémica en su aplicación a la terapia familiar adquirió desarrollo desde las décadas de 1950 y 1960, y desde entonces no ha dejado de desarrollarse. Debido a que en sus comienzos se desarrolló especialmente estudiando la dinámica de la organización familiar, actualmente se habla de terapia familiar sistémica, como una manera genérica de mencionar a las lecturas sistémicas que se ocupa de las organizaciones humanas en general. Las lecturas sistémicas se basan en diferentes teorías y lecturas epistemológicas. A grandes rasgos la terapéutica apoyada en concepciones sistémicas (Terapia familiar sistémica TFS, Terapia de pareja, o en grupos) se nutre principalmente de tres grandes fuentes: la Teoría General de Sistemas, la Cibernética y la Teoría de Comunicación.

9

⁹ ClínicaPSI.com; **Enfoque sistémico**; Consulta electrónica 27 de septiembre de 2005; dirección: <http://www.clinicapsi.com/sistemico.html>

La Teoría General de Sistemas, explica que un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran, de esta manera un sistema puede ser cerrado (cuando no intercambia información con su entorno) o abierto (cuando intercambia información con su entorno, por lo que es modificado y a la vez modifica a ese mismo contexto). Según la teoría general de los sistemas cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la "totalidad", y no en "sumatividad", porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos constituyentes. En este sentido a un mismo efecto pueden responder distintas causas, y esto se da porque hay una permanente circularidad e interconexión entre los miembros de un sistema.

La cibernética es otra gran fuente teórica, y contribuye con el concepto de "Feedback", mediante el cual se determina que cualquier conducta de un miembro de un sistema se transforma en información para los demás. En este sentido se habla entonces de feedback positivo o negativo, según que las acciones favorezcan o tiendan a corregir acciones.

La teoría de la comunicación, sirve como la tercera gran fuente de desarrollo teórico. Se toma partida en un axioma básico. "Es imposible no comunicar", en este sentido todo comportamiento de un miembro de un sistema tiene un valor de mensaje para los demás (incluso el silencio o la mirada, o la indiferencia dirían: "prefiero ignorarte", pero siempre comunican algo).

1.2.3 Intervención Terapéutica

La intervención terapéutica consiste en obtener una formulación clara de los problemas (no la causa, sino el "cómo pasa" y "sigue pasando") a través de los referentes comportamentales, acordando la modificación de los mismos. Partiendo de la idea de la relatividad de todo conocimiento o interpretación de la realidad, no se busca la verdad sino la eficacia, esto es, la utilización de los recursos necesarios (distintos niveles y formas de comunicación) para resolver el ó los problemas.

Uno de los conceptos centrales en que se basa este enfoque es el de "causalidad circular"¹⁰ (Watzlawick

¹⁰ Watzlawick, P., Bavelas, B. y Jackson, D. D. (1995). **Teoría de la Comunicación Humana**. Barcelona, España: Herder.

et al., 1995), es decir la interrelación e influencia recíproca entre los miembros en el circuito de comportamiento, el cual se intenta modificar en algún punto del mismo a los fines de incidir en la retroalimentación interpersonal. Entre otros tipos de intervención se puede mencionar: la reformulación, las sugerencias y las intervenciones paradójicas, la puesta en acto, y la prescripción de tareas y rituales. También es de duración limitada y opera en el aquí y ahora.

La terapia sistémica utiliza también conceptos evolutivos, por ejemplo al considerar diferentes etapas de desarrollo, por ejemplo de un sistema familiar (noviazgo, matrimonio, procreación; o niñez, adolescencia, maduración). De esta manera cobra importancia no sólo lo que ocurre en cada una de esas fases, sino también las crisis que acompañan el paso de cada fase evolutiva hacia otra. La manera en que se modifican las pautas de relación en un sistema dado, la finalización de la utilidad de un sistema de relaciones específico y el paso a otros sistemas nuevos, la construcción de los mismos, la modificación de la estructura familiar, de pareja, de relacionarse, las nuevas pautas de organización, etc. ¹¹

¹¹ ClínicaPSI.com; **Enfoque sistémico**; op. cit.

La terapia sistémica básicamente centra su acción en las interacciones de los miembros que pertenecen a un sistema y por ende en los comportamientos y actitudes que se generan dentro del mismo. La intervención sistémica se ocupa de las terapias llamadas de parejas o intervenciones grupales. Considera que los vínculos conyugales también presentan las características de un sistema. Aquí se puede aplicar el útil concepto de "tríada rígida" entendida como los sistemas relacionales paterno-filiales en las que uno o varios de los hijos son usados (sin una necesaria intención deliberada) para evitar conflictos familiares. La Intervención Sistémica se diferencia de la mayoría de las demás expresiones terapéuticas, en que estas se interesan en el psiquismo humano.

Capítulo II:

Alcoholismo

2.1 Definición

Para empezar a combatir el problema del alcoholismo se considera pertinente encontrar la definición adecuada. Para la OMS¹ (Organización Mundial de la Salud) "son alcohólicos aquellos bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol ha alcanzado tal grado que da lugar a trastornos psíquicos, a complicaciones corporales y/o conflictos en sus relaciones interpersonales y sus funciones sociales".

El consumo de alcohol trae consecuencias graves, se puede llegar a la desintegración familiar por el descuido de las obligaciones y los constantes problemas que se originan entre la pareja, generando conductas violentas hacia los hijos, esposa y sociedad, dejando huellas psicológicas en la mayoría de las veces inolvidables. Estadísticas del ministerio público y salas de urgencias indican que uno de cada cuatro homicidios y uno de cada tres suicidios tienen que ver con el uso del alcohol.

¹ **Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro.** AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria. OMS. 2004. p. 17-18.

El alcoholismo es un problema social que genera una situación paradójica. Ya que mientras es socialmente aceptado el consumo de alcohol, en particular para los hombres, por otra parte se ha vuelto una enfermedad muy extendida en nuestra sociedad. Sin embargo, para muchas familias que se ven afectadas por este problema, no saben cómo hacerle frente ni a quién dirigirse.

2.2 Los Patrones de Consumo

Según lo que reportan Medina-Mora *et al.*², el consumo de bebidas alcohólicas en nuestro país sigue siendo una práctica característica de la población masculina, pues 77% de los varones que habitan zonas urbanas reportó haber bebido en los 12 meses previos; en tanto que esta conducta sólo se observó en el 44% de las mujeres. Es también una práctica común entre los grupos más jóvenes de la población, que alcanza su punto máximo entre los 30 y 39 años y desciende después de los 50 años.

² Medina-Mora , *et al.*, 2002.Op., cit, p. 17

Dentro de la visión social de lo que significa ser hombre, el consumo de bebidas alcohólicas es algo muy común, e incluso se considera como algo “natural”. Sin embargo, si observamos las principales causas de muerte y las consecuencias que acarrea el alcoholismo en diferentes ámbitos, encontraremos que esta adicción es sumamente perjudicial al género masculino³.

De acuerdo a datos presentados por Alcohólicos Anónimos A.C.⁴, el alcoholismo en nuestro país es un problema de salud pública que puede alcanzar a unos 28 millones de mexicanos, de los cuales, 8 millones son alcohólicos potenciales; de éstos, el 50% son jóvenes de entre 12 y 25 años. Esta enfermedad es la causa directa o indirecta del 60% de los accidentes; del 64% de homicidios o delitos contra la integridad física de otra persona; el 33% de las intoxicaciones; del 33% de los nacimientos con retraso mental y del 92% de los divorcios. La Policía Federal de caminos precisa que el 70% de los accidentes en las carreteras tienen como causa la ingestión de bebidas alcohólicas.

³ CORIAC: Colectivo de Hombres por Acciones Igualitarias.
http://www.coriac.org.mx/se_02.html; (octubre, 2005)

⁴ Alcohólicos Anónimos: <http://www.aa.org.mx/enfermedad.htm> (septiembre 2005)

En la siguiente tabla⁵ se puede apreciar cómo la cirrosis hepática, padecimiento relacionado con el consumo de bebidas alcohólicas, es una de las principales causas de muerte de los hombres, así como los homicidios y accidentes de transporte. En todos los casos estas mismas causas de muerte son muy superiores a las presentadas por las mujeres.

Tabla 1. Tasa de defunciones generales, según causas de muerte seleccionadas por sexo.

Causa	Defunciones ¹	
	Hombres	Mujeres
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	40.66	12.67
Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	32.14	3.52
Accidentes de transporte	29.74	7.03

¹Tasa por 10,000 habitantes. SSA. 1996

Medina-Mora⁶, et al., (2003) señalan que los programas de prevención de accidentes y violencias son especialmente necesarios, y señalan que según los Datos de la Encuesta Nacional de Adicciones, el 29% de las

⁵ CONADIC. *Consejo Nacional contra las Adicciones*. <http://www.conadic.gob.mx/> (Octubre 2005).

⁶ Medina Mora, et al. 2003. Op. cit. p.233

mujeres adultas, habitantes de zonas urbanas del país y que tienen o han tenido pareja, han sufrido violencia física por parte de ésta. En 60% de los casos de este tipo de violencia, el alcohol estuvo involucrado.

También es necesario ampliar la oferta de servicios de salud para los alcohólicos y sus familiares. El alcoholismo afecta al 9% de los varones y al 1% de las mujeres de entre 18 y 65 años, que viven en zonas urbanas del país y, en la Ciudad de México, los índices alcanzan 9.2% y 1.9%. En el país, la proporción más elevada de consumidores se ubica en la zona centro (62%) y de las ciudades estudiadas en la Encuesta Nacional, el Distrito Federal y Guadalajara, son las que alcanzan índices más altos de acuerdo con los datos arrojado por al Encuesta Nacional sobre Adicciones.

2.3 Tolerancia al Alcohol y Proceso Adictivo

La tolerancia al alcohol se desarrolla en un periodo de entre 5 y 10 años, por lo que no pueden predecirse resultados inmediatos. Durante este tiempo, el adicto

comprueba que con la misma cantidad o incluso más se obtienen menos resultados. Ello lleva a la convicción errónea de que al sufrir respuestas menores la nocividad del tóxico también lo es, entendiendo que se resiste mejor la droga.⁷

Las últimas investigaciones indican que la tolerancia se relaciona con las funciones del sistema nervioso central y con el proceso hepático. El hígado se deteriora por la absorción del tóxico, evitando parcialmente el deterioro en otras zonas del cuerpo, especialmente el cerebro. Uno de los primeros síntomas del avance de la patología son las amnesias alcohólicas que se caracterizan por ser totales. No obstante, el sujeto puede realizar actividades que precisan cierta racionalización, como tratos económicos o mantener conversaciones. La toxicomanía alcohólica sufre varias etapas hasta llegar a su cronicidad; se han descrito cuatro fases:

a) **Prealcohólica:** Es característico de aquellas personas que consumen alcohol en reuniones sociales.

⁷ *Clínica Esperanza de Vivir: Rehabilitación y Tratamiento Especializado de las Adicciones; Las Drogas y sus Efectos Dirección:* <http://www.esperanzadevivir.com/lasdrogas/alcohol.htm> (consulta septiembre de 2005)

No llama demasiado la atención sobre el consumo de alcohol ni tampoco crea problemas sociales relevantes. Su duración oscila entre seis meses y dos años. El sujeto comienza a sentirse diferente de sus amigos, advirtiendo un rechazo por parte de la sociedad al tiempo que aumenta el autodesprecio. Se comienza a ser consciente del problema del alcohol, pero no se encuentran soluciones y persiste el consumo.

b) **Prodrómica:** Se trata del consumo de bebidas alcohólicas a escondidas, en forma subrepticia. El significado del término Prodrómica, refiere al síntoma o malestar que precede a la enfermedad.⁸ La extensión es de dos a cinco años. El alcohol pasa a ser una droga necesaria, apareciendo los primeros síntomas graves. Se manifiestan periodos de amnesia (apagones, tinieblas) y signos de lesión cerebral. Se sufren sentimientos de culpa, remordimientos, estados crepusculares. Se produce una perturbación psíquica en el agente. Se incrementan los hechos delictivos y los accidentes de tránsito, y fallas laborales.

c) **De toxicomanía crucial:** Se caracteriza por la pérdida del autocontrol, eliminándose la capacidad

⁸ Diccionario Ilustrado de Términos Médicos. Consulta electrónica (22 de junio de 2006) <http://www.iqb.es/diccio/htm>

inhibitoria, con conducta autojustificable del abuso del alcohol. Se pierden la autoestima y seguridad en uno mismo. El sujeto puede asumir actitudes de grandiosidad, gestos extravagantes, discursos grandilocuentes u ostentaciones, y atribuye la culpa a los demás, con signos agresivos tales como insultos y humillaciones que suelen desembocar en violencia física. La interpretación es paranoide, existiendo la sensación de persecución por los demás. Persisten la lástima de sí mismo y los remordimientos. Se pierde el interés por las cosas, excepto por el alcohol que pasa a ser el centro de la vida del sujeto. Se producen lesiones orgánicas que producen trastornos de toda la personalidad. Los celos, la conducta paranoide, la agresividad son síntomas graves de la patología mental.

d) **Crónica:** Se produce una destrucción progresiva de la moralidad, con debilitación grave de las facultades mentales, pensamiento confuso, lento y prolongado. Aparecen las psicosis alcohólicas, las alucinosis, la depresión y los delirios. El sueño es conflictivo, con pesadillas y miedo infundado, crisis de angustia y confusión de ideas.

2.4 Trastornos Asociados al Alcoholismo

Se asocian íntimamente al consumo y abuso de bebidas alcohólicas: muerte súbita; síndrome de alcoholismo embrio-fetal; dipsomanía; cáncer: bucal, de esófago, de estómago, de páncreas, de hígado; cirrosis hepática; coma alcohólico; intoxicación letal aguda; "delirium tremens" ; enfermedad de Wernicke o poliencéfalitis hemorrágica superior; alucinosis alcohólica; demencia alcohólica; trastorno amnésico alcohólico o psicosis polineurítica de Korsakoff; enfermedad de Marcchafava y Bignami; esclerosis cortical laminar de Morel, mielinólisis; angustia; depresión con sintomatología somática; depresión secundaria en enfermedades orgánicas; y otras.

A continuación se presentan algunos aspectos de gran relevancia relacionados con el consumo recurrente y abusivo del alcohol que produce una serie de trastornos del sistema nervioso central, debidos al consumo mismo pero también a la malnutrición que presentan muchas personas alcohólicas. Al alcoholismo se le puede diferenciar en las siguientes sub clasificaciones, adaptados de Conadic y el Grupo Alcohólicos Anónimos entre otros:

2.4.1 Trastornos agudos

Estos son trastornos que aparecen bruscamente y que suelen ser reversibles, que normalmente tienen que ver con la intoxicación alcohólica o con el síndrome de abstinencia.

a) Intoxicación alcohólica

Cuando hablamos de intoxicación alcohólica hacemos referencia al estado producido por la excesiva ingesta de alcohol en relación a su acumulación en la sangre. Aquí se pueden observar grandes diferencias individuales: el tiempo y la cantidad de alcohol necesarios varían en función de cada persona.

En un primer tiempo, cuando la persona ingiere alcohol, se produce el denominado fenómeno de desinhibición y la persona se siente elocuente, más libre, aumenta su autoestima, etc. En este momento, el alcohol está deprimiendo (en sentido fisiológico deprimir significa inhibir, esto es bloquear la función de ciertas áreas) zonas del córtex cerebral (corteza cerebral). Si la persona continúa consumiendo alcohol, poco a poco se van deprimiendo zonas subcorticales, esto es, zonas más primitivas del cerebro, y conductualmente se observa un descenso en la comprensión y producción del lenguaje

(balbuceo), un caminar inestable, un deterioro de la atención y de la memoria, etc. Si el consumo de alcohol no se detiene y se bebe más alcohol, el siguiente estado puede ser el de estupor, coma etílico (cuando se deprimen aquellas zonas cerebrales encargadas de la supervivencia) y muerte.

b) Síndrome de abstinencia

Cuando la ingesta de alcohol es abusiva, las células nerviosas compensan gradualmente la presencia de alcohol para poder funcionar con normalidad cuando el alcohol está presente. Esta adaptación es lo que causa tanto la tolerancia como la dependencia. Si de pronto se retira el alcohol del organismo, el sistema se desajustará y tendrá que pasar un espacio de tiempo determinado para que las neuronas aprendan nuevamente a funcionar en ausencia del alcohol. Durante este tiempo, el funcionamiento estará alterado y la persona dará muestras de síntomas como temblores, en un principio leve luego más grave, en dedos, lengua y extremidades; sudores; taquicardia (aceleración del pulso); ansiedad; irritabilidad; náuseas; vómitos; anorexia (falta de apetito); insomnio; alucinaciones visuales o auditivas.

c) Amnesias parciales

Las amnesias parciales también se denominan *Blackout*, y en determinadas ocasiones la persona ebria olvida sucesos recientes. Esto es, el alcohol le causa amnesia de ciertos episodios transcurridos. Así, al estar sobria no recuerda situaciones completas o parciales y, o bien las recuerda cuando vuelve a estar ebrio, o no vuelve a recordarlas.

d) Delirium Tremens

El delirium tremens es una exageración del síndrome de abstinencia alcohólica que se produce entre el segundo y cuarto día de la abstinencia. En un principio suele haber ansiedad, sudores, temblores. Luego se pasa a la fase del delirium con desorientación, confusión mental, alucinaciones (generalmente visuales y táctiles), miedo intenso y agitación. Existe peligro de deshidratación por la sudoración y de crisis epilépticas. La situación se agrava por la noche. Es una complicación muy grave que puede conducir incluso a la muerte.

e) Alucinosis

La Alucinosis es un trastorno mental caracterizado por ocurrencia de alucinaciones en un estado normal de

conciencia y atribuible a factores orgánicos específicos.⁹

La alucinosis alcohólica es un trastorno psicótico que se caracteriza por la presencia de alucinaciones, en la mayoría de los casos, auditivas de tipo amenazante (la persona oye voces insultantes) y por la consecuente interpretación delirante de la realidad. La alucinosis alcohólica suele aparecer tras una intoxicación alcohólica después de que el individuo haya ingerido grandes cantidades de alcohol durante algunos días. Cesa cuando la persona deja de beber.

2.4.2 Trastornos crónicos

Los trastornos crónicos se aparecen de manera lenta e insidiosa y suelen ser irreversibles. Los párrafos siguientes dan cuenta de los diversos tipos de trastornos susceptibles de ser adquiridos.

⁹ Tesouro Alfabético; consulta electrónica ; fecha de consulta 12/09/ 2005
http://pci204.cindoc.csic.es/tesauros/Tes_Psic/HTML/PSI_A4.HTM#ALUCINOSIS

a) Encefalopatía de Wernicke

A consecuencia del alcoholismo, se pueden producir diversas lesiones del sistema nervioso central, a lo menos una de ellas, la atrofia del vermis superior del cerebelo, es causada aparentemente por la acción tóxica directa del alcohol en el tejido nervioso. En otras se trata de una acción indirecta. Entre estas últimas están la mielínolisis pontina central, consecuencia aparentemente de un trastorno electrolítico, y la encefalopatía de Wernicke, atribuida hoy a una deficiencia de tiamina¹⁰.

En la encefalopatía de Wernicke, llamada clásicamente polioencefalitis hemorrágica superior, las alteraciones se producen en los cuerpos mamilares, en la sustancia gris alrededor del tercer ventrículo, del acueducto de Silvio y, en la polioencefalitis hemorrágica inferior, en el piso del cuarto ventrículo. Las lesiones, que pueden manifestarse clínicamente en el síndrome de Wernicke-Korsakoff, son más acentuadas en los cuerpos mamilares. Ellas consisten principalmente en hemorragias, tumefacción endotelial, proliferación capilar y gliosis

¹⁰ Chuaqui, Benedicto. **Neuropatología. Capítulo 9. ENCEFALOPATIA DE WERNICKE**. Fecha de consulta: 12/11/2005

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/AnatomiaPatologica/09Neuropatologia/9wernicke.html>

astrocítica y microglial con formación de macrófagos, algunos de éstos eventualmente con hemosiderina.

Este trastorno es consecuencia de la deficiente nutrición que encontramos en muchos alcohólicos. Los síntomas son desorientación y falta de atención. Si no se trata, puede dar lugar a estupor, coma y muerte. Concretamente, se debe a una falta de vitamina B (tiamina) que es consecuencia de la malnutrición, la débil absorción gastrointestinal de la vitamina y de la reducida función hepática, los cuales son consecuencia del abuso del alcohol.

b) Síndrome amnésico de Korsakoff

Este síndrome se caracteriza por una pérdida de memoria tanto anterógrada (nuevos aprendizajes) como retrógrada (hechos pasados). Las demás funciones intelectuales quedan preservadas. Puede ir asociado a la encefalopatía de Wernicke.

c) Alteraciones de la personalidad

Es difícil establecer una relación dependencia del alcohol - personalidad; parece ser que aquellos que dependen del alcohol y aquellos que abusan del alcohol presentan tendencia a la irritabilidad, falta de control de

impulsos y desinhibición, y una personalidad dependiente.

Capítulo II:

Tratamientos y

Control de

Alcoholismo

3.1 Tratamientos Psicológicos

Es importante señalar que las terapias a aplicar a pacientes con diversos grados de alcoholismo pueden cubrir una o más de las terapias que promuevan la deshabitación psicológica, la modificación de estilo de vida y el manejo de factores de riesgo. Se pueden aplicar en forma desfasada o programada según lo descrito en el Modelo interaccional (página **¡Error! Marcador no definido.**), respecto de la Terapia sistémica-cognitiva.

De manera general, la recuperación del alcohólico consta de diferentes etapas. Inicialmente el tratamiento se puede realizar bajo estricto control médico. La terapia consiste en la total supresión de su consumo coadyuvado con dietas especiales que equilibran el organismo. Paralelamente, puede ser necesario el uso de fármacos que disminuyan los temblores nerviosos y otros síntomas de abstinencia.

Logrado un equilibrio metabólico y psicológico aceptable, comienza el tratamiento psiquiátrico que normalmente se realiza en grupos terapéuticos y que suelen incluir programas de apoyo al grupo familiar. Esta etapa se basa en la abstinencia total, sin límite temporal.

Las Psicoterapias cognitivas y/o conductuales que se recomiendan para el tratamiento del alcoholismo son descritas a continuación.

a) Reestructuración cognitiva:

Mediante la terapia se busca que el paciente sea capaz de manejar la baja tolerancia a la frustración, las ideas de indefensión y la auto condena/culpa. Al paciente se le proporciona información sobre el alcoholismo, y se plantea una estrategia de enseñanza (terapia de grupo, por ejemplo) que le permita la identificación y el manejo de las cogniciones disfuncionales.

b) Técnicas basadas en el condicionamiento

Mediante la administración (de preferencia con el permiso del paciente) de fármacos que causen aversión a la ingesta del alcohol (Ver Anexos 1 y 2) se puede crear un condicionamiento de rechazo de efecto inmediato o prolongado. La intención es provocar o promover la

aversión química y sensibilización encubierta en casos de alcoholismo extremo. Se debe seguir mediante la supervisión médica.

c) Empleo de técnicas operantes

Las técnicas operantes se basan en la elaboración de programas de autorrefuerzo, en los cuales se asignan bonificaciones a los éxitos graduales. En esta técnica, se hace uso del refuerzo social selectivo por familiares y amigos, esta técnica está relacionada con la psicoterapia de apoyo.

d) Empleo de técnicas de autocontrol

Mediante técnicas de autocontrol, se provee al paciente de conocimientos para que logre identificar situaciones de riesgo, y sepa cómo evitarlas o afrontarlas. En esa técnicas se puede identificar las secuencias de cadenas de conductas que llevan hacia el consumo; así podrá romper la cadena por los primeros eslabones, al darse inmediata cuenta de su tendencia; se puede aplicar técnicas de dramatización mediante juego de roles en un formato de terapia grupal o individual, simulándose situaciones de riesgo y realizando el ensayo de alternativas.

e) Empleo de entrenamiento de habilidades sociales

En un contexto individual o de terapia de grupo: se estimula en el paciente a que conozca y aplica entrenamiento de relajación, y a que desarrolle habilidades sociales y asertivas (inteligencia emocional) en un contexto que simula situaciones reales o posibles.

3.2 Psicoterapias Dinámicas

a) Psicoterapia de apoyo

Mediante la psicoterapia de apoyo se busca gratificar las necesidades de dependencia de **manera gradual**, ante situaciones de tensión (enojo, violencia, etcétera). La terapia de apoyo plantea técnicas que logren facilitar la expresión de emociones: que los pacientes puedan decir cómo se sienten, lo que les causa malestar y lo que quisieran ser. Así se podrá facilitar que el paciente tome conciencia del problema en que se encuentra, y se pueda apoyar defensas neuróticas

más adaptativas. También, pueden surgir consejos para el paciente y su entorno si es necesario.

b) Psicoterapia breve psicodinámica

De acuerdo con lo que propone Malan¹ la Psicoterapia breve se basa en la delimitación de un foco de conflicto inconsciente, mediante lo cual se pueda evitar la dependencia al alcohol (a alguna fase). Se hace uso de la relación transferencial para producir una experiencia emocional que ayude a corregir su situación de dependencia.

c) Psicoterapia grupal dinámica

Se facilita la expresión libre de conflictos y su resolución en una línea similar a la terapia cognitiva-conductual de grupo, aunque es menos directiva que aquella para evitar la posible dependencia del grupo o terapeuta.

¹ Malan, D.H. *La psicoterapia breve*. Centro Editor de A.L. 1963

3.3 Psicoterapias Interpersonales

3.3.1 Terapia familiar:

La terapia familiar comúnmente se inicia desde la teoría sistémica del funcionamiento del síntoma y su función en la familia. Dependiendo del marco teórico se evalúan los subsistemas, la comunicación de mensajes, las soluciones intentadas o el momento evolutivo de la familia; y se diseñan intervenciones al respecto.

a) Ausloos

En este enfoque cabe destacar el diagnóstico del tipo de familia dependiente a las drogas. Por ejemplo, Ausloos² propone una tipología destinada a que el terapeuta pueda identificar los juegos temporales que la familia está jugando, y utilizarlos para producir un cambio.

² Ausloos, G. *Las capacidades de la familia*. Tiempo, caos y proceso. Barcelona: Herder. 1998

b) Cancrini

Según Cancrini³ las toxicomanías no son exclusivas de una sola categoría de personas o grupos familiares sino que existen patrones de interacción familiar diversos que requieren enfoques terapéuticos diferentes y que influyen en la adherencia al tratamiento. En ese sentido, el alcoholismo tiene pautas diferentes por género (hombre o mujeres) y por la extracción social (ciudad y campo). Por lo que sería aconsejable hacer un enfoque del tratamiento considerando las circunstancias particulares de los pacientes.

Además, se pueden tener otras terapias como las del tipo de intervenciones interaccionales descritas por Fisch⁴. Su premisa básica, tal como fue expuesta es la siguiente: "...en las '*soluciones*' ensayadas por la gente, en los modos específicos con que intentan rectificar un problema, existe algo que ayuda en gran medida al mantenimiento o exacerbación del problema. (...). Para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: a) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; b) que

³ Cancrini L. ***Los temerarios en sus máquinas voladoras: Estudio sobre las terapias de los toxicómanos.*** Argentina, Ed. Nueva visión, 1991. (capítulo 9)

⁴ Fisch, R., Weakland, J., Segal, L. ***La táctica del cambio.*** Ed. Herder.

cuando no se soluciona la dificultad se aplique una dosis más elevada de la misma *'solución'*". En otras palabras, en el caso del alcohólico al hacer frente a un problema mediante la ingestión de alcohol establece un primer paso, que al no llevarlo a solucionar su situación lo conduce al siguiente paso que es aumentar la dosis de esa solución (ingerir mas alcohol).

3.3.2 Grupos de apoyo o de autoayuda:

Entre lo grupos de autoayuda que han probado su eficacia, el más representativo son las Asociaciones de Alcohólicos Anónimos. Generalmente trabajan en un contexto grupal y en el manejo de situaciones de riesgo. Su permanencia y los resultados que muestran son un signo de su tremenda influencia entre quienes acuden como su último refugio. Los esfuerzos individuales y grupales son reflejados en los Doce Pasos (anexo 4).

Capítulo IV:

Prevención y

Combate del

Alcoholismo

4.1 Prevención del Alcoholismo

Es difícil hablar de prevención cuando se desconocen las causas del problema de la dependencia del alcohol. Parece indiscutible que la educación ocupa un lugar central en la prevención del alcoholismo. El papel de la familia es esencial, tanto para transmitir hábitos de consumo como para informar de posibles peligros, y transmitir la preocupación y necesidades de prevención. También la escuela y otras instituciones de convivencia son fundamentales para la prevención del alcoholismo. Sin embargo, la instituciones de educación privadas presentan algunas características que propician que los jóvenes (en particular aquellos alejados de sus padres, y por lo tanto sin el control familiar) incrementen la ingesta de alcohol desde el punto de vista socializante (Espinosa y Marino 2003)¹.

Por lo que se considera muy importante que se establezcan mecanismos de orientación y prevención en el interior de las instituciones educativas de nivel superior que orienten a los jóvenes no consumidores para que

¹ Espinosa Laborde, Brenda Berenice y Alejandro Marino Salazar. **Diseño de una estrategia de comunicación para contribuir en la disminución del consumo de alcohol en Colegios Residenciales de la Universidad de las Américas Puebla**. 2003. p. 12.

eviten caer en las garras del alcoholismo cuando acuden a sitios de diversión, sobretodo aquellos que ofrecen todo incluido en el boleto de entrada.

Las campañas de prevención que encabezan instituciones públicas deberían hacer una parte directamente en los jóvenes de las instituciones educativas públicas o privadas para que sean orientados adecuadamente.

Se presenta a continuación la estrategia del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

4.2 Estrategia de combate al Alcoholismo

El Consejo Nacional contra las Adicciones,² CONADIC, plantea que una estrategia de combate al alcoholismo con el fin lograr la prevención de accidentes y disminuir el índice de violencia, es especialmente necesaria y es recomendable que incluya:

² CONADIC. Op., cit.

- a) Programas de movilización comunitaria encaminada a crear conciencia en la población sobre los riesgos asociados con el consumo de sustancias y la conducción de automóviles, con objeto de hacerlos partícipes de los programas;
- b) Revisión y modificación de los reglamentos de policía y tránsito con el fin de determinar los niveles de alcohol en sangre permitidos para conducir vehículos, la autorización de los cuerpos de policía para solicitar pruebas de niveles de alcohol en sangre a través de dispositivos de aliento, así como la imposición de sanciones en caso de violación de éstas, con énfasis en la consistencia de su aplicación más que en su severidad;
- c) Modificaciones en las autorizaciones de uso de suelo y licencias a establecimientos que expenden bebidas con alcohol, a efecto de evitar tanto el ingreso de menores de edad, como las prácticas comerciales que favorezcan la intoxicación, tales como las "barras libres", las "horas felices" o los "concursos", entre otras, y la corresponsabilidad en el aseguramiento de un regreso seguro de sus clientes, que incluye contar con sitios de taxis controlados fuera de los establecimientos;
- d) La capacitación de proveedores de servicios para que sean capaces de identificar signos de

intoxicación y prevenir que sus clientes lleguen a estos estados;

- e) Desarrollar programas orientados a modificar prácticas sociales que legitiman el uso de la violencia, especialmente aquella asociada con el alcohol.

Al hacer un análisis de las propuestas del CONADIC lo que resalta es que se trata de una colección de buenas intenciones ya que la realidad ha demostrado que no existe el compromiso tanto de las autoridades como de los propietarios de centros de diversión para que se apliquen con rigor dichas propuestas.

Capítulo V:

Comunicación y

Manejo de

Emociones

5.1 ¿Qué es la Comunicación?

Desde el punto de vista etimológico, se le llama comunicar al hecho de compartir o intercambiar información. Es reconocido que para que se de el proceso de la comunicación es necesario que participen dos o mas personas, estos se definen como emisor o receptor e intercambian papeles en dicho proceso.¹ El conocimiento se establece cuando entre un emisor y un receptor pasa una comunicación, bajo la condición previa de que el segundo sintonice con el primero.

De acuerdo con lo que describen Kimble y colaboradores², el emisor envía el mensaje y el receptor lo recibe y decodifica. Además, este proceso de comunicación se da a dos niveles: el primero se refiere al

¹ Berger, René. **Arte y comunicación**. Colección Punto y Línea, Gustavo Gili:Barcelona. 1976. p. 20-21

² Kimble, G. A., Garnezy, N. y Zigler, E. **Fundamentos de Psicología General**. México: Limusa. 1999.

lenguaje (hablado o escrito) y el segundo a no-verbal, en que se utilizan los gestos, las posturas, distancias interpersonales, las expresiones faciales, entre otras posibles formas de comunicación.

Para Fiske (1984)³, el proceso de la comunicación conlleva algunos signos y códigos; en ello los signos son actos que se refieren a algo diferente a ellos mismos y los códigos son sistemas de organización de los signos que determinan cómo estos pueden estar interrelacionados. Fiske agrega que los signos o códigos son utilizados por los otros, los que los reciben, lo que implica que sean transmitidos de ida y vuelta; dicho movimiento, tránsito, de signos, códigos y comunicación constituye la práctica de las relaciones sociales.

Eco (1985)⁴ menciona que el proceso de comunicación humana existe siempre que la señal no se limite a funcionar como simple estímulo, sino que se registre la respuesta del destinatario. Para Kristeva (1988)⁵, se trata de un proceso de comunicación de un mensaje,

³ Fiske, John. **Introducción al estudio de la comunicación**. Editorial Norma: Colombia. 1984. p.43.

⁴ Eco, Humberto. **Obra Abierta**. Ariel: Barcelona. 1985. p.30

⁵ Kristeva, Julia **El lenguaje ese desconocido. Introducción a la lingüística**. Editorial Fundamentos: Madrid. 1988.

entre dos sujetos hablantes al menos, siendo uno el destinador o emisor y el otro, el destinatario o receptor.

Por otra parte, la comunicación implica considerar no solo el nivel semántico de una comunicación (nivel digital), sino también el emisor, el receptor, el entendimiento de un mensaje, la interacción, la puntuación de las secuencias comunicacionales entre los participantes, etc. (nivel analógico). Vale destacar que los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin que el comienzo o finalización estén precisados claramente. Por lo que la teoría general de los sistemas se interesa por la manera en que los participantes en la comunicación, marquen, pauten o dividan las secuencias de comunicación, y como estas se acomodan como causas y efectos de las interacciones.

La terapia basada en aspectos sistémicos, se interesa así en las posibles modificaciones de los sistemas de relaciones, donde se dan relaciones simétricas (basadas en cierta igualdad) o complementarias (basadas en determinadas diferencias). No considerando disfuncional a ninguno de los dos tipos, salvo cuando se da una sola de estas formas (cronificación de la interacción) y no un permanente y necesario cambio.

5.2 Violencia intrafamiliar

Ante una situación en que es común que las mujeres sufran violencia verbal, física y/o sexual, la situación se agrava cuando la pareja de la mujer es adicta ya sea al alcohol o alguna droga. Según los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones se tiene que 29% de las mujeres adultas que habitan en zonas urbanas del país, y que tienen o han tenido pareja, han sufrido violencia física por parte de ésta; en 60% de los casos de este tipo de violencia el alcohol estuvo involucrado.⁶

La violencia en el estado de Guerrero es un problema extendido que afecta a niños, niñas, mujeres, personas de la tercera edad y discapacitados; y puede constituirse en un detonador principal a la hora en que los niños/as y adolescentes deciden abandonar el hogar familiar huyendo del maltrato. De acuerdo con lo que señala el INEGI-SEMUJER (2005) los hombres agreden a las mujeres con mayor frecuencia con golpes y amenazas en forma verbal; además, practican el encierro doméstico, las prohibiciones y el ejercicio de la fuerza en las

⁶ Medina-Mora, *et al.*, 2003. Op. cit. p.233-235

relaciones sexuales, y llegan incluso a las amenazas de muerte y al homicidio en casos extremos.⁷

Se reconoce que no existen datos fidedignos en cuanto a la violencia de género, siendo una causa principal las costumbres (encubiertas en la legalidad, los usos culturales y la moral) que **normaliza** la violencia, en cuanto a la percepción de que es considerado un tema de índole privado, así como las reacciones de vergüenza, desprestigio o temor asociadas al hablar del maltrato.⁸

El DIF-Guerrero, reporta que en el estado se registraron 268 hogares con algún tipo de violencia familiar; de estos, el 60.8% corresponde a los dirigidos por varones. Los tipos de violencia mas frecuente empleada por los varones son la de abuso sexual (36.2%), y la de abuso físico (29.4%). El DIF reporta, además, el incremento de *generadores de violencia familiar*, y señala que el 52%, de 876 casos registrados en 2002, corresponden a varones.⁹

⁷ INEGI, Mujeres y Hombres de Guerrero, en colaboración con SEMUJER y el Gobierno del estado de Guerrero. 2005. p. 269

⁸ INEGI, 2005. *Ibíd.* pp. 270-271

⁹ DIF-Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia. Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, 2002. En: INEGI (2005), *Opus. Cit.* pp. 273-274.

5.3 Comunicación en Pareja

La comunicación es uno de los factores más importantes para que la relación de pareja funcione adecuadamente, cuando ésta falla da lugar al conflicto.¹⁰ El conflicto es parte de un proceso natural de toda relación. Los sistemas sociales, en general, buscan mantener un balance entre flexibilidad y estabilidad y tanto la comunicación como la negociación. Durante el conflicto, son la llave para encontrar la armonía en este proceso.¹¹

Asimismo, la comunicación puede convertirse en un serio problema, cuando la violencia física o verbal, hostilidad o indiferencia hacen que los miembros de la pareja se sientan muy desdichados. Es importante señalar que a la gran mayoría de las personas que conforman una pareja les es sumamente complejo exteriorizar su opinión por temor a ser deliberadamente rechazados. Por tal motivo, la buena comunicación es un requisito indispensable para mantener una relación de pareja.

¹⁰ Nina Estrella, R. **Comunicación Marital y Estilos de Comunicación: Construcción y Validación**. Tesis de doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México. 1991

¹¹ Steier, F., Stanton, M., Todd, T. (1982). **Patterns of Turn-Taking and Alliance Formation in Family Communication**. *Journal of Communication*. 32 (3), 148-160.

Si se toma en consideración que la comunicación es un proceso predictor de la satisfacción que se experimenta dentro de la relación, entonces, y en concordancia con Greef y De Bruyne¹² (2000), la satisfacción de pareja está relacionada al apoyo emocional, a compartir intereses y a cómo las parejas afrontan los conflictos. Así mismo, el conflicto interpersonal, entendido como la incompatibilidad de intereses, metas, planes y conductas, provoca que las parejas estén en desacuerdo y afecta directamente a la satisfacción de la relación (Cahn¹³, 1992).

Por otra parte, en el ánimo de eliminar razones de conflicto, la comunicación es un factor primordial en el desarrollo de las relaciones interpersonales. Una comunicación satisfactoria puede promover el manejo de un conflicto más adecuado; promoviendo relaciones satisfactorias y duraderas, mientras que una comunicación inadecuada puede contribuir a la insatisfacción y al rompimiento de la relación.

¹² Greef, A. y De Bruyne, T. ***Conflict Management Style and Marital Satisfaction.*** *Journal of Sex and Marital Therapy.* 2000: 26, 321-334.

¹³ Op. cit.

5.4 Manejo de Emociones

Es importante destacar que en toda terapia de ayuda para el combate al alcoholismo se debe educar al paciente para que pueda hacer el manejo de sus emociones.

El ser humano manifiesta emociones que pueden considerarse positivas (alegría, bienestar, bondad, amor por si u otros), pero hay emociones que se pueden catalogar como negativas (violencia, agresión, maltrato, celos, manejo del duelo, etcétera).¹⁴ El manejo de las emociones, la creación voluntaria de emociones positivas viene del darse cuenta de que algo pueden no estar funcionando adecuadamente; se refuerza con el auto conocimiento y con la voluntad profunda de cambiar.

Existen centenares de sentimientos que nos permiten describir nuestro estado emocional, aunque a menudo las personas utilizan el "me siento mal", mal porque estoy triste, asustado, desesperanzado, frustrado, irritable, cansado, agotado, preocupado, traicionado,

¹⁴ Bernard, Valerie-Anne. **Manejo de Emociones**. Brahma Kumaris. Universidad Espiritual Mundial. Consulta electrónica 12 de mayo de 2006. Dirección electrónica:

<http://www.bkcolombia.com/articulos/manejoemociones.htm>

vacío, inútil, incapaz, mentiroso, atrapado, desilusionado, iracundo, incontrolable, confuso, atormentado, afligido, enfermo, dañado, ofendido, inseguro, molesto, perdido, alarmado, nervioso, perplejo, hostil, mordaz, encrespado, sulfurado, lleno de odio, humillado, rechazado, vencido, abatido, pesimista, malhumorado. ¿Qué significa me siento mal? Si existen centenares de palabras para matizar los sentimientos, ¿porqué reducirlo a una sola palabra? es muy distinto sentirse "incapaz" de sentirse "hostil".

La dificultad de expresión de sentimientos es muy generalizada entre los adultos, así pues difícilmente el niño o adolescente aprenderá a describir como se siente. Al parecer es posible que todos **los sentimientos se engloben en cuatro emociones básicas**; por una parte el sufrimiento humano puede clasificarse en tres emociones: (a) tristeza, (b) ansiedad (miedo) y (c) rabia; y (d) felicidad.¹⁵

Es importante tomar en consideración que la problemática derivada del consumo excesivo del alcohol

¹⁵ Nicolau i Palou Rosa. **TDAH: el control de las emociones**. IIª Jornada: Problemas Asociados al TDAH. Fundación ADANA. Barcelona. Consulta electrónica 17 de mayo de 2006. Dirección electrónica:
http://www.f-adana.org/uploads/jornadas/TDAH_y_control_de_las_emociones.pdf

puede tener su base en otros problemas psicológicos no detectados ni atendidos, tales como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). La nula atención dada al TDAH puede llevar a un manejo inadecuado de las emociones y crear conflictos en la edad adulta. Así mismo, la comunicación y el trato en pareja determina en buen amenidad las reacciones de las partes y condicionan su sobrevivencia en cuanto a apareja.

En este sentido se piensa que el manejo de las emociones en la terapia del alcoholismo debe originarse en el trato de la pareja. Cada uno en la pareja debe establecer comunicación e interés para tener un compromiso para que de esa forma logren su desarrollo como individuos y familia.¹⁶ A final de cuentas el adecuado desarrollo de la pareja les ayuda para que tengan un manejo adecuado de sus emociones, ya que estos elementos intervienen directamente en la forma en que los individuos resuelven los problemas y les permite hacer planes al futuro (inversiones, hijos, etcétera). Entre los aspectos que pueden resolver, se cree que la problemática de la adicción al alcohol sería posible de ser tratada.

¹⁶ Nina Estrella, R. 1991 op. cit.

Una alternativa para el combate al alcoholismo es el desarrollo de habilidades de vida, cuyo propósito es proveer un contexto para la promoción de estilos de vida saludables en los adultos, y es aplicable a diferentes culturas. Se enfoca en enseñar una serie de habilidades que tratan de la toma de decisiones, la comunicación y el manejo de emociones. Los planes de estudio basados en las habilidades de vida pueden abordar temas de estilo de vida en general o enfocarse específicamente en el consumo de alcohol. Estos programas han sido ampliamente implementados en diversas áreas de salud pública, conducta sexual y VIH/SIDA. Una propuesta similar ha sido aplicada al alcohol en varios países del mundo desarrollado y subdesarrollado.¹⁷

El término Inteligencia Emocional que se relaciona a la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los ajenos, de motivarnos y de manejar bien las emociones,¹⁸ en nosotros mismos y en nuestras

¹⁷ Fundación de Investigaciones Sociales AC (FISAC). **La educación en el alcohol para poblaciones "en riesgo"**. Consulta electrónica fecha 25 de septiembre de 2005. Dirección electrónica :

<http://www.alcoholinformate.org.mx/familia.cfm?articulo=f108>

¹⁸ Novelo Mascarúa, Gustavo **El uso inteligente de las emociones**. Instituto Dorh, S.C. desarrollo de recursos humanos. Consulta electrónica fecha 2 de mayo de 2006. Dirección electrónica :

<http://www.inteligenciaemocional.com.mx/articulo1.htm>

relaciones, debe ser tomado en consideración para hacer un planteamiento válido en la recuperación del paciente con alcoholismo.

Capítulo VI: Taller de Comunicación y Control de Emociones para Alcohólicos

6.1 Planteamiento Metodológico

EL contenido central de esta Tesina se refiere a la elaboración de una propuesta para desarrollar un **Taller de Comunicación y Control de Emociones para Alcohólicos**. La propuesta está basada en la lectura de teorías que describen la problemática y las posibles soluciones (terapias) y, además, se basa en las necesidades sociales que se pudieron percibir durante la elaboración de la misma. Cabe destacar que la propuesta es una estimación del aspecto práctico en la que se podría aplicar. Como tal, la propuesta no puede considerarse como un producto terminado y que puede tener algunas deficiencias que serían detectables y corregidas toda vez que se haya realizado y llevado a la práctica.

La propuesta del taller se basa en el Modelo Interaccional que incluye a las terapias cognitiva y sistémica descritas en el Apartado 2.2 (página **¡Error! Marcador no definido.**) en la revisión de bibliografía. Como tal y se considera de mucha importancia los esfuerzos de los co-adyuvantes en el taller serán enfocados hacia la detección de los patrones que inciden sobre los componentes de la agresividad expresada tanto en forma física como psicológica.

A partir de esto, se describen brevemente, los aspectos distintivos del enfoque psicoterapéutico que se pretende aplicar en el Taller:

- 1) Se busca la modificación de conductas problemáticas derivadas del consumo excesivo de alcohol, consideradas en su contexto, y que son llevadas a cabo por las acciones de uno o más individuos de un sistema relacional (tal como el matrimonio, por ejemplo);
- 2) Se pretende lograr que exista un acuerdo con el paciente sobre el objetivo concreto, específico, observable y pasible de ser alcanzado, que se basa en el hecho de dejar el consumo de alcohol; y
- 3) El terapeuta tiene la responsabilidad del liderazgo sobre los participantes y, en este sentido, trata de influir sobre ellos para que el cambio se produzca en el menor tiempo posible.
- 4) Se considera una base central el que la tarea del equipo es la de asistir a los pacientes que participan, espontáneamente o bien por derivación, que tienen una problemática real.

En el Taller se efectúa una fuerte interacción con los asistentes para desarrollar la terapia de comunicación según se describe en párrafos posteriores. El Taller se enfoca hacia la eliminación, desde el inicio pero de forma gradual, de pautas

de conductas violentas, que se presentan entre las personas con problemas de adicción al alcohol.

La estrategia del taller es aprovechar el contagio emocional de inter-pares (los pacientes con circunstancias similares) para que haya motivación espontánea; para esto se asume el principio de que cada participante forma(rá) parte del equipo emocional de los otros, para que de esa manera se activen mutuamente y desarrollen estados emocionales, que convengan en la conducción del taller (manejar la frustración, angustia y el enojo, inducir la relajación, el optimismo, etcétera). Se asume que así se podrán contrarrestar los eventuales conflictos que se pueden generar por parte de aquellos participantes que expresen de forma desinhibida sentimientos negativos en el ambiente del taller. Así podremos evitar que se generen mayores niveles de conflicto.

Consideramos que los terapeutas responsables del taller aplicarán una entrega y actitud totalmente profesional para que fomenten sentimientos positivos e inspiren el logro del bienestar individual y colectivo. Esto se basa, en gran medida, en que los facilitadores hagan sentir confianza y seguridad hacia los participantes. Para lograrlo se deberá contar con talleres internos de capacitación así como la evaluación crítica hacia el final de cada taller para detectar fallas y necesidades de mejoramiento del programa.

6.1.1 Objetivo Particular del Taller

El participante aprenderá a desarrollar sus habilidades de comunicación, para así reducir en forma gradual, pautas de conductas violentas, agresividad física y/o psicológica en contra de quienes le rodean, de manera tal que le facilite la superación de su dependencia al alcohol.

6.1.2 Procedimiento Propuesto y Contenido General del Taller

Sesión 1: En la primera sesión se abordará la integración del grupo así como una introducción de los temas a desarrollar para que los participantes se conozcan entre si y con los miembros de staff. Se dará una conferencia para que los participantes adquieran la habilidad de detectar y reconocer su capacidad de negación sobre cosas que **SI** pueden hacer pero **NO** quieren. Los participantes desarrollaran habilidades para saber cómo cambiar actitudes o hábitos. El procedimiento a seguir se detalla a continuación:

TEMA	Duración, min.
a) Presentación de los integrantes que componen el grupo	15
b) Exposición de objetivos generales	10
c) Intercambio de experiencias (creando rapport).	45
d) Delimitación de obligaciones bilaterales. 1º. Parte.	20
Receso	30
e) Relimitación de obligaciones bilaterales. 2º. Parte.	20
f) Cierre de la 1º sesión con una dinámica: NO PUEDO – NO QUIERO	40
TOTAL	180

Sesión 2: se abordará la introducción de los temas relacionados con la violencia, agresión, maltrato, celos y comunicación disfuncional, así como de sus consecuencias. Se tiene el Objetivo de Motivar a los participantes para que sean capaces de identificar los síntomas adversos, las sensaciones, y los sentimientos que les invaden al llenarse de violencia. Se imparten dos sesiones teóricas donde se explican temas relacionados con la violencia sus causas y formas de evitación. Los temas y tiempos previstos para esta segunda sesión se describen a continuación:

TEMA	Duración, min.
a) Experiencias vivenciales (testimonios):	40
b) Teoría: VIOLENCIA: causas e implicaciones 1ª parte	50
R e c e s o	30
c) Teoría: VIOLENCIA: causas e implicaciones 2ª parte	20
d) Cierre de la 2ª sesión con una dinámica: " <i>Dialogo con el Síntoma</i> "	40
Total	180

Sesión 3: En esta sesión se da inicio a los temas de control de las emociones y las relaciones interpersonales. Se contempla

el desarrollo de los aspectos de Inteligencia Emocional que ayuden a solucionar la problemática del alcoholismo. En la tercera sesión se desarrolla una dinámica para que los participantes alcancen el Objetivo de Promover el auto conocimiento, entrar en contacto con su propio mundo y consigo mismos. Los contenidos de temas y su duración se explican a continuación:

TEMA	Duración, min.
a) Experiencias vivenciales: testimonios y seguimientos	40
b) Teoría: Control de las Emociones 1ª parte	50
R e c e s o	30
c) Teoría: Control de las Emociones 2ª parte	20
d) Cierre de la 3ª sesión con una dinámica: "Escuchándose a si mismo"	40
Total	180

Sesión 4: En la cuarta sesión se abordan los temas y se desarrollan dinámicas que cubren aspectos de las relaciones interpersonales. En particular se tiene el Objetivo de Promover la capacidad de explorar los sentimientos y emociones del otro en

referencia a nuestros actos y conductas, para así estar en contacto con nuestra propia realidad, cualquiera que esta sea. Mediante la dinámica ***Estableciendo la posición del otro*** se busca motivar a los participantes para que desarrollen una clara conciencia de su situación con respecto de su familia, o compañeros de trabajo. Tal como en otras sesiones, a continuación se presentan los temas y su duración:

TEMA	Duración, min.
a) Experiencias vivenciales: testimonios y seguimientos	40
b) Teoría: <i>Relaciones Interpersonales 1ª parte</i>	50
<i>R e c e s o</i>	30
c) Teoría: <i>Relaciones Interpersonales 2ª parte</i>	20
d) Cierre de la 4ª sesión con una dinámica: <i>“Estableciendo la Posición del Otro”</i>	40
Total	180

Sesión 5: En la 5ª sesión se empiezan a comprender los temas de comunicación no verbal y auto-conocimiento. Se tiene el Objetivo de Desarrollar en los participantes el conocimiento de las formas de comunicación, haciendo énfasis en la comunicación no verbal, para que aprenda a reconocer la forma de comunicación corporal, gestual y visual. Así el

participante logrará ser capaz de entender la congruencia entre lo comunicado vía verbal con las otras formas de comunicación, anteriormente descritas. Los temas y duración se muestran en el siguiente cuadro.

TEMA	Duración, min.
a) Experiencias vivenciales: testimonios y seguimientos	40
b) Teoría: Comunicación No Verbal 1ª parte	50
Receso	30
c) Teoría: Comunicación No Verbal 2ª parte	20
d) Cierre de la 5ª sesión con una dinámica: "Técnicas de Comunicación No Verbal"	40
Total	180

Sesión 6: En esta sesión se tratarán temas relacionados con la comunicación y el auto-conocimiento. La dinámica de esta sesión va dirigida a que se logre el **Objetivo** que el participante sea capaz de ubicar apropiadamente la raíz y causas de sus problemas de manera tal que pueda establecer un programa personal de **liberación** que le permita redimirse.

TEMA	Duración, min.
a) Experiencias vivenciales: testimonios y seguimientos	40
b) Teoría: Auto Conocimiento 1ª parte	50
R e c e s o	30
c) Teoría: Auto Conocimiento 2ª parte	20
d) Cierre de la 6ª sesión con una dinámica: "Exigencias y respuestas"	40
Total	180

Sesión 7: En la penúltima sesión se tratará el tema de la comunicación intrafamiliar funcional, se dará retroalimentación a los participantes y se concluirá con una dinámica de cierre. Se tiene el siguiente Objetivo: ayudar que los participantes sean capaces de reconocer los aspectos básicos de la comunicación intrafamiliar, para comprender que la interacción personal puede ser sujeto de alteraciones por mensajes equívocos. Los participantes lograrán entender que al utilizar distintos modos de hablar les permiten ser conscientes del grado y cantidad de comunicación verdadera que existe. Actividades y duración:

TEMA	Duración, min.
a) Experiencias vivenciales: testimonios y seguimientos	40
b) Teoría: Comunicación Intra Familiar Funcional 1ª parte	50
R e c e s o	30
c) Teoría: Comunicación Intra Familiar Funcional 2ª parte	20
d) Cierre de la 7ª sesión con una dinámica: “Uso recursivo y apropiado de las frases impersonales: tú, nosotros, preguntas...”	40
Total	180

Sesión 8: En la última sesión se dará retroalimentación a los participantes y se concluirá con una dinámica de cierre. Se centrará en el desarrollo de la Dinámica **Identificación con el rosal** que tiene el siguiente **Objetivo:** promover en los participantes un análisis retrospectivo y ubicacional, para que logren darse cuenta de cómo se perciben hacia el final del Taller y expresen sus cambios o mejores y reconozcan sus áreas débiles; los participantes estarán en capacidad de identificar las cosas que aún les falta por desarrollar y en las cuales habrán de trabajar mas adelante.

TEMA	Duración, min.
a) Experiencias vivenciales: testimonios y seguimientos	40
b) Cierre de la 8ª sesión con una dinámica: <i>"Identificación con el Rosal"</i>	20
Receso	30
c) Retroalimentación (según existan posibilidades, puede ser oral o escrita)	90
Total	180

6.1.3 Participantes: Tipo y Cantidad

Este taller esta dirigido principalmente a personas con problemas de adicción al alcohol y que presentan pautas de conducta violentas, que no requieran hospitalización ni tratamiento medico estricto, con incidencias en actos agresivos y relaciones interpersonales deficientes. Las personas que deseen integrarse al taller deberán cumplir como requisito indispensable el estar previamente integradas a un tratamiento para su adicción. De lo contrario **no** será posible ingresar a este taller. Se recomienda, por ejemplo, que participe en un grupo de autoayuda de Alcohólicos Anónimos.

El número mínimo de participantes requeridos es de 8 personas ya que se trata de dar una atención más personalizada a cada paciente.

6.1.4 Instrumentos y Métodos

Este taller será de tipo vivencial, y apoyándose en aspecto teóricos, en donde se incluyen dinámicas para desarrollar habilidades en la comunicación, lo que contribuye a

la evitación de la violencia todo esto a través del auto conocimiento y mejor manejo de las emociones, así como mejoramiento de las relaciones interpersonales (comunicación funcional). Los recesos son pro-activos, útiles para generar y captar información de manera informal.

6.1.5 Duración y Forma de Distribución

El programa de Taller consiste en impartir 8 sesiones con duración de tres horas cada una, para lograr un total de 24 horas. Se impartirá una sesión semanal durante dos meses en horario de 5:00 a 8:00 PM (con un descanso de 30 minutos en cada sesión). Las sesiones serán impartidas los días miércoles de cada semana.

6.1.6 Lugar

El taller se habrá de desarrollar en un sitio cómodo y agradable en el cual se cuente con recursos audiovisuales y facilidades para servir refrigerios y enfrentar contingencias.

6.1.7 Materiales Necesarios

Los participantes deberán vestir ropas y calzado cómodo. Los materiales que se emplearán en las sesiones serán proveídos por los terapeutas y serán distribuidos con suficiente antelación entre los participantes. Los recursos que se consideran recomendables son los siguientes:

- ❖ Sala de uso audio visual;
- ❖ Sistema de Proyección: Cañón, Laptop y Pantalla;
- ❖ Música instrumental de relajación; y
- ❖ Presentaciones adecuada a cada tema.

El taller debe ser aplicable en condiciones más modestas, para lo que se deberá contar con elementos que sean similares.

6.1.8 Obligaciones Bilaterales.

Los responsables y organizadores de dicho taller se comprometen a proporcionar el material didáctico necesario, así como respetar los horarios y fechas preestablecidas para impartir el taller.

Por su parte los integrantes del grupo se deberán comprometer a respetar los horarios y fechas mencionadas en

el programa, avisando con anticipación (por lo menos de una sesión), si van a faltar o a llegar tarde.

También deberán comprometerse a cubrir los pagos en las fechas correspondientes.

Es de suma importancia que los integrantes se comprometan a continuar su tratamiento de adicción, esto como requisito indispensable para poder permanecer en el taller.

6.1.9 Costo y Forma de Pago.

El costo del taller se define en función de los costos de local, pago, materiales, y el pago a participantes. Se recomienda obtener un pago por inscripción de equivalente al 30% del costo del Taller para motivar la permanencia. También, y con el fin de que se queden, se recomienda que se hagan pagos semanales, con un importe diferido en 8 semanas, se realizarán antes de empezar cada sesión.

Los pagos serán en efectivo y al finalizar el taller se les otorgara una constancia y un reconocimiento de asistencia a los que cubran por lo menos siete de las ocho sesiones.

6.1.10 Variables a Evaluar

Las variables a registrar están estrechamente relacionadas con las Experiencias vivenciales o testimonios, que se irán presentando al inicio de cada sesión a partir de la segunda. En estas sesiones uno de los terapeutas estará encargado de llevar el registro de los siguientes aspectos.

- a) Estado emocional
- b) Interés/apatía
- c) Evolución de capacidades de comunicación
- d) Expresión corporal
- e) Cambios en el lenguaje

Se establecerá una escala de Likert donde se describa en forma adjetivada cada variable e ítem. Un ejemplo puede ser el siguiente:

El paciente participa activamente en las sesiones:

1	2	3	4	5
Muy Poco	Poco	Regular	Frecuente	Con Mucha Frecuencia

Además, se propone que se desarrolle un estudio observacional con variables por definir y cuya captura y

posterior análisis sirvan para la estructuración de un trabajo de investigación a algún pasante de la licenciatura en Psicología.

6.1.11 Guías de Medición de los Resultados

La efectividad en el tratamiento de los participantes se realizará mediante una escala de medición aditiva en la que se pueda evaluar, mediante rangos de valor por cada variable, el grado o estado del paciente desde el inicio y hacia el final de cada sesión. La respuesta de los participantes será evaluada al término de cada sesión para incluirla en nuestro reporte final. Se tomará en cuenta, además, la opinión de los familiares que tengan un rol determinante durante el taller.

Conclusiones

Se efectuará una serie de evaluaciones para medir la efectividad de la metodología basándose en el nivel de respuesta o recuperación de los participantes; se tomarán en consideración los puntos siguientes.

Análisis de reacciones esperadas

Se considera que la respuesta de los participantes sea gradual y que vayan mostrando signos de recuperación desde la segunda sesión. Se confía en que los riesgos de violencia física o psicológica vayan desapareciendo hacia la 4ª o 5ª sesión ya que se hayan llevado a efecto las exposiciones sobre violencia, control de emociones y relaciones interpersonales. El papel de la familia se deberá tomar en cuenta para evaluar los avances hasta ese nivel.

Proceso de recuperación tangible

Paralelamente al Taller se solicitará apoyo e información de los familiares de los participantes para que den detalles acerca de la recuperación de los mismos. La recolección de información se hará en base a una entrevista informal pero se podrá elaborar un cuestionario adecuado para tal efecto.

En función de la literatura revisada es de esperarse que hasta un 10% cause remisión espontánea, y el resto vaya gradualmente eliminando sus síntomas más severos hasta lograr un alivio trascendente. Aún cuando se reconoce que es especulativo, se tiene plena confianza en que los participantes al Taller, y contando con la colaboración de pacientes y familiares, será posible lograr la recuperación de un 70% de los participantes. Este es el mínimo que se establece *a priori* como un requisito de eficiencia interna de manera que se garantice la continuidad de los talleres desde un punto de vista económico. Esto implica que los pacientes recuperados (o sus familiares) puedan recomendarnos con otros posibles participantes, de manera que se garantice la operabilidad financiera de la propuesta.

Las sesiones sirven como indicadores del progreso individual; se aplicará la evaluación descrita en el Anexo 3, al inicio y en la 5ª sesión para evaluar el desarrollo individual. El test de la 5ª sesión será soportado por las observaciones de los terapeutas que hacen el seguimiento personalizado así como por las aportaciones de los familiares participantes. Además se pueden incluir otros tipos de Tests para detectar depresión, o mediante un cuestionario de preguntas abiertas, detectar su estado anímico mediante un apropiado análisis cualitativo.

Anexo 1. GUÍA MULTIMODAL DE 2º ORDEN PARA EL ALCOHOLISMO

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Multimodal/alcoholismo2.htm>

Nombre:

Edad:

Fecha:

Nº:

1. ÁREA COGNITIVA:

Objetivos de la evaluación: presencia o sospecha de deterioro cognitivo

Usar pruebas de detección de posible deterioro del funcionamiento mental: por ejemplo el Mini-Examen Cognitivo de Lobo. Si se detecta deterioro sugerir exploración neurológica

2. ÁREA AFECTIVA:

(1) Objetivos de la evaluación: Detectar psicopatología y rasgos de personalidad

a. ¿Presencia de componentes ansiosos y/o depresivos? (i.e. Escalas de Hamilton de Depresión y Ansiedad)

- b. ¿Presencia de otros trastornos psicopatológicos asociados?
 - c. ¿Tipo de personalidad del sujeto? (introvertido / retraído o extravertido/impulsivo)
- ❑ Tener en cuenta los trastornos psicopatológicos que se pueden asociar a la intoxicación aguda y crónica del alcoholismo:

I. Aguda:

- **Típica:** Estado de embriaguez no complicado
- **Atípica :** Embriaguez complicada con síntomas alucinatorios:
 - a. Visual o auditiva de carácter dramático;
 - b. Delirantes (celos, de grandeza, persecución..) y
 - c. Excitación psicomotriz extrema (raptus impulsivos y agresivos)

II. Crónica:

Alucinosis alcohólica o de Wernicke (alucinosis auditivas donde oye que otros hablan sobre él, y que no se asocia a trastorno de conciencia u orientación; y que conlleva vivencias paranoides y persecutorias)

1. Celopatía alcohólica o Delirios de celos (Ideas de celos con ideación paranoide)

Trastornos paranoides (Suspiciousidad y desconfianza, sin deterioro del nivel de conciencia)

2. Encefalopatías alcohólicas:

➤ Síndrome de Korsakov:

- a. Instauración progresiva, amnesia anterógrada o de fijación;
- b. Síndrome confusional de la conciencia;
- c. Confabulaciones fantásticas;
- d. Falsos reconocimientos;
- e. Desorientación temporal y espacial; y
- f. Polineuritis en miembros inferiores.

➤ Encefalopatía de Gayet-Wernicke:

- a. Obnubilación de la conciencia;
- b. Labilidad de hipersomnio frecuente;

- c. trastornos oculares de déficit de agudeza visual y miosis,
 - d. parálisis muscular intrínseca; y
 - e. evolución a menudo mortal y etiología global por carencia de vitamina B1).
- Encefalopatía Porto-Cava:
- a. Trastorno de conciencia;
 - b. Apatía o irritabilidad;
 - c. Temblores y grandes movimientos de brazos; y
 - d. Aumento masivo de la amoniemia.
- Demencias alcohólicas; deterioro cognitivo progresivo y degradación social:
- a. Epilepsia alcohólica (accesos epilépticos en el marco del predelirio alcohólico; y/o
 - b. Ataques asociados a la privación de alcohol.

3. ÁREA SOMÁTICA

- Objetivos de la evaluación: Detectar el nivel de alcoholemia y deterioro orgánico;
- Medidas de alcoholemia: por sangre o aliento;

- Evaluación médica general de trastornos asociados a la intoxicación crónica por alcohol, ejemplos:
 - a. Digestivos: Cirrosis hepática y hepatitis alcohólica;
 - b. Respiratorios: Faringitis, bronquitis y neumonías;
 - c. Cardiovasculares: Trastornos tensionales y hemorragias Musculares: Miopatías agudas y crónicas;
 - d. Hematológicos : Anemias megaloblastias y leucopenias;
 - e. Endocrinos: Déficit suprarrenal y atrofia gonadal masculina;
 - f. Metabólicos: Hipoglucemia e hiperinsulismo;
 - g. Neurológicos: Disartria y temblores; y
 - h. Dermatológicos: Rosácea y dermatitis seborreica

4. ÁREA INTERPERSONAL:

- Objetivos de la evaluación: Detectar grado de deterioro del sujeto a nivel sociofamiliar, estresores vitales y desarrollar medios de

detección precoz en la consulta de atención primaria del posible alcoholismo;

- a. Evaluar el grado de deterioro social, familiar y laboral del sujeto;
- b. Evaluar la presencia de estresores vitales para el paciente y sus allegados;
- c. Problemáticas conyugales, familiares y laborales; y
- d. Usar programas/escalas de detección precoz de alcoholismo en la consulta del médico general: M.A.L.T, C.A.G.E y C.B.A

5. ÁREA CONDUCTUAL

- Objetivos de la evaluación: Evaluar el patrón de bebida y su contexto.
- La historia clínica estructurada (Marlat, 1975) es el mejor procedimiento para evaluar el patrón de bebida y su contexto (la historia clínica debe contener información de las características sociodemográficas del sujeto y familiares; pautas de bebida actual; inicio del problema; consecuencias físicas, psíquicas y sociales del patrón de bebida;

periodos y condiciones de bebida controlada o abstinencia; bebidas preferidas; cantidades consumidas por periodos de tiempo determinados, motivación para el tratamiento y que espera del mismo);

- Dos áreas importantes complementarias a evaluar suelen ser: El ajuste marital y las habilidades sociales del sujeto (por ejemplo Escala de Ajuste Marital de Locke y Wallace/MAT y la Escala de Asertividad de Rathus)

Anexo 2. TRATAMIENTO MEDICO DE LA INTOXICACIÓN, SINDROME DE ABSTINENCIA Y DESHABITUACION

TERAPIA DEL ALCOHOLISMO

<http://www.cop.es/colegiados/GR00724/5.html>

<http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Multimodal/alcoholismo.htm>

I- Tratamiento de la intoxicación aguda:

- a. Proporcionar un ambiente tranquilo con pocos estímulos luminosos y sonoros;
- b. Si es leve, administrar líquidos azucarados y vitaminas del complejo B;
- c. Si es grave o comatoso, descartar daño o afectación neurológica;
- d. Tratar con benzodiazepinas la posible agitación psicomotriz;
- e. Mantener al enfermo arropado para mantener la temperatura corporal;
- f. Rehidratación con perfusión salina o glucosaza;
- g. Administrar glucagón (glucosmón) en caso de hipoglucemia.
- h. Tratamiento de la intoxicación crónica:
- i. Supresión total del alcohol;

- j. Tratar el síndrome carencial con vitaminoterapia (Complejo B y C)
- k. Usar benzodiazepinas si aparece síntomas ansiosos o de agitación motriz

II-Tratamiento de las alteraciones orgánicas asociadas

Bajo estricta supervisión médica especializada se deberán evaluar y dar seguimiento a las alteraciones orgánicas derivadas del consumo excesivo de alcohol.

III-Tratamiento de la psicopatología asociada:

- a. Encefalopatías alcohólicas y Alucinosis alcohólica: Hospitalización, adecuada nutrición, vitaminoterapia y neurolépticos o benzodiazepinas;
- b. Celopatía alcohólica o Delirios de Celos y Trastornos paranoides: neurolépticos y derivar al ESMD;
- c. Demencias alcohólicas: abstinencia alcohólica, vitaminoterapia y tratamiento dietético;
- d. Epilepsia alcohólica: abstinencia alcohólica, usar solo anti-epilépticos si el paciente se mantiene abstemio, y uso de benzodiazepinas;

- e. Trastornos afectivos asociados de tipo depresivo: antidepresivos.

IV-Tratamiento del síndrome de abstinencia:

- a. Si es leve: no suele necesitar tratamiento; desaparece a las 48 horas;
- b. Si es grave: (Delirium tremens) se requiere hospitalización, régimen vitamínico, rehidratación, vigilancia y manejo de los síntomas febriles y respiratorios y sedación (estar alerta con el uso de neurolepticos ya que pueden producir hipotensión e inducir crisis)

V- Tratamiento de la deshabitación por medios biológicos:

- a. Uso de técnicas aversivas como la asociación ingesta-apomorfina;
- b. Interdictores como el disulfirán, naltrexona, y acamprosato;
- c. Los fármacos para reducir el deseo de consumo o "craving", por ejemplo "Zulex".

Anexo 3. Auto Diagnóstico para la Adicción al Alcohol

Psicohumano: Desarrollo Humano y Bienestar

Consultado el 19 de septiembre de 2005

http://www.tiendas.com.mx/psicohumano/test_alcohol1.htm

<p>1. ¿Que tan seguido has pensado que tienes un problema con el alcohol?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Rara vez</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido</p> <p><input type="checkbox"/> 5 = Cada vez que tomo</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>2. ¿Que tan frecuentemente tomas en horas de la mañana?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Rara vez</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido</p> <p><input type="checkbox"/> 5 = Siempre</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p>
<p>3. ¿Que tan frecuentemente tus familiares se han quejado de tu forma de tomar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = Rara vez</p> <p><input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido</p>

<input type="checkbox"/> 5 = Siempre que tomo
<input type="checkbox"/> Nunca lo hacen
4. ¿Que tan seguido tomas para relajarte o para aliviar la ansiedad?
<input type="checkbox"/> 1 = Rara vez
<input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente
<input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido
<input type="checkbox"/> 5 = Siempre
<input type="checkbox"/> Nunca
5. ¿Que tan seguido te sientes que tomas mas de lo que tenias planeado?
<input type="checkbox"/> 1 = Rara vez
<input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente
<input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido
<input type="checkbox"/> 5 = Siempre
<input type="checkbox"/> Nunca
6. ¿Que tan seguido desperdicias oportunidades importantes profesionales, sociales o familiares por estar tomando?
<input type="checkbox"/> 1 = Rara vez
<input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente
<input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente
<input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido
<input type="checkbox"/> 5 = Siempre
<input type="checkbox"/> Nunca me ha pasado
7. ¿Que tan seguido tus relaciones de pareja se han afectado por tu forma de tomar?
<input type="checkbox"/> 1 = Rara vez

<input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente <input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido <input type="checkbox"/> 5 = Siempre <input type="checkbox"/> Nunca
8. ¿Que tan seguido luego de estar tomando te sientes culpable o arrepentido de lo que has hecho? <input type="checkbox"/> 1 = Rara vez <input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente <input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido <input type="checkbox"/> 5 = Siempre <input type="checkbox"/> Nunca
9. ¿Que tan seguido sientes que estas gastando mucho dinero en tu hábito de tomar? <input type="checkbox"/> 1 = Rara vez <input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente <input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido <input type="checkbox"/> 5 = Siempre <input type="checkbox"/> Nunca
10. ¿Que tan seguido has sido acusado, conducido o detenido por cualquier situación, o accidente relacionado con tu habito de tomar? <input type="checkbox"/> 1 = Una vez <input type="checkbox"/> 2 = Dos veces <input type="checkbox"/> 3 = Tres veces <input type="checkbox"/> 4 = Cuatro veces <input type="checkbox"/> 5 = Mas de cuatro veces

<input type="checkbox"/> Nunca
<p>11. ¿Que tan frecuentemente te has prometido a ti u a otros que vas a dejar de tomar solo para descubrir que no puedes cumplir?</p> <input type="checkbox"/> 1 = Rara vez <input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente <input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido <input type="checkbox"/> 5 = Siempre <input type="checkbox"/> Nunca
<p>12. ¿Que tan seguido has sido atendido médicamente por razones que están ligadas a tu forma de tomar (ulcera, gastritis, intoxicación, etc.)?</p> <input type="checkbox"/> 1 = Rara vez <input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente <input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido <input type="checkbox"/> 5 = Cada vez que tomo <input type="checkbox"/> Nunca me ha pasado
<p>13. ¿Que tan seguido se ha afectado tu productividad por estar tomando?</p> <input type="checkbox"/> 1 = Rara vez tengo problemas en mi trabajo por estar tomando <input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente tengo problemas en mi trabajo por estar tomando <input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente tengo problemas en mi trabajo por estar tomando <input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido tengo problemas en mi trabajo por estar tomando <input type="checkbox"/> 5 = Siempre que tomo tengo problemas en mi trabajo <input type="checkbox"/> Nunca se afecta mi trabajo
<p>14. ¿Que tan frecuentemente cuando tomas se te olvida parte de lo que has hecho?</p> <input type="checkbox"/> 1 = Rara vez <input type="checkbox"/> 2 = Ocasionalmente

<input type="checkbox"/> 3 = Frecuentemente
<input type="checkbox"/> 4 = Muy seguido
<input type="checkbox"/> 5 = Siempre que tomo
<input type="checkbox"/> Nunca me ha pasado
15. ¿Que tan frecuentemente has buscado ayuda para resolver este problema?
<input type="checkbox"/> 1 = Una vez antes
<input type="checkbox"/> 2 = Dos veces
<input type="checkbox"/> 3 = Tres veces
<input type="checkbox"/> 4 = Cuatro veces
<input type="checkbox"/> 5 = Mas de cuatro veces
<input type="checkbox"/> Nunca

PUNTAJE Y VALORACIÓN: RECOMENDACIONES

0-15 Tus respuestas no sugieren ningún problema con adicción al alcohol. Probablemente estas abusando del alcohol o necesitas revisar tu relación con el alcohol.

15-25 Tus respuestas no sugieren una adicción grave al alcohol, pero con seguridad estas abusando del alcohol y esto te puede llevar a problemas en el futuro, sobretodo si tienes predisposición al alcoholismo. Sería útil que obtengas más información sobre el alcoholismo. También podrías buscar asesoría en un consejero o grupo de autoayuda como Alcohólicos Anónimos o con un Psicólogo.

26-40 Basados en tus respuestas parece que estas involucrado en un alcoholismo en fase inicial a media, y experimentas problemas ocasionales o frecuentes relacionados con la adicción al alcohol. Sería útil que obtengas más información sobre el alcoholismo y comenzar a trabajar en tu recuperación. Consultar con un terapeuta puede ser útil para evaluar la severidad y naturaleza

de la adicción. Te beneficiarías de buscar ayuda en los recursos apropiados. Estos recursos pueden incluir ayuda profesional y un grupo de autoayuda tal como Alcohólicos Anónimos.

40-60 Tu patrón de respuestas se encuentra en etapa de alcoholismo de media a avanzada, experimentando problemas frecuentes relacionados a tu adicción al alcohol. Sugerimos buscar más información sobre el alcoholismo y comenzar a trabajar en tu recuperación. La consulta con un profesional sería de utilidad en determinar la severidad y extensión del problema. También te beneficiarías de buscar ayuda en los recursos apropiados. Estos recursos pueden incluir terapia profesional y un grupo de autoayuda tal como Alcohólicos Anónimos.

60-75 Tu patrón de respuestas señala una etapa de alcoholismo avanzada, que causa problemas serios en tu vida. Te beneficiarías de buscar ayuda en los recursos apropiados. Estos recursos pueden incluir ayuda profesional y un grupo de autoayuda tal como Alcohólicos Anónimos.

Anexo 4. Los doce Pasos de Alcohólicos Anónimos:

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 nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.*
12. *Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.*

Referencias

El listado de referencias se efectúa en orden alfabético, separando las citas a libros y revistas, de las consultas electrónicas.

LIBROS Y REVISTAS:

- Alonso-Fernández, F: ***Alcoholoddependencia***. Pirámide, (3ª edición). 1992.
- Ausloos, G. ***Las capacidades de la familia***. Tiempo, caos y proceso. Barcelona: Herder. 1998.
- Bergin, A.E. y Strupp, H.H. ***Changing frontiers in the science of psychotherapy***. Chicago: Aldine. 1972.
- Cahn, D. ***Conflict in Intimate Relationships***. Handbook of Emotions. New York: The Guilford Press. 1992.
- Cancrini L. ***Los temerarios en sus máquinas voladoras: Estudio sobre las terapias de los toxicómanos***. Argentina, Ed. Nueva visión, 1991.
- Cuadernos de orientación para sanitarios. ***Ante un problema de drogodependencia. Conserjería de Salud***. Comisionado para la droga. Junta de Andalucía, 1987
- Echeburúa, E. ***Fobia Social***. Barcelona: Martínez Roca. 1993.
- Eco, Humberto. ***Obra Abierta***. Ariel: Barcelona. 1985.
- Ellis, H. C., & Ashbrook, P. W. ***The "state" of mood and memory research: A selective review***. Journal of Social Behavior & Personality, 4,(2):1-21. 1989.
- Enciclopedia Hispánica***. Enciclopaedia Britannica Publishers, Inc. 1991-1992.

- Espinosa Laborde, Brenda Berenice y Alejandro Marino Salazar. **Diseño de una estrategia de comunicación para contribuir en la disminución del consumo de alcohol en Colegios Residenciales de la Universidad de las Américas Puebla.** E. Ciencias Sociales, 2003.
- Fernández Álvarez, Héctor. **Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia,** Paidós, 1992.
- Fernández Álvarez, Héctor. **La Integración en Psicoterapia: Manual Práctico.** Ediciones Paidós Ibéricas. 2004
- Fisch, R., Weakland, J., Segal, L. **La táctica del cambio.** Ed. Herder.
- Fiske, John. **Introducción al estudio de la comunicación.** Editorial Norma: Colombia. 1984.
- Frances R.J y Franklin J.E: **Trastornos por uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas.** En Hales, Yudofsky y Talbott: Tratado de psiquiatría. Ancora, S.A., 1997.
- Frenk, J., Lozano R, González Block Ma., et al. **Economía y Salud: propuesta para el avance del Sistema de salud en México.** Informe final. México D.F., Fundación Mexicana para la Salud 1994.
- Greef, A. y De Bruyne, T. **Conflict Management Style and Marital Satisfaction.** Journal of Sex and Marital Therapy. 2000.
- Greenwood, P.D. **A survey of family therapists concerning the inclusion of young children in family therapy.** Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg VA. 1985.
- HULL, C.L. **Goal attraction and directing ideas conceived as habit phenomena,** Psychological Review. 1931.
- INMUJERES, Instituto Nacional de las Mujeres: **ENCUESTA NACIONAL DE LA DINÁMICA DE LAS RELACIONES EN LOS HOGARES.** Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). 2003.

- Kaplan, H.- Sadock, B. **Tratado de Psiquiatría, 6ª Edición. Editorial Inter-Médica.** 1997.
- Keegan, Eduardo. **Trastornos de ansiedad: la perspectiva cognitiva.** Revista Vertex, volumen IX, Nº 33. Ed. Polemos, 1998.
- Kristeva, Julia **El lenguaje ese desconocido. Introducción a la lingüística.** Editorial Fundamentos: Madrid. 1988
- Malan, D.H. **La psicoterapia breve.** Centro Editor de A.L. 1963
- Medina-Mora, María Elena, A Estela Rojas Guiot . **Mujer, pobreza y adicciones*** Perinatol Reprod Hum 2003.
- Medina-Mora, Ma. Elena, Guillermina Natera, Guilherme Borges. **Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas.** En: Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas 2002.
- Nina Estrella, R. **Comunicación Marital y Estilos de Comunicación: Construcción y Validación.** Tesis de doctorado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. México. 1991.
- Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol y otras Drogas 2002.** Varios Autores. CONADIC, SSA, IMMS, ISSSTE, SCT, PEMEX, CINJUVE. México. 2003.
- Safran, J.-Segal, Z. **El proceso interpersonal en la terapia cognitiva.** Ed. Paidós, 1994
- Steier, F., Stanton, M., Todd, T. **Patterns of Turn- Taking and Alliance Formation in Family Communication.** *Journal of Communication.* 32 (3), 1982.
- Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro. AUDIT. **Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol** Pautas para su utilización en Atención Primaria. OMS. 2004.
- Watzlawick, P., Bavelas, B. y Jackson , D. D. **Teoría de la Comunicación Humana.** Barcelona, España: Herder. 1995.

CONSULTAS ELECTRÓNICAS:

- Alcohólicos Anónimos: <http://www.aa.org.mx/enfermedad.htm>; septiembre 2005.
- Bernard, Valerie-Anne. Manejo de Emociones. Brahma Kumaris. Universidad Espiritual Mundial. Consulta electrónica 12 de mayo de 2006. Dirección electrónica: <http://www.bkcolombia.com/articulos/manejoemociones.htm>
- Boer, Dr. Miguel Ángel de: Fundamentos de psicoterapia: breve reseña histórica de sus distintos enfoques teóricos y clínicos. fecha: 12/11/2005; Dirección electrónica: <http://cheetah1.iespana.es/psicoterapias/fundamentos/fundamentos.html>
- ClinicaPSI.com; Enfoque sistémico; Consulta electrónica, fecha: 12/11/2005; Dirección electrónica: <http://www.clinicapsi.com/sistemico.html>
- CONADIC. Consejo Nacional contra las Adicciones. Consulta electrónica, fecha 15-10-2005. Dirección electrónica: <http://www.conadic.gob.mx/fileinclude.asp?Inc=ena2002.raw>
- CORIAN: Colectivo de Hombres por Acciones Igualitarias. Consulta electrónica, fecha 15-10-2005. Dirección electrónica: http://www.corian.org.mx/se_02.html
- Fundación de Investigaciones Sociales AC (FISAC). La educación en el alcohol para poblaciones "en riesgo". Consulta electrónica fecha 25 de septiembre de 2005. Dirección electrónica: <http://www.alcoholinformate.org.mx/familia.cfm?articulo=f108>
- Nicolau i Palou Rosa. TDAH: el control de las emociones. Ila Jornada: Problemas Asociados al TDAH. Fundación ADANA. Barcelona. Consulta electrónica 17 de mayo de 2006. Dirección electrónica: http://www.f-adana.org/uploads/jornadas/TDAH_y_control_de_las_emociones.pdf
- Novelo Mascarúa, Gustavo El uso inteligente de las emociones. Instituto Dorh, S.C. Desarrollo de recursos humanos. Consulta

electrónica fecha 2 de mayo de 2006. Dirección electrónica:
<http://www.inteligenciaemocional.com.mx/articulo1.htm>